МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

ЛУБЕНСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧИЛИЩЕ

**ДИПЛОМНАЯ РАБОТА**

**ПО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ**

**НА ТЕМУ:** ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

**Выполнил**: студент группы Ф-31

**Ночовний Алексей**

Лубны 2009

План

Принципы лечения кожных болезней

Режим

Диета

Общая медикаментозная терапия

Противомикробные средства

Противовоспалительные средства

Антипролиферативные средства

Психотропные средства

Витамины, микроэлементы, анаболики

Местная (наружная) медикаментозная терапия

Физиотерапевтические методы лечения

Психотерапия

Хирургическое лечение

Курортотерапия

Использованная литература

## Принципы лечения кожных болезней

Эффективное лечение кожных болезней, несомненно, является вершиной профессионального мастерства врача‑дерматолога. Из‑за многочисленности и многообразия дерматозов, зачатую неясности их этиологии и патогенеза, склонности к затяжному течению эта задача нередко является трудновыполнимо и требует от специалиста не только широкого общего медицинского кругозора, но и большого личного опыта и высокого уровня клинического мышления. Особую ценность здесь приобретает именно *клиническое мышление* - умение врача максимально индивидуализировать данное наблюдение и подобрать строго индивидуальное лечение, адекватное форме и стадии заболевания, полу и возрасту пациента, сопутствующей патологии, бытовым и профессиональным особенностям случая. Только такая *адекватная* терапия сулит наибольший успех.

Древние врачи оставили нам в лапидарной форме комплекс требований, которые можно рассматривать как критерии оптимального лечения: *cito, tuto, jucunde ("быстро, эффективно, приятно").* Дерматологическая наука и практика в своем развитии всегда стремились к выполнению этих призывов и достигли в этом направлении немалых успехов.

Наиболее успешным, естественно, является лечение, направленное на устранение причины заболевание - его называют **этиологическим.** Таковым, например, является применение при чесотке препаратов акарицидного действия (убивающих возбудителя болезни - чесоточного клеща). Однако этиологическое лечение, к сожалению, возможно лишь при ограниченном круге дерматозов, имеющих четко установленную этиологию, в то время как при многих заболеваниях кожи истинная причина заболевания болезни пока еще является неясной. Однако при большинстве дерматозов накоплено достаточно сведений о механизмах их развития, что делает обоснованным проведение **патогенетического лечения**, направленного на коррекцию отдельных сторон патологического процесса (например, применение антигистаминных препаратов при крапивнице, обусловленной избытком гистамина в коже). И, наконец, нередко приходится прибегать к **симптоматической терапии**, направленной на подавление отдельных симптомов болезни при неясности ее этиологии и патогенеза (например, использование охлаждающих примочек при наличии отека и мокнутия в очагах). В комплексной терапии нередко сочетаются этиологические, патогенетические и симптоматические методы лечения.

В лечении кожных болезней применяются практически все современные методы терапевтического воздействия, которые можно классифицировать следующим образом:

1. Режим

2. Диета

3. Медикаментозная терапия (общая и местная)

4. Физиотерапия

5. Психотерапия

6. Хирургическое лечение

7. Курортотерапия

Лечение дерматозов, как правило, носит комплексный характер, с включением в зависимости от особенностей заболевания соответствующего набора терапевтических мероприятий.

## Режим

**В понятие лечебного и профилактического режима дерматологи вкладывают уход за больной кожей, защиту ее от повреждающего воздействия различных неблагоприятных факторов внешней среды.**

По чисто гигиеническим соображениям в первую очередь надо решить вопрос о мытье кожного покрова. Здесь необходимо учитывать характер заболевания и стадию кожного процесса. При острых гнойных поражениях кожи (импетиго, фурункулы, гидрадениты), а также при наиболее контагиозных грибковых заболеваниях (микроспория) общее мытье (под душем, в ванне) запрещается во избежание диссеминации инфекции. Оно заменяется спиртовыми обтираниями (70% этиловым, 1% салициловым или 3% борным спиртом), которые следует проводить не менее 2 раз в день, соблюдая правило "от периферии к центру".

Разрешаются гигиенические обмывания водой с дезинфицирующим нейтральным мылом отдельных участков вдали от основных очагов.

При острых аллергических воспалительных дерматозах (например, при дерматитах или экземе в стадии мокнутия) также запрещается общее мытье, а очищение кожи в очагах их окружности производится дезинфицирующими примочками или тампонами с растительными маслами.

При "сухих" дерматозах в *прогрессирующей стадии* (псориаз, красный плоский лишай, атопический дерматит) общее мытье под душем или в ванне должно быть щадящим - без мочалки и мыла. В этих случаях рекомендуется пользоваться хлопчатобумажной рукавичкой или марлей, применять вместо мыла гели для душа, вытираться мягким полотенцем промокательными движениями.

При тяжелых диссеминированных дерматозах, особенно протекающих с общими явлениями (познабливание, лихорадка, общая слабость), зачастую требуется госпитализация в кожное отделение, иногда строгий постельный режим.

В понятие лечебного режима при хронических дерматозах включается также регулирование сна и стула, пребывание на свежем воздухе. При фотодерматозах, красной волчанке, обостряющихся от солнечных лучей, следует избегать инсоляции, пользоваться зонтиком или широкополой шляпой. В понятие режима кожного больного с аллергическими воспалительными и особенно с зудящими высыпаниями входит правильный подбор одежды и в первую очередь белья. Запрещается пользоваться бельем из синтетических, шерстяных и шелковых тканей, которые из‑за своих физических и химических особенностей могут вызывать или усиливать зуд и воспалительные явления. Больной должен носить белье только из хлопчатобумажных тканей, причем стирать его рекомендуется мылом, а не порошками, в которых зачастую содержатся сенсибилизирующие компоненты. Необходимо учитывать также свойства других деталей одежды. Колготы, носки, брюки, перчатки, шарфики, головные уборы, если в состав входят раздражающие ткани, не должны контактировать с кожей не только пораженных, но и здоровых участков. В этих случаях следует пользоваться соответствующими хлопчатобумажными "дублерами" или подкладками.

## Диета

**Важнейшее, а иногда решающее значение при многих дерматозах имеет соблюдение определенного режима питания.**

Это в первую очередь относится к аллергическим и зудящим болезням кожи, некоторые из которых вообще могут иметь пищевую этиологию (например, отдельные формы крапивницы и кожного зуда). В этих случаях необходимо соответствующими диагностическими приемами подтвердить наличие повышенной чувствительности к определенным пищевым продуктам и полностью исключить их из рациона больного, что носит название *специфической исключающей диеты*. Ареал пищевых аллергенов чрезвычайно широк, и здесь возможны самые неожиданные находки (например, токсидермия только от зеленых яблок, крапивница исключительно от определенного сорта столового вина, сыра и т.п.).

Существует также понятие *неспецифической исключающей диеты,* назначаемой практически во всех случаях зудящих и воспалительных дерматозов в период обострения: из пищевого рациона исключаются (или по крайней мере резко ограничиваются) острые, копченые, соленые, жареные, консервированные и экстрактивные продукты (например, перец, хрен, горчица, копченая колбаса, острые сыры, маринады, крепкий чай, кофе, мед, варенье, шоколад, цитрусовые), сладости. В детском возрасте, как правило, требуется исключение молока и яиц. Естественно, во всех случаях запрещается употребление алкогольных напитков (включая пиво). Показаны разгрузочные дни, кратковременное лечебное голодание, обильное питье.

Нередко хроническое рецидивирующее кожное заболевание может быть обусловлено нарушением общего обмена веществ, болезнями желудочно‑кишечного тракта или гепатобилиарной системы. Эта патология называется фоновой и патогенетически требует обязательной (в первую очередь диетической) коррекции, обычно с привлечением специалистов соответствующего профиля (гастроэнтеролога, гепатолога, диетолога). Большую роль здесь играют регулирование стула, борьба с запорами и метеоризмом.

## Общая медикаментозная терапия

В большинстве случаев кожному больному, помимо местной (наружной) требуется и общая (системная) медикаментозная терапия в соответствии с этиологическими, патогенетическими и симптоматическими аспектами болезни. Она должна быть строго индивидуальной и обоснованной.

**В связи с чрезвычайным многообразием этиологических и патогенетических факторов при заболеваниях кожи системная медикаментозная терапия дерматозов включает практически все основные методы и средства, имеющиеся в арсенале современной клинической медицины: *антимикробные, десенсибилизирующие, психотропные и гормональные препараты, витамины, анаболики, иммунокорректоры, биогенные стимуляторы и энтеросорбенты, цитостатики и неспецифические противовоспалительные средства, ферменты, хинолины* и др.**

Остановимся на основных современных средствах общей медикаментозной терапии.

## Противомикробные средства

**Антибиотики** - важнейшая группа средств антимикробной этиологической терапии - применяются в первую очередь при гнойничковых заболеваниях кожи (пиодермитах), вызываемых стафилококками и стрептококками. Они назначаются при наличии общих явлений (повышение температуры тела, озноб, головная боль), диссеминации гнойничковой сыпи, появлении регионарного лимфаденита, а также при локализации глубоких пиодермии в области головы и шеи. Могут использоваться антибиотики всех групп (пенициллины, тетрациклины, макролиды, цефалоспорины), но перед лечением следует установить чувствительность флоры к антибиотикам и пользоваться в первую очередь антибиотиком, к которому возбудители наиболее чувствительны. При невозможности получить антибиотикограмму используют антибиотики широкого спектра или применяют параллельно два антибиотика. Разовые, суточные и курсовые дозы антибиотиков зависят от тяжести состояния больного и обычно находятся в средних параметрах. Помимо пиодермии, антибиотики применяются и при других кожных инфекциях - при туберкулезе, лепре, лейшманиозе (обычно рифампицин).

Не утратили своего значения при инфекционно‑воспалительных дерматозах **сульфаниламиды**, особенно с пролонгированным эффектом (бисептол, бактрим, септрин).

**Сульфоны** (диаминодифенилсульфон - ДДС, дапсон, авлосульфон, димоцифон) являются основными терапевтическими средствами при лепре.

**Фторхинолоны** (ципрофлоксацин, цифран, ципробай, таривид, максаквин и др.), обладающие широким спектром действия, среди новейших антимикробных препаратов представляют особую терапевтическую ценность.

При назначении всех антимикробных средств следует учитывать противопоказания к их применению, а также совместимость их с другими медикаментами.

**Антимикотики** - группа лекарств различного происхождения, обладающих противогрибковым (фунгицидным или фунгистатическим) действием. Применяются они как для наружной (местном), так и для общей (системной) терапии. Вмешиваясь в процесс образования оболочки грибковой клетки, они приводят к гибели возбудителя или, по меньшей мере, к прекращению его размножения. Перечень основных антимикотиков приведен в таблице в разделе "Микозы".

Системные антимикотики (ламизил, орунгал, гризеофульвин и др.) применяются обычно при поражениях ногтей, волос, диссеминированных и глубоких формах дерматомикозов. Для выбора того или иного препарата надо знать спектр его действия и провести культуральное исследование для определения возбудителя микоза. Гризеофульвин имеет узкий спектр противогрибковой активности и используется в настоящее время лишь в некоторых случаях микроспории. Нистатин эффективен только при кандидозах, ламизил - в основном при дерматофитиях (рубромикозе, эпидермофитии, микроспории). Дифлюкан является особо активным при дрожжевых поражениях кожи и слизистых оболочек. Низорал используют при всех формах грибковой инфекции кожи и ее придатков. Но при длительном применении низорал дает ряд серьезных побочных явлений, что ограничивает его использование. Среди системных антимикотиков наиболее широким спектром действия обладает орунгал (споранокс), эффективный при всех грибковых заболеваниях (кератомикозах, дерматофитиях, кандидозах, глубоких микозах). Особо эффективен метод пульс‑терапии орунгалом онихомикозов - поражений ногтей (по 2 капсулы 2 раза в день в течение недели, затем перерыв 3 нед, курс 2-3 цикла).

Благодаря современным антимикотикам общего и местного действия лечение грибковых поражений гладкой кожи не представляет серьезной проблемы - обычно для полного излечения достаточно 2-3 нед. Однако лечение ногтей все еще остается трудной задачей, требующей большого времени.

**Противовирусные препараты** имеют как системные, так и наружные лекарственные формы, которые зачастую целесообразно применять параллельно. Показания к их применению - различные вирусные дерматозы (герпес простой и опоясывающий, контагиозный моллюск, папилломо‑вирусная инфекция кожи). Основные противовирусные средства представлены в таблице в разделе "Вирусные дерматозы". Наиболее эффективны при герпетической инфекции препараты последнего поколения (ацикловир, валтрекс, фамвир).

## Противовоспалительные средства

**Глюкокортикостероиды (ГКС)** обладают наиболее выраженным противовоспалительным действием и, следовательно, используются при большинстве кожных заболеваний, в основе которых лежит острое или хроническое воспаление. ГКС обладают также противоаллергическим, противозудным, антипролиферативным и иммуносупрессорным действием, в связи с чем их используют не только при аллергодерматозах (экземе, аллергических дерматитах, токсидермиях. крапивнице, атопическом дерматите, ангиитах), но и при псориазе, красном плоском лишае, лимфомах. Основные системные ГКС, применяемые при поражениях кожи, представлены в таблице в разделе "Аллергодерматозы". Дозы препаратов сильно варьируют в зависимости от формы и стадии процесса (от 2-3 таблеток в сутки при дерматите до 20-25 при пузырчатке). В последнее время часто используется дипроспан, содержащий быстро- и медленнодействующие компоненты, вводимый обычно внутримышечно 1 раз в 2-3 нед. Среди таблетированных форм лидерами остаются преднизолон и метипред. При использовании больших доз ГКС необходимо параллельно назначать так называемую корригирующую терапию, предотвращающую или смягчающую побочные эффекты от ГКС. Всегда следует помнить о необходимости постепенного снижения суточной дозы ГКС во избежание так называемого синдрома отмены в виде резкого обострения основного заболевания, так как ГКС при большинстве дерматозов с неясной еще этиологией обладают лишь морбидостатическим эффектом.

**Хинолины** (делагил, плаквеннл) среди своих многочисленных свойств имеют выраженный противовоспалительный эффект и особо удобны для применения при хронических воспалительных дерматозах (красной волчанке, розацеа, саркоидозе, ангиитах и др.). Их обычно назначают в виде базисной терапии на длительной срок (полгода, год) в умеренных дозах (делагил по 1 таблетке, плаквенил по 2 таблетки в сутки).

**НПВС** - нестероидные противовоспалительные средства (аспирин, бруфен, индометанин, вольтарен, пироксикам и др.) - применяют в средних терапевтических дозах в основном при острых и подострых воспалительных поражениях подкожной жировой клетчатки (узловатой эритеме, панникулите), а также при сопутствующем кожному процессу поражению суставов (при артропатическом псориазе, красной волчанке).

**Антигистамины**, применяемые в дерматологии, основной целью имеют блокаду Н1‑рецепторов, что снимает патологические реакции, вызываемые в коже гистамином (покраснение, отек, зуд). Действие их преимущественно симптоматическое или патогенетическое. Они показаны при многих аллергических и зудящих дерматозах (крапивнице, экземе, аллергических дерматитах, токсидермиях, нейродермите и др.). Представленные в таблице в разделе "Аллергодерматозы" антигистаминные препараты отличаются длительностью действия и соответствующим ритмом приема: супрастин, фенкарол, диазолин назначают 3 раза в день, тавегил 2 раза, а препараты последнего поколения кларитин, зиртек, кестин 1 раз в сутки. Большинство антигистаминов обладает седативным эффектом. Хотя эта реакция весьма индивидуальна, тем не менее их не следует назначать перед работой, особенно лицам, имеющим дело с вождением транспортных средств.

**Неспецифические гипосенсибилизаторы** наряду с антигистаминами также оказывают умеренное противовоспалительное и противоаллергическое действие, в связи с чем применяются при аллергодерматозах в периоде обострения. К этой группе относятся препараты кальция (кальция глюконат, кальция хлорид), назначаемые как внутрь, так и парентерально, а также тиосульфат натрия, который в основном вводится внутривенно в виде 30% раствора.

## Антипролиферативные средства

**Цитостатики и иммунодепресанты** (представлены в таблице в разделе "Лимфопролиферативные болезни") своим основным показанием к применению имеют пролиферативные, в том числе опухолевые, заболевания кожи (лимфомы и другие гемобластозы, псориаз), а также дерматозы, связанные с патологией иммунной системы (ангииты, красная волчанка и др.).

## Психотропные средства

У большинства кожных больных, особенно хроников, отмечаются те или иные нарушения со стороны нервно‑психической сферы, четко прослеживается связь начала и обострений болезни со стрессовыми ситуациями. Это в первую очередь относится к больным зудящими поражениями кожи (нейродермит, экзема, пруриго, крапивница). Симптоматическая и патогенетическая терапия психотропными препаратами показана пациентам с явлениями раздражительности, страха, депрессии, бессонницы, Причем нередко бывает необходимой консультация психоневролога. Среди психотропных препаратов выделяют транквилизаторы, нейролептики и антидепрессанты, показанные в небольших и средних дозах при соответствующих расстройствах. Некоторые кожные заболевания невозможно корригировать без привлечения психиатра (патомимия, трихотилломания, невротические экскориации).

## Витамины, микроэлементы, анаболики

Роль витаминов в кожной патологии невозможно переоценить. Практически все гимовитаминозы сопровождаются теми или иными изменениями кожи и ее придатков. Витамины при болезнях кожи используют не только в физиологических (малых, средних) дозах, но часто и в высоких (мега‑дозах). Проводится как моно‑, так и поливитаминотерапия. в последнее время с включением в витаминные комплексы микроэлементов и препаратов анаболическою действия

**Витамин А** (ретинол) и его производные (ретиноиды) показаны в первую очередь при нарушениях рогообразования в эпидермисе (так называемых кератозах и дискератозах - ихтиозе, кератодермиях, болезни Дарье). Здесь его применяют длительно в высоких суточных дозах. Ретинол используют для общей и местной терапии во всех случаях сухости кожи (ксеродермия), истончении и поредении волос (гипотрихозы), ломкости ногтей (ониходистрофии). Ретиноиды тигазон и неотигазон весьма эффективны при псориазе, так как обладают антипролиферативным действием. Ретиноид роаккутан используют при тяжелых формах угревой болезни, так как ему присущ себостатический эффект (угнетение секреции сальных желез). Перечень основных форм ретинола и ретиноидов представлен в таблице в разделе "Псориаз".

**Витамины группы В** (тиамин, рибофлавин, пиридоксин, цианкобаламин, никотиновая кислота, пангамат и пантотенат кальция) применяются внутрь и парентерально, изолированно и в комплексных препаратах при хронических дерматозах нейрогенной, сосудистой и обменной природы, особенно в тех случаях, когда имеются явные признаки соответствующего гиповитаминоза.

**Витамин С** (аскорбиновая кислота) является активным детоксицируюшим и десенсибилизирующим средством, показанным в больших дозах (до 1-3 г в сутки) при острых токсидермиях, аллергических дерматитах, экземе. В средних терапевтических дозах его используют при геморрагических ангиитах кожи (часто в сочетании с рутином) для уменьшения повышенной проницаемости сосудов. В связи с депигментирующим эффектом аскорбиновую кислоту применяют при гиперпигментациях кожи.

**Препараты витамина D** (часто в сочетании с солями кальция) показаны в комплексной терапии кожного туберкулеза.

**Витамин Е** (токоферол) является сильным антиоксидантом и применяется чаще при обменных и сосудистых дерматозах, болезнях соединительной ткани. Наиболее эффективен он в сочетании с ретинолом (препарат аевит).

**Препараты цинка** (цинктерал, оксид цинка) используют при болезнях с дефицитом этого элемента в организме (энтеропатический акродерматит, гипотрихозы, алопеции).

У ослабленных больных необходимо применять **анаболики**, повышающие синтез белка в тканях, обладающие общеукрепляющим действием (неробол, ретаболил, метилурацил, метионин). Они показаны больным хронической пиодермией, язвенными дерматозами. Их используют в качестве корригирующих средств при длительной и массивной глюкокортикоидной терапии.

Весьма эффективны при хронических дерматозах комплексные поливитаминные препараты с макро- и микроэлементами и анаболиками (витрум, центрум, олиговит и др.).

## Местная (наружная) медикаментозная терапия

Нигде в клинической медицине так широко не применяется местная терапия, как в дерматологии. Она может быть (как и общая терапия) этиологической, патогенетической и симптоматической. Например, втирание в кожу эмульсии бензилбензоата при чесотке, убивая возбудителя, устраняет причину заболевания; применение кортикостероидных мазей при экземе как воспалительно‑аллергическом заболевании оказывает выраженное патогенетическое воздействие; использование при зуде любого характера протираний меновазином является чисто симптоматическим мероприятием.

Подбор и проведение местной терапии требуют большого врачебного искусства. Вначале надо решить вопрос подбора *местной лекарственной формы*, а затем вопрос включения в нее *специфического действующего вещества*. Дерматологические местные лекарственные формы весьма разнообразны и сами по себе также оказывают терапевтическое воздействие. Поскольку подавляющее большинство кожных болезней имеет воспалительную природу, то именно оценкой степени выраженности и характера воспаления следует пользоваться при выборе местной лекарственной формы. Учитывается также локализация поражения. Правильный подбор лекарственной формы имеет решающее значение в достижении терапевтического эффекта.

**Примочки** представляют собой водные растворы различных (дезинфицирующих, противовоспалительных) веществ. Кипяченая вода или физиологический раствор могут рассматриваться как простейшие примочки - все дело в методике применения: берется 8-16 слоев ветоши или 16-32 слоя марли, которые по размеру должны соответствовать очагу мокнутия, смачиваются в соответствующем холодном растворе, отжимаются и накладываются на больную кожу. Смена примочки проводится по мере ее согревания (через несколько минут). Примочку иногда можно заменить влажно‑высыхающей повязкой, которая меняется но мере подсыхания через 2 ч, в течение которых ее фиксируют одним‑двумя турами бинта. Примочки оказывают противовоспалительное (сосудосуживающее) действие, уменьшают отечность, успокаивают жжение и зуд, а главное - адсорбируют экссудат, сочащийся из эрозий. Адсорбирующим действием обладает только примочка, поэтому она является незаменимой при наличии мокнутия. Простейшей дезинфицирующей примочкой является *борная*:

Rр.: Ас. borici 4,0

Аq. destillatае 200,0

М. D. S. Примочка

При мокнутии на волосистых участках удобно пользоваться *аэрозолями* с такими сильными противовоспалительными веществами, как глюкокортикостероиды.

**Пасты** представляют собой смесь жировых веществ (мазей) с порошками 1: 1, благодаря чему они обладают поверхностным, подсушивающим действием, их применяют при подострых воспалительных высыпаниях, после завершения мокнутия, наносят тонким слоем 1-2 раза в день. Классической основой для паст является цинковая паста:

Rр.: Zinci oxidi

Amyli tritici аа 10,0

Vaselini 20,0

М. f. рasta.

D. S. Смазывать очаг 2 раза в день.

**Присыпки (пудры)** состоят из растительных или минеральных порошков (тальк, окись цинка, крахмал). *Простейшая индифферентная присыпка* состоит из смеси талька и окиси цинка в равных частях:

Rр.: Zinci oxidi

Talci аа 10,0

М. f. рulv.

D. S. Присыпка.

Благодаря своей гигроскопичности пудры обладают подсушивающим, противовоспалительным, обезжиривающим действием. Их удобнее всего использовать для лечения подостровоспалительных поражений на волосистых частях тела и в складках кожи. Присыпку нельзя втирать в кожу, а следует наносить ватным тампоном похлопывающими движениями.

**Взбалтываемые взвеси (болтушки)** состоят из смеси порошков и водных (водно‑спиртовых) растворов или растительных масел. В первом случае говорят о *водных (спиртовых)* болтушках, во втором - о *масляных*:

Rр.: Zinci oxidi

Talci

Amyli tritici аа 30,0

Glycerini 40,0

Аq. destill. аd 250,0

М. D. S. Взбалтывать и припудривать кожу (водная болтушка).

Rр.: Zinci oxidi 10,0

Ol. Persicorum ad 100,0

М. D. S. Взбалтывать и припудривать кожу (масляная болтушка).

Действие взбалтываемых взвесей аналогично действию паст, но за счет испарения воды они обладают более сильным охлаждающим и противозудным эффектом.

**Мази** представляют собой смеси жировых или жироподобных веществ. Простейшая пропись - смесь безводного ланолина и вазелина в равных частях:

Rр.: Lanolini anhydrici

Vaselini аа 15,0

М. f. ung.

D. S. Смазывать кожу.

Мази обладают согревающим, смягчающим и питательным действием, в связи с чем они показаны при хронических воспалительных поражениях с выраженной инфильтрацией. Мази слегка втирают в кожу очагов несколько раз в день. В тех случаях, кона инфильтрация высыпных элементов выражена особенно резко, рекомендуется наносить мази под окклюзионную повязку, что усиливает согревание кожи и, следовательно, ускоряет рассасывание высыпаний. Для окклюзионных повязок используют компрессную бумагу или тонкую (пищевую) полиэтиленовую пленку. Повязка фиксируется бинтом и может находиться на коже от 2-3 до 12 ч.

**Кремы** представляют собой мазевую основу, куда добавляется вода, которая, испаряясь, в течение 2 ч дает охлаждающий, противовоспалительный эффект. После испарения воды крем начинает действовать как мазь. *Классическая пропись - крем Унны*:

Rр.: Lanolini

Vaselini

Аq. destill. аа 10,0

М. f. ung.

D. S. Смазывать кожу.

Кремы применяются при хроническом воспалении в переходном периоде от подострого. Они действуют нежнее мазей, не вызывая обострения.

**Пластыри**, представляющие собой густую массу из смеси смол, воска, окиси свинца и других веществ дают наиболее сильный согревающий и рассасывающий эффект, в связи с чем применяются на ограниченные очаги хронического воспаления или утолщения кожи.

**Лаки**, состоящие в своей основе из коллодия, применяются в основном для лечения болезней ногтей, так как удерживаются на поверхности без повязки.

**Выбор действующего вещества**, которое будет включено в ту или иную описанную выше местную лекарственную форму, диктуется сведениями об этиологии, патогенезе или симптоматике конкретной нозологии с поправкой на особенности случая. Многие из действующих веществ описаны в разделе общей (системной) терапии дерматозов: большинство из них используется и в местной (наружной) терапии (например, антибиотики, глюкокортикостероиды, антимикотики и др.).

Среди действующих веществ выделяют несколько основных групп: *противовоспалительные, антимикробные, противопаразитарные, редуцирующие, кератолитические, противозудные.*

Противовоспалительные местные средства используют при различных воспалительных дерматозах в соответствующих лекарственных формах (от примочек до мазей). К классическим препаратам относятся вяжущие примочки (свинцовая, жидкость Бурова, раствор нитрата серебра, настои и отвары лекарственных трав - ромашки, шалфея, череды и др.). Среди современных местных противовоспалительных средств лидируют глюкокортикостероиды в виде кремов, мазей, гелей и растворов (лосьонов) различной силы действия.

Антимикробные препараты включают как классические дезинфицирующие агенты (растворы йода, анилиновых красителей, фурацилина, этакридина лактата, нитрата серебра, борной кислоты), так и современные (мази и эмульсии с антибиотиками и сульфаниламидами). Современные местные противовирусные препараты перечислены в разделе "Вирусные дерматозы". Современные локальные противогрибковые средства (антимикотики) приведены в разделе "Микозы".

Противопаразитарные средства практически используются только для наружного лечения. При чесотке и педикулезе высокоэффективны эмульсия бензилбензоата, аэрозоль Спрегаль, раствор Ниттифор, шампунь Педилин и др. Не утратили еще полностью популярности у врачей классические средства: мазь Вилькинсона (15% серно‑дегтярная), 20-30% серная мазь.

Редуцирующие средства имеют основной своей целью рассасывание инфильтрации кожи при хронических воспалительных дерматозах. Их включают в состав кремов и мазей, используют в окклюзионных повязках. В порядке возрастания редуцирующего эффекта их можно расположить в следующем порядке (при одинаковой концентрации в лекарственных формах): нафталан, ихтиол, сера, деготь. Обычно лечение начинают со слабых препаратов низкой концентрации - 2%, затем процент действующего вещества постепенно повышают и переходят на более активные ингредиенты, в последующем подключают окклюзионные повязки. Лечение проводят до полного исчезновения инфильтрации.

Кератолитические средства обеспечивают размягчение и последующее отторжение избыточно ороговевшей кожи и применяются в основном при так называемых кератозах. Кератолитическим действием обладают салициловая и молочная кислоты и резорцин в высоких концентрациях (мази 10-20-30%). При ограниченных кератозах (например, мозолях), онихомикозах удобно пользоваться кератолитическими лаками и пластырями.

Противозудные средства обладают симптоматическим эффектом, уменьшая ощущение зуда в коже. К ним относятся ментол, анестезин, димедрол, карболовая, лимонная и уксусная кислоты. Их применяют в спиртовых растворах, взбалтываемых взвесях, кремах, мазях. Есть готовые комплексные препараты (меновазин). Сильным противозудным эффектом обладают глюкокортикостероиды.

Комплексные препараты сочетанного действия (противовоспалительного, антимикробного, кератолитического, фунгицидного) заслуживают особого внимания, так как высокоэффективны, удобны в применении, дают наименьшее число побочных реакций. Это кремы, мази, аэрозоли и растворы глюкокортикостероидов в смеси с другими средствами. Некоторые из этих препаратов можно считать практически универсальными (например, крем Тридерм обладает сильным противовоспалительным, антимикробным и фунгицидным действием). Глюкокортикостероиды с антибиотиками используют при аллергодерматозах, осложненных пиококковой инфекцией; кортикостероиды с салициловой кислотой особо эффективны при псориазе и нейродермите. Глюкокортикостероиды с антимикотикамн необходимы при зудящих и экссудативных формах грибковых заболеваний кожи.

## Физиотерапевтические методы лечения

В дерматологической практике фактически используются все классические и современные методы физиотерапевтического воздействия на пораженную кожу и организм в целом. Физиотерапия является в большинстве случаев необходимым компонентом в лечении кожного больного. Физиотерапевтические методы включают *лечение теплом, холодом, электрическим током, лучами, магнитом, кислородом, озоном, сочетанием физических и химических воздействий (фотохимиотерапия).*

При проведении лечения, естественно, следует учитывать имеющиеся противопоказания к той или иной физиопроцедуре.

## Психотерапия

Начало и обострения многих кожных болезней провоцируются различными психическими воздействиями, значительная часть дерматозов приводит к вторичным неврозам и даже психозам, а иногда к попыткам суицида. Поэтому психотерапия является необходимой составляющей в комплексном лечении почти всех кожных больных.

Чаще всего приходится прибегать к суггесивной терапии - внушению как в бодрствующем состоянии пациента, так и при погружении его в гипнотический сон. В первую очередь больного надо успокоить, развеять авторитетным врачебным словом страх перед опасностью, неизлечимостью или заразностью, болезни (естественно, если к этому есть основания). Во всех случаях врач должен стараться дать максимально оптимистический прогноз как для жизни, так и для излечения. При ряде заболеваний (бородавки, нейродерматозы, псориаз, экзема) может быть полезен гипноз, который должен проводиться соответствующим специалистом.

Если у больного нарушен сон, следует предпринять все меры к его нормализации, в частности использовать процедуры электросна. При нейродерматозах, обычно сопровождающихся мучительным зудом, эффективна иглорефлексотерапия.

Необходимо использовать большой арсенал психофармакологических лечебных препаратов - антидепрессантов, транквилизаторов, нейролептиков. Здесь часто полезна консультация психоневролога. В последнее время начинает развиваться новый раздел нашей специальности - психодерматология.

## Хирургическое лечение

Хирургические методы, связанные с полным иссечением пораженных участков кожи (эксцизия), не утратили своего значения и в настоящее время. Их используют в случаях отсутствия эффекта от консервативных методов лечения (при бородавчатом туберкулезе, плоской туберкулезной волчанке, новообразованиях, хронической пиодермии). Нередко приходится прибегать к хирургическому вскрытию (инцизии) очагов глубокой пиодермии (гидраденитов, абсцедирующих фурункулов, конглобатных угрей). При долго незаживающих язвенных поражениях кожи единственным эффективным средством может стать пластика (аутопластика) дефектов.

## Курортотерапия

При хронических заболеваниях кожи нейрогенного, аллергического или обменного характера чрезвычайно полезно включение в терапевтический цикл различных курортных факторов. Обычно это делается после купирования рецидива болезни (в периоде реабилитации) при полном или почти полном отсутствии высыпных элементов. Всегда следует учитывать возможные показания и противопоказания со стороны сопутствующих заболеваний.

Курортные факторы включают *климатотерапию, бальнеотерапию, гелиотерапию, талассотерапию, пеллоидотерапию*.

Влияние климата на течение отдельных дерматозов может быть радикальным. Например, полное излечение атопического дерматита без последующих рецидивов, как правило, возможно только при длительной климатотерапии (безвыездное проживание в теплом сухом климате не менее 3 лет). Некоторые формы псориаза и экземы полностью проходят при постоянном проживании в подходящей климатической зоне, которую можно подобрать чисто эмпирически. Кратковременная климатотерапия (1-2 мес) обычно лишь удлиняет ремиссии.

Весьма эффективна при многих кожных болезнях (экземе, нейродермите, псориазе, склеродермии, пруриго) бальнеотерапия - лечение минеральными ваннами: сульфидными (Сочи-Мацеста), радоновыми (Пятигорск). Гелиотерапия в виде дозированных воздушных ванн показана при перечисленных выше дерматозах в условиях курортов средней и южной полосы. Она хорошо сочетается с талассотерапией (морскими купаниями).

При упорных воспалительных дерматозах с резкой инфильтрацией кожи в очагах поражения (хроническая экзема, нейродермит, псориаз) отличные результаты дают аппликации лечебных грязей (пеллоидотерапия) на курортах типа Анапы.

Комплексное использование различных курортных факторов значительно повышает общий терапевтический эффект.

## Использованная литература

1. О.Л. Иванов. Кожные и венерические болезни: Шико; Москва; 2006