

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Отдельные группы заболеваний в дерматологии относят к неотложным состояниям. При некоторых из них кожа является основным поражаемым органом (например, вульгарная пузырчатка), в других случаях кожные поражения — это важный диагностический признак основного заболевания (например, менингококцемия).

Ключевые слова: неотложные состояния, дерматология, скорая медицинская помощь, диагностика.

Среди врачей всех специальностей и пациентов утвердилось мнение, что заболевания кожи имеют, как правило, хроническое доброкачественное течение. Роль кожи как органа, который выполняет множество важных функций, значительно влияет на здоровье и качество жизни человека, которые нередко недооцениваются врачами и даже пациентами.

В большинстве случаев кожная сыпь характеризуется относительно доброкачественным течением и лишь изредка, при проведении нерациональной терапии, при воздействии внешних факторов или занятии пациентами самолечением основного заболевания возникает диффузная вторичная эритродермия, которая сопровождается выраженными симптомами интоксикации интенсивным, чаще мучительным зудом, шелушением и болезненностью. Причинами эритродермии, могут быть псориаз, иктиоз, лимфомы, обострение себорейного или атопического дерматита и другие дерматозы.

Кожные высыпания не только носят информативный диагностический характер, но и указывают на тяжесть течения патологического процесса, который в острый период может закончиться летально. В случае развития некротизирующих инфекций мягких тканей, менингококцемии или синдрома стафилококковой обожженной кожи для правильного установления диагноза, своевременного направления больного в специализированное медицинское учреждение и для оказания адекватного лечения у дерматолога могут оставаться лишь считанные часы. В данных ситуациях очень важно для врача-дерматолога быть высококвалифицированным клиницистом.

Во многих университетских клиниках Франции открыты специализированные отделения для лечения дерматозов угрожающих жизни пациентов, в том числе связанных и с инфекцией.

На 19-м конгрессе Европейской академии дерматологии и венерологии (6-10 октября, 2010, Гетеборг, Швеция) часто звучал термин «неотложная дерматология».

На данном мероприятии были приведены данные об уровне смертности при кожных инфекциях (А.М.С. Brunasso, 2010): некротизирующие инфекции мягких тканей – 25%; клостри-диоз – 38%; менингококцемия – 20%; герпетическая экзема – 5-9%; герпес новорожденных – 40%; синдром стафилококковой обожженной кожи: дети – 3%; взрослые – 50% [1-5].

В связи с чем, вниманию врачей представлен ряд инфекционных заболеваний, проявляющихся выраженными нарушениями структуры, функций кожи и требующих urgentных мероприятий. Инфекционный процесс может развиваться при прямой инокуляции микроорганизмов (некротизирующие инфекции мягких тканей); гематогенном распространении бактерий (менингококцемии); диссеминации вирусов (экзема Капоши); токсин-опосредованном повреждении кожи из очагов инфекции, расположенных где-либо в организме (синдром «стафилококковой обожженной кожи») [1-5].

Отдельные группы заболеваний в дерматологии, относят к неотложным состояниям. При некоторых из них кожа является основным поражаемым органом (например, вульгарная пузырчатка), в других случаях кожные поражения — это важный диагностический признак основного заболевания (например, менингококцемия). Быстрое распознавание и определение диагноза очень важны, поскольку такие состояния, в остром периоде, часто заканчиваются летальным исходом. При ранней постановке диагноза данные заболевания подлежат успешной терапии и прогнозу.

Основные группы неотложных дерматологических состояний.

1. Неотложные состояния при острых угрожающих жизни кожных синдромах: анафилактический шок, острые токсикодермии, токсические аутоиммунные реакции (синдром Стивенса-Джонсона, токсический эпидермальный некролиз (Синдром Лайелла)).
2. Неотложные состояния при аутоиммунной патологии кожи: пузырчатка, красная волчанка, дерматомиозит, полиморфный дермальный ангиит, ювенильный ревматоидный артрит.
3. Неотложные состояния при островоспалительных дерматозах: первичные, вторичные, идиопатические эритродермии, иктиоз, атопический дерматит, острый генерализованный пустулезный псориаз, острая крапивница, Болезнь Кавасаки, Синдром Свита.
4. Неотложные состояния при инфекционных дерматозах: стафилококковая пузырчатка новорожденных, гангренозная пиодермия, герпетиформная экзема Капоши, герпес новорожденных, диссеминированная гонококковая инфекция, Лайм-боррелиоз.
5. Кожные проявления гематологических заболеваний. Посттрансплантационная патология кожи. Тромбоцитопеническая пурпура, ДВС – синдром. Криоглобулинемия. Гематодермия, Гистиоцитозы, Мастоцитоз.
6. Инфекционные заболевания (вызванные паразитами (трихинеллез, цистицеркоз, Норвежская чесотка)).
7. Болезненные состояния, вызванные внешним воздействием (например, тепловой удар, поражение электрическим током, последствия насилия над детьми) [1-5].

Кожные проявления инфекций, угрожающих жизни

Токсический эпидермальный некролиз (ТЭН) и синдром Стивенса-Джонсона (ССД) нередко путают, частично в связи с тем, что многие клиницисты используют эти два термина в противоположном значении. Поскольку оба заболевания значительно отличаются по прогнозу и лечению, необходимо их четко дифференцировать. Заболевания обычно распознаются по клиническим проявлениям, гистологической картине и течению.

Вульгарная пузырчатка проявляется поверхностными пузырями и поражает преимущественно людей средних лет. Часто первоначально она представляет собой изъязвления в полости рта (60 % случаев), но может захватить и участки тела выше пояса с образованием на них пузырей. Вульгарная пузырчатка может возникать остро и в тяжелых случаях напоминать ТЭН или синдром Стивенса-Джонсона. Важное значение имеет ранняя диагностика, поскольку без лечения заболевание заканчивается смертью, тогда как имеющиеся методы лечения вполне эффективны.

Эпидемическая пузырчатка новорожденных или эксфолиативный дерматит Риттера обычно развивается на 1-2-й неделе жизни ребенка. Типично, начало заболевания с интенсивного покраснения и пластинчатого шелушения кожи вокруг рта и в области пупка. Пузырчатка новорожденных характеризуется быстрым распространением покраснения (эритемы) из области его появления в места крупных складок, кожи анальной области и гениталий, а затем по всему телу. Процесс сопровождается отеком и образованием крупных ненапряженных пузырей, которые быстро вскрываются. Наблюдается типичный для всех видов пузырчатки положительный симптом Никольского. Возможно поражение слизистой рта и носа, красной каймы губ, слизистых оболочек мочеполовых органов. Затем начинается вскрытие пузырей с образованием эрозий. Эрозивные дефекты увеличиваются в размерах и склонны сливаться между собой. Внешне клиническая картина этой стадии эксфолиативного

дерматита Риттера схожа с ожогом кожи II степени. Состояние новорожденного резко нарушено. Отмечаются подъемы температуры тела до 40°C, диарея, астения. Ребенок плохо сосет и заметно теряет в весе. При несвоевременной диагностике и адекватной терапии течение экссудативного дерматита Риттера становится крайне тяжелым при присоединении септических осложнений, развиваются пневмонии, менингит, отит, пиелонефрит, острый энтероколит, флегмоны и пр. В таких случаях возможен летальный исход заболевания [1-4].

Неотложные состояния при островоспалительных дерматозах.

Герпетиформная экзема Капоши развивается вследствие присоединения герпетической инфекции к экзематозному процессу. Герпетиформная экзема протекает тяжело. Заболевание начинается резким повышением температуры до 38-39°C и выше с явлениями тяжелой интоксикации. На фоне эритемы и отека, с участками мокнутия и подсохших серозно-гнояных корок, появляются множественные сгруппированные везикуло-пустулы с центральным пупковидным западением. Присоединение вирусной инфекции сопровождается усилением отека, мокнутия в очагах экземы, нейродермита, себорейного дерматита с образованием геморрагических корок и кровоточащих крупных эрозий. Наряду с поражением кожи, наблюдаются регионарный лимфаденит, конъюнктивит, стоматит, кератит. У части больных развиваются менингеальные явления, желудочно-кишечные расстройства, пневмонии, отиты, множественные абсцессы с септическим состоянием. При развитии данного заболевания зуд исчезает и проявления экземы, нейродермита или себорейного дерматита угасают. Однако после ликвидации вирусной инфекции симптомы основного заболевания становятся еще более интенсивными. Прогноз не всегда благоприятный. По данным П. Попхристовой, Л. А. Штейнлухта и Ф. А. Зверьковой, летальность варьирует от 0,8 до 2,8% и даже до 10-20%. Наиболее частой причиной смерти является: шок, возникающий у аллергизированных детей с ослабленной адаптацией.

Псориаз эритродермический может распространяться по всему кожному покрову. При этом преобладают остро выраженные воспалительные реакции. Характерный отек распространяется по всему туловищу, верхним конечностям, голове. Кожа становится ярко-красного цвета с буроватым оттенком, отекает, инфильтрирована и горячая на ощупь. Лицо стянуто. Шелушение на волосистой части головы – отрубевидное, на других участках кожи – пластинчатое. Характерные признаки псориаза исчезают, либо носят не ярко выраженный характер. Лимфатические узлы увеличены, наблюдается выпадение волос. Пациент жалуется на зуд, жжение, болезненные ощущения и стянутость кожи при движении. На начальной стадии заболевания отмечаются выраженные симптомы интоксикации в виде озноба, гипертермии, температура тела повышается до 38-39 градусов, слабость, головная и мышечная боль, диспепсические расстройства, наблюдается увеличение лимфатических узлов.

Эритродермия атопическая Хилла развивается вследствие универсального поражения кожи у больных атопическим дерматитом, с выраженными симптомами интоксикации. Генерализация кожного процесса происходит при значительной остроте воспаления и выраженности лихенификации, с резким постоянным зудом, кожными проявлениями вегетативной дистонии, лимфаденопатией, возможной вторичной инфекцией, нередко при сопутствующем обострении аллергических респираторных и других атопических заболеваний.

Дополнительные критерии диагностики атопической эритродермии: хейлит, потемнение кожи глазниц, признак Денни-Моргана (складка нижнего века), псевдо-Хертоге симптом (разрежение волос наружной части бровей), неспецифический дерматит кистей и стоп, гиперлинейарный сфероз ладоней, рецидивирующий конъюнктивит, зуд при потении, провоцирующее влияние пищевых, эмоциональных, климатических факторов.

Врожденный ихтиоз (Ихтиоз Арлекино) развивается у плода на 4-5 неделе беременности. Когда ребенок появляется на свет, его кожа покрыта серо-коричневыми чешуйками, толщина которых иногда достигает 1 см. Чешуйки могут быть гладкими или шершавыми, между ними просматриваются глубокие трещины. Твердые чешуйки плотно слеплены между собой, в результате чего рот ребенка либо растянут, либо сужен так, что сквозь губы с трудом проходит зонд для кормления. Из-за аномалий кожи выворочены веки, повреждены ушные раковины (они полностью заполнены ороговевшей кожей). Наблюдаются дефекты скелета (косорокуость, косолапость), часто отсутствуют ногти, есть перемычки между пальцами рук и ног. Дети, больные тяжелыми формами ихтиоза, зачастую рождаются раньше срока. Процент мертворожденных очень высок, но если ребенок и родился живым, высока вероятность того, что из-за несовместимых с жизнью поражений он погибает в первые дни жизни.

При эритродермической форме грибкового микоза, больные жалуются на сильный зуд, озноб, изнуряющую лихорадку, чувство жжения кожи и слабость. Весь кожный покров, как правило, отекает, эритема носит островоспалительный характер, отмечаются обильное отрубевидное или крупнопластинчатое шелушение, чешуйки обычно тонкие, белого цвета. На волосистой части головы и на лице шелушение носит мелкопластинчатый или отрубевидный характер. При хронической форме наряду с эритемой медленно развивается инфильтрация кожи, отмечается выпадение волос на коже волосистой части головы и на туловище, дистрофические изменения ногтей, которые заметно утолщаются, а иногда лизируются и отслаиваются от ногтевого ложа. Выражен гиперкератоз ладоней и подошв, при этом на их поверхности наблюдается отслоение рогового слоя пластинами. С течением времени возникают очаги гиперпигментации кожи. В первые недели развития заболевания появляется выраженная лимфаденопатия, которая носит стойкий характер и сохраняется длительное время, даже после разрешения эритродермий. На фоне развития эритродермического процесса на коже могут возникать рассеянные папулезные элементы, инфильтративно-бляшечные очаги. При длительном течении процесса стойкая гиперемия кожи приводит к повышенной теплоотдаче путем испарения, что может вызвать сердечно-сосудистую недостаточность, диспротеинемии и отеки нижних конечностей. Даже при правильной терапии часто развиваются интеркуррентные заболевания, возникают вторичные инфекции и может наступить летальный исход.

Генерализованный пустулезный псориаз типа Цумбуша чаще всего возникает у больных экссудативным или эритродермическим псориазом. Характерно внезапное появление распространенных, но дискретных, горячих на ощупь эритем, сопровождающихся жжением, на которых появляются небольшие пузырьки, быстро трансформирующиеся в стерильные пустулы. Местами пустулы сливаются в более крупные очаги (озера). Поражаются любые участки кожи, включая лицо и волосистую часть головы, может развиваться эритродермия. В течение нескольких месяцев заболевание имеет рецидивирующий характер. Течение заболевания сопровождается общими реакциями (лихорадкой, ознобом, слабостью) [1-4].

Дерматологические неотложные состояния инфекционной природы чаще всего эти заболевания вызываются бактериями (например, некротизирующий фасцит, туляремия), но бывают и вирусной этиологии (например, геморрагические лихорадки, простой герпес новорожденных). Они также могут вызываться риккетсиями (например, пятнистая лихорадка Скалистых гор) и грибами (например, мукоромикоз).

Некротизирующий фасцит - эта бактериальная инфекция, которая развивается быстро (часто в течение нескольких часов), поражая мышцы и подкожные ткани, и при не своевременной диагностике и терапии, способна привести к летальному исходу или потере конечности. Чаще всего болезнь связана с гемолитическим стрептококком, но может быть обусловлена и другими грамположительными или грамотрицательными микроорганизмами или несколькими возбудителями одновременно. В действительности некротизирующий фасцит является одной из форм инфекционной гангрены или целлюлита, которые быстро прогрессируют с поражением кожи, подкожной клетчатки и мышц. Есть и другие типы гангрены, все без исключения, имеющие кожные проявления, сходные с таковыми при некротизирующем фасците. Золотистый стафилококк и, иногда, грамотрицательные микроорганизмы вызывают прогрессирующую бактериальную синергическую гангрену. Это заболевание проявляется изменением окраски кожи на темную эритематозную, с последующим глубоким изъязвлением. При газовой, или клостридиальной, гангрене, вызванной анаэробом *Clostridium perfringens* и обычно возникающей после

проникающего ранения или разможнения ткани, у пациента появляется болезненный, отечный белый участок поражения, часто приобретающий бронзовый цвет с пузырями. Иногда при пальпации пораженного участка определяется крепитация, или потрескивание, обусловленное скоплением газа в ткани. Как и при некротизирующем фасците, для того чтобы уменьшить заболеваемость и смертность, необходимы своевременная диагностика и лечение.

Гангренозная пиодермия входит в группу воспалительных кожных заболеваний, называемых нейтрофильными дерматозами, поскольку при гистологическом исследовании они характеризуются наличием нейтрофильных инфильтратов в дерме. Это заболевание считается неотложным, так как может быстро прогрессировать и вызывает выраженное местное разрушение тканей. Гангренозная пиодермия часто неправильно диагностируется как инфекционный процесс или укус паука — коричневого отшельника, а затем лечится с помощью хирургической обработки. Однако хирургические вмешательства или другие механические манипуляции в случае острого поражения приводят к распространению заболевания на здоровую кожу, увеличению размера поражения и дальнейшему разрушению ткани. Таким образом, крайне необходимо как можно раньше правильно диагностировать и приступить к лечению этих поражений во избежание обширного разрушения и потери ткани [1-4].

Неотложные состояния с кожными проявлениями вызванные паразитами, в эту группу относятся трихинеллез и цистицеркоз кожи. Оба эти заболевания достаточно редки.

Трихинеллез вызывается маленьким паразитарным червем *Trichinella spiralis*, который попадает в организм вместе с недостаточно обработанным мясом, содержащим его цисты. Кожные поражения включают пятнистость, или петехии, кровоизлияния у края ногтя; наблюдаются также отек тканей вокруг глазницы и конъюнктивит. Общие проявления и симптомы начинаются 1-4 недели спустя после заражения и включают эозинофилию, лихорадку, головную боль, боли в мышцах и кровоизлияние в мозг, которое может привести к смерти.

Цистицеркоз кожи является цестодной инфекцией и вызывается личиночной формой свиного солитера (*Taeniasolium*). Яйца паразита обычно попадают в желудок из кишечника вследствие обратной перистальтики и там превращаются в онкосферы, проникающие через стенку желудка в сосудистое русло. Они внедряются во внутренние органы (сердце, головной мозг, легкие, глазные яблоки), а также проникают в подкожные ткани и превращаются в цисты, содержащие личиночные формы паразита. Обычно цисты многочисленны и подвергаются кальцификации, что выявляется при рентгенографии. Обнаружение многочисленных подкожных цист у пациента с неврологическими явлениями и симптомами неясной этиологии должны наводить на мысль об упомянутом диагнозе.

Норвежская чесотка. Впервые была описана Бекон и Даниэльсеном в 1847 г. в Норвегии у больных лепрой. Норвежскую чесотку вызывает обычный чесоточный клещ, но возникает она у лиц с иммунодефицитными состояниями, лейкозом, туберкулезом, ВИЧ-инфекцией, синдром Блума, в связи с длительным приемом гормональных и цитостатических препаратов, у пациентов со слабоумием, болезнью Дауна, при тяжелых сопутствующих заболеваниях - сирингомиелии, лепроматозном типе лепры, спинной сухотке, генерализованном кандидозе и др. От времени начала заболевания и появления корковых наслоений проходит срок от 3 мес до 16 лет. Локализуясь, длительное время на локтях, коленях и подошвах, высыпания распространяются по кожному покрову, приводя к развитию эритродермии. Толщина корок может достигать 2-3 см; иногда они имеют вид кожного рога, могут диффузно покрывать кожный покров в виде рогового панциря. Его поверхность покрыта глубокими трещинами, а в области крупных суставов (коленных и локтевых) испещрена глубокими бороздами, напоминающими вспаханную плугом землю вокруг крупных валунов. Верхний слой корок плотный, нижний - рыхлый, между ними выявляется огромное количество клещей на всех стадиях развития. На нижней поверхности корок видны извилистые углубления, соответствующие чесоточным ходам. На 1 см² кожи большого обнаруживается до 200 клещей, ходы в несколько этажей, под корками обширные мокнущие эрозии. Ногти серо-желтые, бугристые, край изъеден, легко крошится. Волосы пеньельно-серого цвета, сухие, нередко отмечается алопеция. Вторичные изменения в виде пигментации, лихенификации. Зуд сильный, иногда отмечается привыкание к нему. От большого нередко исходит неприятный запах квашеного теста, повышается температура тела.

Большинство микобактериальных инфекций протекает достаточно вяло и не приводят к неотложным состояниям. Однако при лечении пациентов, например с Лепрой иногда возникает "обратная реакция", обусловленная изменением их иммунного статуса и проявляющаяся острым воспалением пораженных участков. Это может приводить к развитию умеренной эритемы и отеку кожи и подкожной клетчатки. Кажущаяся доброкачественность процесса противоречит серьезности поражения. Вовлеченные в процесс нервы полностью разрушаются, что сопровождается необратимыми двигательными и чувствительными расстройствами. Отсутствие чувствительности и возникающие в результате этого на протяжении многих лет травмы ведут к обезображиванию конечностей [1-4].

В группу сосудистых коллагенозов, вызывающие неотложное состояние относят:

Острая кожная и буллезная системная красная волчанка (СКВ), дерматомиозит, лейкоцитокластический васкулит (некротизирующий васкулит), Болезнь Стилла.

Кожные проявления при острой СКВ чаще всего отмечаются на открытых солнцу участках кожи. Они представлены кратковременной эритемой, наиболее выраженной в области щек и имеющей характерную форму "бабочки". Эритема держится от нескольких часов до нескольких дней и может проходить бесследно. У значительного числа пациентов острая эритема способна трансформироваться в дискоидную красную волчанку — хроническое высыпание, характеризующееся образованием чешуек и рубцеванием.

При буллезной СКВ у больных возникают, обычно на открытых солнцу местах, напряженные пузырьки или пузыри. Они являются важным признаком, поскольку нередко отражают тяжесть внутреннего процесса.

Дерматомиозит порой развивается очень быстро и характеризуется высокой смертностью. Кожные проявления при этом заболевании могут предшествовать выраженному процессу в мышцах и облегчают раннее установление диагноза и назначение лечения, особенно у детей. Кожные симптомы дерматомиозита: папулы Готтрона на дорсальной поверхности проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей, отек и "гелиотропная" эритема век, околоногтевая эритема (эритема вокруг проксимального ногтевого валика).

Лейкоцитопластический васкулит относится к гистологической характеристике группы заболеваний, которые вызывают острое нейтрофильное воспаление и поражение малых сосудов дермы. Поражение может развиваться при отсутствии явной определяющей внутренней патологии или служит кожным проявлением системного заболевания (например, пурпура Шенлейна-Геноха, СКВ или криоглобулинемия). Высыпание обычно представлено "осязаемой пурпурой" размером от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, в основном появляющейся на нижних конечностях. Кожные поражения при заболеваниях данной группы могут проходить без последствий, однако не исключены тяжелые поражения внутренних органов.

Диагностика болезни Стилла (юношеский ревматоидный артрит) иногда вызывает затруднения в диагностике, поскольку у значительной части пациентов (25-30 %) отсутствует артрит, но отмечаются быстро проходящая сыпь, острая лихорадка, лейкоцитоз, лимфаденопатия и спленомегалия. Заболевание способно быстро прогрессировать и приводить к выраженному разрушению костей и суставов и задержке роста. Сыпь, которая наблюдается у 25-40 % больных, порой появляется за месяцы и годы до развития артрита. Она сохраняется до 24 ч и обычно возникает вместе с лихорадкой. Сыпь бывает диффузной, более выраженной на туловище, и может состоять из пятен или слегка выступающих папул кораллово-розовато-красного цвета.

Наиболее распространенная сосудистая аномалия (около 3 % новорожденных), которая может потребовать неотложную помощь — капиллярные гемангиомы (кавернозные гемангиомы). Данные поражения иногда имеются уже при рождении (примерно 20 %),

однако чаще возникают в течение первых нескольких недель жизни. Гемангиомы проходят фазу быстрого роста, когда они стремительно увеличиваются, а затем регрессируют. Чаще всего эти опухоли являются лишь косметической проблемой, но появление их в окружностях глаз или в ротовой полости характеризуется существенным уровнем заболеваемости и смертности. Некоторые офтальмологи полагают, что даже нескольких дней выключения функции зрения у новорожденных достаточно для подавления ее нормального дальнейшего развития. Таким образом, гемангиомы, которые закрывают поле зрения у младенца, требуют активного лечения. Увеличивающиеся гемангиомы в области верхних дыхательных путей и ротовой полости также могут обусловить возникновение неотложной ситуации и требуют лечения на ранних стадиях развития.

Синдром Кавасаки характеризуется покраснением конъюнктивы, поражением слизистых рта и глотки (инъецирование сосудов слизистых, земляничный язык, растрескавшиеся губы) Эритема кистей и стоп - Экзантема. Эти проявления, вместе с лимфаденопатией, составляют минимальный "набор" для диагностики болезни Кавасаки. Для постановки диагноза требуется наличие четырех из пяти вышеперечисленных симптомов плюс основной показатель — лихорадка (> 38 °C). Эритема кистей и стоп может сопровождаться отеком разной степени выраженности, примерно через 2 недели после начала заболевания сменяющимся десквамацией. Экзантема проявляется в виде генерализованной пятнистой эритемы.

Склеродема новорожденных - это заболевание, наблюдающееся в большинстве случаев у новорожденных, возникает, однако, и у младенцев в возрасте до трех месяцев. Клинически оно проявляется снижением температуры тела, уплотнением кожи, появлением пятнистого сосудистого рисунка и изменением окраски на желто-белую в симметричных местах — обычно в области бедер и туловища. Как правило, оно возникает на фоне тяжелой основной патологии и характеризуется высоким (50 %) уровнем смертности.

Патофизиологические изменения, лежащие в основе данного проявления, вероятно, обусловлены снижением температуры тела, которое ведет к уплотнению и отвердеванию (застыванию) подкожного жира. Связано это с тем, что у новорожденных в жировой ткани содержится повышенное количество насыщенных жиров, которые отвердевают при более высокой температуре, чем нормальный жир. Поскольку вышеописанное клиническое состояние часто является предвестником смерти, необходимы ранняя его клиническая диагностика и агрессивное лечение основного заболевания [1-4].

Неотложные состояния, вызванные внешним воздействием (например, тепловой удар, поражение электрическим током, последствия насилия над детьми).

У пациентов, пострадавших от удара молнии, на коже остаются характерные проявления. В дополнение к ожоговым ранам на входе и выходе молнии на коже пострадавших областей у этих пациентов часто обнаруживается извитая (или папоротниковидная) эритема. Сомнения в происхождении поражения поможет рассеять биопсия кожи, при которой выявляются патогномичные признаки. Установление точного диагноза исключительно важно, поскольку у пациента может иметься выраженное скрытое поражение подлежащих фасций и мышц. Необходимо оценить размер поражения и в целях ускорения выздоровления провести терапию против аритмии, шока, нарушения жидкостного и электролитного баланса, а также скрытых повреждений.

Таким образом, адекватная диагностика кожных поражений и срочная медицинская помощь при экстренных состояниях должна быть действительно безошибочной и безотлагательной, т.к. в особых случаях молниеносно развивается коматозное состояние, которые требуют проведения в реанимационном отделении целого комплекса неотложных мероприятий. Ранее начало лечебных мероприятий, и их тщательное проведение улучшают прогноз каждого дерматоза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 В.П. Адаскеевич. Неотложная дерматология. Руководство для врачей. Минск. - 2001. - С. 196.
- 2 Джеймс Е. Фитцпатрик, Джон Л. Элинг. Секреты дерматологии. НТМЛ.- 1999
- 3 Суворов А.П., Завьялов А.И. и др. Неотложная помощь в дерматологии. Учебное пособие. — Саратов: СГМУ, 2006. — 31 с.
- 4 Н.Д. Хилькевич, В.Г. Панкратов. Неотложные состояния в дерматовенерологии. // учебная программа курса по дисциплине «Дерматовенерология». – Минск. - 2011. – С. 12.
- 5 Л. Бауманн. Косметическая дерматология. Принципы и практика. Москва. - 2012. - С.688.- с. 512.

Resume: Certain groups of diseases in dermatology referred to the urgent conditions. In some of them the skin is mainly affects the body (eg, pemphigus vulgaris), in other cases, skin lesions - is an important diagnostic feature of the underlying disease (eg, meningokokktsemya).

Keywords: emergency conditions, dermatology, emergency medical care, diagnostics.

Түйін: Дерматологияда аурулардың кейбір жеке топтары шұғыл жағдайларға жатады. Олардың кейбіреулерінде негізгі зақымдалатын мүше - тері болып табылады (мысалы, пузырчатка), басқа уақиғаларында терінің зақымдауы – басқа негізгі аурудың маңызды диагностикалық белгісі болып саналады (айталық, менингококкцемия).

Түйінді сөздер: шұғыл жағдайлар, дерматология, жедел медициналық жардем, диагностика.