

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»

**ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПО ПРОФИЛЮ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»
ДЕТЯМ-СИРОТАМ И ДЕТЯМ,
ОКАЗАВШИМСЯ В ТРУДНОЙ
ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ**

Учебное пособие

Екатеринбург
Издательство УГМУ
2018

УДК 616.5:616.9-053.2:364(075.8)
ББК 57.335.8
О-491

*Печатается по решению Ученого совета
лечебно-профилактического факультета
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
(протокол № 8 от 12.05.2017)*

*Ответственный редактор
д-р мед. наук М. А. Уфимцева*

*Рецензент
д-р мед. наук, профессор В.Л. Зеленцова*

О-491 **Оказание медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации** [Текст] : уч пособие / под ред. М. А. Уфимцевой; ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. — Екатеринбург : Изд-во УГМУ, 2018. — 92 с.

ISBN 978-5-89895-864-0

Учебное пособие составлено в соответствии с нормативными документами по оказанию медицинской помощи детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, дополнительной профессиональной образовательной программой цикла тематического усовершенствования в рамках непрерывного медицинского образования «Методы профилактики инфекций, передаваемых половым путем у детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации».

Пособие направлено на формирование у врачей-дерматовенерологов, врачей-педиатров, врачей акушеров-гинекологов, врачей-урологов профессиональных компетенций по диагностике, лечению, профилактике заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем, у детей данной уязвимой группы. В учебном пособии представлены термины и определения, тестовые задания и ситуационные клинические задачи для самоконтроля знаний.

УДК 616.5:616.9-053.2:364(075.8)
ББК 57.335.8

ISBN 978-5-89895-864-0

© Авторы, 2018
© ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, 2018

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Кафедра кожных и венерических болезней:

д.м.н., доцент М.А. Уфимцева, ассистент К.И. Николаева, к.м.н., доцент Ю.М. Бочкарев, к.м.н., доцент К.Н. Сорокина, ассистент Е.П. Гурковская, ассистент А.С. Шубина, ассистент Н.В. Симонова, С.Б. Антонова, Т.А. Береснева, Г.Р. Шартдинова

Кафедра психологии и педагогики:

к.пс.н., доцент Е.В. Дьяченко, А.В. Казаева, ассистент Н.В. Самойленко

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП и ПФ:

к.м.н., доцент И.В. Лаврентьева

ГБУЗ СО СОКВД Минздрава Свердловской области:

к.м.н. Н.Л. Струтин, к.м.н., А.В. Макаренко, к.м.н. Е.Б. Корюкина, Ю.Ю. Андреев

МАУ «ДГП № 13», отделение медико-социальной помощи детям и подросткам:

к.м.н. О.В. Марфицына, С.А. Хорошев

ГБУЗ СО «ОДКБ № 1», Областной перинатальный центр:

О.Ю. Аверьянов, к.м.н. А.В. Жилин

Министерство социальной политики Свердловской области

Отдел семейной политики и соц. обслуживания семьи и детей:

Е.Д. Шаповалов, И.А. Филиппова

ГКОУ СО «СУВУ ЗП» Минобрнауки Свердловской области:

Н.Я. Поддубная, О.О. Михайлова

ГАУ «ЦСПСид «Отрада» Минсоцполитики Свердловской области:

Н.Б. Белова

ГАУ «ЦСПСид города Богданович» Минсоцполитики Свердловской области:

Т.А. Лакия

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	5
ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ	6
ВВЕДЕНИЕ	8
Раздел 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ У ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОКАЗАВШИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ	9
1. Инфекционные дерматозы	12
2. Неинфекционные дерматозы	26
3. Новообразования кожи	67
Раздел 2. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СРЕДИ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОКАЗАВШИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ	74
Раздел 3. АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ-СИРОТАМ И ДЕТЯМ, ОКАЗАВШИМСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ	78
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ	82
СИТУАЦИОННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ	84
НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ	89
СПИСОК ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	91

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	атопический дерматит
ВГПН	врожденный гигантский пигментный невус
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ГКС	глюкокортикостероидные средства
ДДТ	диадинамотерапия
ДДУ	детские дошкольные учреждения
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
МН	меланоцитарный (меланоформный) невус
ПУВА-терапия (англ. PUVA therapy):	
	П — псорален (фотосенсибилизирующий препарат)
	УВ — ультрафиолетовые лучи
	А — длинноволновый спектр электромагнитных лучей
РФ	Российская Федерация
СД	себорейный дерматит
СМВ-терапия	сантиметроволновая терапия
СМ-терапия (амплипульстерапия)	терапия синусоидальными модулированными токами
УФ-излучение	ультрафиолетовое излучение
УВЧ-терапия	ультравысокочастотная терапия
УЗ-терапия	ультразвуковая терапия
УФО	ультрафиолетовое облучение
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций (ООН)

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Безнадзорный — несовершеннолетний, контроль за поведением которого отсутствует вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей по его воспитанию, обучению и (или) содержанию со стороны родителей или иных законных представителей либо должностных лиц; **беспризорный** — безнадзорный, не имеющий места жительства и (или) места пребывания [1].

Дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации — дети, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств, в том числе дети, оставшиеся без попечения родителей, дети, проживающие в малоимущих семьях, дети, подвергаемые сексуальному насилию (в том числе в семье), безнадзорные, беспризорные, дети, находящиеся в образовательных организациях для обучающихся с девиантным (общественно-опасным) поведением [2].

Дети, оставшиеся без попечения родителей — лица в возрасте до 18 лет, которые остались без попечения единственного или обоих родителей в связи с лишением их родительских прав, ограничением их в родительских правах, признанием родителей безвестно отсутствующими, недееспособными (ограниченно дееспособными), объявлением их умершими, установлением судом факта утраты лицом попечения родителей, отбыванием родителями наказания в учреждениях, исполняющих наказание в виде лишения свободы, нахождением в местах содержания под стражей подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, уклонением родителей от воспитания своих детей или от защиты их прав и интересов, отказом родителей взять своих детей из образовательных организаций, медицинских организаций, оказывающих социальные услуги, а также в случае, если единственный родитель или оба родителя неизвестны, в иных случаях признания детей, оставшихся без попечения родителей, в установленном законом порядке [3].

Дети-сироты — лица в возрасте до 18 лет, у которых умерли оба или единственный родитель [3].

Диспансеризация — комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации (РФ) [4].

Диспансерное наблюдение — обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, проводимое с определенной периодичностью, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти [4].

Сапропель (от греч. σαπρός — *гнилой* и πηλός — *ил, грязь*) — илистые отложения пресных водоемов, состоящие в основном из остатков организмов, населяющих толщу донных отложений воды (фито- и зоопланктон), высшие водные растения (макрофиты) и продукты их распада, а также поступающие с водосбора растворенные вещества и минеральные частицы. Сапропель (сапропелевая грязь — нативная) используется в лечебной (физиотерапевтической) практике для аппликаций, разводных ванн для грязелечения [5].

Санаторно-курортное лечение — медицинская помощь, осуществляемая в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных факторов в условиях пребывания на курорте, в лечебно-оздоровительной местности, в санаторно-курортных организациях (местных, пригородных) и определяемая **лечащим врачом** по результатам анализа объективного состояния здоровья и данных предшествующего медицинского обследования и лечения [5].

ВВЕДЕНИЕ

По данным ЮНИСЕФ (2015 г.), в мире около 150 миллионов детей-сирот. В Конвенции о правах ребенка указано, что «ребенок, который временно или постоянно лишен своего семейного окружения, имеет право на особую защиту и помощь, предоставляемые государством».

В указе Президента РФ от 28.12.2012 г. № 1688 даны поручения по совершенствованию государственной политики в сфере защиты детей данной социальной группы, в том числе контроль над качеством профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, а также за качеством последующего оказания им медицинской помощи.

Согласно нормативным документам работа врача-дерматовенеролога с детьми-сиротами и детьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации, в рамках предварительных медицинских осмотров, при поступлении детей в специальные (коррекционные) и образовательные учреждения, периодических медицинских осмотрах, а также на первом этапе диспансеризации не предусмотрена. Кроме того, при регистрации впервые установленного диагноза инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), дерматозов не предусмотрен специальный статистический учет детей данной социальной группы, что затрудняет полноценную и своевременную реализацию противоэпидемических мероприятий и требует разработки соответствующих моделей оказания помощи. Необходимо также отметить, что, по данным авторов, в рамках диспансеризации детей указанной социальной группы показатели распространенности дерматозов значительно ниже среднепопуляционных, данные о диспансерном наблюдении, санаторно-курортном лечении таких детей в литературе представлены ограниченно.

Данное учебное пособие направлено на повышение междисциплинарной преемственности между врачами-педиатрами, врачами акушерами-гинекологами, врачами-урологами и врачами-дерматовенерологами, совершенствование профессиональных компетенций по диагностике, лечению, профилактике заболеваний кожи и ИППП у детей уязвимых групп.

Раздел 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ У ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОКАЗАВШИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

Подготовка учебного пособия для врачей была обусловлена результатами обследования в течение 2014–2017 гг. 378 детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, проживающих в Свердловской области.

При физикальном обследовании детей данной социальной группы в возрасте от 4 до 17 лет заболевания кожи выявлены у 283 (74,9%) детей, из них 168 (59,4%) мальчиков и 115 (40,6%) девочек.

В структуре заболеваемости класса «Болезни кожи и подкожной клетчатки» (L00-L99) у детей всех возрастных групп первое ранговое место приходится на заболевания блока «Дерматит и экзема» (L20-L30); на втором месте у детей возрастных групп 0-6 лет и 7-12 лет – заболевания блока «Инфекции кожи и подкожной клетчатки» (L00-L08), 13-17 лет - «Болезни придатков кожи» (L60-L75) (табл. 2).

Таблица 2

Структура заболеваемости дерматозами по данным медицинских осмотров по анализируемым классам заболеваний МКБ-X (на 100 обследованных)

№	Нозология по МКБ-10	Заболеваемость дерматозами по возрастным группам, %		Всего, % (n=378)	
		4-6 (n=37)	7-12 (n=87)	13-17 (n=254)	
1.	Дерматит и экзема (L20-L30)	32,4	56,3	59,8	56,4
2.	Болезни придатков кожи (L60-L75)	0,0	17,2	32,7	25,9
3.	Инфекции кожи и подкожной клетчатки (L00-L08)	16,2	32,2	17,7	20,9
4.	Вирусные инфекции, характеризующиеся поражениями кожи и слизистых оболочек (В00-В09)	5,4	13,8	5,1	7,1
5.	Другие болезни кожи и подкожной клетчатки (L11, L60-L75, L80-L99)	0,0	8,0	5,1	5,3
6.	Другие поверхностные микозы (В36)	0,0	1,2	4,7	3,4
7.	Папулосквамозные нарушения (L40-L45)	0,0	1,2	2,0	1,6
8.	Другие врожденные аномалии [пороки развития] (Q80-Q89)	0,0	1,2	0,0	0,3

Хронические дерматозы зарегистрированы у 197 (52,1%) обследуемых, из них 127 (33,6%) мальчиков, 70 (18,5%) девочек; наиболее часто регистрировался себорейный дерматит — у 143 (37,8%) лиц.

Необходимо отметить, что впервые при обследовании у 127 (33,6%) детей были установлены хронические дерматозы, из них акне — у 67 (17,7%) обследованных, себорейный дерматит — у 112 (29,6%), по одному случаю ограниченного нейродермита и трихотиломании. Кроме того, обследование, лечение, дальнейшее диспансерное наблюдение у врача-дерматовенеролога было показано 134 (35,4%) детям с хроническими дерматозами, такими как акне, экзема, ограниченный нейродермит, атопический дерматит, ихтиоз, алопеция, псориаз, витилиго.

Неспецифические синдромы, такие как ксероз кожи, наблюдались у 106 (28,0%) детей обследуемой группы; рубцы кожи, преимущественно на конечностях, возникшие как при самостоятельном удалении татуажа, так и при повреждениях, коморбидных с патологией депрессивного спектра и тревожными расстройствами, выявлены у 48 (12,7%) детей. Диспластические невусы диагностированы у 13 (3,4%) детей.

Установлено, что заболевания кожи, которые могут потребовать решения вопроса о профессиональной ориентации в дальнейшем (приказ Минздрава России от 12.04.2011 г. № 302Н), выявлены у каждого восьмого подростка (у 45 человек, 11,8%), а именно: псориаз, экзема, ограниченный нейродермит, атопический дерматит, контактный дерматит. Необходимо отметить, что 42 (93,3%) из них планировали получать среднее специальное образование, в том числе 33 (73,3%) респондента — по специальностям, имеющим медицинские противопоказания по кожным заболеваниям к допуску к определенным работам.

При обследовании 201 мальчиков у 47 (23,4%) из них зарегистрированы дерматозы, входящие в перечень заболеваний, определяющий категории годности к военной службе (Постановление Правительства РФ от 04.07.2013 г. № 565). Аллергодерматозы установлены у 19 (9,9%) человек: атопический дерматит — у 11 (5,5%) детей, экзема — у 8 (4,0%). Акне зарегистрированы у 19 (9,5%) мальчиков, среди других дерматозов — фолликулярный кератоз у 7 (3,5%) лиц, гнездная алопеция — у 3 (1,5%) человек, по одному случаю вульгарного ихтиоза, псориаза, ограниченного нейродермита, витилиго.

При анализе 198 карт диспансеризации несовершеннолетнего (№ 030 — Д/с/у — 13) детей исследуемой группы хронические дерматозы зарегистрированы лишь в 19 (9,6%) из них.

Направлены на консультацию к врачу-дерматовенерологу в рамках второго этапа диспансеризации 31 (15,7%) ребенок, 17 (8,6%) из них проводилось лечение в амбулаторных условиях по поводу атопического дерматита, акне, вульгарного ихтиоза, псориаза.

При ретроспективном анализе амбулаторных карт 99 детей дерматозы зафиксированы лишь у 40 (40,4%) детей, из них у 19 (19,2%) — хронические дерматозы. При обследовании детей данной группы заболевания кожи диагностированы у 65 (65,7%), хронические заболевания кожи — у 46 (46,5%) из них ($p < 0,05$).

В амбулаторных картах 6 (6,1%) детей зафиксировано обращение к врачу-дерматовенерологу по поводу высыпаний при акне, 5 (5,1%) — себорейного дерматита. Регистрация инфекционных заболеваний кожи отмечена в амбулаторных картах 28 (28,3%) детей. По поводу пиодермий получали лечение 14 (14,1%) детей, по два случая микоза гладкой кожи (микроспории) и педикулеза, также зарегистрирован случай чесотки. Необходимо отметить, что в амбулаторных картах диспансерное наблюдение, повторные консультации у врача-дерматовенеролога по поводу хронических дерматозов, а также направление на санаторно-курортное лечение детей, больных хроническими дерматозами, не зафиксировано.

Таким образом, при экспертном анализе первичной медицинской документации установлена низкая регистрация хронических дерматозов, как в картах диспансеризации несовершеннолетнего (9,6%), так и при анализе амбулаторных карт (19,2%), показатель которых ниже данных клинико-инструментального обследования детей, выявленных при кросс-секционном исследовании (51,0%, 46,5% соответственно, $p < 0,05$). Установлен недостаточный охват диспансерным наблюдением детей данных социально-уязвимых групп, не используется потенциал санаторно - курортной реабилитации детей с хроническими дерматозами.

Высокий удельный вес заболеваний кожи обуславливает необходимость оптимизации междисциплинарного взаимодействия врачей-дерматовенерологов и врачей-педиатров в рамках второго этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

В соответствии с приказом Минздрава РФ от 15.11.2012 г. № 924н в рамках оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при выявлении у больных высыпаний на коже и (или) слизистых оболочках, кожного зуда, выявлении симптомов или признаков ИППП, в том числе жалоб на симптомы уретрита, вульвовагинита и цервицита, направляют больного к врачу-дерматовенерологу, а также осуществляют оказание медицинской помощи в соответствии с его рекомендациями, при отсутствии медицинских показаний для направления в нее.

Приводим информацию по наиболее распространенным кожным заболеваниям, а также рекомендации для врачей-педиатров по ведению детей с дерматозами после установления диагноза заболевания кожи врачом-дерматовенерологом.

1. Инфекционные дерматозы

1.1. Пиодермии (гнойничковые поражения кожи) — группа заболеваний кожи, в основе которых лежит гнойное воспаление кожи, ее придатков, а также подкожно-жировой клетчатки.

Классификация статистическая (МКБ-10)

L00 Синдром стафилококкового поражения кожи в виде:

L01-L01.1 Импетиго

L02-L02.9 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул

L08-L08.9 Другие уточненные местные инфекции кожи и подкожно-жировой клетчатки

L73-L73.2 Другие болезни волосяных фолликулов

Клиническая классификация

По этиологии:

- стафилодермия (возбудитель *Staphylococcus*) (рис. 1);
- стрептодермия (возбудитель *Streptococcus*) (рис. 2, 3);
- смешанные (стрептостафилодермия) (рис. 4);
- пиодермии, вызванные другими возбудителями (синегнойная палочка *Pseudomonas aeruginosa*, вульгарный протей — *Proteus vulgaris*, кишечная палочка — *Escherichia coli* и др.).

По глубине поражения:

- поверхностные;
- глубокие.

По хронологии возникновения:

- первичные (самостоятельные заболевания);
- вторичные (развивающиеся на фоне другого заболевания) (рис. 5, 6).

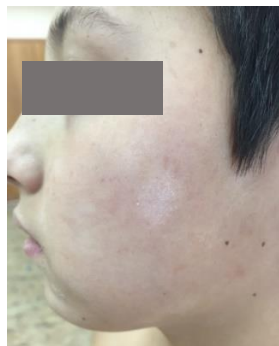


Рис. 1. Фолликулит области подбородка Рис. 2. Сухая стрептодермия лица



Рис. 3. Щелевое импетиго (заеда)



Рис. 4. Вульгарное импетиго



а



б

Рис. 5 (а, б). Распространенная микробная экзема, стадия обострения



Рис. 6. Атопический дерматит, осложненный вторичной пиодермией

Лечение поверхностных форм пиодермий

Режим: запрещается общее мытье, сбривание волос, волосы в области элементов состригаются.

Питание: обогащенное витаминами, ограничиваются углеводы.

Наружная терапия: антисептические наружные препараты на область высыпаний назначают 2—3 раза в сутки 7—14 дней, например, спиртовой раствор фукорцина, раствор 10,0% повидон-йода (рис. 7, 8).



Рис. 7. Фукорцин, спиртовой раствор Рис. 8. Повидон-йод, раствор 10%

Антибактериальные лекарственные препараты для наружного применения назначают на область высыпаний в течение 7—14 дней: крем или мазь 2,0% фузидовой кислоты (3—4 раза в сутки), линимент стрептоцида 5,0% (2—3 раза в сутки), мазь 2,0% мупирицина (2—3 раза в сутки) (рис. 9, 10, 11).



Рис. 9 (а, б). Фузидовая кислота, мазь 2%

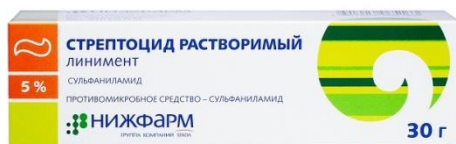


Рис. 10. Линимент стрептоцида 5%



Рис. 11 (а, б). Мупироцин, мазь 2%

Топические глюкокортикостероидные средства (ГКС), комбинированные с антибактериальными препаратами, назначают наружно на область высыпаний в случае острого воспалительного процесса, сопровождающегося эритемой, отечностью, зудом, и чаще при наличии зудящих дерматозов, осложненных вторичной пиодермией:

— фузидовая кислота + бетаметазон, крем (2—3 раза в сутки в течение 7—14 дней) (рис. 12)

или

— бетаметазона валерат + гентамицина сульфат, крем, мазь (1—2 раза в сутки в течение 7—14 дней) (рис. 13).



Рис. 12. Комбинированный препарат (фузидовая кислота + бетаметазон), крем



а



б

Рис. 13 (а, б). Комбинированный препарат (бетаметазона валерат + гентамицина сульфат), крем, мазь

По строгим показаниям наносят топические ГКС на лицо: в случае острого воспалительного процесса, сопровождающегося эритемой, отечностью, зудом. При этом необходимо исключить нанесение фторированных ГКС.

1.2. Грибковые заболевания кожи (дерматомикозы)

К группе дерматомикозов относятся грибковые заболевания, такие как микроспория, трихофития.

1.2.1. Микроспория — это грибковое заболевание, при котором поражаются кожа и волосы, и в редких случаях — ногти.

Источником инфекции чаще являются кошки, реже собаки.

Заболеваемость микроспорией имеет сезонные колебания, что связано с приплодами у животных, а также более частым контактом детей с ними в летний период, в том числе во время поездки в деревню, детский лагерь.

Подъем заболеваемости начинается в конце лета, достигает пика в октябре — ноябре, а затем снижается до минимума в апреле.

Заражение микроспорией происходит при непосредственном контакте с больными животными или предметами, с которыми контактировал больной человек или животное.

Классификация статистическая (МКБ-10)

V35 Дерматомикозы (дерматофитии)

V35.0 Микоз головы и бороды

V35.1 Микоз ногтей

V35.2 Микоз кистей

V35.3 Микоз стоп

V35.4 Микоз туловища

V35.6 Эпидермофития паховая

V35.8 Другие дерматомикозы (дерматофитии)

V35.9 Дерматомикозы (дерматофитии) неуточненные

Клиническая картина

Через неделю после заражения появляется отечное пятно с четкими границами, постепенно пятно увеличивается в диаметре, приподнимается над окружающей кожей, приобретает кольцевидную форму (рис. 14). Также характерна форма «кольцо в кольце» — ирисоподобная форма.



Рис. 14. Микроспория гладкой кожи, очаг «кольцо в кольце» у девочки 12 лет

При количестве очагов более трех наблюдается многоочаговая микроспория (рис. 15).



Рис. 15. Многоочаговая микроспория гладкой кожи у девочки 11 лет

При **поражении волосистой части головы** в типичных случаях возникают единичные (один или два) очаги выпадения волос, округлой формы с шелушением, корками, в диаметре от 1 до 5 см, волосы в очагах как будто подстрижены, отсюда и произошло название болезни — «стригущий лишай» (рис. 16).



Рис. 16. Микроспория волосистой части головы у мальчика 5 лет

Микроспория часто осложняется вторичной стрептодермией, поэтому врачу-педиатру важно не пропустить под «маской» стрептодермии микроспорию. Для проведения дифференциальной диагностики и лечения необходимо направлять таких детей к врачу-дерматовенерологу.

1.2.2. Трихофития — грибковое заболевание (вызывается грибами), поражающее кожу, волосы, редко ногти.

Источник заражения крупный и мелкий рогатый скот (болеют чаще сельские жители), морские свинки, кролики, могут быть декоративные редкие животные, например, шиншиллы.

Клиническая картина трихофитии гладкой кожи схожа с клинической картиной микроспории. Очаги с четкими границами, правильных округлых или овальных очертаний, на голове, так же, как и при микроспории, наблюдаются очаги выпадения волос.

Диагностика

Пациента с подозрением на грибковое заболевание (микроспорию, трихофитию) необходимо направить к врачу-дерматовенерологу.

Диагноз грибкового заболевания подтверждается лабораторными методами исследования: волосы, пораженные грибами рода *Microsporum*, при осмотре под люминесцентным фильтром (лампой Вуда) дают зеленое свечение; при микроскопическом исследовании патологического материала (кожные чешуйки, волосы) с очагов поражения обнаруживаются грибы (нити мицелия); для идентификации вида возбудителя осуществляется культуральное исследование (рис. 17).



Рис. 17. Лампа Вуда (люминесцентный фильтр)

Лечение

Ребенка, больного микроспорией, трихофитией, не допускают в детское дошкольное учреждение (ДДУ), школу, школу-интернат.

Лечение проводится амбулаторно. Средние сроки лечения 1,5—2 мес. Контрольные лабораторные методы исследования на грибы осуществляют один раз в неделю.

На время лечения необходимо исключить водные процедуры (душ, баню, ванну, бассейн), разрешены гигиенические процедуры, рекомендована распашная одежда (рубашки).

При поражении волосистой части головы весь период лечения больной должен носить белую, плотно прилегающую шапочку или косынку из легко стирающейся ткани, закрывающей всю волосистую часть головы. Пораженные волосы сбывают один раз в неделю, рекомендовано применение противогрибковых шампуней (табл. 2).

При поражении гладкой кожи проводится процедура депиляции пушковых волос в очаге медицинским лейкопластырем один раз в четыре дня.

Прием противогрибковых препаратов (гризеофульвина, тербинафина) детьми, наружное лечение очагов проводится под контролем медицинского персонала.

Профилактические мероприятия

Для больного выделяют отдельную комнату или часть ее с отдельной постелью и предметами ухода (расческа, мочалка, емкость для мытья, ножницы, обувь). Проводится ежедневная влажная уборка с обработкой мебели, мягкую мебель покрывают чехлами. Сбор грязного белья больного и хранение до дезинфекции проводят отдельно от белья других членов семьи.

Лицо, ухаживающее за больным, должно соблюдать правила личной гигиены, работать в халате, в косынке, после ухода за больным и его вещами и после уборки помещения тщательно мыть руки.

В каждом случае заболевания проводят текущую и заключительную дезинфекцию.

Дезинфекционные мероприятия

Для дезинфекции в домашних условиях пользуются следующими методами:

Стирка в стиральной машине при высоких температурах (90° С).

Проглаживание верхней одежды, чехлов с мебели, постельных принадлежностей горячим утюгом с двух сторон через влажную материю.

Погружение в дезинфицирующий раствор с экспозицией в течение часа.

С помощью пылесоса, при условии последующего обеззараживания матерчатого сборника пыли кипячением, проводят чистку верхней одежды и мягкой мебели.

Влажную уборку помещения, где находится больной, а также обработку предметов обихода, с которыми он соприкасался, проводят моющими средствами (ветошь по окончании уборки дезинфицируют кипячением). Мягкую мебель, покрытую чехлами из легко стирающейся ткани, подвергают ежедневной обработке пылесосом.

Осмотр контактных лиц проводится в первые три дня после выявления больного в дошкольных образовательных учреждениях (ОУ), средних ОУ, средних профессиональных ОУ, высших ОУ и других организованных коллективах медицинским персоналом данных учреждений. Осмотр контактных лиц в семье проводится врачом-дерматовенерологом. Осмотр проводится до проведения заключительной дезинфекции.

Текущую дезинфекцию в очагах организует медицинская организация, установившая заболевание. Текущую дезинфекцию до госпитализации, выздоровления проводит либо сам больной, либо ухаживающее за ним лицо.

Ответственность за выполнение текущей дезинфекции в организованных коллективах и медицинских организациях возлагается на медицинский персонал. Текущая дезинфекция считается своевременно организованной, если население начинает выполнять ее не позднее, чем через 3 часа с момента выявления больного.

Заключительная дезинфекция проводится в очагах микроспории после выбытия больного из очага для госпитализации или после выздоровления больного, лечившегося дома независимо от сроков госпитализации или выздоровления. В некоторых случаях заключительную дезинфекцию проводят дважды (например, в случае изоляции и лечения больного ребенка в изоляторе школы интерната: после изоляции — в помещениях, где находился больной и после выздоровления — в изоляторе).

Требования к результатам лечения

Медицинское наблюдение включает осмотр кожных покровов, волосистой части головы с использованием люминесцентного фильтра (лампы Вуда) один-два раза в неделю в течение 21 дня с отметкой в документации (ведется лист наблюдения).

С двумя отрицательными результатами микроскопического исследования на грибы ребенок допускается в детский коллектив, третье контрольное исследование производится через 10 дней. В закрытый детский коллектив ребенок допускается с тремя отрицательными результатами микроскопического исследова-

ния. Затем в течение 1—3 месяцев ребенок находится под диспансерным наблюдением у врача-дерматовенеролога.

1.2.3. Разноцветный (отрубевидный) лишай — поверхностное грибковое заболевание кожи, относящееся к группе кератомикозов (рис. 18, 19).

Развитию отрубевидного лишая способствуют активизация липофильного дрожжевого гриба *Malassezia spp.*

Чаще развивается при сопутствующих заболеваниях эндокринной системы, хронических заболеваниях легких, желудочно-кишечного тракта, вегетативно-сосудистых нарушениях, иммунодефицитных состояниях.

Предрасполагающими факторами могут являться повышенная потливость, изменение химического состава пота, уменьшение физиологического шелушения эпидермиса.

Способствуют развитию заболевания алиментарная недостаточность, прием оральных контрацептивов, системных ГКС, анаболических средств, иммунодепрессантов.

Классификация статистическая (МКБ-10)

В 36.0 Отрубевидный (разноцветный) лишай



Рис. 18. Отрубевидный лишай



Рис. 19. Псевдолейкодерма

Диагноз в большинстве случаев устанавливается на основании типичной клинической картины. Особенностью клинической картины отрубевидного ли-

шая является наличие псевдолейкодермы, возникающей в результате ингибирования тирозиназы под действием возбудителя, что приводит к уменьшению синтеза меланина, а также в результате уменьшения проникновения ультрафиолетовых лучей в глубину эпидермиса вследствие разрыхленного рогового слоя в очагах поражения.

Проведение пробы Бальцера заключается в смазывании йодным раствором (3,0—5,0%) пораженных участков кожи, при этом роговой слой эпидермиса, разрыхленный грибком, окрашивается йодом интенсивнее, чем окружающая кожа (рис. 20).



Рис. 20. Положительная проба Бальцера





Лечение ограниченных форм отрубевидного лишая




Режим включает гигиенический душ, ежедневную смену нательного и постельного белья.

В табл. 2 представлены противогрибковые препараты, используемые при ограниченных формах отрубевидного лишая.

Таблица 2

Средства для ухода за кожей при ограниченной форме отрубевидного
лишая, себорейного дерматита, псориаза*

МНН*	Торговое название	Форма выпуска
Тербинафин	<p style="text-align: center;">«Тербинафин» (Вертекс, Биосинтез)</p> 	Крем 1%
	<p style="text-align: center;">«Термикон» (Фармстандарт-Лексредства)</p> 	Крем 1% Спрей 1%
Кетоконазол	<p style="text-align: center;">«Себозол» (Фармтехнологии)</p> 	Шампунь 2%, в том числе в качестве геля для душа
1% цинк пиритион*	<p style="text-align: center;">«Циновит» (Фармтек)*</p> 	Крем, гель для душа, шампунь, в том числе в качестве геля для душа

МНН*	Торговое название	Форма выпуска
Салициловая кислота*	«Псорилор» (ООО Фратти НВ)* 	Шампунь
Очищенный каменноугольный деготь*	«Шампунь дегтярный» (Невская косметика, 911)* 	Шампунь
Нафталан обесмоленный+ мочевины+ салициловая кислота*	«Лостерин» (Бэствуд Фарма)* 	Крем Шампунь Гель для душа

* МНН – международное непатентованное название

2. Неинфекционные дерматозы

Дети с хроническими дерматозами подлежат диспансерному наблюдению врачом-дерматовенерологом.

2.1. Себорейный дерматит (СД) — хроническое рецидивирующее заболевание кожи, связанное с повышенной секрецией кожного сала, изменением его качественного состава, а также с характерной локализацией высыпаний на волосистой части головы, лице, верхней части туловища, складках (рис. 21–24).

Классификация статистическая (МКБ-10)

L21.0 Себорея головы

«Чепчик младенца»

L21.1 Себорейный детский дерматит

L21.8 Другой себорейный дерматит

Развитию СД способствуют повышенная секреция кожного сала и изменение его качественного состава на фоне психоэмоционального перенапряжения, стрессовых ситуаций, гормональных, иммунных и нейроэндокринных нарушений, приема некоторых лекарственных препаратов. Заболевание часто наблюдается у лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).



Рис. 21. СД волосистой части головы



Рис. 22. СД лица у девушки



Рис. 23. СД у юноши,
поражение кожи лица



Рис. 24. СД верхней части туловища

Диагностика

Для постановки диагноза необходима консультация врача-дерматовенеролога, так как СД необходимо дифференцировать с псориазом, дерматофитиями волосистой части головы, лица, туловища, аллергическим дерматитом, атопическим дерматитом, бляшечным парапсориазом, розацеа.

Лечение

Тактика терапии СД у детей включает удаление корок, устранение мокнущих, профилактику грибковой инфекции и надлежащий уход.

При легкой форме себорейного дерматита достаточно проведения наружного лечения дезинфицирующими, кератопластическими средствами: 3,0% нафталановой мазью, 2,0% ихтиоловой, 5,0% дерматоловой мазями, а в местах мацерации — пастами с предварительным смазыванием пораженных участков в складках 1,0% водным раствором бриллиантового зеленого или метиленового синего (рис. 25, 26). Волосистую часть головы обрабатывают 2,0% салициловой мазью (рис. 27).



Рис. 25. Нафталановая мазь



Рис. 26. Ихтиоловая мазь



Рис. 27. Салициловая мазь 2%

При купании ребенка используют шампуни с кетоконазолом, цинком, дегтем (табл. 2) (рис. 28).



а

б

Рис. 28 (а, б). СД лица, волосистой части головы у ребенка 1 года

2.2. Угревая болезнь (акне) — заболевание с длительным хроническим рецидивирующим течением, характеризуется высыпаниями на фоне жирной и комбинированной кожи в области лица, груди, спины, требует специального ухода за кожей (рис. 29, 30).

Классификация статистическая (МКБ-10)

L70.0 Угри обыкновенные [acne vulgaris]

L70.1 Угри шаровидные

L70.2 Угри осповидные

Угри некротические милиарные

L70.3 Угри тропические

L70.4 Детские угри

L70.5 Acne excoгiee des jeunes filles

L70.8 Другие угри

L73.0 Угри келоидные

Продукты, которые следует ограничивать пациентам с акне:

- молоко и молочные продукты: йогурт, сыр;
- углеводы с высоким гликемическим индексом: макароны, картофель, белый хлеб;
- насыщенные жиры и жиры с высоким содержанием омега-6-жирных кислот: свиной жир, колбасные изделия, яичный желток;
- газированные напитки, подслащенные безалкогольные напитки.

Лекарственные препараты, провоцирующие акне:

- препараты с содержанием йода, брома;

-
- витамины группы В;
 - андрогены;
 - ГКС и другие гормоны (например, аденокортикотропный гормон гипофиза).



Рис. 29. Акне, комедональная форма



Рис. 30. Акне, папуло-пустулезная форма

Рациональный уход при этом является обязательным компонентом комплексного лечения и продолжается по завершении основного курса терапии, позволяя продлить сроки ремиссии, снизить риск рецидивов, добиваться положительного эстетического результата.



Основные принципы ухода за кожей включают ряд этапов: бережное очищение, уменьшение микробной обсемененности, абсорбцию излишков кожного сала, увлажнение, защиту от ультрафиолетового излучения (УФ-излучения), достижение равномерной окраски кожи, маскировку дефектов кожи.

В качестве домашнего ухода за кожей при акне целесообразно применение специальной лечебной косметики, в том числе с профилактическим эффектом.

В табл. 3 представлен ряд лечебных и косметических серий для лечения и профилактики акне.

Таблица 3

Средства для ухода за кожей пациентов с акне

Название серии средств для ухода	Форма выпуска, свойства средств			
	Очищение	Увлажнение	Матирование, сужение пор	Противовоспалительное воздействие
<p>«Пропеллер» Лечебно-профилактическая серия (ООО «Народные промыслы»)</p> 	<p>Мягкий гель для умывания с противогрибковым комплексом Гель для умывания с цинцидным Салициловый лосьон против акне Лосьон против акне с цинцидом Мягкий ежедневный скраб от черных точек</p>	<p>Восстанавливающая маска Крем-уход для кожи с расширенными порами</p>	<p>Ультра-матирующий лосьон Маска в лосьоне Сужающий поры гель-концентрат</p>	<p>Дневной гель sos локального действия Ночной крем участков кожи Турбо-тоник Салициловая болтушка Крем-концентрат при локальных воспалениях AzeloIN+Zinc</p>
<p>«Циновит» (Фармтек)</p> 	<p>Спрей для проблемной кожи Крем-гель для проблемной кожи</p>			
<p>«Ла-кри» (Вертекс)</p>	<p>«Ла-кри Стоп-</p>	<p>«Ла-кри Стоп-акне», крем-гель матирующий, основной уход</p>		

Название серии средств для ухода	Форма выпуска, свойства средств			
	Очищение	Увлажнение	Матирование, сужение пор	Противовоспалительное воздействие
	акне», пенка для умывания «Ла-кри Стоп-акне», тоник	«Ла-кри Стоп-акне», крем-гель локального действия		
<p>«Джойскин» Уходовая косметика («Сареуфарма»)</p> 	Очищающий гель Очищающий тоник Скраб «Анти-акне»	Интенсивный увлажняющий крем	Матирующая эмульсия	Ночной крем Точечный гель для проблемной кожи

2.3. Ксероз кожи — это состояние, при котором наблюдается чрезмерная сухость кожи вследствие изменения ее гидролипидной мантии.

Выделяют экзогенные (климатические и бытовые) и эндогенные факторы развития ксероза кожи. Среди эндогенных факторов важную роль отводят соматическим заболеваниям и хроническим дерматозам, в частности атопическому дерматиту.

Классификация статистическая (МКБ-10)

L 85.3 Дерматит сухой кожи

2.4. Атопический дерматит (АД) — воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением и возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения (рис. 31—35).

Классификация статистическая (МКБ-10)

Исключен: ограниченный нейродерматит (L28.0)

L20.0 Печесуха Бенье

L20.8 Другие атопические дерматиты

Экзема: гибательная НКДР; детская (острая) (хроническая); эндогенная (аллергическая).

Нейродерматит: атопический (локализованный); диффузный
I20.9 Атопический дерматит неуточненный



а



б

Рис. 31 (а, б). АД, эритематозно-сквамозная форма



а

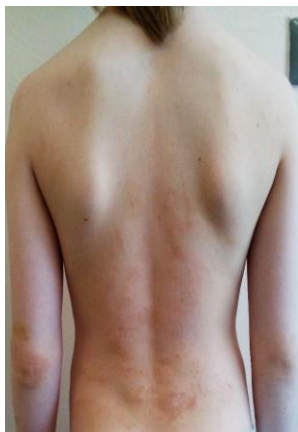


б

Рис. 32 (а, б). АД, лихеноидная форма. Стойкий белый дерматографизм



а



б



в

Рис. 33 (а, б, в). АД, эритематозно-сквамозная стадия с лихенификацией



Рис. 34. Проявления АД



Рис. 35. Проявления АД
у юноши в области шеи
у подростка на лице

Диетотерапия для пациентов с АД

1 этап — диагностическая элиминационная диета, в данном случае положительная динамика клинической картины при исключении из питания подозреваемого продукта позволяет подтвердить наличие аллергии к нему.

2 этап — лечебная элиминационная диета с исключением всех выявленных причинно-значимых пищевых аллергенов и триггерных факторов.

3 этап — расширение рациона в период ремиссии.

Наружная (базовая) терапия является обязательной частью комплексного лечения АД, ксероза кожи, предполагает регулярное использование смягчающих и увлажняющих средств (эмолиентов) и устранение воздействия провоцирующих факторов.

Увлажняющие и смягчающие средства наносят на влажную кожу после водных процедур и в течение суток по мере необходимости (в среднем три-четыре раза в день). Постоянное использование эмолиентов позволяет устранить сухость, зуд, воспаление кожи и, что важно, снизить потребность в топических ГКС.

В табл. 4. представлены средства ухода и базовой терапии (эмолиенты).

Таблица 4
Средства для ухода за кожей детей с хроническими дерматозами

Название средств для ухода	Формы выпуска, свойства средств			
	очищение	увлажнение	питание, защита	противовоспалительное
<p>Детский крем/мыло («Калина», «Весна», «Невская косметика», «Jonson's baby»)</p>	<p>Мыло</p> 	<p>Крем</p> 		
<p>«Липобейз» (Фармтек)</p> 	<p>«Липобейз Беби», масло для купания</p>	<p>«Липобейз Беби», крем, эмульсия</p>		
<p>«Циновит» (Фармтек)</p> 	<p>«Циновит», гель для душа</p>	<p>«Циновит», крем</p>	<p>«Циновит», шампунь против перхоти</p>	
<p>«Ла-кри» (Вертекс)</p> 	<p>«Ла-кри», гель очищающий «Ла-кри», крем для сухой кожи «Ла-кри», эмульсия, крем для сухой кожи «Ла-кри», крем для чувствительной кожи Бальзам для губ Бальзам восстанавливающий для очень сухой кожи губ</p>			
<p>«Эмолиум» Специальная серия (Sanofi)</p> 	<p>«Emolium», шампунь</p>	<p>«Emolium», крем, эмульсия</p>		

2.5. Ихтиоз (от греч. *Ichthys* – рыба) – наследственное заболевание кожи, характеризующееся диффузным нарушением ороговения, наличием видимых чешуек на большей части или на всей поверхности тела (рис. 36).

Классификация статистическая (МКБ-10)

Q80.0 Ихтиоз простой (син.: вульгарный аутосомно-доминантный ихтиоз, обычный ихтиоз)

Q80.1 Ихтиоз, связанный с X-хромосомой (син.: X-сцепленный ихтиоз, чернеющий ихтиоз)

Q80.8 Другой врожденный ихтиоз (врожденная небуллезная ихтиозиформная эритродермия)



Рис. 36 (а, б). Вульгарный ихтиоз

Для улучшения десквамации корнеоцитов и удаления чешуек при гиперкератозе применяют кератолитические препараты (средства, содержащие мочевины, салициловую кислоту или альфа-гидроксильные кислоты (молочную и гликолевую кислоты).

Общие рекомендации по уходу за кожей пациентов с ихтиозом

Чем более выражена эритродермия, тем более щадящая должна быть наружная терапия, тем больше воды должна содержать основа. **Гидрофобные**

мази применяются 2–4 раза в день, гидрофильные кремы — 6–8 раз в день.

В мазевые основы добавляются увлажнители и кератолитики:

— На первом году жизни средства, содержащие глицерин (5,0–10,0%) и декспантенол (5,0%) аллантаин. Мочевина у детей до года не применяется.

— 2–4 года жизни: со 2-го года жизни — 3,0% мочевины, с 3-го года добавляются мочевины (7,0–7,5%); кожа ладоней и подошв — мочевины (10,0–15,0%), салициловая кислота (2,0–2,5%) (рис. 27, 37–38).

— Старше 4 лет: концентрация мочевины постепенно повышается до 10,0%.

— У детей более старшего возраста возможно применение наружных средств, содержащих салициловую или молочные кислоты и витамин А. Необходимо исключить нанесение данных препаратов на обширные участки тела.

— В подростковом возрасте применяют концентрации лекарственных средств, используемые у взрослых. Для мытья не следует пользоваться щелочным мылом. Необходимо использовать такие кератолитические средства как мазь с мочевиной 10,0%, салициловой кислотой 2,0–5,0% (рис. 27, 39).



Рис. 37. Крем для рук (мочевина 3,0%)



Рис. 38. Бальзам, молочко для тела (мочевина 5,0%)



Рис. 39. Крем для рук (мочевина 10,0–15,0%)

Рекомендованы ежедневные ванны с добавлением масел, затем чередование ванн с маслом и ванны с пищевой содой, оказывающей кератолитическое действие (50–150 г на ванну), или ванны с пшеничным, рисовым и кукурузным крахмалом.

Механическое отшелушивание осуществляется мягко, с разной частотой (зависит от степени выраженности ороговения, от 1 до 7 раз в неделю) после размягчающей ванны (10–20 минут). Осуществляется при постоянном орошении кожи водой при помощи специальных рукавичек или шелковых лоскутов.

2.6. Аллергодерматозы

2.6.1. Контактный дерматит (КД) — воспалительная реакция кожи, возникающая в ответ на прямое воздействие внешних раздражающих факторов.

Классификация статистическая (МКБ-10)

L23 Аллергический контактный дерматит

Аллергический КД возникает в сенсibilизированном организме. Поражение кожи или слизистых оболочек выходит за пределы места воздействия внешнего раздражителя (аллергена). Возможен диссеминированный, генерализованный характер высыпаний. Концентрация раздражителя (аллергена), площадь воздействия и путь проникновения в организм определяющего значения не имеют (рис. 40). Возможно присоединение вторичной инфекции (рис. 41).



Рис. 40. Аллергический КД (нанесение теней)



а



б

Рис. 41 (а, б). Аллергический дерматит лица, осложненный стафилодермией

Простой КД возникает в месте воздействия раздражающего агента на кожу или слизистые оболочки, при этом площадь поражения соответствует площади воздействия раздражителя (рис. 42).



Рис. 42. Простой КД (металл часов)

Профилактика

При подтверждении КД следует исключить возможность контакта с аллергенами.

Тактика лечения определяется врачом-дерматовенерологом.

По строгим показаниям наносят топические ГКС, с осторожностью — на лицо, при этом необходимо исключить нанесение фторированных ГКС.

2.6.2. Экзема (от греч. *ekzeo* — вскипаю) — острое или хроническое рецидивирующее аллергическое заболевание кожи, формирующееся под влиянием экзогенных и эндогенных триггерных факторов и характеризующееся появлением полиморфной сыпи, острой воспалительной реакцией и сильным зудом (рис. 43, 44).



Рис. 43 (а, б). Острая экзема лица



Рис. 44. Хроническая экзема стоп

Классификация статистическая (МКБ-10)

L30.0 Монетовидная экзема

L30.1 Дисгидроз (помфоликс)

L30.2 Кожная аутоенсибилизация (экзематозная)

L30.3 Инфекционная экзема

L30.8 Другой уточненный дерматит

Общие рекомендации по уходу для пациентов с экземой вне обострения

1. Исключение контакта с возможными аллергенами:

- исключить контакт с украшениями из сплавов, содержащих никель;
- при хозяйственных работах надевать резиновые перчатки, а под них — хлопчатобумажные (не использовать латексные перчатки);
- не носить пуховые, шерстяные варежки и перчатки.

2. Гигиена:

- умываться необходимо водой комнатной температуры с помощью средств для умывания серий медицинской косметики (табл. 4);
- рекомендовано ограничить использование грубых губок, мочалок и полотенец;
- после каждого мытья наносить на влажную кожу крем серий медицинской косметики.

3. Уход за кожей:

- на ночь при сухой раздраженной коже использовать препараты, содержащие мочевины (кожа ладоней — 3,0—15,0%, кожа подошв — 10,0—25,0%) (рис. 37—39, 45, 46);



Рис. 45. Бальзам для стоп
(мочевина 15,0%)



Рис. 46. Крем для стоп
(мочевина 25,0%)

- необходимо использовать защитный крем для рук, в том числе перед выходом на улицу зимой (рис. 47).



Рис. 47. (а, б). Крем защитный

В табл. 5 представлены рекомендации по питанию пациентам, склонным к возникновению аллергических реакций.

Таблица 5
Рекомендации по питанию пациентам, склонным к возникновению
аллергических реакций

Виды продуктов	Противопоказанные продукты	Рекомендованные продукты
Изделия из муки, круп, кондитерских изделий, изделия из сахара	Шоколад, торты, кексы, мёд	Хлеб цельнозерновой, крупяные каши, макаронные изделия
Молоко и молочные изделия	Молоко	Кисломолочные продукты
Мясные, рыбные продукты, яйца, соусы, специи	Жирные, жареные блюда, мясные бульоны, морепродукты консервы, колбаса, копчености, сосиски, яйца, кетчуп, майонез, специи	Вегетарианские супы, отварное мясо (говядина)
Фрукты, овощи, ягоды, грибы, орехи	Цитрусовые, ягоды красного цвета, грибы, орехи	Отварные и тушеные овощи, фрукты (кроме цитрусовых)
Напитки	Кофе, какао, газированные напитки	Чай, компот из сухофруктов

Для базового ухода используют эмолиенты (табл. 4).

2.7. Псориаз (лишай чешуйчатый) — хронический дерматоз с генетической предрасположенностью, характеризуется гиперпролиферацией клеток эпидермиса, нарушением их дифференцировки, воспалением в дерме, клинически проявляющийся высыпанием обильно шелушащихся папул (рис. 48, 49).

Классификация статистическая (МКБ-10)

L40.0 Псориаз обыкновенный (вульгарный, бляшечный)

L40.1 Генерализованный пустулезный псориаз

L40.3 Пустулез ладонный и подошвенный

L40.4 Псориаз каплевидный

L40.8 Другой псориаз



а



б

Рис. 48 (а, б). Распространенный псориаз, стадия прогрессирования у девочки 10 лет

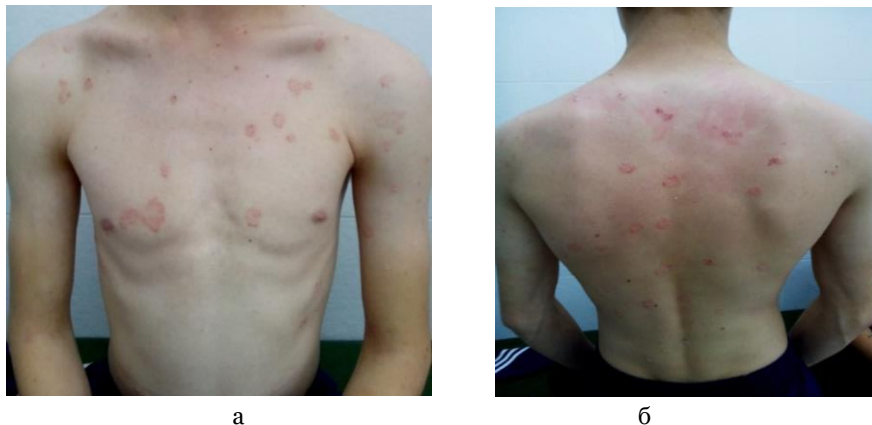


Рис. 49 (а, б). Распространенный псориаз у подростка

Рекомендации по уходу за кожей пациентов с псориазом

1. Общие рекомендации:

- рекомендована сбалансированная диета, богатая клетчаткой, витаминами, растительными жирами, полноценный сон;
- необходима санация очагов хронической инфекции;
- показано санаторно-курортное лечение в период ремиссии (см. раздел «Санаторно-курортное лечение»).

2. Уход за кожей:

- рекомендовано умываться теплой воды комнатной температуры;
- необходимо исключить контакт с раздражающими, загрязняющими кожу веществами (грубая одежда, мочало, полотенце);
- использовать смягчающие и увлажняющие кожу средства (эмолиенты) серии медицинской косметики;
- лекарственные препараты (топические ГКС и другие) наносить тонким слоем, не втирая, по росту волос, исключая контакт со здоровой кожей, с соблюдением кратности и длительности, назначенной врачом-дерматовенерологом.

Далее представлены наружные лекарственные препараты, используемые для лечения псориаза, которые назначаются врачом-дерматовенерологом, врачом-педиатром.

Кератолитические средства: салициловая мазь 0,5–2,0% (рис. 27)

Противопоказано смазывание салициловой мазью в детском возрасте большой площади поверхности тела из-за возможного токсического воздействия вследствие транскутанной резорбции препарата.

Салициловая мазь наносится детям грудного возраста на площадь тела, не превышающую 5,0% поверхности тела, раннего детского — не более 10,0%, старшего детского возраста — не более 20,0%.

Запрещено нанесение салициловой мази в крупных складках, особенно под подгузники. Рекомендовано использовать мазь на ночь, утром — смывать.

Кальципотриол (рис. 50)

Кальципотриол — лекарственное средство, вызывающее торможение процесса пролиферации кератиноцитов, синтетический витамин D, который применяют для лечения псориаза.

Противопоказано использование кальципотриола совместно с салициловой мазью и нанесение на кожу складок и лица.



а



б

Рис. 50 (а, б). Кальципотриол, крем, мазь

Для ухода за кожей волосистой части головы используют шампуни с цинком, дегтем, салициловой кислотой (табл. 2).

Для базового ухода за кожей с псориазом используют эмолиенты (табл. 4).

2.8. Физиотерапевтическая помощь и санаторно-курортное лечение больных дерматозами

В амбулаторно-поликлинических учреждениях, стационарных учреждениях, санаторно-курортных учреждениях, центрах медицинской и социальной реабилитации, центрах и поликлиниках восстановительного лечения, лечебных комплексах в учреждениях образования, отдыха и туризма физиотерапевтическая помощь оказывается на основе взаимодействия врачей первичного звена здравоохранения, лечащего врача, врачей-консультантов, которые направляют больных на консультацию к врачу-физиотерапевту, осуществляющему свою деятельность в соответствии с «Положением об организации деятельности физиотерапевтического отделения и кабинета».

Физиотерапевтическая помощь включает применение с лечебной целью перестроенных физических факторов, в том числе различных видов электрического тока и электромагнитного излучения, и использование естественных природных лечебных факторов, а именно: климата, минеральной воды, лечебной грязи. Физиотерапевтическая помощь назначается на всех этапах лечения и медицинской реабилитации, в санаторно-курортных организациях.

Согласно приказу Минздрава России от 05.05.2016 г. № 281н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения», определены показания для санаторно-курортного лечения детского населения с болезнями кожи и подкожной клетчатки.

Санаторно-курортное лечение противопоказано при заразных инфекционных и паразитарных заболеваниях кожи, ИППП, злокачественных новообразованиях любой этиологии, психических расстройствах и расстройствах поведения, наличии туберкулеза в активной стадии, при заболеваниях, требующих постоянного приема наркотических и психотропных средств.

После определения показаний лечащим врачом выдается справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение, а после получения пациентом путевки (выдается в Фонде социального страхования) заполняется санаторно-курортная карта. Алгоритм направления пациента на санаторно-курортное лечение определен приказом Минздрава РФ «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение» от 22.12.2004 г. № 256.

Согласно приказу Минздрава РФ «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения» от 05.05.2016 г. № 279н, врач санаторно-курортной организации составляет индивидуальную программу санаторно-курортного лечения больного с учетом его заболевания и длительности лечения. Средняя длительность санаторно-курортного лечения составляет 14–21 день.

В табл. 6 представлены физические методы лечения и санаторно-курортные факторы, используемые при лечении и реабилитации больных хроническими дерматозами.

Таблица 6

Физиотерапевтические методы лечения при хронических дерматозах

Направленность действия	Физические методы
Аллергодерматозы, зудящие дерматозы	
Седативное	Электросонотерапия, транскраниальная электроанальгезия, франклинизация
Противозудное	Дарсонвализация, ультратонотерапия, электрофорез антигистаминных веществ, пенистые ванны

Противоотечное	Гальванизация, СМТ-терапия
Иммунокорректирующее	Средневолновое узкополосное УФО
Гормоналкорректирующее	Индуктотермия на область надпочечников, СМВ-терапия на область надпочечников
Фибромодулирующее	УЗ-терапия, ультрафонофорез топических ГКС
Регенераторное	ИК-излучение, магнитотерапия, теплoлечение, лазерная терапия
Псориаз	
Иммунокорректирующее	Средневолновое узкополосное УФО
Цитостатическое	ПУВА-терапия
Гормоналкорректирующее	Индуктотермия на область надпочечников
Разрешающее действие	Дегтярные ванны
Кератолитическое действие	Щелочные ванны
Седативное действие	Электросонотерапия, франклинизация
Фибромодулирующее (инфильтрация)	УЗ-терапия, ультрафонофорез топических ГКС, теплoлечение
Алопеция	
Гормоналкорректирующее	Индуктотермия на область надпочечников, транскеребральная электроанальгезия
Седативное	Электросонотерапия, франклинизация, Са-электрофорез
Метаболическое	Оксигенобаротерапия
Иммунокорректирующее	Средневолновое узкополосное УФО, ПУВА-терапия
Сосудорасширяющее	УВЧ-терапия симпатических узлов, теплoлечение, ультратонотерапия, гальванизация, криотерапия, электрофорез никотиновой кислоты

Трофостимулирующее	Лазеротерапия, дарсонвализация, ДДТ-терапия шейных симпатических узлов, интерференцтерапия
Дефибризирующее	Электрофорез лидазы, лазеротерапия, ДДТ-терапия шейных симпатических узлов, магнитотерапия
Ихтиоз, кератодермия	
Иммунокорректирующее	Локальная ПУВА-терапия, ПУВА-ванны
Кератолитическое	Электрофорез гидроксида натрия, щелочные ванны
Фибромодулирующее (инфильтрация)	УЗ-терапия, ультрафонофорез топических ГКС, кератолитических средств, криотерапия, парафино-озокеритотерапия
Гормонокорректирующее	Индуктотермия на область надпочечников
Склеродермия	
Иммунокорректирующее	Средневолновое узкополосное УФО, ПУВА-терапия
Метаболическое	Гипербарическая оксигенация
Гормонокорректирующее	Индуктотермия на область надпочечников
Трофостимулирующее, регенераторное	Лазеротерапия, магнитотерапия, парафино-озокеритотерапия, ИК-облучение
Дефибризирующее	ДДТ-терапия, УЗ-терапия, УВЧ-терапия, СМТ-терапия, ультрафонофорез лидазы
Рубцы	
Трофостимулирующее, регенераторное	Лазеротерапия, магнитотерапия, парафино-озокеритотерапия, скипидарные ванны, криотерапия
Дефибризирующее (методики местные на область рубцовой ткани)	ДДТ-терапия, УЗ-терапия, интерференцтерапия, СМВ-терапия на область рубца, электрофорез йодида калия, трипсина, коллагеназы; ультрафонофорез лидазы, гидрокортизона, трипсина, контракту-бекса

Санаторий «Самоцвет» расположен в 100 км от г. Екатеринбурга, недалеко от г. Алапаевска.

Имеет широкий профиль специализации, в том числе заболевания кожи и подкожной клетчатки. Основным лечебным фактором санатория-курорта является сапропелевая грязь озера Молтаево. Грязелечение проводится в виде аппликаций, процедур гальваногрязи и электрофореза грязевого отжима, грязевых компрессов, внутривполостных грязей. Бальнеотерапия включает ванны хлоридно-натриевые, йодобромные, хвойные, жемчужные и соляно-хвойные, вихревые. Проводятся такие физиотерапевтические процедуры, как гальванизация и лекарственный электрофорез, ДДТ-терапия, УВЧ-терапия, электросон, УЗ, дарсонвализация и франклинизация, УФО (рис. 52, 53).



Рис. 52. Санаторий «Самоцвет»



Рис. 53. Хлоридно-натриевые ванны

Санаторий «Маян» находится в п. Маян недалеко от г. Талица, в 200 км к востоку от Екатеринбурга.

Главный лечебный фактор — талицкая минеральная вода, которая по своим свойствам приравнивается к водам бальнеологических курортов «Старая Руса» и «Ессентуки», а также сапрпель озера Молтаево.

В санатории проводится широкий спектр таких лечебно-профилактических процедур, как бальнеолечение, грязелечение, лечение физическими факторами. Бальнеотерапия включает прием минеральной воды, тубажи, орошение кишечника, хлоридно-натриевые, йодобромные ванны. В физиотерапевтическом отделении проводится электролечение, теплотечение, светолечение, ультразвук, магнитолазеролечение, сухие углекислые ванны, галотерапия.

Для оздоровления детей имеется специальный детский корпус (рис. 54, 55).



Рис. 54. Областная специализированная больница восстановительного лечения «Маян»

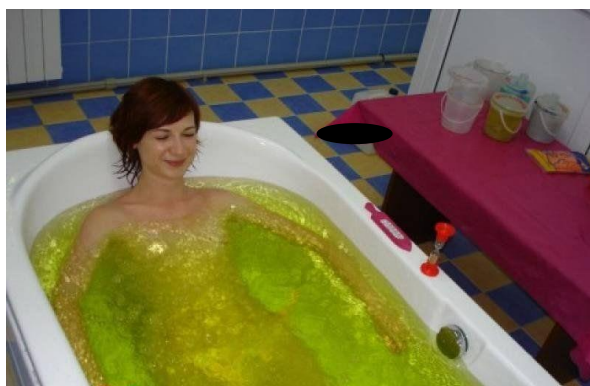


Рис. 55. Йодобромные ванны

Санаторий «Курьи» расположен в г. Сухой лог, в южной части Урала, в 120 км от Екатеринбурга.

Является климатолечебным и бальнеологическим курортом, где для лечения используются соли Мертвого моря. Дополнительным лечебным фактором санатория является сапропелевая грязь озера Куртугуз. Физиотерапевтическое лечение включает хлоридно-натриевые, хвойные, скипидарные, йодобромные, углекислые ванны, галотерапию, гелиотерапию, электролечение (электросон, электрофорез, дарсонваль) и другие.

Санаторий принимает на лечение детей круглогодично. На учебное время предлагаются образовательные услуги на базе МОУ «Школа № 4», с. «Курьи» (рис. 56, 57).



Рис. 56. Санаторий «Курьи»



Рис. 57. Грязелечение

Санаторий «Липовка» (8 (343) 290-55-10, 8 (343) 206-71-60; <http://sanatoriylipovka-site.ru>) находится недалеко от г. Реж, в 120 км от Екатеринбурга.

Природными лечебными факторами являются континентальный климат (аэротерапия, гелиотерапия), слаборадоновая сульфатно-гидрокарбонатная сложного катионного состава вода. Среди основных эффектов радоновых ванн выделяют седативный, регенераторный, противовоспалительный, кератолитический, трофический. Также проводится широкий комплекс физиотерапевтических процедур.

Лечебный профиль санатория — это заболевания кожи, сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, пищеварительной системы, эндокринной системы и нарушения обменных процессов (рис. 58, 59).



Рис. 58. ГАУЗ СО «ОСБМР «Липовка»



Рис. 59. Гидротерапия в санатории «Липовка»

Санатории и курорты Челябинской области



Рис. 60. Санатории и курорты Челябинской области

Санаторий «Еловое» расположен на северном берегу озера Еловое в 90 км западнее от г. Челябинска.

В санатории широко назначаются различные виды климатолечения, такие как аэротерапия, гелиотерапия, бальнеолечение (радоновые, хлоридно-натриевые, йодобромные, скипидарные, ароматические, жемчужные, сухие углекислые ванны). Проводится грязелечение сапропелевой грязью озера Боляш. Физиотерапевтическое лечение включает светолечение, электролечение, лазеролечение.

Развивается и совершенствуется санаторно-курортная помощь населению области по федеральным и областным программам, в том числе детям, а также детям-инвалидам. Санаторий «Еловое» организует загородный детский оздоровительный отдых, осуществляются заезды детей без родителей. Отличительной особенностью детского санатория является возможность совмещать оздоровление и лечение с проведением учебного процесса (рис. 61, 62).



Рис. 61. Санаторий «Еловое»



Рис. 62. Жемчужные минеральные ванны

Санаторий «Увильды» находится на берегу озера Увильды Аргаяшского района Челябинской области.

Является климатолечебным, грязелечебным и бальнеологическим курортом. Сапропелевая грязь озера Увильды применяется в виде грязевых аппликаций, внутрисполостных грязей, грязевых обертываний, а также в сочетании с электролечением (гальваногрязь). Бальнеотерапия включает радоновые ванны, хлоридно-натриевые, сухие углекислые ванны, жемчужные ванны. Активно применяются такие климатолечебные процедуры, как спелеотерапия, аэротерапия, аэрофитотерапия (рис. 63, 64).



Рис. 63. Санаторий «Увильды»



Рис. 64. Гальваногрязь

Санаторий «Сунгуль» расположен на границе Челябинской и Свердловской областей на берегу одноименного озера.

Лечебными факторами санатория являются климат лесов (аэротерапия, аэрофитотерапия), бальнеотерапия, грязелечение с использованием сульфидной, сапропелевой грязи озера Светленькое. В физиотерапевтическом отделении проводится электролечение, теплотечение, светолечение, ультразвук, магнитолазеролечение, сухие углекислые ванны, галотерапия, озонотерапия, спелеотерапия.

Санаторий «Сунгуль» имеет широкий профиль специализации: заболевания кожи, заболевания костно-мышечной системы, органов дыхания, органов пищеварения, сердечно-сосудистой системы, нервной системы (рис. 65, 66).



Рис. 65. Санаторий «Сунгуль»



Рис. 66. Сухая углекислая ванна

Санатории и курорты Курганской области

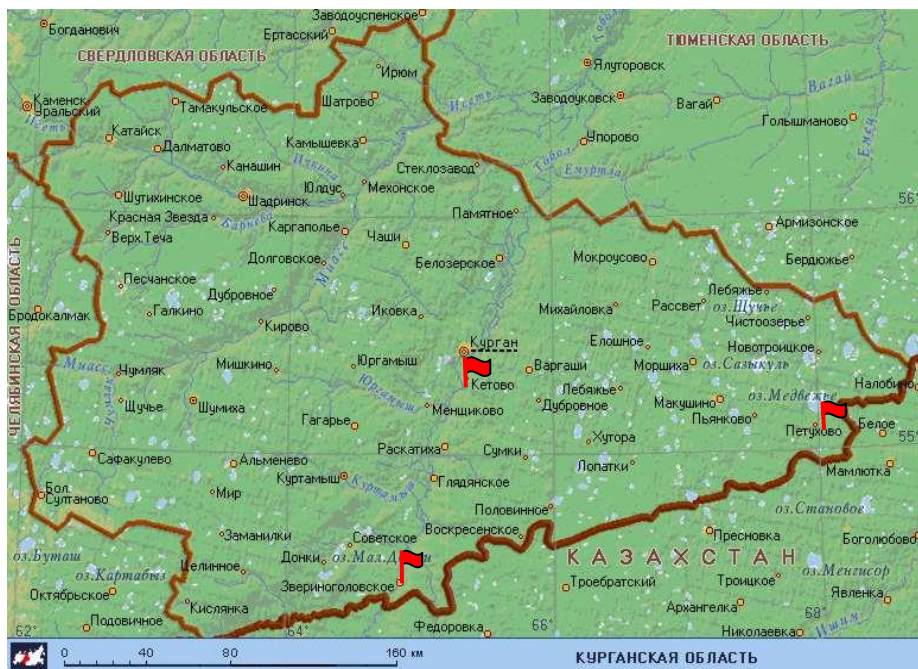


Рис. 67. Санатории и курорты Курганской области

Санаторий «Сосновая роща» расположен в 150 км от г. Курган, вдоль южного берега озера Горькое-Звериноголовское.

Является современным бальнеологическим, грязевым курортом, расположенным в лесной зоне. Природными лечебными факторами санатория являются сапропелевая грязь озера Горькое, рапа озера Горькое, минеральная вода сульфатно-хлоридно-натриевого типа с высокой степенью минерализации, а также благоприятный климат.

Рапа — вода лиманов, соляных озер и искусственных водоемов, представляющая собой насыщенный солевой раствор.

Климатолечение включает аэротерапию, аэрофитотерапию, воздушные ванны, спелеотерапию. Грязелечение назначается в виде грязевых ванн (общих и локальных), грязевых аппликаций, гальваногрязи, внутрисполостных процедур. Рапа применяется в виде общих рапных ванн, жемчужных ванн, подводный душ — массаж рапной, электрофорез с 1,0%, 3,0%, 5,0% раствором рапы, ингаляции рапные (рис. 68, 69).



Рис. 68. Санаторий «Сосновая роща»



Рис. 69. Спелеокамера

Санаторий «Лесники» находится в 20 км южнее г. Курган, на берегу реки Тобол.

Главный лечебный фактор — сульфидно-иловая грязь озера «Медвежье», минеральная вода с высоким содержанием натрия и климат лесов.

В санатории проводится широкий спектр физиотерапевтических процедур: интерференцтерапия, ДДТ-терапия, СМТ-терапия, дарсонвализация, УЗ-, УВЧ-, КВЧ-, магнито-, магнитолазерная терапия, индуктотерапия, УФО, криотерапия, теплолечение, грязелечение, аэротерапия, озонотерапия. Бальнеолечение включает использование жемчужных, кислородных, ароматических, лекарственных, минеральных хлоридно-натриевых, суховоздушных углекислых ванн (рис. 70, 71).



Рис. 70. Санаторий «Лесники»



Рис. 71. Магнитотерапия

Санаторий «Озеро Медвежье» находится на берегу одноименного озера, в 180 км от г. Кургана.

Является бальнеологическим и грязевым курортом. Природные лечебные факторы санатория «Озеро Медвежье»: сульфидно-иловая грязь озера Медвежье, рапа озера Медвежье сульфатно-хлоридного магниево-натриевого типа, минеральная лечебно-столовая хлоридно-натриевая вода «Медвежье-11». По целебным свойствам грязи и рапа озера Медвежье являются аналогами грязи Мертвого моря в Израиле.

Основные профили санатория — это заболевания кожи и подкожной клетчатки, опорно-двигательного аппарата, нервной системы, желудочно-кишечного тракта.

На территории санатория «Озеро Медвежье» расположен детский оздоровительный лагерь круглогодичного действия (рис. 72, 73).



Рис. 72. Санаторий «Озеро Медвежье»



Рис. 73. Грязевая ванна

Санатории и курорты Тюменской области

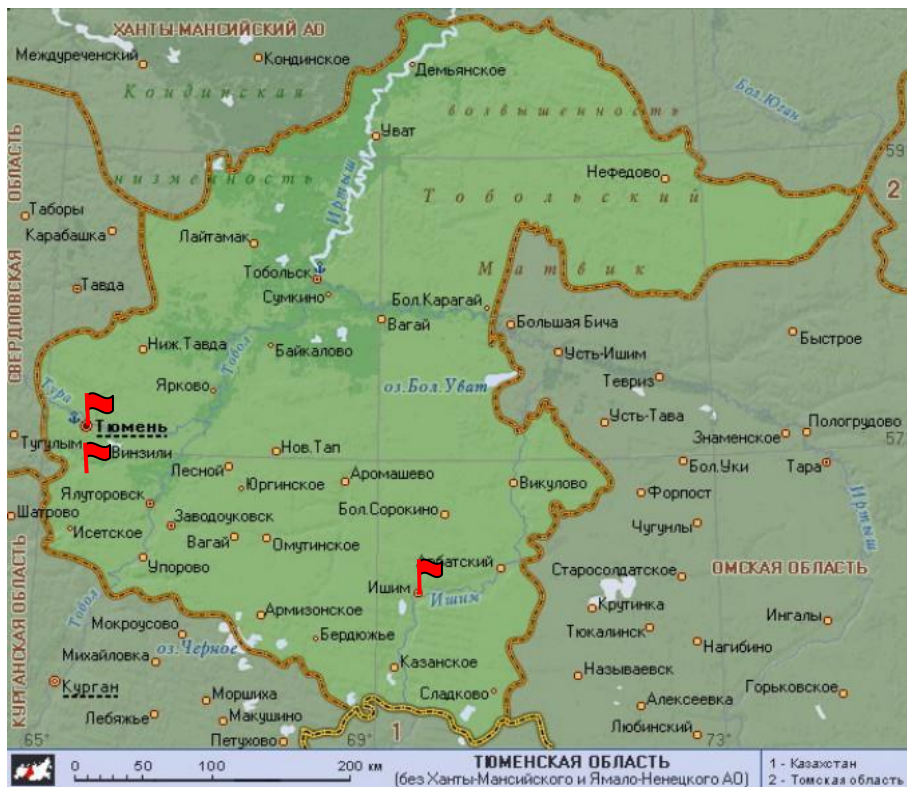


Рис. 74. Санатории и курорты Тюменской области

Санаторий «Ахманка» находится в г. Тюмени, является центром восстановительной медицины и реабилитации.

Лечебный фактор центра — грязь, добываемая из озера Ахманка, расположенного недалеко от Тюмени. Лечебная грязь оказывает комплексное воздействие при помощи механических, химических, биологических, адсорбционных, термических факторов.

Комплекс физиотерапевтических процедур включает: физиотерапевтические и медицинские процедуры: грязевые аппликации, грязевые ванны, гальваногрязелечение, грязефонотерапию, диадинамические токи, магнитотерапию, ультразвуковую терапию, УФО-терапию, гидротерапию (рис. 75, 76).



Рис.75. Центр восстановительной медицины



Рис. 76. Подводный душ-массаж и реабилитации «Ахманка»

Санаторий «Ишимский» расположен в 300 км от г. Тюмень, недалеко от старинного города Ишим, на территории древнего Синицинского бора.

Природные лечебные факторы: климат, бальнеотерапия, грязелечение. В санатории широко применяется аэротерапия, аэрофитотерапия, хлоридно-натриевая йодобромная минеральная вода, сульфидно-иловая грязь озера Горькое-Мыльное. Физиотерапевтическое отделение оснащено аппаратурой для проведения теплолечения, электролечения, светолечения, лазеротерапии, аэрофитотерапии, магнитотерапии (рис. 77, 78).



Рис.77. Санаторий «Ишимский»



Рис. 78. Лазеролечение

Санаторий «Сибирь» находится в 25 км от г. Тюмень на берегу реки Пышма в сосново-березовом лесу, является грязелечебным и бальнеологическим курортом. Санаторий «Сибирь» имеет месторождение сапропелевой грязи на экологически чистом озере Тулубаево, а также термальные источники. Грязелечение назначают в виде общих и местных грязевых аппликаций, разводных грязевых ванн на пресной или минеральной воде. Бальнеотерапия включает проведение сероводородных, хлоридно-натриевых, углекислых, азотных, жемчужных, кремнистых, йодобромных, скипидарных ванн, широко применяющихся для лечения пациентов с заболеваниями кожных покровов (рис. 79, 80).



Рис. 79. Санаторий «Сибирь»



Рис. 80. Термальный источник

3. Новообразования кожи

3.1. Меланоцитарные невусы

Меланоцитарный невус (МН) (родинка) — доброкачественная опухоль, предполагает наличие в новообразованиях меланоцитов или невусных клеток, продуцирующих пигмент меланин, чем объясняется цвет этих новообразований (рис. 81, 82).

Классификация статистическая (МКБ-10)

D22 Меланоформный невус



Рис. 81. МН туловища



Рис. 82. МН спины

МН могут быть доброкачественными, с возрастом склонными к инволюции, возможна малигнизация врожденного гигантского пигментного невуса, диспластического невуса (лентигинозная меланоцитарная дисплазия, невус Рида).

Врожденные МН вне зависимости от пола обнаруживают примерно у 1% (по данным разных авторов до 6%) новорожденных, возможно появление невусов в течение первого года жизни.

В зависимости от размера врожденные МН выделяют:

мелкие (диаметр менее 1,5 см, частота 1:100);

промежуточные (1,5—9,9 см, 1:1000);

крупные (10—19,9 см, 1:20 000);

гигантские (более 20 см, 1:500 000).

Мелкие, промежуточные или крупные врожденные невусы новорожденных в юношеском и зрелом возрасте могут стать средними, крупными или гигантскими.

Клинически врожденные МН проявляются бляшками правильной (округлой, овальной) или неправильной формы с четкими границами и равномерной коричневой окраской (редко многоцветной, от светло- до темно-коричневой) с гладкой, мозговидной, бородавчатой или дольчатой поверхностью, нередко с гипертрихозом (рис. 83).



Рис.83. Крупный врожденный невус

Врожденный гигантский пигментный невус (ВГПН)

Частота рождения детей с гигантскими невусами составляет примерно 1 случай на 20 000 новорожденных. ВГПН (гигантский волосяной невус или нево-клеточный невус) — это доброкачественные новообразования различной окраски, в основе развития которых лежит миграция в эмбриональном периоде меланобластов из нейроэктодермальной трубки в базальный слой эпидермиса. Риск развития меланомы из врожденного невуса составляет от 6,0 до 30,0%. Риск развития меланомы из ВГПН повышается после пубертатного периода.

Гигантский пигментный невус может располагаться на любом участке кожи симметрично либо односторонне, занимая большие площади, и не имеет воспалительных явлений (рис. 84).



а



б

Рис. 84 (а, б). ВГПН у ребенка 6 месяцев

Диспластический невус (атипичный невус, невус Кларка) — эпидермальный и смешанный невус, превышающий 0,5 см, с неравномерным распределением пигмента по поверхности, различной формы и нечетким контуром. Развитие меланомы из диспластических невусов достигает 90% (рис. 85).

Определение «синдром атипичных множественных невусов» применяется у лиц с множественными диспластическими невусами (рис. 86).



Рис. 85. Диспластический невус



Рис. 86. Синдром атипичных множественных невусов

Признаки злокачественного перерождения невуса

1. Исчезновение кожного рисунка на поверхности невуса.
2. Появление блестящей, глянцевой поверхности невуса.
3. Появление асимметрии или неправильности очертаний (фестончатости) краев невуса, изменение формы невуса.
4. Горизонтальный рост невуса.

-
5. Появление субъективного чувства зуда, жжения невуса.
 6. Шелушение невуса с образованием «сухих» корочек.
 7. Отсутствие или выпадение волосяного покрова на поверхности невуса.
 8. Частичное (неравномерное) или полное изменение окраски невуса — появление участков депигментации.
 9. Появление мелких узелков на поверхности; вертикальный рост над окружающими тканями.
 10. Изменение консистенции, определение пальпаторно (размягчение опухоли).
 11. Изъязвление невуса.
 12. Появление воспаления в области «невуса» и в области окружающих его тканей.
 13. Мокнутие на поверхности невуса.
 14. Кровоточивость невуса.
 15. Возникновение дочерних или пигментированных образований (сателлитов) в коже вокруг невуса.

3.2. Меланома — злокачественная опухоль, развивающаяся из меланоцитов — дендритных клеток, продуцирующих пигмент меланин, часто метастазирует в органы и ткани. В большинстве случаев меланома поражает кожу, значительно реже — сосудистую оболочку глаза и слизистые.

У детей меланома кожи развивается значительно реже, чем у взрослых.

В США меланома входит в 10 наиболее частых злокачественных новообразований среди белого населения в возрасте 0—14 лет, а у подростков занимает 4-е (у девочек) и 6-е (у мальчиков) места.

По данным Научно-исследовательского института детской онкологии и гематологии, показатель заболеваемости детей меланомой кожи за период 2008—2012 гг. в США в возрасте от 0 до 19 лет составил 4,0 (на 1 млн. детского населения); аналогичный показатель заболеваемости детей в России за период 2009—2014 гг. — 3,7 (на 1 млн. детского населения).

Классификация статистическая МКБ-10

D03 Меланома in situ

Группы риска развития меланомы

1. Группа очень высокого риска: I или II тип фоточувствительности кожи по Т. Фицпатрику; больше 100 невусов; больше 5 диспластических невусов; отягощенный семейный анамнез — меланома у родственниками 1-й степени родства; гигантский врожденный невус; лучевая терапия; иммуносупрессия.

2. Группы высокого риска: I или II тип фоточувствительности кожи по Т. Фицпатрику; увеличение количества невусов (50–100); клинически диспластические невусы (1–3); меланома и немеланомный рак кожи у родственников 1-й степени родства.

Диагностика всех новообразований кожи основана на клинических данных, дерматоскопическом исследовании и патоморфологическом исследовании.

Профилактические мероприятия

1. Дети и подростки группы риска должны наблюдаться у врача-дерматовенеролога с кратностью обследования 1 раз в 6 месяцев.

2. Необходимо избегать летом прямых солнечных лучей, особенно с 10.00 до 15.00.

3. Необходимо использовать солнцезащитные средства с фактором защиты SPF 50+.

4. Рекомендуется удалять меланоопасные невусы в пределах здоровых тканей, а при невозможности полного удаления ВГПН — его поэтапно иссекать, с обязательным гистологическим исследованием.

В табл. 7 представлены солнцезащитные средства, рекомендованные для детей.

Таблица 7
Солнцезащитные средства для детей

Торговое название средства		Форма выпуска, степень фактора защиты
«Anthelios» (La Roche-Posay)		Спрей для детей SPF 50+ (от 3-х лет) Молочко для младенцев и детей SPF 50+
«Мое солнышко» (ООО «Аванта Трейдинг»)		Серия солнцезащитных средств для детей SPF 15- 50+

3.3. Сосудистые новообразования кожи

Среди сосудистых образований выделяют: сосудистые опухоли и сосудистые мальформации.

Гемангиомы относятся к группе сосудистых опухолей и являются наиболее распространенными, от 1,1 до 2,6% детей имеют гемангиомы (рис. 87, 88). Наиболее высокая заболеваемость наблюдается у детей европеоидной расы. Преимущественная локализация — область волосистой части головы, лицо, шея.



Рис. 87. Капиллярная гемангиома



Рис. 88. Ювенильная Гемангиома («клубничный» невус)

Гемангиомы регрессируют к возрасту 3 лет у 30,0% младенцев; у 50,0% — к 5 годам, у 70,0% — к 7 годам, у 90,0% — к 9 годам. На месте спонтанно регрессирующей гемангиомы могут остаться гипопигментация, телеангиэктазии, рубец или соединительнотканно-жировые отложения.

Сосудистые мальформации не склонны к быстрому росту и, как правило, увеличиваются пропорционально росту ребенка. Наиболее часто встречаются капиллярные мальформации или капиллярные ангиодисплазии (КАД). К ним относится невус Унны — одна из самых частых врожденных аномалий, обнаруживается у 25,0–40,0% новорожденных. Проявляется пятном неправильной формы тускло-розового или красного цвета. Излюбленная локализация — задняя поверхность шеи (в 50,0% случаев остается на всю жизнь), иногда — лицо, переносица, лоб, верхние веки, кончик носа, верхняя губа. Очаги на лице быстро бледнеют, в большинстве случаев полностью исчезают в течение первого года жизни, во время крика или напряжения вновь становятся видимыми.

Пламенеющий невус («винное пятно») — наиболее частый врожденный постоянный порок развития, встречается у 0,1—2,0% новорожденных. Проявляется в виде одно- или двустороннего пятна неправильной формы, четко очерченного, ярко-розового или фиолетового цвета (рис. 89, 90). Размеры варьируют в широких пределах — от нескольких миллиметров до половины поверхности тела. Излюбленная локализация — лицо, иногда — на конечностях, изредка — на слизистых оболочках. Обычно увеличивается по мере роста ребенка, распространяясь на большие поверхности кожи.



Рис. 89. Пламенеющий невус у младенца



Рис. 90. «Винное пятно» у подростка

В большинстве случаев показано динамическое наблюдение за сосудистыми новообразованиями. При расположении опухолей в области лица и шеи иссечение представляет определенную косметическую проблему. В некоторых случаях возможна диатермокоагуляция, крио- или лазерная деструкция доброкачественных сосудистых опухолей (гемангиома), лазерная терапия сосудистых мальформаций (пламенеющий невус).

Раздел 2. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СРЕДИ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОКАЗАВШИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

По данным М.Р. Рахматулиной (2011 г.), у 15,6—17,8% девушек-подростков в РФ возраст первого полового контакта приходится на 13—14 лет, у 20,9—37,8% юношей-подростков — на 15—19 лет, реже — на более ранний возраст. При этом при половых контактах, как правило, подростками не используются методы профилактики ИППП, что обусловлено низким уровнем соответствующих знаний.

Исследователи отмечают, что дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, в том числе дети-сироты, являются группой риска по заболеваемости ИППП. При обследовании на ИППП воспитанников приютов и беспризорных подростков хламидийная инфекция диагностировалась у 40,5% и 65,8% детей соответственно, а папилломовирусная инфекция — у 58,9% и 69,1%. Отмечены клинически значимые нарушения микробиоценоза урогенитальной системы, характеризующиеся массивной микробной обсемененностью факультативно- и облигатно-анаэробными микроорганизмами в ассоциации с возбудителями ИППП, которые наблюдались у 50,6% воспитанников приютов и 42,1% беспризорных подростков. Кроме того, у данного контингента отмечено частое (69,3%) выявление представителей кишечной микрофлоры, в том числе *E. faecalis*, *E. coli*, а также семейства *Micrococcaceae* (*Staphylococcus aureus* и *Streptococcus agalactiae*), являющихся индикаторами воспалительного процесса, перенесенного в младшем возрасте вследствие хронических соматических заболеваний, прежде всего желудочно-кишечного тракта, социальной запущенности, а также практики орогенитальных и аногенитальных половых контактов.

По данным А.А. Кубанова и др. (2015 г.), при обследовании на ИППП и урогенитальные инфекции «безнадзорных» и «беспризорных» несовершеннолетних лиц преобладали урогенитальные инфекции, ассоциированные с *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*, *Gardnerella vaginalis*, у 44% обследуемых выявлена папилломовирусная инфекция, наблюдались единичные случаи инфицирования *Mycoplasma genitalium*.

Выявление случая заражения ребенка ИППП предполагает проведение медицинских мероприятий для установления источника заражения, обстоятельств инфицирования, по показаниям — оперативно-розыскных действий, что нередко затруднено в связи с тем, что дети скрывают факт сексуального насилия со стороны родителей, опекунов, знакомых. Зачастую при обращении адекватная медицинская и психологическая помощь ребенку не оказывается ввиду недостаточного опыта работы медицинских специалистов, психологов с данным контингентом, отсутствием возможности обследования на ИППП.

В.И. Кулаковым и др. (2009 г.), выделены признаки совершения полового акта или иных действий сексуального характера.

Признаки совершения полового акта или иных действий сексуального характера

1. Нарушение целостности девственной плевы.
2. Повреждения в области половых органов и /или ануса.
3. Различные повреждения в области губ и полости рта.
4. Наличие спермы в биологическом материале.
5. Обнаружение в области наружных половых органов или во влагалище инородных тел.

6. Заражение венерическим заболеванием.

7. Наступление беременности.

Согласно федеральным клиническим рекомендациям Российского общества дерматовенерологов и косметологов (РОДВК) (2015 г.), выделяют общие принципы обследования и лечения пациентов с ИППП и урогенитальными инфекциями, включающие получение анамнестических данных, показания к обследованию и лечению.

Получение анамнестических данных

1. Предполагаемый источник инфицирования пациента.
2. Время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым источником инфицирования до появления субъективных симптомов.
3. Количество половых партнеров, результаты их обследования.
4. Формы практикуемых сексуальных контактов.
5. Результаты обследования половых партнеров.
6. Наличие ИППП в анамнезе и в настоящее время.
7. Особенности аллергоанамнеза.
8. Наличие соматических заболеваний, данные о приеме лекарственных препаратов.
9. Применение и методы контрацепции.

Показания к обследованию на ИППП

1. Клинические и/или лабораторные признаки воспалительного процесса органов урогенитального тракта.
2. Прегравидарное обследование половых партнеров.
3. Обследование женщин во время беременности.
4. Предстоящие оперативные (инвазивные) манипуляции на органах малого таза.
5. Перинатальные потери и бесплодие в анамнезе.
6. Половой контакт с партнером, больным ИППП.
7. Сексуальное насилие.

Установленный источник ИППП

1. Данные обследования источника — наличие ИППП в настоящее время.
2. Обследование на ИППП с **последующим превентивным лечением, назначенным дерматовенерологом.**

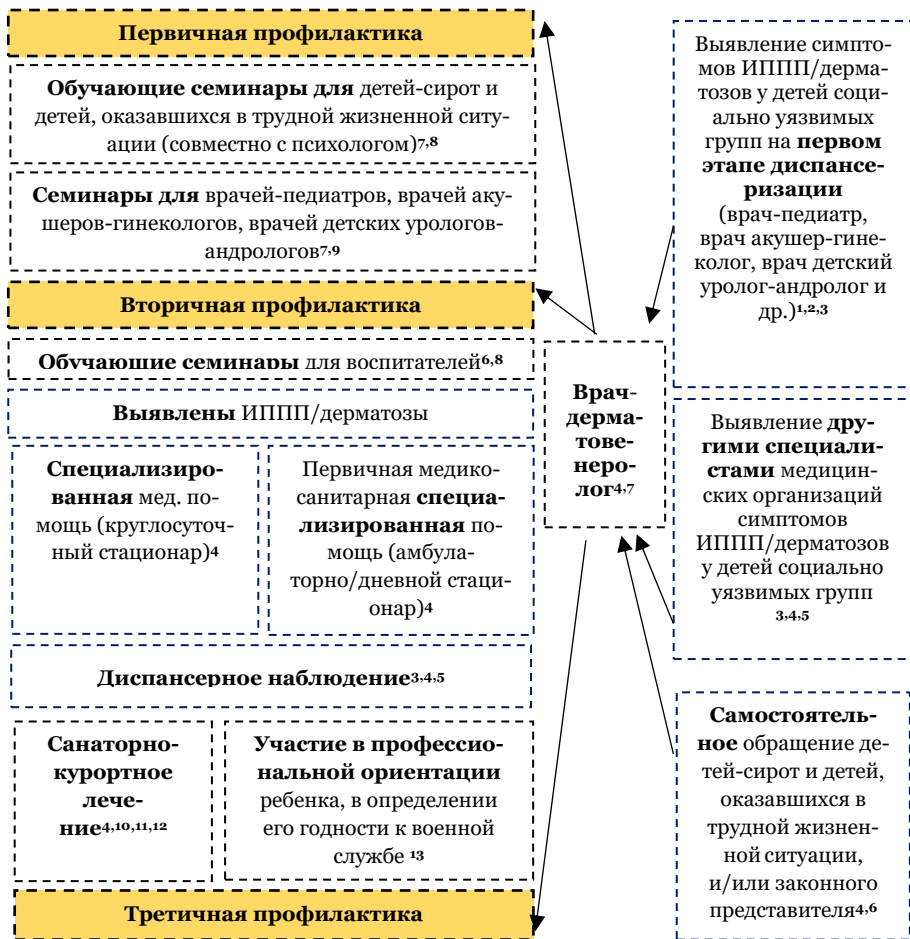
Обследование на ИППП

1. **Серологическое обследование:** сифилис, ВИЧ, гепатиты В, С.
2. **Микроскопическое исследование препарата, культуральное исследование (сифилис, гонорея, трихомониаз).** Материал: отделяемое (соскоб) уретры, цервикального канала, влагалища, нижнего отдела прямой кишки (для гонококковой инфекции, хламидийной инфекции), при наличии показаний — отделяемое ротоглотки, конъюнктивы глаз.
3. **Молекулярно-биологические методы:** (ПЦР: хламидиоз, ВПЧ, генитальный герпес).

При неустановленном источнике ИППП проводится обследование на ИППП с последующим повторным обследованием на сифилис через 3 месяца, на ВИЧ, гепатиты В, С — через 3, 6, 9 месяцев.

Авторы отмечают необходимость повышения качества и доступности образовательной и внеучебной деятельности, работы с родителями и опекунами детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Таким образом, разработан алгоритм оказания медицинской помощи детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, учитывающий данные аспекты (рис. 91).



1. Приказ МЗ РФ от 11 апреля 2013 г. № 216н. 2. Приказ МЗ РФ от 15 февраля 2013 г. № 72н. 3. Приказ МЗ РФ от 07.10.2015 г. № 700н. 4. Приказ МЗ РФ от 15.11.2012 г. № 924. 5. Приказ Минздрава-развития России 16.04.2012 г. N 366н. 6. Ст. 20 Федерального закона № 323 от 21.11.2011 г. 7. Повышение квалификации по программе ДПО «Методы профилактики инфекций, передаваемых половым путем, для детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации», в рамках НМО». 8. Постановление Правительства РФ 27.11.2000 г. № 896. 9. Учебное пособие «Оказание медицинской помощи детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, по профилю «дерматовенерология». 10. Приказ МЗ РФ от 05.05.2016 г. № 279н. 11. Приказ МЗ РФ от 05.05.2016 № 281н. 12. Приказ Минздравсоцразвития РФ № 225 от 22.11.2004 г. 13. Постановление Правительства РФ от 04.07.2013 г. № 565.

Рис. 91. Алгоритм оказания медицинской помощи детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, по профилю «дерматовенерология»

Раздел 3.

АЛГОРИТМ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ВОПРОСАМ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ-СИРОТАМ И ДЕТЯМ, ОКАЗАВШИМСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

1. Маршрутизация и виды оказания медицинской помощи детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации

1.1. Выявление детей с заболеваниями кожи и ИППП осуществляется врачами-специалистами, а именно: врачами-педиатрами, врачами акушерами-гинекологами, врачами-урологами, врачами-дерматовенерологами при следующих обстоятельствах:

— при медицинских осмотрах, в том числе при диспансеризации (Приказ Минздрава России от 07.10.2015 г. № 700н; Приказ Минздрава России от 11.04.2013 г. № 216н; Приказ Минздрава России от 15.02.2013 г. № 72н);

— при обследовании детей по поводу интеркуррентных заболеваний (Приказ Минздрава России от 07.10.2015 г. № 700н; Приказ Минздрава России от 16.04.2012 г. № 366н.);

— при самостоятельном обращении ребенка и/или законного представителя к врачам-специалистам или врачу-дерматовенерологу (Приказ Минздрава России от 15.11.2012 г. № 924; ФЗ № 323 от 21.11.2011 г.).

Врачи-специалисты, в том числе участвующие в первом этапе диспансеризации, при выявлении у ребенка высыпаний на коже и (или) слизистых оболочках, кожного зуда, выявлении симптомов или признаков ИППП, в том числе жалоб на симптомы уретрита, вульвовагинита и цервицита, направляют ребенка на дополнительную консультацию и (или) исследование к врачу-дерматовенерологу с указанием даты и места их проведения (второй этап диспансеризации).

1.2. Врачи-педиатры оказывают первичную медико-санитарную помощь детям в соответствии с федеральными стандартами.

1.3. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-дерматовенерологом амбулаторно либо в условиях дневного стационара.

1.4. При невозможности оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и наличии медицинских показаний больной ребенок направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях.

1.5. Врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи) осуществляют оказание медицинской помощи в соответствии с рекомендациями врача-дерматовенеролога.

1.6. Диспансерное наблюдение детей, больных ИППП, хроническими дерматозами осуществляется врачом-дерматовенерологом.

1.7. Дети с заболеваниями по профилю «дерматовенерология» при наличии медицинских показаний направляются врачом-дерматовенерологом для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

2. Организация профилактических и противоэпидемических мероприятия по профилю «дерматовенерология» детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации

2.1. Формирование у ребенка здоровьесберегающей модели поведения осуществляется врачом-дерматовенерологом подросткового специализированного центра профилактики и лечения ИППП кожно-венерологического диспансера или врачом-дерматовенерологом медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, при взаимодействии с психологом, медицинским и социальным сотрудниками специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, врачом-педиатром отделения медико-социальной помощи детской поликлиники.

Первичная профилактика ИППП, осуществляемая врачом-дерматовенерологом, направлена на формирование у детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, здоровьесберегающей мотивации, соблюдение правил личной гигиены, сохранение репродуктивного здоровья, профилактики ИППП. Одновременно работа проводится с родителями/законными представителями, медицинскими и социальными работниками детских социальных учреждений, а также смежными специалистами.

Рекомендовано психолого-педагогическое сопровождение обучающихся семинаров с учетом показателей психоэмоционального благополучия детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Для определения психоэмоционального благополучия психологом социального учреждения рекомендовано использование восьмицветового теста М. Люшера (в модификации Л.Н. Собчик) и теста восьми влечений Л. Сонди (в модификации Л.Н. Собчик — МПВ).

В рамках непрерывного медицинского образования врачу-дерматовенерологу рекомендовано повышение квалификации по программе дополнитель-

ного профессионального образования «Методы профилактики инфекций, передаваемых половым путем для детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации».

При проведении обучающих семинаров рекомендовано использование учебного пособия «Оказание медицинской помощи детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, по профилю «дерматовенерология».

2.2. Вторичная профилактика, осуществляется медицинским работником социальных учреждений, а также врачом-дерматовенерологом, направлена на своевременное выявление заболеваний кожи и ИППП у детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

При обнаружении у детей, проживающих в социальных учреждениях, различных кожных заболеваний, дети временно помещаются в изолятор приемно-карантинного отделения, оборудованного в соответствии с СанПин 2.4.3259-15 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей», СанПин 3.1/3.2.3146-13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней». В учреждении проводится текущая и заключительная дезинфекция. Осматриваются контактные лица.

Врач-дерматовенеролог принимает участие во врачебном консультировании при решении вопросов профессионального обучения и рационального трудоустройства ребенка. Кроме того, фиксация в первичной медицинской документации частоты и характера обострений хронических дерматозов учитывается для определения категории годности к военной службе.

Необходимо фиксировать в первичной документации факт заболевания кожи, хронологию посещений, описание формы и стадии процесса.

2.3. Третичная профилактика, осуществляемая врачом-дерматовенерологом, направлена на профилактику осложнений. Включает клинико-серологический контроль детей, больных сифилисом, контроль излеченной ИППП, диспансерное наблюдение детей, больных хроническими дерматозами и ИППП, и, в том числе, санаторно-курортное лечение с учетом утвержденных нормативных документов, клинических рекомендаций (рис. 10).

Внедрение алгоритма в учреждениях Свердловской области способствовало выявлению у 240 (63,5%) детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, неинфекционных заболеваний кожи и у 92 (24,3%) — инфекционных дерматозов.

Первичная медико-санитарная специализированная помощь оказана 67 (17,7%) детям с инфекционными дерматозами, из них: 54 (14,2%) детям с пиодер-

мией, 6 (1,6%) — с простым пузырьковым лишаем, 7 (1,9%) — с отрубевидным лишаем; 129 (34,1%) детям с неинфекционными дерматозами, из них: 57 (15,1%) детям с акне, 40 (10,6%) — с себорейным дерматитом, 3 (0,8%) — с атопическим дерматитом, 22 (5,8%) — с контактным дерматитом, 4 (1,1%) — с экземой, 3 (0,8%) — с псориазом. Ребенок с трихотилломанией направлен на консультацию к психиатру. Специализированная медицинская помощь оказана 5 (1,3%) детям.

Взяты под диспансерное наблюдение 134 (35,4%) ребенка с хроническими дерматозами, в том числе с акне, экземой, ограниченным нейродермитом, атопическим дерматитом, ихтиозом, алопецией, псориазом, витилиго.

Согласно ст. 63 Трудового Кодекса РФ, с согласия одного из родителей (попечителя) и органа опеки и попечительства трудовой договор может быть заключен с лицом, получающим общее образование и достигшим возраста четырнадцати лет, для выполнения в свободное от получения образования время легкого труда, не причиняющего вреда его здоровью и без ущерба для освоения образовательной программы. Проведено врачебное профессиональное консультирование 33 (8,7%) детей, в возрасте 14—17 лет, больных атопическим дерматитом, экземой, псориазом, контактным дерматитом.

Проведены образовательные семинары для 205 подростков социально уязвимых групп и для 24 медицинских и социальных работников на базах социальных учреждений г. Екатеринбурга и Свердловской области.

Результаты диссертационного исследования способствовали созданию и функционированию одного из направлений деятельности «Центра профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем среди детей и подростков» на базе ГБУЗ СО «СОКВД» Минздрава Свердловской области (Приказ Минздрава Свердловской области от 31.03.2017 г. № 41-н), оказывающего медико-профилактическую помощь детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. В течение 2017 г. в центр обратились 122 (32,3%) ребенка.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

Выберите один правильный ответ

1. ДЕТИ, ОСТАВШИЕСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ:

- 1) лица в возрасте до 18 лет, у которых умерли оба или единственный родитель;
- 2) социальный сирота;
- 3) лица в возрасте до 18 лет, которые остались без попечения единственного родителя или обоих родителей в связи с лишением их родительских прав или по ряду других причин;
- 4) **верно 2, 3.**

2. ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕБЫВАНИЯ ДЕТЕЙ В СОЦИАЛЬНО НЕБЛАГОПОЛУЧНОЙ СЕМЬЕ:

- 1) наследственность;
- 2) неполноценное семейное воспитание;
- 3) жестокое обращение с детьми;
- 4) **все ответы правильные.**

3. ПОДРОСТКОВЫЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИКИ ИППИ ЯВЛЯЕТСЯ СТРУКТУРНЫМ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕМ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА СОГЛАСНО:

- 1) **Приказу Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 924н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология»;**
- 2) Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- 3) Федеральному закону от 29.12.10 № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию»;
- 4) Стандартам оказания медицинской помощи больным по профилю «дерматовенерология».

4. К СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) туберкулез и ИППП;
- 2) гепатит С и туляремия;
- 3) сахарный диабет и болезнь, вызванная ВИЧ;
- 4) **верно 1, 3.**

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПИОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ ВЫЗЫВАЮТ:

- 1) пневмококки;
- 2) гноеродные кокки;
- 3) кишечная палочка;
- 4) верно 2, 3.**

6. С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НАИБОЛЕЕ РЕДКО СОЧЕТАЕТСЯ:

- 1) конъюнктивит;
- 2) ринит;
- 3) бронхиальная астма;
- 4) псориаз.**

7. МИКРОСПОРИЕЙ ЧАЩЕ ЗАБОЛЕВАЮТ ДЕТИ В ВОЗРАСТЕ:

- 1) до 2 месяцев;
- 2) до 1 года;
- 3) 1—7 лет;**
- 4) старше 16 лет.

8. ДЕТЯМ С ПСОРИАЗОМ НАЗНАЧАЮТ МАЗЬ С САЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТОЙ В КОНЦЕНТРАЦИИ:

- 1) 1%;
- 2) 2%;**
- 3) 5 %;
- 4) 10 %.

9. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МЕТОД ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ КОЖНОГО ЗУДА:

- 1) гальванизация;
- 2) диадинамотерапия;
- 3) ультратонотерапия;**
- 4) магнитотерапия.

10. ДИАГНОЗ «ГОНОРЕЯ» У ДЕТЕЙ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- 1) бактериоскопического;
- 2) уретроскопического;
- 3) бактериоскопического и бактериологического;**
- 4) серологического.

СИТУАЦИОННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

Клиническая задача № 1

На прием к врачу-педиатру обратилась мать с ребенком 11 лет с жалобами на высыпание на коже у ребенка.

Anamnesis morbid. Высыпания появились неделю назад в области лица, быстро распространились на кожу верхних конечностей, области лобка, гениталий. Самолечение раствором бриллиантовой зелени с незначительным положительным эффектом. За 3 дня до появления сыпи мальчик посетил бассейн. Аллергических заболеваний у ребенка и его родственников нет. Появление высыпаний с приемом пищевых продуктов или медикаментов родители не связывают. Общее состояние ребенка удовлетворительное. Посещает школу.

Status localis. На коже лица, лобка, гениталий множественные элементы в виде эритематозных очагов размером от 0,5 до 2 см, покрытых желтыми корочками (рис. 92).



а



б

Рис. 92 (а, б). Эритематозные очаги, покрытые желтыми корочками

Вопросы для самоконтроля:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента, предложите противоэпидемические мероприятия.
4. Какое наружное средство и в какой лекарственной форме вы бы рекомендовали пациенту для местного лечения? Обоснуйте свой выбор.
5. При повторной консультации через 7 дней отмечается регресс высыпаний. Сохраняется гиперпигментация и незначительные корки. В общем анализе крови не обнаружен лейкоцитоз и повышенная СОЭ. Ваша тактика.

Ответ к клинической задаче № 1

1. Стрептококковое импетиго.

2. Диагноз поставлен на основании клинической картины. Аллергических заболеваний в анамнезе нет. Появление высыпаний с приемом пищевых продуктов или медикаментов родители не связывают. Высыпания в виде множественных поверхностных плоских пузырей ссыхаются с формированием желтых корочек на гиперемированном фоне. Общее состояние ребенка удовлетворительное.

3. Клинический анализ крови с целью определения активности бактериального воспаления (определение уровня лейкоцитов и СОЭ). Рекомендовано исключить водные процедуры, посещение школы.

4. В связи с поверхностным поражением кожи рекомендуется местно назначить спиртовые растворы анилиновых красителей (раствор бриллиантового зеленого или фукурцин), а также антибактериальный препарат в виде спрея, линимента, крема.

5. Разрешить ребенку посещать школу. Разрешить водные процедуры. Продолжить местное применение антибактериальных средств до исчезновения высыпаний.

Клиническая задача № 2

Пациент С., 17 лет, жалобы на распространенные высыпания на коже живота, груди, области подмышечных впадин, сопровождающиеся периодическим зудом.

Anamnesis morbi. Болен в течение 3-х месяцев. Высыпания на коже в области правой подмышечной впадины появились после активной физической нагрузки, постепенно распространились на кожу туловища. За медицинской помощью не обращался. Самолечение отрицает.

Status localis. На коже туловища множественные пятна неправильной формы, местами сливаются, образуя очаги с фестончатыми краями, светло-коричневого цвета с чешуйками на поверхности (рис. 93).

Результаты исследований. Проба Бальцера положительная (рис. 94).



Рис. 93. Высыпания по типу «кофе с молоком»



Рис. 94. Интенсивное прокрашивание йодом пораженных участков

Вопросы для самоконтроля:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, дайте определение заболевания
2. Перечислите методы диагностики.
3. Предложите план лечения.

Ответ к клинической задаче № 2

1. Распространенный отрубевидный лишай.
2. Методы диагностики:

проба Бальцера (йодная проба): при смазывании участков 5% настойкой йода пятна разноцветного лишая окрашиваются йодом более интенсивно за счет пропитывания отрубевидных чешуек;

осмотр в лучах люминесцентной лампы Вуда — характерное желтое или золотисто-бурое свечение.

3. Наружная терапия: клотримазол, крем или раствор 1—2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (тербинафин, крем и раствор 1—2 раза в сутки). Во время лечения необходимо проводить дезинфекцию одежды больного, головных уборов, нательного и постельного белья кипячением в 1% мыльно-содовом растворе и 5-кратным проглаживанием горячим утюгом во влажном виде с двух сторон.

При распространенных формах назначают системные антимикотические препараты: кетоконазол, итраконазол, флуконазол.

Клиническая задача № 3

Пациент Б., 16 лет, жалобы на высыпания на коже лица, груди, спины, сопровождающиеся чувством дискомфорта, болезненностью.

Anamnesis morbi. Болен в течение 4-х лет. На коже лица, груди, спины появились высыпания с постепенным распространением. Самостоятельно использовал спиртосодержащие антисептики с кратковременным эффектом.

Status localis. На коже лица, верхней части груди, спины множественные папуло-пустулезные элементы, часть разрешилась формированием рубцов (рис. 95).

Результаты исследований. Бактериологическое исследование содержимого пустул: обильный рост *Staphylococcus aureus*; чувствительность: доксициклин, клиндамицин; резистентность: амоксициллин.



а



б

Рис. 95 (а, б). Множественные папуло-пустулезные элементы, рубцы

Вопросы для самоконтроля

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Предложите тактику ведения больного.

Ответ к клинической задаче № 3

1. Акне средней степени тяжести. Постакне.
2. Для назначения специфической терапии рекомендована консультация врача-дерматовенеролога.

Рекомендовано комплексное обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, исследование кала на

глистно-протозойную инвазию, исследование крови на вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекцию, определение уровня свободного тестостерона, дегидроэпиадростерона-сульфата. Рекомендована консультация гастроэнтеролога, эндокринолога.

При средней и тяжелой степени акне основной является системная терапия. С учетом отсутствия специфической терапии акне ранее, отсутствия данных лабораторных методов исследования, наличия данных бактериологического исследования — антибактериальные препараты: доксициклин 100—200 мг в сутки перорально с общей длительностью терапии не более 8 недель. Назначение наружной терапии: *топические ретиноиды* — адапален, гель, крем 0,1% 1 раз в сутки (на ночь) наружно на чистую сухую кожу пораженной области, избегая попадания в глаза и на губы, в сочетании с клиндамицина гидрохлоридом, раствором для наружного применения 1%. Тонкий слой раствора наносят на пораженную область кожи, предварительно очищенную и сухую, 2 раза в день. Курс лечения составляет не более 6—8 недель. Дальнейшая тактика определяется врачом-дерматовенерологом.

НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

1. Федеральный закон «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» № 120-ФЗ от 24.06.1999 г. (в ред. №150-ФЗ от 01.12.2004 г.).
2. Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».
3. Федеральный закон от 21.12. 1996 г. № 159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей».
4. Федеральный закон № 323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
5. Приказ Минздрава России от 05.05.2016 г. № 279н «Об утверждении порядка организации санаторно-курортного лечения».
6. Проект приказа Минздравсоцразвития России от 12.07.2010 г. «О порядке оказания медицинской помощи больным по медицинской реабилитации».
7. Доклад об итогах деятельности Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в 2015 году. — М., 2015. — 65 с.
8. «Конвенция о правах ребенка». 20.11.1989, ст. 20, разд. 1.
9. Указ Президента Российской Федерации от 28.12.12 г. № 1688 «О некоторых мерах по реализации государственной политики в сфере защиты детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей».
10. Приказ Минздрава России от 21.12.2012 г. № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».
11. Приказ Минздрава России от 15.02.2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».
12. Приказ Минздрава России от 11.04.2013 г. № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».
13. Приказ от 15.11.2012 г. № 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология».
14. Приказ Минздрава России от 05.05.2016 № 281н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения».
15. Приказ Минздрава России № 256 от 22.11.2004 г. «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение».

16. Приказ Минздравсоцразвития России № 225 от 22.11.2004 г. «Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным дерматитом и экземой, папулосквамозными нарушениями, крапивницей, эритемой, другими болезнями кожи и подкожной клетчатки».

17. Приказ МЗ РФ от 07.10.2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».

18. Постановление Правительства России от 04.07.2013 г. № 565 «Об утверждении положения о военно-врачебной комиссии».

19. Проект приказа Минздравсоцразвития России от 12 июля 2010 г. «О порядке оказания медицинской помощи больным по медицинской реабилитации».

20. Трудовой кодекс Российской Федерации.

СПИСОК ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болезни кожи: монография [атлас] / под ред. Н. В. Кунгурова. — Екатеринбург: УрНИИДВиИ, 2014. — 176 с.
2. Красносельских, Т. В. Стратегии и методологические основы профилактики инфекций, передаваемых половым путем, в субпопуляциях повышенного поведенческого риска / Т. В. Красносельских, Е. В. Соколовский // Вестник дерматологии и венерологии. — 2016. — № 1. — С. 21—31.
3. Кубанов, А. А. Особенности девиантного поведения беспризорных и безнадзорных подростков (по данным социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних) / А. А. Кубанов, Д. В. Рюмин, Е. А. Соболева // Российский педиатрический журнал. — 2015. — Т. 18, № 6. — С. 24—27.
4. Рахматулина, М. Р. Подростковые специализированные центры профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем: итоги работы и перспективы развития / М. Р. Рахматулина, М. Ю. Васильева // Вестник дерматологии и венерологии. — 2011. — № 5. — С. 32—40.
5. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Деловой экспресс, 2016. — 768 с.

Учебное пособие

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПО ПРОФИЛЮ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ» ДЕТЯМ-СИРОТАМ
И ДЕТЯМ, ОКАЗАВШИМСЯ
В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

ISBN 978-5-89895-864-0

На первой обложке Клод Моне «Дом у моря, утро», 1882.
Холст, масло. 54 x 65,5 см. Частное собрание

*Редактор Е. Бортникова
Корректор Л. Моисеева
Дизайн, верстка И. Дзигунова*

Оригинал-макет подготовлен:
Издательство УГМУ
г. Екатеринбург, ул. Репина, 3, каб. 310
Тел.: (343) 214-85-65
E-mail: pressa@usma.ru

Подписано в печать 18.12.2018. Формат 60×84/16
Бумага офсетная. Печать цифровая. Усл. печ. л. 5,3
Тираж 100 экз. Заказ № 188

Отпечатано в типографии «Юника»
620014, г. Екатеринбург, ул. Московская, 29
Тел.: +7 (343) 371-16-12