

№Пед-21

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра дерматовенерологии**

Базаев В.Т., Беликова З.Ф., Кобаидзе Л.М.

**ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ**

(Методическая рекомендация)

**Составители:** зав. каф. дерматовенерологии, д.м.н. В.Т. Базаев, к.м.н. З.Ф.Беликова,  
к.м.н. Кобаидзе Л.М.

**Рецензенты:**

заведующая кафедрой фармакологии с клинической фармакологией ФГБОУ ВО СОГМА  
Минздрава РФ, д.м.н., профессор Болиева Л.З.;

заведующий кафедрой педиатрии № 3 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава РФ, д.м.н.,  
профессор Касохов А.Б.

## ОБЩАЯ ТЕРАПИЯ ДЕРМАТОЗОВ

Для общего лечения кожных болезней применяют почти весь арсенал средств и методов, принятых в терапии внутренних болезней: седативная, гипосенсибилизирующая, гормональная, иммунная терапия, химиотерапия, лечение антибиотиками и др. При выборе лекарственной терапии в дерматологии при рациональном ее назначении требуется весьма индивидуальное комплексное сочетание этиологических, патогенетических и симптоматических показаний.

*Гипосенсибилизирующая терапия.* В патогенезе многих дерматозов определенное значение принадлежит аллергии. Поэтому в лечении их важная роль отводится устранению аллергена и гипосенсибилизации. Основное затруднение состоит в том, что при поливалентной сенсibilизации, присущей многим аллергическим дерматозам, точное установление аллергена неосуществимо. Если аллерген выявлен, то следует проводить специфическую десенсибилизацию, для чего в кожу больного вводят малые количества аллергена по определенной схеме (стафилококковый анатоксин, антифагин, фильтрат и бактериофаг, стрептококковую и стафилококковую вакцины) – специфическая гипосенсибилизация.

Чаще в дерматологии применяется неспецифическая гипосенсибилизация препаратами кальция, натрия тиосульфатом, антигистаминными препаратами, кортикостероидами.

К активным противовоспалительным и гипосенсибилизирующим веществам относятся салицилаты (натрия салицилат, кислота ацетилсалициловая), действующие, в том числе, и кортизоноподобно, так как обладают стимулирующим влиянием на синтез гормонов коры надпочечников.

*Антигистаминные гипосенсибилизирующие препараты* часто являются ведущими, основными в терапии аллергических дерматозов, экзематозного процесса, так как гистамин является важнейшим медиатором для многих реакций антиген-антитело немедленного типа. В организме существуют специфические гистаминовые рецепторы, которые подразделяют на H1- и H2-рецепторы. Возбуждение периферических H1-рецепторов сопровождается спастическим сокращением бронхов, мускулатуры кишечника, активностью реакции антиген-антитело немедленно-замедленного типа. При возбуждении H2-рецепторов наиболее характерным является усиление секреции желудочных желез, нарушение регуляции тонуса гладких мышц матки, кишечника и сосудов. Известно, что H2-рецепторы определяют развитие аллергических реакций цитотоксического типа. Физиологическими антагонистами гистамина являются адреналин и другие симпатомиметические агенты: ацетилхолин, гистаглобин, интал, кортикостероидные гормоны. Наиболее широко применяются блокаторы H1-рецепторов: димедрол, диазолин, дипразин (пипольфен), тавегил, фенкарол, перитол и др. Основным представителем H2-рецепторов известен циметидин, применяемый для лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Применяются также препараты, блокирующие процесс высвобождения гистамина: хромогликат натрия (интал, кромолин-натрий).

*Адреноблолирующие препараты.* К ганглиоблокаторам, имеющим  $\alpha$ -адреноблолирующее действие, относят препараты, применяемые для лечения заболеваний, связанных с нарушением периферического кровообращения (эндартериит, акроцианоз, синдром Рейно, склеродермия, атрофодермия и др.). Используются пирроксан, бензогексоний, пентамин, пирилен и др.

*Транквилизаторы.* Широко распространено в дерматологии применение седативных средств и транквилизаторов. Рационально назначать эти препараты кратковременно. Назначают магния сульфат, который помимо успокаивающего, детоксицирующего, антиспастического действия, оказывает гипосенсибилизирующий, желчегонный, послабляющий, гипотензивный эффект, способствующий уменьшению отечности тканей. Вводят внутримышечно или внутривенно в виде 25% р-ра через 1-2 дня № 10-15.

Как успокаивающее, нормализующее сон целесообразно назначать сибазон мезапам,

феназепам и др. Положительный результат в лечении невротических состояний у больных тяжелыми хроническими дерматозами с сопутствующими заболеваниями печени, дискинезией желчевыводящих путей, хроническими панкреатитами отмечается при добавлении к комплексу липотропных средств, алкалоидов красавки и фенobarбитала (беллатаминал, беллоид, белласпон). Среди других средств успокаивающего действия используются настойка валерианы, пустырника, бромистые препараты.

*Иммуномодуляторы и иммуностимуляторы.* В процессе формирования воспалительных дерматозов возникают различные нарушения биологических процессов, которые обусловлены иммунологическими расстройствами. Поэтому при различных дерматозах, инфекционных и паразитарных заболеваниях широко используют различные виды иммунотерапии. При пиодермитах, вызванных стрепто- и стафилококками во многих случаях применяют активную иммунизацию антифагином, анатоксином, вакцинацией, а также введение антистафилококкового  $\gamma$ -глобулина и антистафилококковой плазмы.

Иммуномодулирующим действием при вирусных инфекциях обладает человеческий лейкоцитарный интерферон. Среди индукторов интерферона наиболее эффективен отечественный синтетический низкомолекулярный индуктор интерферона – циклоферон. К интерферонам относятся также виферон (свечи и мазь), интрон-А и роферон.

Среди иммунопотенцирующих агентов часто применяется левамизол (декарис), оказывающий широкий спектр иммуностимулирующего действия. Специфическими иммунокорректорами являются Т-активин, тималин. Гуморальные и клеточные факторы, активность фагоцитоза и синтез белка стимулируют метилурацил и пентоксил. Нуклеинат натрия усиливает противовирусный и антистафилококковый иммунитет, обладая интерфероногенной активностью. Менее активным является дибазол. Препарат обладает свойствами иммуностимулятора и адаптогена.

*Гормональные средства.* Среди многочисленных эндогенных факторов, влияющих на активность иммунных механизмов, существенное значение принадлежит эндокринной системе. Гормоны влияют на синтез белка, процесс деления клетки, деятельность иммунокомпетентных клеток и т.д.

Наиболее широко в дерматологии используются кортикостероиды. Среди дерматозов выделяют группы заболеваний, при которых назначение глюкокортикоидов жизненно необходимо: вульгарная пузырчатка, острая красная волчанка, дерматомиозит, узловатый периартериит, ангиопатии, саркоидоз, злокачественные Т-лимфомы кожи, псориазическая эритродермия, артропатический псориаз и др. Гормонам гипофиза (АКТГ) и коры надпочечников (глюкокортикоиды) свойственно активное противовоспалительное, гипосенсибилизирующее действие, поэтому их назначают при экземе, диффузном нейродермите, токсидермиях, многоформной экссудативной эритеме, синдроме Стивенса-Джонсона и др.

Преднизолон и его аналоги назначают внутрь, внутримышечно и внутривенно. Длительность курса зависит от характера переносимости и терапевтического действия. В связи с тем, что быстрая отмена препаратов приводит к обострению дерматоза (синдром отмены), прекращают лечение постепенно, медленно снижая лечебную дозу.

*Антибиотики* – важнейшая группа средств антимикробной этиологической терапии – применяются в первую очередь при гнойничковых заболеваниях кожи, инфекциях, передаваемых половым путем и т.д. Они назначаются при наличии общих явлений, диссеминации гнойничковой сыпи, появлении регионарного лимфаденита, а также при локализации глубоких пиодермий в области головы и шеи. Перед назначением того или иного антибиотика следует установить чувствительность флоры. Разовые, суточные и курсовые дозы препаратов зависят от тяжести состояния больного и обычно находятся в средних параметрах. Широко используются по-прежнему препараты пенициллина и его полусинтетические

производные. Для новых полусинтетических препаратов характерен более широкий спектр действия, активность в отношении резистентных возбудителей. Постоянно ведутся поиски и внедрение новых препаратов для лечения микотических инфекций. Применяемые ранее для лечения больных дерматомикозами гризеофульвин, а для лечения больных кандидозами нистатин, леворин, амфотерицин В остаются в арсенале средств, но наряду с ними появились имидазолы: канестен (клотримазол), кетоконазол (низорал), итраконазол (орунгал), тербинафин (ламизил, бинафин).

*Сульфаниламиды (норсульфазол, этазол, сульфадиметоксин, сульфамонетоксин, бисептол)* назначают при пиодермитах, угревой сыпи, эризипелоиде, а также при непереносимости антибиотиков. Из осложнений при приеме сульфаниламидных препаратов наиболее опасны агранулоцитоз, анафилактоидные реакции. Возможно развитие токсико-аллергической фиксированной эритемы.

*Сульфоновые препараты (ДДС, димоцифон, диуцифон)* применяются для лечения больных лепрой, дерматитом Дюринга, экземой, нейродермитом, псориазом, склеродермией и др. Препараты оказывают выраженное противовоспалительное действие, подавляют рост бактериальных популяций, стимулируют фагоцитарную активность лейкоцитов.

*Противомалярийные* аминохинолиновые препараты (резохин, плаквенил, хлорохин, делагил) используются в дерматологии как фотодесенсибилизирующие средства при красной волчанке, фотодерматозах, поздней кожной порфирии, пойкилодерматомиозите и др.

*Метронидазол (трихопол)* характеризуется широким спектром действия в отношении простейших. Он активно нейтрализует анаэробную инфекцию, стимулирует факторы клеточного и гуморального иммунитета Т-системы, усиливает защитные и регенеративные свойства слизистой желудка. Трихопол используют для лечения различных форм розацеа, периорального дерматита, себорейдов, трихомониаза и т.д.

*Сорбционная детоксикация* основана на удалении из крови и других биологических жидкостей токсичных веществ эндогенного и экзогенного происхождения при помощи сорбентов. Детоксикация крови названа гемосорбцией, а удаление токсичных веществ из лимфы, плазмы и ликвора – соответственно лимфосорбцией, плазмасорбцией и ликворосорбцией. С целью детоксикации используется и кровезаменитель гемодез.

- *Витамины* относят к неспецифическим противовоспалительным и гипосенсибилизирующим средствам. Жизненная потребность в витаминах обусловлена их участием в построении многих ферментов в качестве простетических или коферментных групп, что обеспечивает регуляцию метаболизма, адаптационно-трофических механизмов и иммунокорректирующее действие. В дерматологии широко используются витамины комплекса В, особенно В1, В2, В5, В12, В15, витамины А, Е, С, Р в комбинации с другими терапевтическими средствами.

*Препараты, нормализующие желудочно-кишечные ферменты.* У больных аллергодерматозами в качестве сопутствующей патологии часто выявляется панкреатическая недостаточность, дефицит энтерокиназы, недостаточность амилазы, лактазы и протеиназы. Существуют препараты ферментного действия, способствующие активации гастроэнтерологической системы у больных с кожной патологией: пепсин и его аналоги (ацидин-пепсин, аципепсол), абомин, панкреатин, солизим, фестал, дигестал, мезим - форте, эссенциале - форте и др.

## **ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ**

В комплексном применении у больных с заболеваниями кожи используются многочисленные средства и методы физиотерапевтического воздействия. Физические факторы оказывают рефлекторное, гуморальное и непосредственное физико-химическое действие на

различных уровнях. При выборе физических методов лечения дерматозов рекомендуется учитывать стадию заболевания, его форму, характер течения, а также возраст больного, функциональное состояние нервно-эндокринной, сердечно-сосудистой систем и наличие сопутствующих заболеваний.

*Гальванизация* – метод электротерапии, при котором на организм воздействуют постоянным электрическим током малой силы и низкого напряжения. Применяют непосредственно на зону поражения, рефлекторно-сегментарные зоны и для общего лечения. Показана при нейродермите и других зудящих дерматозах, склеродермии, узловатых васкулитах, псориазе, красном плоском лишае и келоидных рубцах. Противопоказаниями к гальванизации являются экзема, дерматиты, пиодермиты, гипертоническая болезнь III стадии, лихорадочные состояния, злокачественные новообразования.

*Электрофорез* – метод сочетанного действия постоянного тока и лекарственного вещества. В качестве лекарственных веществ могут использоваться: растворы магния сульфата, кальция хлорида, лидазы, новокаина, ихтиол, димексид и т.д.

*Терапевтический электролиз* – метод разрушения с терапевтической целью при помощи электрического тока. Метод применяется в дерматологической практике для разрушения бородавок, кондилом, папиллом и ангиом.

*Электросон* – это метод воздействия на ЦНС импульсным током. Процедура электросна значительно снижает эмоциональное напряжение, оказывает выраженное антистрессовое и седативное действие. Наступающий в процессе процедуры сон в отличие от медикаментозного приближается к естественному, физиологическому сну.

*Диадинамотерапия* – метод электролечения с помощью низкочастотных импульсных токов малой силы и низкого напряжения. При диадинамотерапии у больных с заболеваниями кожи отмечается уменьшение эритемы, отека, инфильтрации и зуда. Кроме того, в дерматологии ДДТ широко используется для диатермокоагуляции бородавок, папиллом, сосудистых невусов, телеангиэктазий, удаления татуировок, келоидов. Противопоказания: тромбофлебит, инфекционные заболевания, злокачественные новообразования, сердечно-сосудистая недостаточность II и III степени, болезнь Паркинсона, беременность, психические расстройства.

*Электростимуляция* – метод применения различных импульсных токов низкой частоты для восстановления трофики органов и тканей. Электростимуляция показана при склеродермии, дерматомиозите, атрофодермии, атрофии Пазини-Пьерини, т.к. улучшается кровоснабжение кожи и мышц, снижается накопление молочной кислоты и повышается энергообеспечение.

*Электропунктура* – метод электролечения, предусматривающий воздействие импульсными токами низкой частоты на биологически активные точки без применения игл. Электропунктура относится к методам рефлекторно-сегментарной физиотерапии. Метод оказывает нормализующее влияние на организм через биологические точки, а также анальгезирующее, десенсибилизирующее, сосудорасширяющее, противовоспалительное действие. Электропунктура показана при экземе, нейродермите, псориазе, крапивнице, опоясывающем лишае.

*Амплипульстерапия* – метод электролечения, проводимый с помощью синусоидальных импульсных модулированных токов малой силы и низкого напряжения. Оказывает болеутоляющее действие, стимулирует микроциркуляцию, трофику тканей и улучшает функциональное состояние центральных и периферических отделов нервной системы.

*Дарсонвализация* – метод электротерапии, при котором используется импульсный переменный ток высокой частоты, высокого напряжения и малой силы. Метод повышает тонус сосудов, улучшает микроциркуляцию, улучшается трофика кожи и слизистых оболочек, усиливаются процессы регенерации. Дарсонвализация применяется при выпадении волос, у больных с угревой сыпью, хронической экземой, красным плоским лишаем, ограниченным и

диффузным нейродермитом, псориазом, трофическими язвами и варикозным синдромом, очаговой и системной склеродермией, келоидами.

*Индуктотерапия* – метод лечебного воздействия электромагнитным полем высокой и ультравысокой частот с индуктивной передачей высокочастотного магнитного поля. Метод стимулирует глюкокортикоидную функцию надпочечников, повышает ферментативные, обменные процессы в тканях. Применяется для лечения экземы, нейродермита, псориаза, красного плоского лишая.

*Ультравысокочастотные токи, или УВЧ*, - это метод лечения переменным электрическим током ультравысокой частоты. В основе механизма действия УВЧ лежит первичное влияние на электрически заряженные частицы, из которых состоят ткани организма. Используется для лечения острых гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки (фурункулы, карбункулы, гидраденит, васкулиты кожи, трофические язвы). Противопоказания: сердечно-сосудистая недостаточность, системные заболевания кожи, злокачественные новообразования, беременность, гипотония.

*Ультразвуковая терапия* – механическое, термическое и физико-химическое действие на определенные части тела больного. Используют прямое (на кожу, мышцы, суставы) и косвенное (на спинномозговые корешки, нервные стволы) воздействие. Прямое воздействие применяется при гидрадените, локализованном кожном зуде, ограниченной склеродермии, ограниченном нейродермите, трофических язвах, косвенное – при хронической крапивнице, универсальном кожном зуде, диффузном нейродермите, системной склеродермии. Введение лекарственных препаратов с помощью ультразвука получило название *фонофореза*. Противопоказания: общие инфекционные заболевания, гипертоническая болезнь, беременность кахексия, сердечно-сосудистая недостаточность, синингомиелия, болезни крови.

*Светолечение* – метод, основанный на применении коротковолновых лучей солнечного спектра (гелиотерапия) и искусственных источников ультрафиолетового излучения. Ультрафиолетовые лучи оказывают положительное влияние на центральную и вегетативную нервную системы, действуют боле- и зудоутоляюще, обладают бактерицидной и бактериостатической активностью, стимулируют рост волос, усиливают сало- и потоотделение.

*Ультрафиолетовое облучение (УФО) аутокрови* повышает бактерицидную активность сыворотки крови вследствие активирования фагоцитоза, увеличивает число лейкоцитов, базофильных гранулоцитов, нормализует количество и соотношение иммуноглобулинов G, M, A и E, интенсифицирует иммунологическую активность. Применяется для лечения больных псориазом (зимней формой), диффузным нейродермитом, экземой, стрептостафилодермией.

*ПУВА - терапия* – сочетанное применение фотосенсибилизирующих препаратов (псорален, метоксален, пувален, оксорален и др.) с облучением длинноволновыми ультрафиолетовыми лучами спектра А. В последние годы это один из наиболее эффективных физиотерапевтических методов лечения дерматозов: псориаза, грибковидного микоза, красного плоского лишая, угревой сыпи, экземы, диффузного дерматита и др. К осложнениям ПУВА - терапии относят: появление кератом и папиллом, рецидивирование простого пузырькового лишая, поражение зрительного анализатора, нарушение пигментообразования, гипертрихоз, старение кожи, появление злокачественных новообразований (кератоакантомы, базально-клеточные карциномы) и т.д.

*Рентгеновское излучение и Букки излучение* оказывают противовоспалительное, резорбтивное и зудоуспокаивающее действие. Так как применение рентгеновского излучения сопровождается частыми осложнениями в виде рентгеновского дерматита, атрофии кожи, появления папиллом, кератом, кератоакантом, изъязвлений с малигнизацией, - это ограничивает применение этого метода в терапии дерматозов. Лишь в редких случаях, если лечение злокачественных новообразований неэффективно другими методами, используют рентгенотерапию. Чаще применяют пограничные лучи (излучение Букки), при которых

повреждающее действие на кожу практически отсутствует или менее выражено. Букки излучение назначают при сливных, возвышающихся угрях, хронической экземе, келоидных рубцах, ограниченных формах нейродермитов и др.

*Криотерапия* – лечение холодом, проводится снегом угольной кислоты. С этой же целью применяют аппликации с замораживанием жидким азотом. Дозирование криовоздействия зависит от мощности инфильтрата и глубины воспаления объекта удаления. Различные методы криовоздействия применяют для удаления очагов хронической красной волчанки, кольцевидной гранулемы, ангиом, бородавок, кератом, сосудистых невусов, а также других доброкачественных новообразований кожи.

*Лазеротерапия* – использование в качестве лечебного фактора низкоинтенсивного лазерного излучения. Лазеротерапия оказывает противовоспалительное, анальгезирующее, иммуномодулирующее, репаративное, метаболическое и рефлекторное действие. Наиболее широкое применение лазеротерапия нашла при лечении язвенных трофических поражений, склеродермии, гнездной алопеции, васкулитов кожи, опоясывающего лишая и некоторых других заболеваний. Противопоказания: бластоматозные процессы, системные заболевания крови, заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, сахарный диабет, тиреотоксикоз.

## САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Санаторно-курортная помощь – один из важных этапов в лечении дерматовенерологических больных. В отличие от фармакологических препаратов природные лечебные факторы являются естественными средствами воздействия и при рациональном использовании не оказывают побочных действий, не вызывают осложнений. 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.

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

Влияние климата на течение отдельных дерматозов может быть радикальным. Например, при длительном нахождении (не менее 3 лет) в сухом климате возможно излечение атопического дерматита. Кратковременная климатотерапия способна продлить время ремиссии.

При многих кожных болезнях (экзема, псориаз, нейродермит, склеродермия, пруриго) эффективна бальнеотерапия – лечение минеральными водами. Гелиотерапия в виде воздушных ванн показана для лечения дерматозов в условиях курортов средней и южной полосы. На морском побережье возможна также талассотерапия – лечение морскими купаниями.

При дерматозах со стойкой инфильтрацией хорошие результаты дает пеллоидотерапия – аппликации лечебных грязей.

## НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕРМАТОЗОВ

В терапии дерматозов можно выделить несколько направлений:

- Устранение причины заболевания применением антибактериальных, антимикотических, антипаразитарных, противовирусных препаратов, средств, защищающих кожу от различных воздействий (при профессиональных дерматозах, фотодерматозах, укусах насекомых и др.)



- Устранение патологического процесса в коже в зависимости от его остроты, распространенности, локализации, субъективных ощущений.

При проведении наружной терапии важно соблюдать последовательность применения лекарственных форм.

При остром и подостром мокнущем воспалительном процессе необходимы водные растворы в виде примочек или аэрозолей.

При остром и подостром воспалительном процессе без мокнутия применяют примочки, аэрозоли, водные болтушки, присыпки, пасты и масляные болтушки.

При хроническом неспецифическом воспалительном процессе применяются мази, согревающие компрессы, пленки, лаки, пластыри.

При хроническом специфическом процессе вводят в очаги специфические препараты.

При кожных разрастаниях (бородавки, папилломы) – прижигающие (кератолитические) средства.

В стадию прогрессирования заболеваний, сопровождающихся инфильтрацией (псориаз, красный плоский лишай) применяют кератопластические средства в виде мазей, кремов с небольшим содержанием действующих веществ: 2% салициловой кислоты, 2-5% серы, 5% нафталана.

В стадии стабилизации и регрессирования инфильтративного процесса используют кератолитические средства (с возрастающим содержанием действующих веществ): мази, пленки, пластыри.

Перед началом фармакотерапии дерматозов необходимо учитывать показания и противопоказания к применению того или иного лекарственного препарата; возможность привыкания к местным средствам; возраст больного (детская кожа более активно поглощает лекарственные средства, например, борную кислоту, серу, салициловую кислоту, деготь, гормональные препараты); возможность развития аллергических реакций (при применении антибиотиков, фурацилина, бриллиантового зеленого и др.); возможность побочных явлений, например, при длительном применении кортикостероидов (атрофия кожи, гипертрихоз, телеангиэктазии, кушингоид и др.).

Перед назначением местных лекарственных средств необходимо очистить кожу в очагах от чешуек, корок, остатков лекарственных препаратов, примененных ранее. Обычно с этой целью используют прокипяченные растительные масла. Лекарство применяют на ограниченный участок и только убедившись в его переносимости пациентом – на остальные участки кожи. Важно соблюдать правильность наложения примочек, лекарственных и мазевых повязок, смазываний, втираний, аппликаций, временные интервалы и т.д.

Местные кортикостероидные средства эффективно подавляют кожную воспалительную реакцию, в том числе аллергическую. Кортикостероиды (особенно фторированные) снижают скорость деления клеток, что важно при инфильтративно-десквамативных дерматозах (псориаз, нейродермит, красный плоский лишай, ихтиоз и др.).

При инфицировании участков поражения их не применяют без добавления антибактериальных средств, так как возможно прогрессирование воспалительных явлений и диссеминация процесса.

При нанесении на большие участки поражения (особенно эрозивно-язвенные) имеется значительный риск резорбции местных фторированных кортикостероидов, подавления функции надпочечников, при этом не исключается их тератогенное воздействие.

В связи с вышеуказанным при назначении топических кортикостероидов следует придерживаться следующих рекомендаций:

- В начале лечения применяют не самые активные препараты;
- При их неэффективности назначают высокоэффективный препарат до

получения выраженного улучшения, после чего переходят на менее активный препарат;

- Препараты наносят на очаги тонким слоем;
- Окклюзионные (под компрессную бумагу или целлофановую пленку) повязки следует применять только непродолжительное время;
- Высокоактивные препараты назначают при дискоидной красной волчанке и красном плоском лишае, среднеактивные препараты – при псориазе, с небольшой активностью (гидрокортизон, преднизолон) – при экземе, дерматитах.

### **Классификация стероидных препаратов для местного применения**

1. Очень сильнодействующие: беклометазон, гальцинонид, дифлукортолон, клобетазон (дермовеит).
2. Сильнодействующие: бетаметазон (бетновейт, белодерм), гидрокортизона бутират (локоид), триамцинолон, флуоцинолон (синалар).
3. Обладающие средней активностью: гидрокортизон с мочевиной, клобетазол.
4. Слабодействующие: гидрокортизон, метилпреднизолон.

При инфицированных кожных поражениях к кортикостероидам присоединяют antimicrobные и antimicotические средства (неомицин, клотримазол, гелиомицин, нистатин, гентамицин и др.), при этом стероид предупреждает возможные реакции на эти вещества.

Побочные реакции чаще развиваются при лечении сильнодействующими кортикостероидами. Они выражаются в присоединении инфекции, атрофии кожи (иногда необратимой), стрий, местного гирсутизма у женщин молодого возраста, периорального дерматита, местной депигментации, акне.

Не следует применять сильнодействующие кортикостероиды на кожу лица (исключение – дискоидная красная волчанка), век (из-за возможности развития глаукомы).

Противопоказаниями к применению топических кортикостероидов (особенно высокоактивных) являются бактериальные, вирусные, грибковые дерматозы, периоральный дерматит, специфические инфекции кожи (туберкулез, сифилис), опухоли кожи, беременность (лактация), обширные поражения кожи, дерматозы у детей до года.

**Присыпки (пудры)** используют для уменьшения симптомов острого воспаления (при отсутствии мокнутия). Они адсорбируют жир и пот, охлаждая и высушивая кожу. Применяют индифферентные минеральные присыпки (окись цинка, тальк и др.), иногда к ним добавляют дезинфицирующие, противозудные средства. При назначении индифферентные присыпки целесообразно комбинировать минеральные вещества (цинк, тальк) и растительные (крахмал), так как первые лучше всасывают жиры, а вторые – воду. Не следует пользоваться растительными присыпками при поражениях, располагающихся на соприкасающихся участках кожи (под молочными железами, в бедренно-мошоночной области), так как здесь под влиянием значительной влажности присыпки быстро разлагаются, что приводит к прогрессированию воспалительного процесса.

#### **Пример.1. Zinci oxydi**

Talci  
Amyli tritici aa 10,0  
M.D.S. Присыпка

#### **2. Urotropini**

Acidi borici aa 2,5

Zinci oxydi  
Talci aa 25,0  
M.D.S. Присыпка при потливости ног.

**Взбалтываемые взвеси (болтушки)** применяют с целью уменьшения воспалительных явлений, высушивания и охлаждения кожи. Болтушка состоит из 30-40% порошковых веществ (цинк, тальк, крахмал) и 60-70% жидкости (воды и глицерина; воды, глицерина и спирта). Нанесенные на кожу порошки после испарения воды остаются на ней тонким слоем и благодаря глицерину удерживаются на протяжении многих часов. Масляная болтушка состоит из окиси цинка (30,0) и растительного масла (70,0). При необходимости к цинковому маслу можно добавить другое лекарственное вещество, например 2% борной кислоты, 5% ихтиола. Взбалтываемыми взвесями пользуются при острых, подострых воспалениях кожи (дерматитах, экземе и др.), отсутствии мокнутия и излишней сухости пораженных участков кожи.

**Пример. 1.** Zinci oxydi 30,0  
Olei Helianti 70,0  
M.D.S. Смазывать кожу 2 раза в день

2 Sulfuris pp. Молоко Видаля  
Sp. camphorati aa 6,0  
Ol.Ricini  
Sol.acidi borici 2%  
Sp. aethylici 96% aa 50ml  
M.D.S. наносить на очаги поражения после взбалтывания 1-2 раза в день

**Паста** представляет собой смесь жировых веществ с индифферентными порошками в равных частях. Пасты занимают промежуточное положение между взбалтываемыми смесями и мазями, действуя глубже, чем первые, и поверхностнее, чем вторые. Пасты не следует применять при мокнущих процессах, а также на волосистые участки кожи. Для усиления противовоспалительного, противозудного действия паст в них добавляют ихтиол, препараты серы и дегтя, нафталан, борную кислоту и др. Обычная паста (основа) – цинковая паста, состоящая из равных количеств порошков и жиров.

**Пример. 1.** Pastae Zinci 40,0  
D.S. Наносить на очаги 2 раза в день.

2. Acidi salicylici 1,0 Паста Лассара  
Zinci oxydi  
Amyli tritici aa 12,5  
Vaselini ad 50,0  
M.D.S. наносить на очаги поражения 1-2 раза в день

Пасты обычно накладываются один раз в день, так как они в противоположность мазям благодаря более густой консистенции дольше держатся на коже. Остатки паст и болтушек снимают обычно тампоном, смоченном в индифферентном жире.

**Примочки** применяются для уменьшения мокнутия, отечности и ощущения жжения и зуда. Примочки должны быть холодными, менять их следует по мере высыхания и согревания каждые 3-5 мин в течение часа, по 2-3 раза в день. При более длительном воздействии кожа в очагах становится сухой, могут появиться трещины. У грудных детей примочки желательно не применять. Для примочек используют 2% раствор борной кислоты, 1-2% р-р резорцина, 0,25%

р-р нитрата серебра, р-р перманганата калия, свинцовую воду. Марлю, сложенную в 6-8 слоев, пропитывают одним из указанных растворов, отжимают и прикладывают к участку мокнутия. Примочка оказывает охлаждающее и сосудосуживающее действие.

**Пример. 1.** Sol. Acidi borici 2% 300,0

D.S. Для примочек

2. Sol. Resorcini 2% 300,0

D.S. Для примочек

3. Sol. Kalii permanganatis 0,5% 300,0

D.S. Для примочек

**Влажновысыхающие повязки** назначаются при значительном мокнутии и наличии инфильтрата, а также при интенсивных субъективных ощущениях. Они накладываются следующим образом: на пораженный участок накладывают слой марли, смоченной одним из тех же растворов, что и для примочек, сверху – слой ваты и забинтовывают. Повязки меняют каждые 4-5 часов. При этом происходит медленное испарение лекарственного раствора и некоторое охлаждение поверхности кожи.

**Компрессы** инфильтратов, уменьшению воспаления. Для компрессов применяют спирт, боровскую жидкость, борную кислоту, свинцовую воду и др. Иногда компрессы накладывают на предварительно нанесенную на кожу индифферентную пасту. При этом происходит эпителизация мокнувших участков.

**Смазывания и протирания** различными растворами широко применяют для лечения различных патологий кожи. Так, спиртовые растворы с добавлением различных лекарственных средств, назначаются при кожном зуде, угревой болезни и др. Водные растворы некоторых средств используют для втирания при лечении больных чесоткой (гипосульфит натрия, соляная кислота), для полоскания слизистой рта, спринцеваний и инстилляций. При лечении фурункулов применяют смазывания чистым ихтиолом.

**Пример. 1.** Laevomycetini

Ac.borici aa 3,0

Ac.lactici 1,0

Sp.aethylici 70% 100ml

M.D.S. Протирать кожу лица 2 раза в день.

2. Ac.salicylici 3,0

Sp.aethylici 70% 100ml

M.D.S. Протирать кожу лица 2 раза в день

**Ванны** с применением различных веществ (перманганат калия, крахмал, морская соль) и лекарственных трав (кора дуба, ромашка, экстракт хвои) также находят применение в лечении кожных больных.

**Лаки.** Основа лаков – эластический коллоид с 10% касторового масла или травмацитин (каучук в хлороформе). В основу вводят салициловую, карболовую, молочную кислоты, резорцин, деготь и другие вещества. Лак застывает на коже в виде тонкой пленки; вещества, содержащиеся в нем, глубоко проникают в кожу. Он удаляется бензином. Лаки оказывают

кератолитическое, отслаивающее, фунгицидное, антипаразитарное действие. Применяется для лечения оомозелостей, бородавок, онихомикозах.

**Пример. 1.** Ac.salicylici 12,0

Ac.lactici 6,0

Collodii elastici 100,0

M.D.S. Смазывать очаги 1 раз в день

**Пластыри.** Основой пластыря является воск или канифоль, обеспечивающие густую и липкую консистенцию. Вводят кератолитические концентрации салициловой кислоты, мочевины, йода, карболовой и уксусной кислот, окись свинца и т.д. Оказывают активное рассасывающее, отслаивающее, разрыхляющее, дезинфицирующее, фунгицидное действие. Применяются для удаления оомозелостей, разрыхления ногтей, лечения ногтевого ложа при онихомикозах, веррукозной форме красного плоского лишая, ограниченном нейродермите, гнойно-воспалительных процессах в коже.

Перед применением пластырь нагревают, очаг протирают спиртом, меняют 1 раз в 2-3 дня.

**Пример. 1.** Ac.salicylici

Emplastri Plumbi aa 30,0

M.D.S. Наносить на очаг 1 раз в неделю

**2.** Ureaplasti 50,0

D.S. Накладывать на ногти на 48 ч

**Масла** в чистом виде используются для очищения пораженных участков от вторичных болезненных наслоений, удаления с кожи остатков применявшихся лекарственных веществ. Применяют различные масла: персиковое, подсолнечное, оливковое и др. (Ol. Persicorum, Ol. Heliantum, Ol. Olivarium)

**Аэрозоли**- дисперсная система, состоящая из газовой среды, в которой взвешены твердые и жидкие лекарственные препараты. Они обычно содержат кортикостероиды, антибиотики и выпускаются в специальных герметичных баллонах с клапанным устройством. По механизму действия они близки к взбалтываемым взвесям. Применяются при различной степени воспалениях кожи, в том числе сопровождающихся мокнутием, пиодермией, осложненных воспалением микозах.

**Пример. 1.** Aerezoli "Охусортум"

D.S. Орошать участки поражения 2-3 раза в день

**Мази** – лекарственная форма, основой которой является жир или синтетическое жироподобное вещество. В связи с этим наложение мази на пораженный участок кожи ведет к прекращению кожной перспирации, что обуславливает местное повышение температуры кожи, разрыхление ее поверхностных слоев и незначительное расширение сосудов. Благодаря этому лекарственные вещества всасываются в кожу. Основным показанием к применению мазей является наличие инфильтрации кожи при отсутствии острых или подострых воспалительных явлений. Обычно основой мази являются желтый вазелин, ланолин и свиное сало, иногда – нафталин. В мазевые основы в зависимости от показаний вводятся различные лекарственные средства: сера, деготь, ртуть, салициловая и борная кислоты, ихтиол, резорцин, ментол, анестезин, димедрол, папаверин и др.

**Пример. 1.** Acidi salicylici 2,0

Vaselini ad 100,0

M.D.S. Смазывать кожу 2 раза в день

**2.** Acidi salicylici

Серно-салициловая мазь

Sulfuris pp aa 2,0

Vaselini

Lanolini aa 48,0

M.D.S. Смазывать очаги 2 раза в день

**3.** Acidi borici

Борно-дегтярная мазь

Olei Rusci aa 0,6

Vaselini 30,0

M.D.S. Смазывать кожу 2 раза в день

**4.** Resorcini

Отслаивающая мазь Андриасяна

Ac.lactici

Ac.Salicylici aa 15,0

Vaselini ad 100,0

M.D.S. Нанести на ногтевые ложа на 48 ч

Широко используются мази, кремы и аэрозоли, содержащие только кортикостероиды (гидрокортизоновая, преднизолоновая, «Локоид», «Белодерм», «Целестодерм», «Элоком», «Адвантан»), кортикостероиды и антибиотики («Белогент», «Целестодерм с гирамицином», «Гиоксизон», «Оксикорт»), кортикостероиды и салициловую кислоту («Белосалик», «Дипросалик», «Лоринден А») и т.д.

В настоящее время для лечения многих хронических дерматозов (псориаз, красный плоский лишай, атопический дерматит) используются мази, содержащие кальципотриол (псоркутан, дайвонекс), а также кальципотриол с бетаметазоном (дайвобет).

Для терапии атопического дерматита широко используется 1% крем пимекролимус (элидел), позволяющий является альтернативой топическим кортикостероидам.

**В состав крема** наряду с высококачественным питательным животным жиром и растительным маслом включается водная фаза.

Таким образом, крем представляет собой эмульсию, в которой в эмульгированном состоянии частицы воды находятся в масле и, наоборот, частицы масла содержатся в водной среде.

**Пример. 1.** Lanolini

Крем Унны

Ol. Persicorum

Aq.destil. aa 50,0

M.D.S. Смазывать кожу 2 раза в день

**2.** Sol. Dimedroli spirituosae 20% 20,0

Prednisoloni 0,2

Lanolini

Ol.Helianti

Aq. Destil. aa 10,0

M.D.S. Смазывать очаги 2 раза в день.