УДК 616.5:616.97(035)
ББК 55.8я2
С59

Авторы

Соколова Т.В. — доктор медицинских наук, профессор кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии МИУВ ФГБОУ ВПО МГУПП.

Гладько В.В. — доктор медицинских наук, директор МИУВ, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней с курсом косметологии МИУВ ФГБОУ ВПО МГУПП.

Сафонова Л.А. — кандидат медицинских наук, доцент кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии МИУВ ФГБОУ ВПО МГУПП.

Соколова Т.В.

С59 Практические навыки в дерматовенерологии: Справочник для врачей / Т.В. Соколова, В.В. Гладько, Л.А. Сафонова; под ред. Т.В. Соколовой. — 3-е изд., доп. и перераб. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. — 176 с.: ил.

ISBN 978-5-9986-0254-2

Справочник посвящен описанию практических навыков, которыми должен владеть дерматовенеролог. Эти навыки потребуются врачу во время первичного обследования больного, а также в процессе лечения пациента и диспансерного наблюдения за ним. Особое внимание уделено оформлению истории болезни. Дано подробное описание диагностических симптомов различных дерматозов и венерических заболеваний. Акцент на их выявлении уже при первичном осмотре пациента помогает поставить правильный диагноз. Детально описаны методы обследования кожных и венерических больных. Отличительной особенностью данного издания является акцент на принципы наружной терапии дерматозов различного генеза. В соответствии с современными требованиями наряду с торговыми названиями приведены международные непатентованные названия препаратов. Обобщены индексы, позволяющие объективно оценивать степень тяжести некоторых дерматозов.

Для дерматологов, широкого круга врачей практического здравоохранения, ординаторов, интернов, студентов медицинских вузов.

УДК 616.5:616.97(035)
ББК 55.8я2

ISBN 978-5-9986-0254-2

© Соколова Т.В., Гладько В.В., Сафонова Л.А., 2016
© Оформление. ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой-либо форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Содержание

Предисловие 6

1. *Цели и задачи специальности «Кожные и венерические болезни» (14.01.10)* ... 8

2. *План обследования больного дерматовенерологического профиля* 12

3. *Характеристика морфологических элементов* 31
   - 3.1. Первичные морфологические элементы 32
   - 3.2. Вторичные морфологические элементы 37

4. *Патоморфологические изменения кожи* 40
   - 4.1. Патоморфологические изменения эпидермиса 41
   - 4.2. Патоморфологические изменения дермы и гиподермы 43

5. *Симптомы дерматозов* 45
   - 5.1. Алопеция очаговая 45
   - 5.2. Амилоидоз 45
   - 5.3. Атрофия кожи 46
   - 5.4. Волчанка красная 46
   - 5.5. Волчанка туберкулезная 46
   - 5.6. Дерматит атопический 47
   - 5.7. Дерматомиозит 48
   - 5.8. Крапивница пигментная (мастоцитоз) 48
   - 5.9. Лейшманиоз кожный 48
   - 5.10. Лейкемиды 49
   - 5.11. Лишай красный волосяной 49
   - 5.12. Лишай красный плоский 49
   - 5.13. Лепра 50
   - 5.14. Лишай отрубевидный 50
   - 5.15. Микоз грибовидный 51

5.16. Парапсориаз 51
5.17. Пиодермия язвенная 51
5.18. Псориаз вульгарный 52
5.19. Пузырчатка вульгарная 52
5.20. Саркоидоз 53
5.21. Сикоз вульгарный 53
5.22. Трихофития инфильтративно-нагноительная 53
5.23. Туберкулез бородавчатый 54
5.24. Туберкулез кожи и слизистых оболочек язвенный 54
5.25. Чесотка 54
5.26. Эпидермолиз острый токсический (синдром Лайелла) 54
5.27. Эритема центробежная 55

6. *Симптомы сифилиса* 56

7. *Методы обследования больных дерматозами* 59
7.1. Аллергодерматозы (атопический дерматит, экземы, крапивница, почесуха и др.) 59
7.2. Болезнь Боровского (кожный лейшманиоз) 61
7.3. Болезнь Дарье 61
7.4. Витилиго 62
7.5. Красная волчанка 62
7.6. Дерматит атопический 63
7.7. Герпетиформный дерматит Дюринга 63
7.8. Крапивница 64
7.9. Лепра 64
7.10. Лишай красный плоский 65
7.11. Лишай отрубевидный (разноцветный) 66
7.12. Микроспория 66
7.13. Нейрофиброматоз (нейроглиоматоз, болезнь Реклингхаузена) 66
7.14. Порфирия поздняя 67
7.15. Пузырчатка вульгарная 67
7.16. Себорея жирная 68
7.17. Туберкулезная волчанка 68
7.18. Чесотка 68
7.19. Хейлит эксфолиативный 70
7.20. Эритразма 70

8. *Методы обследования больных с инфекциями, передающимися половым путем (ИППП)* 71

9. *Гистологический метод диагностики* 83

10. *Наружная терапия дерматозов* 85
10.1. Принципы наружной терапии 85
10.2. Фармакодинамические свойства лекарств 87

10.3. Классификация наружных средств по механизму действия 88
10.4. Критерии выбора наружных препаратов 100
10.5. Лекарственные формы для наружной терапии дерматозов 101
10.6. Средства и методы дезинфекции при микозах стоп 111
10.7. Топические кортикостероиды (ТКС) 114
10.8. Средства ухода за кожей (эмоленты) 132
10.9. Правила выписывания рецептов больному 141

11. *Индексы оценки тяжести дерматозов* 143
11.1. Атопический дерматит 143
11.2. Псориаз 150
11.3. Онихомикоз 151
11.4. Акне 157
11.5. Простой герпес 164

Литература 168

Биопсию следует считать малым оперативным вмешательством. Проводится она в стерильных условиях и под анестезией. Инструментами для биопсии служат скальпель, ножницы, щадящие конхотомы. Необходимы также хирургическая игла и шовный материал.

Перед проведением биопсии пораженный участок очищают от гноя, корок, чешуек. Операционное поле обрабатывают спиртом, эфиром или спиртовым раствором йода. Иссекают участок пораженной кожи на границе с нормальной. Проводят гомеостаз и накладывают 2–3 шва.

Биоптат помещают в фиксатор — обычный (нейтральный 10% раствор формальдегида) или специальный, получаемый из лаборатории патоморфологии, где будет проводиться исследование. Необходимо квалифицированно заполнить направление. В нем указывают фамилию, имя, отчество, пол, возраст больного, кратко описывают анамнез заболевания, достаточно полно — клинические проявления, их локализацию на коже. Обязательно следует написать предварительный диагноз(ы).

10

НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕРМАТОЗОВ

При лечении большинства заболеваний кожи применяют наружные препараты. Знание тонкостей наружной терапии отличает врача-дерматолога и косметолога от коллег других специальностей. При этом важно не только запоминать и уметь использовать десятки официальных готовых препаратов, но и при необходимости уметь составлять прописи лекарств, в состав которых входят совместимые ингредиенты, необходимые в каждой конкретной ситуации. Наружная терапия основывается на определенных принципах.

10.1. Принципы наружной терапии

При выборе лекарственного средства и метода его применения необходимо учитывать многочисленные факторы, правильная интерпретация которых повышает эффективность терапии.

- *Фармакодинамические свойства* лекарств.
- *Этиологический фактор и патогенетические механизмы* дерматоза.
- *Локализацию патологического процесса.* Толщина эпидермиса и плотность сально-волосяных фолликулов на различных участках тела варьирует, соответственно, изменяется степень проникновения наружных препаратов. Например, на коже мошонки процесс пенетрации лекарств наиболее

высокий. Некоторые кортикостероидные молекулы адсорбируются в этом регионе в 140 раз сильнее, чем на коже лба.

- *Сущность патологических изменений на коже*: воспаление, активная или пассивная гиперемия, отек, мокнутие, сухость, гиперкератоз, импетигинизация и др.
- *Стадию процесса.* При острой, подострой и хронической стадиях дерматозов применяются различные лекарственные формы препаратов.
- *Индивидуальную непереносимость* отдельными больными той или иной лекарственной формы препарата, например жира.
- *Механизм действия* лекарственных препаратов. Он может быть противовоспалительным, сосудосуживающим, отбеливающим, разрушающим, этиотропным и т.д. Нередко в одном лекарственном средстве сочетаются сразу несколько механизмов действия, например, при использовании топических кортикостероидов.
- *Цель*, которую преследует врач при лечении: поверхностное или глубокое, защитное или раздражающее действие препарата, кератолитический или кератопластический эффект и т.д.
- *Побочные эффекты* лекарственных препаратов, противопоказания к назначению.
- *Концентрацию* назначаемых лекарственных средств, уменьшение или увеличение которой нередко способствует изменению механизма их действия.
- *Условия жизни больного.* В амбулаторной практике следует избегать мазей с неприятным запахом или пачкающих одежду.
- *Возраст пациента.* Кожа новорожденных отличается большей проницаемостью для наружных средств. Например, у детей нередко развивается салицилизм, йодизм или синдром Кушинга.
- *Предшествующие процедуры.* Обезжиривание кожи, снятие рогового слоя пластырем, скотчем, вскрытие пузырей усиливают ее проницаемость для лекарств.
- Необходимо знать:
  - что лекарственные препараты действуют более эффективно после очистки очага поражения от корок, ранее используемых паст, взбалтываемых смесей, присыпок;
  - увеличение гидратации рогового слоя, температуры кожи напрямую увеличивают проницаемость (например, при нанесении наружных кортикостероидных препаратов под окклюзионную повязку их резорбция увеличивается в 10–100 раз), а использование эмолиентов уменьшает количество используемых топических стероидов.

В практической деятельности нужно использовать относительно небольшое количество уже апробированных лекарственных средств и рецептурных формул.

10.2. Фармакодинамические свойства лекарств

Активные вещества, входящие в состав наружных препаратов, проникают в кожу двумя путями:

- *трансэпидермально* (через клетки эпидермиса);
- *трансфолликулярно* (через фолликулы).

Они взаимодействуют с различными структурами кожи. Этот процесс определяют следующие факторы.

- *Степень высвобождения активного вещества из мазевой основы.* Если активное вещество в мазевой основе растворено более сильно, чем в липидном слое эпидермиса, его действие при наружном использовании будет минимальным.
- *Адсорбция* — процесс присоединения веществ, входящих в состав наружного средства, к различным структурам кожи за счет образования физико-химических связей. Например, большинство локальных кортикостероидов накапливаются в роговом слое, а затем медленно высвобождаются и проникают в более глубокие слои кожи.
- *Абсорбция* — процесс поглощения различными слоями кожи активного вещества, освободившегося от мазевой основы. Если принцип адсорбции состоит в присоединении молекул вещества к поверхности различных тканей, то процесс абсорбции заключается в поглощении ими активного вещества.
- *Пенетрация* — процесс проникновения наружного препарата через роговой слой в эпидермис и далее в дерму. По степени пенетрации (от меньшей к большей) наружные средства можно расположить в следующем порядке: присыпки — примочки — мыла — шампуни — взбалтываемые смеси — спреи — пасты — крема — мази — клеи — пластыри — лаки.

- *Резорбция* — процесс, при котором активное вещество попадает в кровеносные сосуды.

Процесс проникновения лекарственных веществ в кожу характеризует ее проницаемостью, которая зависит от ряда факторов:

- фармакохимических свойств лекарства (размера, активности, концентрации молекул);
- степени растворимости лекарства в мазевой основе и коже;
- состояния кожного покрова, что зависит от состояния всего организма.

10.3. Классификация наружных средств по механизму действия

В настоящее время одним из основных условий заполнения амбулаторной карты, истории болезни больного, написания рецепта для пациента является использование международных непатентованных названий (МНН) лекарственных препаратов, а не их торговых наименований (ТН), к которым привыкли врачи. Основным недостатком такого подхода является тот факт, что МНН обозначают действующее вещество препарата, а не особенности совокупности всех его составляющих (концентрации действующего вещества, основа препарата, стабилизаторы и т.д.). Такие лекарственные средства выпускаются различными фармацевтическими фирмами, могут быть оригинальными и дженериками, прошедшими уровни доказательности А и В или не иметь таковых. В настоящем руководстве мы попытаемся привести параллельно МНН и ТН наиболее часто применяемых в дерматологической практике препаратов. Это особенно значимо в связи с тем, что в Федеральные клинические рекомендации по лечению дерматозов вошли только МНН. Врачу всегда следует знать, какие лекарства относятся к группе безрецептурных препаратов. Это дает ему возможность конкретизировать название лекарства (ТН), которое больному необходимо купить в аптечной сети, и убедить его не брать предлагаемый фармацевтом аналог в соответствии с МНН.

1. *Этиотропные наружные препараты* являются самыми распространенными в дерматологической практике. Они содержат антибиотики, антисептики, антимикотики, скабициды, педикулоциды, противирусные препараты и др. Ниже в табл. 2–16 приведены препараты наиболее распространенных этиотропных наружных средств с указанием международного непатентованного названия (МНН) и торгового названия (ТН). Надеемся, что они станут настольным пособием для дерматовенерологов. Учитывая создавшуюся экономическую обстановку в стране, ограничение поступления на отечественный фармакологический рынок зарубежных лекарственных препаратов, ниже приводятся лекарственные средства, имеющиеся в наличии в аптечной сети РФ на 01.06.2015.

Таблица 2

Топические однокомпонентные препараты с антибиотиками

МНН	Торговое название	Лекарственные формы
	I. Аминогликозиды	
Гентамицин	Гентамицин	Мазь 0,1% 15 г
	Гентамицин-АКОС	Мазь 0,1% 15 г
Неомицин	Неомицин	Аэрозоль 1,172% 16 г и 32 г
	II. Тетрациклины	
Тетрациклин	Тетрациклин-АКОС	Мазь 3% 15 г и 30 г
	Тетрациклин	Мазь 3% 15 г; глазная мазь 1% 3 г, 7 г, 10 г
	III. Макролиды	
Эритромицин	Эритромицин-АКОС	Мазь глазная 10 000 ЕД/г 10 г
	Эритромицин	Мазь 10 000 ЕД/г 10 г и 15 г; мазь глазная 10 000 ЕД/г 10 г
	IV. Линкозамиды	
Линкомицин	Линкомицин	Мазь 2% 15 г
Клиндамицин	Далацин	Гель 1% 30 г
	Зеркалин	Раствор 1% 30 мл
	Клиндацин	Суппозитории вагинальные 100 мг
	V. Другие группы	
Фузидовая кислота	Фуцидин	Мазь 2% 15 г, крем 2% 15 г
	Фуциталмик	Капли глазные 1% 5 г
	Фузидерм	Крем 2% 15 г
Диоксидин	Диоксидин (воскопран повязка)	Мазь 5% 30 г
Мупироцин	Бактробан	Мазь 2 % 15 г; мазь назальная 2% 3 г
	Бондерм	Мазь 2% 15 г
	Супироцин	Мазь 2% 15 г
Хлорамфеникол	Синтомицин	Линимент 10% 25 г; суппозитории вагинальные 250 мг

Таблица 3

Топические антибактериальные средства с сульфаниламидами

МНН	Торговое название	Лекарственные формы
Сульфатиазол серебра	Аргосульфан	Крем 2% 15 г, 40 г
Сульфадиазин серебра	Дермазин	Крем 1% 50 и 250 г
	Сульфаргин	Мазь 1 % 50 г и 800 г

Таблица 4

Топические антибактериальные средства с производными нитроимидазола

МНН	Торговое название	Лекарственные формы
Метронидазол	Метрогил	Гель 1% 30 г; гель вагинальный 1% 30 г; дента-гель 10 г
	Розамет	Крем 1 % 25 г
	Розекс	Крем 0,75% 30 г

Таблица 5

Топические комбинированные двухкомпонентные антибактериальные препараты

МНН	Торговое название	Лекарственные формы
I. Два антибиотика		
Бацитрацин 250 МЕ Неомицин 5000МЕ	Банеоцин	Порошок 10 г; мазь 20 г
II. Нитроимидазол и антимикотик		
Метронидазол 1% Клотримазол 2%	Кломегель	Гель вагинальный 30 г

Таблица 6

Топические однокомпонентные препараты с антисептиками

МНН	Торговое название	Лекарственная форма
Повидон-йод	Бетадин*	Мазь 10% 20 г; раствор 10% 30 мл, 120 мл и 1000 мл; суппозитории 200 мг
Хлоргексидин	Гексикон	Раствор 0,05% 100 мл; суппозитории вагинальные 16 мг, 8 мг; таблетки вагинальные 16 мг
Мирамистин	Мирамистин	Раствор 0,1% 50 мл, 100 мл, 150 мл, 200 мл, 500 мл

*Бетадин (повидон-йод) — антисептик с широким спектром действия. Применяется в дерматологической практике для лечения заболеваний бактериальной, грибковой и вирусной природы. При контакте с кожей от поливинил-пирролидона

освобождается йод, который, вступая в связь с белками клеток микроорганизмов, образует йодамины, коагулирует белки и вызывает гибель возбудителей. Препарат обладает быстрым бактерицидным эффектом, вызывая гибель грамположительных и грамотрицательных бактерий (за исключением *M. tuberculosis*), грибов, липофильных дрожжей рода *Malassezia spp.*, дрожжеподобных грибов рода *Candida spp.*, вирусов, простейших, бледной трепонемы. Резистентности к препарату не зарегистрировано. Выпускается в форме 10% водного раствора для наружного применения по 30, 120 и 1000 мл и в виде 10% мази по 20 г. Отсутствие жжения при тушировании везикул, пустул, эрозий делает его незаменимым в педиатрической практике. При нанесении на кожу образуется окрашенная пленка, сохраняющаяся до высвобождения всего количества активного йода (около 4 часов). Ее исчезновение свидетельствует о прекращении действия препарата.

Таблица 7

Топические комбинированные препараты с антисептиками

МНН	Торговое название	Лекарственная форма
Хлоргексидин 5 мг/г Дексапантенол 50 мг/г	Бепантен плюс	Крем 30 г, 100 г

Таблица 8

Топические комбинированные препараты с антибактериальным действием, включающие лекарственные средства различных групп

МНН	Торговое название	Лекарственная форма
Хлорамфеникол 0,75% Метилурацил 4%	Левомеколь	Мазь 40 г, 100 г
Эритромицин Цинк ацетат	Зинерит	Порошок 30 г
Клиндамицин 1% Адапален 0,1%	Клензит С	Гель 15 г и 30 г
Эритромицин 20 мг/г Изотретиноин 0,5 мг/г	Изотрексин	Гель 30 г
Метронидазол 0,01% Хлоргексидина глюконат 20% раствор	Дентамет	Гель стоматологический 25 г
Метронидазол 16 мг/г Хлоргексидина диглюконат 20% 2,5 мг/г	Метрогил Дента	Гель стоматологический 10 г, 20 г
Сангвинарина гидросульфат 0,5% Хелеритрина гидросульфат 0,5%	Сангвиритрин	Линимент 0,5% 10 г, 0,2% 50 мл
Хлорамфеникол 2% Масло облепиховое Анестезин Кислота борная	Олазоль	Аэрозоль 80 г

и других препаратов, подлежащих предметно-количественному учету, действительны в течение 10 дней; гражданам, имеющим право на бесплатное получение лекарств — в течение месяца; лицам пенсионного возраста, инвалидам 1 группы и детям инвалидам — в течение 3 месяцев.

Любой лекарственный препарат выписывается на латинском языке. При написании рецепта на комбинированный препарат, по-латыни пишутся все ингредиенты. При необходимости срочного или немедленно отпуска лекарства в верхней части рецепта проставляется надпись *cito* (срочно) или *Statium* (немедленно).

В соответствии с Федеральным законом 323 врачи не имеют право заключать с представителями фармацевтических компаний соглашения о назначении или рекомендации пациентам лекарственных перпаратов, медицинских изделий (за исключение договоров о проведении клинических исследований препаратов, клинических испытаний медицинских изделий); получать образцы препаратов и медицинских изделий для вручения пациентам, выписывать рецепты, на которых содержится информация рекламного характера, а также раздавать рецепты, на которых заранее написано название препарата или медицинского изделия.

11

ИНДЕКСЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ДЕРМАТОЗОВ

11.1. Атопический дерматит

Для оценки степени тяжести атопического дерматита (АтД) используют модифицированные критерии Американской ассоциации по аллергии и астме (табл. 25). В европейских странах применяется система SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis), разработанная Европейской рабочей группой по проблеме АтД в 1990–1992 годах (Stadler J.F. et al., 1993). Бельгийской компанией AIMS (E-mail: medinfo@aims.be) разработана компьютеризированная программа «Калькулятор SCORAD».

Оценка степени тяжести АтД тем или иным способом позволяет, с одной стороны, осуществлять контроль за течением АтД у больного на протяжении всего периода наблюдения за ним, а с другой — оценивать эффективность различных методов терапии заболевания. В последние годы часто при различных дерматозах используется Дерматологический индекс оценки качества жизни — Dermatology Life Quality Index (Finlay A.Y., 1994). Для оценки динамики патологического процесса на коже у больных АтД разработан русифицированный вариант индекса Finlay — дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) (Кочергин Н.Г., 1998; 2001).

Таблица 25

Модифицированные критерии тяжести атопического дерматита Американской ассоциации по аллергии и астме

Признаки	Течение		
	легкое	*среднетяжелое*	*тяжелое*
Выраженность воспалительных изменений на коже	Слабая эритема, экссудация, инфильтрация	Выраженная экссудация, лихенификация, экскориации, трещины, корки	Множественные и обширные очаги поражения со стойкой экссудацией, инфильтрацией, лихенификацией, глубокими линейными трещинами
Интенсивность кожного зуда	Слабый	Умеренный или сильный	Сильный, «пульсирующий» или постоянный
Увеличение лимфатических узлов	До размеров «горошины»	До размеров «лесного ореха»	До размеров «фасоли» или увеличение всех групп лимфатических узлов до размеров «лесного ореха»
Частота обострений в год (разы)	1–2	3–4	5 и более
Длительность периодов ремиссий (мес.)	6–8	2–3	1–1,5
Характеристика периодов ремиссий	Симптомы болезни отсутствуют	Неполная клинико-лабораторная ремиссия	Наличие стойкой лихенификации, инфильтрации, неполная клинико-лабораторная ремиссия
Эозинофилия (%)	5–7	7–10	Более 10
Уровень IgE (МЕ/л)	150–250	250–500	Более 500

Индекс SCORAD

При оценке степени тяжести АтД по индексу SCORAD учитываются следующие показатели:

- распространенность патологического процесса на коже;
- клинические проявления и степень их выраженности;
- интенсивность субъективных симптомов.

Распространенность патологического процесса на коже у детей оценивается по правилу «девятки», где за единицу измерения принята площадь ладонной поверхности кисти больного, составляющая 1% от всей площади кожного покрова ребенка (рис. 1), а у взрослых весь кожный покров делится на 100 сегментов, каждый из которых соответствует 1% (рис. 2).

При осмотре больного с АтД врач заштриховывает на схеме сегмент, соответствующий очагам поражения на коже. Сумма всех заштрихованных участков составляет площадь поражения. Распространенность патологического процесса при АтД может колебаться от 0 (ремиссия) до 100% (эритродермия Хилла).

Клинические проявления и степень их выраженности. Учитывают шесть клинических проявлений при АтД:

- эритема;
- отек/папула;
- корки/мокнутие;
- экскориации;
- лихенификация;
- сухость/трещины/шелушение.

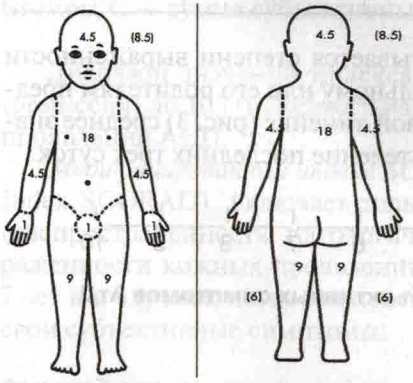

Рис. 1. **Оценка распространенности патологического процесса на коже у детей**

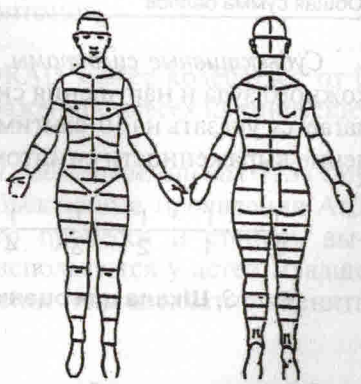

Рис. 2. **Оценка распространенности патологического процесса на коже у взрослых**

Степень выраженности каждого симптома оценивают по трехбалльной шкале:

1 — симптом выражен слабо;

2 — симптом выражен умеренно;

3 — симптом выражен сильно.

Если симптом отсутствует, то ставится 0. Полубалльные оценки не приняты. Максимальная сумма баллов — 18. Оценка симптомов проводится на тех участках кожного покрова, где они наиболее выражены. Все клинические проявления заболевания могут соответствовать одной локализации. Оценка сухости кожи осуществляется визуально и пальпаторно на участках кожного покрова, где высыпания отсутствуют. Для учета степени выраженности объективных проявлений АтД как на момент осмотра, так и в динамике удобно использовать специальную табл. 26.

Таблица 26

Количественная оценка выраженности объективных проявлений АтД в динамике (баллы)

Клинический критерий	Дата осмотра				
Эритема					
Отек/папула					
Экссудация/корочки					
Экскориации					
Лихенификация					
Сухость/трещины/шелушение					
Общая сумма баллов					

Субъективные симптомы. Учитывается степени выраженности кожного зуда и нарушения сна. Больному или его родителям предлагается указать на 10-сантиметровой линейке (рис. 3) среднее значение выраженности симптомов в течение последних трех суток.

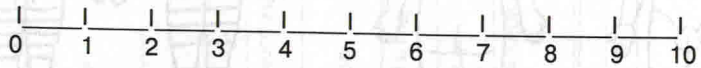

Рис. 3. **Шкала для оценки субъективных симптомов АтД**

Обязательно необходимо удостовериться в том, что больной и/или его родственник правильно поняли вопрос и способны дать адекватный ответ. Полученные данные заносятся в табл. 27.

Таблица 27

Количественная оценка выраженности субъективных симптомов АтД в динамике (баллы)

Субъективные симптомы	Дата			
Кожный зуд (от 0 до 10)				
Нарушение сна (от 0 до 10)				
Общая сумма субъективных симптомов (баллы)				

Система SCORAD представляет собой комплексную оценку распространенности патологического процесса, степени выраженности высыпаний и субъективных симптомов. При оценке удельного веса каждого признака, входящего в индекс SCORAD, группа экспертов ввела два коэффициента, корригирующие величину составляющих симптомов или блоков симптомов:

- 1/5 (или 0,2) × площадь очагов поражения — уменьшение в 5 раз суммы баллов распространенности патологического процесса;
- 7/2 (или 3,5) × сумму объективных симптомов — увеличение в 3,5 раза суммы баллов степени выраженности клинических проявлений.

Формула расчета индекса SCORAD:

$$\text{Индекс SCORAD} = 0{,}2 \times A + 3{,}5 \times B + C,$$

где A — площадь очагов поражения; B — сумма объективных симптомов; C — сумма субъективных симптомов.

Диапазон значений индекса SCORAD может колебаться от 0 (ремиссия) до 103 (максимальная выраженность всех клинических проявлений АтД).

Модифицированный индекс SCORAD, обозначаемый как TIS (Tiny Index SCORAD), включает только объективные проявления АтД (распространенность патологического процесса и степень выраженности кожных проявлений) и используется у детей младше 7 лет и в случаях, когда пациенты не способны адекватно оценить свои субъективные симптомы:

$$\text{Индекс TIS} = 0{,}2 \times A + 3{,}5 \times B,$$

где A — площадь очагов поражения; B — сумма объективных симптомов.