The background of the slide is a light, neutral color, possibly white or a very light pink. It is populated with numerous 3D-rendered capsules and pills of various colors and orientations. The colors include shades of teal, red, pink, and brown. The pills are scattered across the frame, some appearing to float or fall, creating a sense of movement and abundance. The lighting is soft, with subtle shadows and highlights on the pills, giving them a realistic appearance.

Сестринский уход при заболеваниях кожи

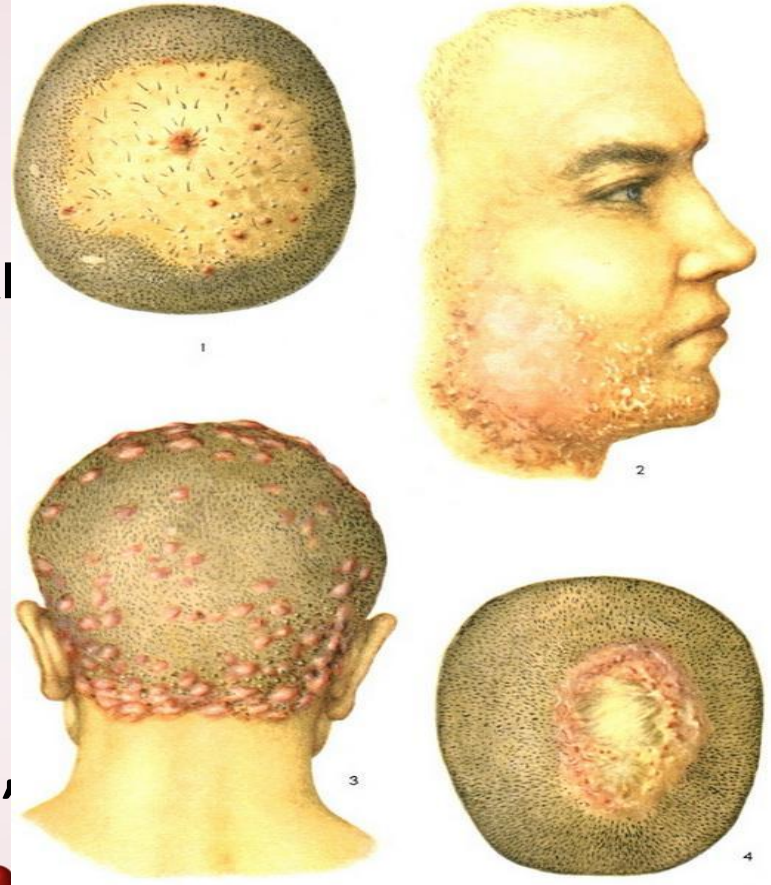
План лекции:

- 1. Пиодермии. Этиология, клинические проявления, особенности сестринского процесса, профилактика.
- 2. Аллергические дерматиты. Этиология, клинические проявления, особенности сестринского процесса, принципы питания при аллергических поражениях кожи у детей и взрослых. Ведение пищевого дневника.
- 3. Псориаз. Этиология, клинические проявления, особенности СП, профилактика. Клиническая фармакология ЛС.



Пиодермии

- Гнойничковые заболевания кожи (пиодермии) – это инфекционные поражения кожи которые вызваны внедрением стафилококков или стрептококков.
- Реже причиной возникновения пиодермий могут быть другие возбудители – синегнойная палочка, вульгарный протей, кишечная палочка, пневмококки.



Этиология

Основные возбудители:

- **Стафилококки:** являются факультативными анаэробами и колонизируют верхние слои эпидермиса, больше в области устьев волосяных фолликулов, сальных и потовых желез, т. е. наиболее часто поражают придатки кожи.
- **Стрептококки** (сапрофитный и эпидермальный) присутствуют на поверхности гладкой кожи человека без связи с придатками кожи, чаще на лице и в области естественных складок.



Выделяют **экзогенные и эндогенные факторы**, которые способствуют проникновению в кожу пиококков и развитию пиодермитов.

Экзогенные:

- микротравмы и макротравмы (расчесы, потертости, порезы, укусы насекомых);
- мацерацию рогового слоя в результате повышенной потливости, воздействия влаги;
- загрязнение кожи как бытовое (нарушение норм гигиены), так и профессиональное (смазочными маслами, горючими жидкостями, грубыми пылевыми частицами угля, цемента, земли, извести);
- общее и местное переохлаждение и перегревание.



Эндогенные факторы:

- 1) наличие в организме очагов хронической инфекции (ЛОР-патологии, одонтогенной, урогенитальной хронической патологии);
- 2) эндокринные заболевания (сахарный диабет, гиперкортицизм, гиперандрогения);
- 3) хронические интоксикации (алкоголизм, наркомания);
- 4) нарушения питания (гиповитаминозы, недостаточность белка);
- 5) иммунодефицитные состояния (лечение глюкокортикоидными препаратами, иммунодепрессантами, ВИЧ-инфекция, лучевая терапия)



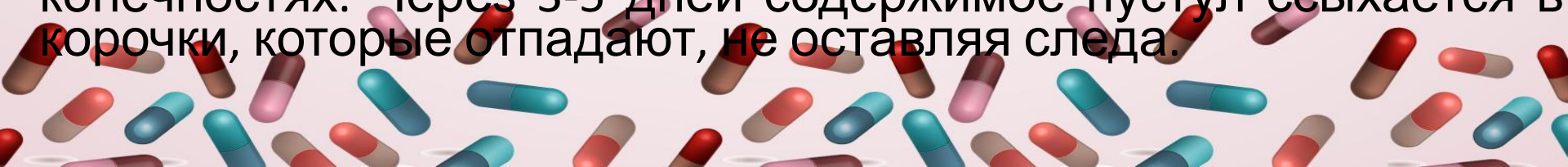
Классификация пиодермий

<i>Поверхностные</i>	<i>Глубокие</i>
<i>I. Стафилодермии</i>	
1. Остиофолликулит	1. Глубокий фолликулит
2. Фолликулит поверхностный	2. Фурункул, фурункулез
3. Сикоз вульгарный	3. Карбункул
4. Угри обыкновенные	4. Гидраденит
5. Эпидемическая пузырчатка новорожденных	
<i>II. Стрептодермии</i>	
1. Импетиго стрептококковое: а) заеда стрептококковая;	1. Целлюлит: а) острый стрептококковый – рожа
б) интертригинозное;	2. Эктима обыкновенная
в) буллёзное;	
г) кольцевидное;	
д) сифилидоподобное;	
г) поверхностный панариций.	
2. Сухая стрептодермия	
<i>III. Стрепто-стафилодермии</i>	
1. Импетиго вульгарное (смешанное)	1. Хроническая язвенная пиодермия
	2. Шанкриформная пиодермия

Клинические проявления

Стафилодермии

- **Фолликулит** – гнойное воспаление волосяного фолликула. Различают остиофолликулит, фолликулит поверхностный и глубокий.
- **Остиофолликулит** (синоним: импетиго стафилококковое Бокхарта) характеризуется мелкими (милиарными) фолликулярными поверхностно расположенными конусовидными пустулами с гнойными головками. Локализуются гнойнички в области сально-волосяных фолликулов, пронизаны волоском (который не всегда различим). По периферии пустулы виден розовый ободок шириной 1 мм. Локализуются высыпания на лице, туловище, конечностях. Через 3-5 дней содержимое пустул ссыхается в корочки, которые отпадают, не оставляя следа.



- **Фолликулит поверхностный** отличается лишь несколькими большими размерами (0,5-0,7 см в диаметре) и глубиной поражения (захватывает до 2/3 волосяного фолликула). Эритематозная зона вокруг гнойничка составляет 2-3 мм. Пустула напряженная, её крышка плотная, гной густой, сливкообразный, желтовато-зеленого цвета. В местах высыпаний больными отмечается нерезкая болезненность, которая исчезает после вскрытия пустул и отделения гноя. Общее состояние пациента не страдает.
- **Фолликулит глубокий** характеризуется гнойничками больших размеров (1-1,5 см в диаметре), захватывающими полностью волосяной фолликул. Высыпания резко болезненные, однако от фурункула их отличает отсутствие некротического стержня. При распространённом процессе ухудшается общее состояние больного: возникают субфебрильная и фебрильная лихорадка, головные боли, в крови отмечаются лейкоцитоз и ускоренная СОЭ.



- **Сикоз вульгарный** – хронический гнойничковый процесс, характеризующийся воспалением волосяных фолликулов области бороды и усов, реже других зон (область лобка и др.). Наблюдается почти исключительно у мужчин.

Заболевание характеризуется непрерывно рецидивирующим высыпанием остиофолликулитов и фолликулитов, содержащих гной, несколько болезненных, иногда сопровождающихся зудом, с небольшой гиперемией по периферии.



- **Вульгарные угри** представляют собой хронически протекающее заболевание с поражением сальных желез.

Локализация высыпаний – кожа лица, груди и спины, при тяжёлом, распространённом заболевании в процесс вовлекается кожа плеч и верхней трети предплечий. В результате закупорки устьев волосяных фолликулов роговыми массами и кожным салом образуются комедоны в виде чёрных точек, затем развивается болезненный инфильтрат – папулёзная форма, проявляющаяся розово-красными, фолликулярно расположенными милиарно-лентиккулярными папулами полушаровидной или конической формы.

В дальнейшем (в результате присоединения стафилококковой инфекции) в центре узелков образуется небольшая пустула, подсыхающая с образованием корочки или вскрывающаяся (пустулёзная форма).



- Фурункул, фурункулёз – глубокая стафилодермия, характеризующаяся гнойно-некротическим воспалением волосяного фолликула и окружающей ткани.
- Локализуются на лице (носощечная зона), шее, плечах, бедрах или ягодицах. В начале в области волосяного мешочка возникает нерезко ограниченная краснота и припухлость при пальпации. Постепенно очаг превращается в узел конусовидной формы диаметром 3-5 см, в центральной части которого через 3-4 дня образуется «некротический стержень» с расплавлением ткани на вершукке. После вскрытия фурункула в течение 3-4 дней происходит выделение гноя, отторжение некротического стержня и гнойно-кровянистого отделяемого. Образовавшаяся язвочка постепенно (в течение 4-5 дней) выполняется грануляциями и заживает с образованием рубца.



- При множественных фурункулах и фурункулезе могут быть:
- лихорадка,
- недомогание,
- головные боли,
- в крови – лейкоцитоз, повышение СОЭ.

Особого внимания и срочного лечения требуют к себе пациенты с локализацией фурункулов на коже лица, на губах и на носу в связи с возможностью развития гнойного тромбоза лицевых вен, менингита, сепсиса или септикопиемии с образованием множественных абсцессов в различных органах и тканях, что может привести к смерти больного.



- **Карбункул** – гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов с образованием сливного воспалительного инфильтрата, локализованного в дерме и подкожной клетчатке и нескольких гнойно-некротических стержней.

Размеры карбункула значительно больше, чем фурункула, он может достигать 5-10 см в диаметре. Багрово-синего, почти чёрного цвета, плотный на ощупь, резко болезненный инфильтрат медленно (в течение 10-14 дней) размягчается, образуя несколько свищевых отверстий, через которые выделяется жидкий кровянистый гной.

Повышение температуры до 40-41, болевые ощущения в очаге выражены, сильные проявления интоксикации, септические осложнения.



- **Гидраденит** – гнойное воспаление апокриновых потовых желез, вызываемое стафилококками, проникающими в железы через их проток, небольшие травмы кожи, возникающие нередко при бритье подмышечных впадин.

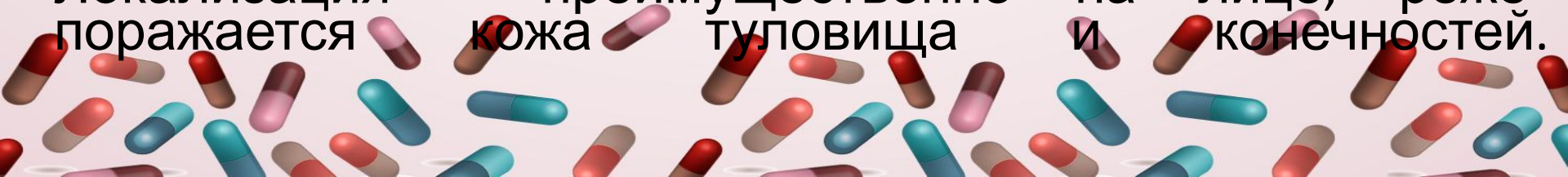
Формирование гидраденита начинается с болезненного узла в толще кожи величиной с горошину. Спустя 2-3 дня уплотнение увеличивается до 1-2 см в диаметре, приобретает багрово-красный цвет. Около основного инфильтрата возникает несколько холмообразных узлов, которые быстро спаиваются в плотный болезненный конгломерат, возвышающийся над поверхностью кожи в виде сосков полушаровидной формы.

В этих случаях отёчность и инфильтрация значительно увеличиваются, узлы нагнаиваются и вскрываются перфорационным отверстием, из которого выделяется значительное количество гнойного сметанообразного отделяемого. Созревание гидраденита сопровождается лихорадочным состоянием, болезненностью, недомоганием.

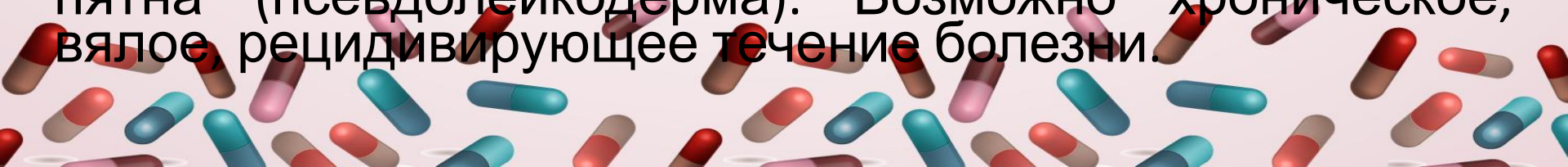


Стрептодермии

- Импетиго стрептококковое – высококонтагиозное заболевание, возникающее чаще у женщин и детей, имеющих более нежную кожу и тонкий роговой слой. Представляет собой поверхностный нефолликулярный пузырьный элемент, наполненный серозно-гнойным содержимым. Поверхность пузыря ненапряженная, вялая, спавшаяся в центре. По периферии фликтены может быть небольшой бордюр отечно-гиперемированного характера, свидетельствующий о тенденции к периферическому росту. Процесс склонен к быстрому распространению в результате аутоинокуляции. Размеры фликтены от 2 до 10 мм. Локализация – преимущественно на лице, реже поражается кожа туловища и конечностей.

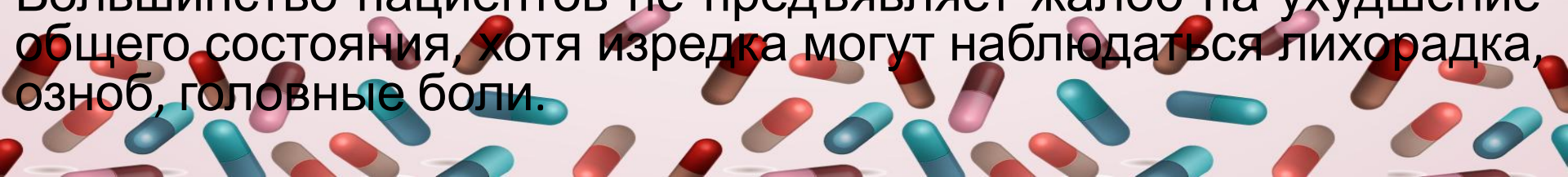


- **Сухая стрептодермия** возникает, как правило, у детей и подростков, часто у лиц, посещающих бассейны (в связи со сдвигом pH кожи в щелочную среду). Заболевание может носить эндемичный характер в детских коллективах, особенно в весенний период. Проявляется появлением на коже разгибательных поверхностей конечностей, иногда туловища одного или нескольких розово-красных пятен, покрытых белесоватыми мелкими (похожими на муку) чешуйками. Пятна 3-4 см в диаметре, склонны к периферическому росту. Больных беспокоит небольшой зуд, сухость кожи в очагах поражения, косметический дефект. По разрешении процесса (особенно после солнечных инсоляций) остаются вторичные депигментированные пятна (псевдолейкодерма). Возможно хроническое, вялое, рецидивирующее течение болезни.



- **Целлюлит** – глубокое воспалительное поражение кожи и подкожной клетчатки, характеризующееся эритемой, отёком тканей и болью. Целлюлит обычно вызывается стрептококками группы А и присоединившимся золотистым стафилококком.

Проявления заболевания характеризуются разлитой островоспалительной эритемой, плотной, горячей и болезненной при пальпации, с размытыми краями. Для целлюлита характерны крупные отёчные бляшки округлых очертаний с нечёткими границами. На их поверхности могут образовываться пузыри или фликтены. Поверхность их горячая на ощупь, внешне напоминает «кожуру апельсина». Большинство пациентов не предъявляет жалоб на ухудшение общего состояния, хотя изредка могут наблюдаться лихорадка, озноб, головные боли.



- **Рожа** – острая воспалительная форма целлюлита, характеризующаяся вовлечением в патологический процесс лимфатической ткани, в которой размножается возбудитель. Отличается более поверхностным характером процесса и более ясной демаркацией краевой зоны от непоражённой окружающей кожи. Локализация – нижние конечности, лицо, ушные раковины.
- Наблюдаются явления в виде недомогания, головной боли, температурой до 38-40°С, в зоне поражения возникает жжение и боль. На коже -покраснение, которое в дальнейшем превращается в яркую эритему с отёком и инфильтрацией кожи. Поражённая кожа напряжена, горячая на ощупь, на фоне эритемы могут возникать пузыри, нередко с геморрагическим содержимым. Наблюдаются красные болезненные тяжи лимфангита, идущие к регионарным лимфатическим узлам.



Профилактика пиодермии

- 1) санитарно-гигиенические меры — поддержание чистоты кожи и устранение чрезмерного ее загрязнения в быту;
- 2) своевременная обработка микротравм;
- 3) меры, направленные на укрепление физического состояния людей и повышение сопротивляемости организма инфекции;
- 4) санитарно-просветительная работа, направленная на ознакомление населения с сущностью гнойничковых заболеваний кожи и с мерами профилактики.



Аллергические дерматиты

- **Аллергический дерматит** – воспаление кожи аллергического характера. Возникает в результате повышенной чувствительности кожи к определенному а



Этиология

- Этиология.

В возникновении аллергического дерматита важная роль принадлежит аллергенам, чаще химического и биологического характера.

- Виды аллергенов:

- Химические: соли никеля, соединения хрома (серьги, браслеты), брома, смолы, красители, фармакологические средства (антибиотики, сульфаниламиды, витамины группы В, новокаин), парфюмерия (дезодоранты, лосьоны, крема).

- Биологические: пыльца и сок некоторых растений (примула, герань, лютик, хризантема, борщевик и др.), насекомые и т. д.

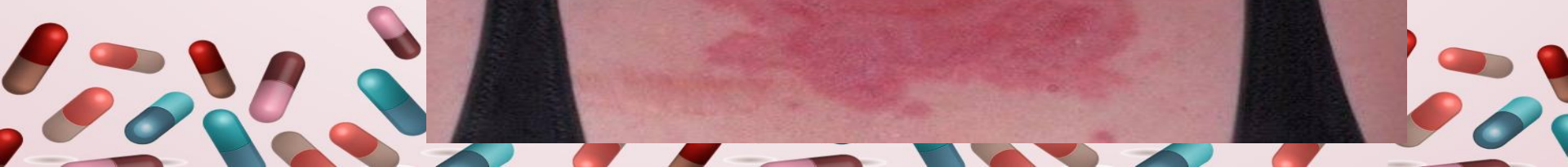


Клиническая картина

- полиморфизм высыпаний– отмечаются как первичные, так и вторичные морфологические элементы;
- яркая эритема, как признак воспаления;
- отек;
- папулезные высыпания, пузырьки;
- распространение высыпаний за границы действия раздражителей;
- склонность к диссеминации на другие участки кожного покрова;
- субъективно больного беспокоят чувство жжения, зуд.



• **Токсикодермия** – аллергическое заболевание организма, развивающееся на системное воздействие аллергенов, и проявляющееся преимущественным поражением кожи и слизистых оболочек (могут поражаться внутренние органы). Возникает в результате эндогенного действия различных химических веществ, медикаментозных веществ, про... ров, пищевых про...



Клинические особенности

токсикодермии

- Один и тот же аллерген может вызывать различные клинические проявления.
- наличие эритематозных воспалительных очагов с синюшно-фиолетовым оттенком, различных очертаний и размеров.
- появление волдырей, везикул, пузырьков и пузырей с прозрачным содержимым, при вскрытии которых образуются эрозии, закрытые корками. После исчезновения высыпаний могут остаться пигментированные пятна.
- возможная локализация высыпаний на слизистой оболочке, иногда только на слизистой оболочке.
- развитие интоксикационного синдрома (слабость, недомогание, повышение температуры, головная боль).
- некоторые медикаменты обуславливают хроническую клиническую картину.



- **Экзема** – это хроническое рецидивирующее заболевание с островоспалительными симптомами, обусловленное серозным воспалением эпидермиса и дермы.

Пути проникновения аллергенов в организм:

- через ЖКТ;
- через верхние дыхательные пути
- через мочеполовой тракт.



Эндогенные факторы:

- неврогенная дисфункция;
- эндокринная дисфункция;
- желудочно-кишечная дисфункция;
- нарушение обмена веществ;
- аллергическая гиперреактивность;
- иммунная недостаточность.



Клиническая картина экземы:

Острая стадия экземы характеризуется:

- эритемой,
- отеком,
- везикуляцией,
- наличием корок.

Подострая стадия экземы характеризуется:

- эритемой,
- чешуйками.

Хроническая стадия экземы характеризуется:

- эритемой,
- послевоспалительной гипер- и гипопигментацией.



Принципы питания при аллергических дерматитах

	Что следует исключить из рациона	Что можно кушать при аллергическом дерматите
1	цельное молоко коровы;	все сорта яблок и груш;
2	все виды икры;	бахчевые культуры;
3	морепродукты;	кабачок, тыква, капуста;
4	какао и кофе;	белое мясо;
5	ягоды;	свежий кефир, простокваша, ряженка, творог;
6	грибы;	растительные масла (кроме арахисового и кунжутного);
7	цитрусы;	каши (овсянка, рис, манка).
8	продукты пчеловодства;	
9	все виды орехов;	
10	яйца;	
11	ананас.	

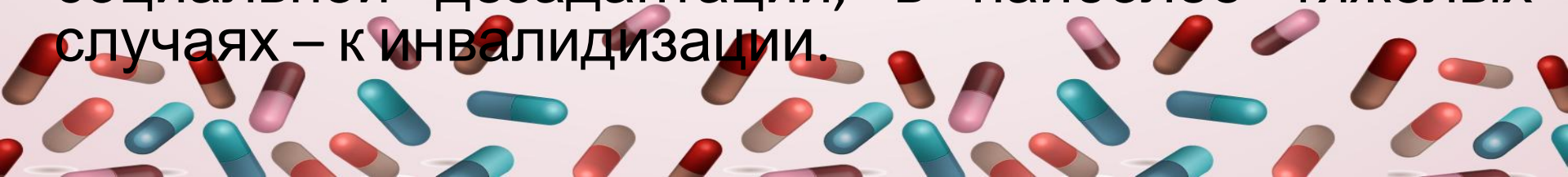
Ведение пищевого дневника

- Сведения: точное описание съеденного продукта; количество; время употребления; описание реакции; лекарства, которые были применены; по возможности – описание состояния без употребления подозрительного продукта. Данные пищевого дневника дают уникальные сведения о том, на какой продукт и каким образом реагирует аллергик, будь то взрослый или ребенок. Ведение пищевого дневника позволяет систематизировать знания о собственной иммунной системе, обнаружить аллерген и избавиться от него.



Псориаз

- Псориаз (чешуйчатый лишай) – дерматоз неустановленной этиологии, характеризующийся хроническим течением, эритематозными проявлениями с четко прослеживающейся генетической предрасположенностью, воспалительной реакцией в дерме, нередко вызывающий патологические изменения в других органах и тканях (ногти, суставы, позвоночник, почки и др.), приводящий больных к психологической и социальной дезадаптации, в наиболее тяжелых случаях – к инвалидизации.





Этиология

- Наследственная предрасположенность;
- Стресс;
- Хронические очаговые инфекции;
- Иммунодефицитные состояния;
- Патологические состояния печени;
- Нарушение обменных процессов;
- Сахарный диабет;
- Прием ГКС, солей лития, БАБ.



Клиническая картина

Первичный элемент - плоская воспалительная папула, которая имеет следующие характеристики:

- Розовая окраска различной интенсивности
- Поверхность плоская, покрытая серебристо-белыми, мелкопластинчатыми чешуйками
- На свежих элементах чешуйки располагаются в центре, оставляя свободным узкий яркий край.

Типичная локализация высыпаний при псориазе:

- Разгибательные поверхности конечностей (особенно в области локтевого и коленного суставов)
- Область крестца
- Волосистая часть головы особенно по краю роста волос («псориазная корона»)



В клинической картине преобладают следующие характерные признаки:

- Поражение всего или части кожного покрова
- Кожа красная, инфильтрированная, отёчная, горячая на ощупь, обильное шелушение
- Жалобы на зуд, жжение, чувство стягивания кожи
- Поражение волос и ногтевых пластин
- Общие симптомы: повышение температуры, слабость, недомогание, диспепсические расстройства и др.
- Увеличение лимфатических узлов (паховых и бедренных)



Микозы

- **Микозы** – это инфекционные заболевания кожи, которые вызываются грибами.



Этиология

- длительный курс приема медикаментов;
- ослабленный иммунитет;
- злоупотребление алкоголем и курение;
- хронические заболевания инфекционного характера;
- несоблюдение личной гигиены;
- неправильное питание или употребление некачественной пищи.



Классификация микозов

1. Кератомикозы (отрубевидный лишай).
2. Дерматофитии (микроспория, трихофития поверхностная, трихофития хроническая, трихофития инфильтративно-нагноительная, фавус, микоз стоп, микоз гладкой кожи, микоз паховых складок, онихомикоз).
3. Кандидоз (кандидоз поверхностных слизистых оболочек, кожи, ногтевых валиков и ногтей, кандидоз хронический генерализованный (гранулематозный), кандидоз висцеральный).
4. Глубокие микозы (кокцидиодоз, гистоплазмоз, бластомикозы, споротрихоз, хромомикоз, кладоспориоз, пенициллез, аспергиллез).



Клиническая картина микозов

- отслаивание поражённых грибком участков КОЖИ;
- сильный зуд;
- образование опрелостей, особенно в межпальцевой области;
- высыпания в виде пятен;
- появление пузырьков, которые лопаются и подсыхают;
- сильное шелушение.



Профилактика: первичная:

- выявление больных грибковыми заболеваниями, санитарный надзор за общественными учреждениями, парикмахерскими, прачечными, банями, больницами, фитнес-центрами.
- Особенно тщательно следят за санитарным состоянием в помещениях с высокой влажностью и температурой — в банях, душевых спортивных центров, бассейнах.
- На рабочих местах не допускается травматизм, исключаются резкие перепады температуры окружающего воздуха, нормализуется влажность в помещении. Риск микозов уменьшается в солнечных помещениях с хорошей вентиляцией.




Профилактика: вторичная:

- Соблюдение правил личной гигиены;
- Укрепление иммунитета;
- Регулярно дезинфицировать контактные поверхности;
- Избегать возможных источников заражения;
- Исключить микротравмы.



Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых при лечении болезней КОЖИ

- Общая терапия предусматривает устранение причин заболевания (этиологическое лечение), пресечение механизмов его развития (патогенетическое лечение) и устранение различных клинических его проявлений (симптоматическое лечение). Помимо самых разнообразных лекарственных препаратов с этой целью применяются физиотерапевтические методы, диетотерапия, санаторно-курортное лечение.
- 

Антибактериальные средства

- Антибактериальные препараты подразделяются на следующие группы:
- 1) пенициллины (природные и полусинтетические);
- 2) цефалоспорины четырех поколений (парентеральные и пер-оральные);
- 3) аминогликозиды трех поколений;
- 4) хинолоны/фторхинолоны четырех поколений;
- 5) макролиды (природные и полусинтетические).



• **Противогерпетические препараты.** На сегодняшний день к основным противовирусным средствам относятся аналоги нуклеозидов - ацикловир, валацикловир, пенцикловир, фам-цикловир.

• **Глюкокортикостероиды**

• В настоящее время широко применяются синтетические аналоги гормонов коры надпочечников (гидрокортизона и кортизона): преднизолон, метилпреднизолон, дексаметазон, триамцинолон, бетаметазон. Кортикостероиды обладают следующими основными фармакодинамическими свойствами, используемыми в дерматологии: противовоспалительным, противоаллергическим и иммуносупрессивным.



- **Ретиноиды** представляют собой синтетические производные одного из витамеров витамина А - ретиноевой кислоты. В настоящее время их синтезировано более полутора тысяч, однако из-за токсичности в дерматологической практике нашли применение лишь некоторые: ацитретин ("неотигазон") и изотретиноин ("роаккутан").

- **Антигистаминные средства**

В дерматологии используются преимущественно H1-блокаторы (к препаратам I поколения относятся димедрол, диазолин, пи-польфен, "фенистил" супрастин, тавегил; к препаратам II поколения - "гисманал", "кларитин", "зиртек", "кестин", "телфаст", "эриус", и др.),



• Иммуномодуляторы и цитостатические средства

К иммуномодулирующим средствам относятся вещества, приводящие к нормализации деятельности дисфункционирующей иммунной системы в целом или ее отдельных звеньев.

- **Иммунокорректоры** восстанавливают сниженные показатели иммунной системы или уровней иммунозначимых клеток до нормальных значений. К ним относятся: микробиологические продукты (бактериальные липополисахариды - пирогенал, продигиозан), производные имидазолина (леваamisол, дибазол), производные пиримидинов (метилурацил, пентоксил), препараты растительного происхождения (настойки элеутерококка и женьшеня, иммунал), гормонопрепараты тимуса (тималин, тактивин, тимоген) и др.



Наружные фармакологические средства

Фармакологические средства разделяют на симптоматические и этиологические. К первым относятся противовоспалительные, разрешающие, кератолитические, противозудные, разрушающие (прижигающие), депигментирующие, гиперпигментирующие, антисклерозирующие, а также средства, стимулирующие регенеративные процессы.

Ко вторым - антибактериальные, фунгицидные, антипаразитарные, противовирусные средства.



Спасибо за
внимание!

