

УДК 616.5
ББК 55.83
Н52

*Данная книга посвящается
Катрин, Ребекке и Патрику*

Авторы:

Дэнисел Криммер — дерматолог-консультант, больница Королевского колледжа, Лондон, Великобритания;

Джонатан Баркер — профессор клинической дерматологии, Институт дерматологии Св. Иоанна, Королевский колледж, Лондон, Великобритания;

Франциско А. Кердел — Добровольный профессор и директор стационарной дерматологии, больница Университета Майями, Майями, Флорида, США.

Н52 Неотложная дерматология: диагностика и лечение : справочник / Д. Криммер, Дж. Баркер, Ф. Кердел; пер. с англ. под ред. О.Ю. Олисовой и Н.Г. Кочергина. — М.: Практическая медицина, 2019. — 288 с.

ISBN 978-1-84076-102-3 (англ.)

ISBN 978-5-98811-571-7 (рус.)

В справочнике описаны болезни кожи, протекающие с острой симптоматикой и серьезными осложнениями. При отборе состояний для включения в данную книгу, использовались два главных критерия: внезапное начало и быстрое прогрессирование, а также тяжелые местные или системные осложнения. Представленные заболевания охватывают все распространенные воспалительные и инфекционные дерматозы, а также ряд более редких состояний. Кроме того, включены разделы по опухолям, заболеваниям соединительной ткани, дерматозам путешественников, лекарственной сыпи. Также описана сыпь, вызванная влиянием окружающей среды и физическими факторами.

В книге рассмотрены болезни у взрослых. Острые дерматозы у детей представляют собой отдельный клинический раздел и зачастую резко контрастируют с соответствующими заболеваниями у взрослых.

Для дерматологов, среднего медперсонала дерматологических клиник и медицинских работников, занятых оказанием скорой помощи.

УДК 616.5

ББК 55.83

Все права защищены. Никакая часть данной публикации не может быть воспроизведена, сохранена в поисковой системе или передана в любой форме и любым способом без письменного разрешения правообладателя или же в соответствии с нормами Закона об авторских правах 1956 г. (в действующей редакции), или согласно условиям любой лицензии, допускающей ограниченное копирование, выданной Copyright Licensing Agency, 33–34 Alfred Place, London WC1E7DP, UK.

Любой человек, производящий неправомерное действие в отношении данной публикации, может быть подвергнут уголовному преследованию и гражданскому иску за ущерб.

Запись в каталоге CIP, относящаяся к данной книге, доступна через Британскую библиотеку.

Подробную информацию об изданиях Manson Publishing можно узнать, написав по адресу: Manson Publishing Ltd, 73 Corringham Road, London NW11 7DL, UK.

Tel: +44(0)20 8905 5150

Fax: +44(0)20 8201 9233

Web-site: www.mansonpublishing.com

ISBN 978-1-84076-102-3 (англ.)

ISBN 978-5-98811-571-7 (рус.)

© Manson Publishing Ltd, 2011

© Оформление, практическая медицина, 2019

Оглавление

Предисловие	8	Сокращения	11
Благодарности	10		
Глава 1. Экзема	13	Острый лихеноидный лишай	53
		Эруптивная ксантома	55
Атопический дерматит	14	Саркоидоз	57
Герпетиформная экзема	17	Болезнь Дарье	60
Дисгидротическая экзема	20	Болезнь Гровера	62
Монетовидная экзема	22		
Варикозная экзема	24		
Аллергический и простой		Глава 4. Эритродермия	63
контактный дерматит	26		
Себорейный дерматит	30	Эритродермия	63
Хронический			
актинический дерматит	32		
		Глава 5. Крапивница	67
Глава 2. Псориаз	35	Острая крапивница	68
		Ангioneвротический отек	71
Каплевидный псориаз	36	Физическая крапивница	73
Вульгарный псориаз	38	Уртикарный васкулит	76
Ладонно-подошвенный пустулезный			
псориаз	41		
Генерализованный пустулезный псориаз	43	Глава 6. Буллезные дерматозы	79
Глава 3. Папулезные		Буллезный пемфигиоид	80
и папулосквамозные		Вульгарная пузырчатка	
дерматозы	45	и листовидная пузырчатка	83
		Герпетиформный дерматит Дюринга	88
Красный плоский лишай	46	Приобретенный буллезный эпидермолиз	90
Розовый лишай	49	Линейный IgA-зависимый буллезный	
Красный волосной лишай	51	дерматоз	93
		Поздняя кожная порфирия	95

Глава 7. Васкулиты	97	Глава 11. Вирусные заболевания	171
Васкулит мелких сосудов	98	Вирусная экзантема	172
Узловатый периартериит	102	Простой герпес	175
Кожная эмболия	105	Многоформная экссудативная эритема	178
Распространенный кожный некроз	107	Ветряная оспа	181
Кальцификасия	110	Опоясывающий герпес	184
Гангренозная пиодермия	112	Контагиозный пустулезный дерматит	187
Синдром Свита	115		
Синдром слоновости	117		
		Глава 12. Грибковые заболевания	189
Глава 8. Панникулит	119	Дерматофитии (Дерматомикозы)	190
Узловатая эритема	120	Кандидоз	194
Панникулит	122		
		Глава 13. Дерматозы, вызываемые членистоногими	197
Глава 9. Заболевания соединительной ткани	125	Чесотка	198
Дискоидная красная волчанка	126	Укусы насекомых	201
Системная красная волчанка	129	Педикулез (вшивость)	203
Подострая кожная красная волчанка	133		
Болезнь Стилла у взрослых	136	Глава 14. Тропические дерматозы и дерматозы путешественников	207
Дерматомиозит	138	Синдром «блуждающей личинки»	208
		Фурункулоидный миаз	210
Глава 10. Бактериальные инфекции	141	Тунгиоз	211
Импетиго	142	Лейшманиоз	213
Фолликулит и фурункулез	145	Онхоцеркоз	215
Гнойный гидраденит	148	Споротрихоз	217
Конглобатные угри		Пятнистые клещевые лихорадки	219
и фолликулярные угри	151	Лихорадка Денге	221
Рожистое воспаление и целлюлит	153	Зуд купальщика	223
Некротический фасциит	157	Высыпания	
Септический васкулит		морских купальщиков	225
и инфекционная злокачественная пурпура	159	Укусы медузы	227
Болезнь Лайма	162		
Синдром токсического шока и синдром стафилококковой обожженной кожи	164	Глава 15. Доброкачественные и злокачественные опухоли кожи	229
Сифилис	167	Меланома	230

Плоскоклеточный рак	233	Глава 17. Дерматозы беременных	259
Пиогенная гранулема	236	Полиморфный дерматоз беременных	260
Саркома Капоши	237	Пемфигоид беременных	262
Грибовидный микоз и синдром Сезари	240		
Первичная В-клеточная лимфома	243	Глава 18. Лекарственные дерматиты	265
Кожные метастазы	245	Острая реакция «трансплантат против хозяина»	266
		Токсикодермия	269
Глава 16. Дерматозы, вызываемые факторами внешней среды	247	Фототоксические лекарственные дерматиты	271
Ознобление	248	Лекарственная сыпь с эозинофилией и системными симптомами	273
Потница	250	Острый генерализованный экзантематозный пустулез	276
Ожоги	251	Фиксированная лекарственная эритема	278
Патомимия	253	Синдром Стивенса—Джонсона	
Полиморфный солнечный дерматит	255	токсический эпидермальный некролиз	280
Фитотодерматит	257		
		Рекомендуемая литература	286

эффектом в вечернее время (например, гидроксизин 25–50 мг). В тяжелых случаях с обширным вовлечением кожных покровов назначают преднизолон в средних дозах (например, 20–30 мг в день) в течение короткого периода времени (менее чем 2 недели).

Поддерживающее лечение

При анафилаксии назначают:

- Адреналин внутримышечно или подкожно в дозе 0,5–1,0 мг.
- Медленное внутривенное введение хлорфенирамина в дозе 10–20 мг.
- Гидрокортизона натрия сукцинат в дозе 100–300 мг внутривенно.
- Кислород.

Долгосрочные мероприятия

Крапивницу длительностью более 6 недель называют хронической, при этом она часто имеет аутоиммунный характер. Пациенты должны находиться под наблюдением дерматолога с целью дальнейшего обследования и определения 2-й линии терапии, которая может включать H_1 - и H_2 -антигистаминные препараты, монтелукаст и иммуносупрессанты. Пациенты с острой крапивницей от конкретного триггера в анамнезе должны носить браслеты с указанием этиологического фактора и рекомендациями по проведению неотложной помощи. Пациентам с риском анафилактической реакции следует иметь под рукой аутоинжектор с адреналином в дозе 300 мкг (например, эпипен) и уметь им правильно пользоваться.

Ангионевротический отек

Ангионевротический отек представляет собой вариант крапивницы, при котором отек развивается в глубоких слоях кожи и часто возникает в области лица, нося преходящий характер. Заболевание обычно сочетается с появлением уртикарных элементов на других частях тела. Тем не менее ангионевротический отек без волдырей может быть связан с реакцией на прием лекарственных препаратов (например, ингибиторов АПФ, НПВС) и с недостаточностью ингибитора С1-эстеразы (наследственной или приобретенной). Орофарингеальный ангионевротический отек опасен, развивается остро и обезображивает внешний вид пациента.

Клинические проявления

Ангионевротический отек обычно ограничен одной областью, чаще всего это губы (рис. 69), веки (рис. 70) или гениталии. Отечность может быть симметричной или односторонней (рис. 71) и сохраняться в течение от нескольких часов до 2–3 дней. Пораженная кожа не краснеет, зуда обычно не отмечается. Могут поражаться язык и глотка. Наследственный ангионевротический отек характеризуется рецидивирующей отеком кожи и слизистых оболочек в сочетании с рвотой, коликообразными болями в животе и поражением гортани. Ангионевротический отек может развиваться в рамках анафилактической реакции.

Дифференциальный диагноз

- Рожистое воспаление или целлюлит (см. с. 153, очаг болезненной распространяющейся эритемы с повышением температуры тела).
- Лимфедема (плотный отек с изменением рельефа кожи).

Осложнения

- Тошнота и рвота.



Рис. 69. Ангионевротический отек

Часто отмечается поражение вокруг рта с отеком губ. У пациента также есть отек языка без вовлечения глотки и гортани



Рис. 70. Ангионевротический отек

Виден уродующий отек периорбитальной зоны, а именно век и окружающей кожи



Рис. 71. Ангионевротический отек

Процесс может иметь односторонний характер

- Диарея.
- Анафилаксия (бронхоспазм, отек гортани, гипотензия, нарушение сердечного ритма).

Диагностика

- Диагноз обычно устанавливают клинически.
- С3, С4 компоненты комплемента (С4 снижен при наследственной и приобретенной недостаточности ингибитора С1-эстеразы). Если уровень С4 снижен, недостаточность ингибитора С1-эстеразы подтверждают специфическими количественными и функциональными методами анализа. С1q также может снижаться при приобретенной недостаточности ингибитора С1-эстеразы.

Неотложные мероприятия

Прекратить прием провоцирующих агентов (например, ингибиторов АПФ).

Системное лечение

- Ангионевротический отек без системных проявлений лечат так же, как и крапивницу, назначая H₁-антигистаминные препараты (например, цетиризин 10 мг или левоцетиризин 5 мг 1 раз в день). Иногда антигистаминные препараты применяют в повышенных дозах.
- Для купирования острого приступа наследственного ангионевротического

го отека назначают концентрат ингибитора С1-эстеразы или свежезамороженную плазму.

Поддерживающее лечение

При анафилаксии назначают:

- адреналин внутримышечно или подкожно в дозе 0,5–1,0 мг;
- медленное внутривенное введение хлорфенирамина в дозе 10–20 мг;
- гидрокортизона натрия сукцинат в дозе 100–300 мг внутривенно;
- кислород.

Долгосрочные мероприятия

При хроническом ангионевротическом отеке у больных наблюдаются повторяющиеся эпизоды приступов заболевания в течение длительного периода времени. Таким пациентам необходимы поддерживающая терапия антигистаминными препаратами и наблюдение дерматолога. При наследственном ангионевротическом отеке с целью профилактики рецидивов назначают станозолол, даназол и транексамовую кислоту. Пациенты с наследственным ангионевротическим отеком и анафилаксией в анамнезе должны носить браслет с указанием этиологического фактора и рекомендациями по проведению неотложной помощи. Пациентам с риском анафилактической реакции следует иметь под рукой аутоинжектор с адреналином в дозе 300 мкг (например, эипен) и уметь им правильно пользоваться.

Физическая крапивница

При физической крапивнице волдыри появляются вследствие воздействия внешних факторов. К ним относятся давление, тепло, холод и УФ-излучение. Волдыри появляются через несколько минут после воздействия провоцирующего фактора и разрешаются через 1–2 часа. Исключением из этого правила служит крапивница после давления, при которой высыпания развиваются и исчезают медленнее. Если стимул достаточно велик или пациент особенно чувствителен к данному фактору, могут развиваться ангионевротический отек и (или) системные проявления.

Холодовая крапивница связана с целым рядом системных нарушений, включая инфицирование ВЭБ, гепатиты, лимфомы, криоглобулинемию и заболевания соединительной ткани.

Клинические проявления

Далее даны описания отдельных видов физической крапивницы.

- Холинергическая крапивница: мелкие волдыри на коже туловища, возникающие в результате повышенного потоотделения, обычно в течение нескольких минут после физической нагрузки (рис. 72).
- Симптоматический дермографизм: линейные волдыри в местах расчесов и трения (например, одеждой). Выраженность зуда часто не соответствует тяжести высыпаний.
- Холодовая крапивница: волдыри появляются после воздействия на кожу низких температур — дождя или холодного ветра.
- Аквагенная крапивница: контакт с водой любой температуры вызывает появление множества мелких волдырей.
- Солнечная крапивница: развивается весной и летом и характеризуется появлением сливных уртикарных



Рис. 72. Холинергическая крапивница

Волдыри и отечная эритема на коже спины и груди развились сразу после физической нагрузки

высыпаний на открытых солнечному свету участках тела (рис. 73).

- Отсроченная крапивница от давления: отечные элементы, сопровождающиеся зудом, болезненностью и жжением,



Рис. 73. Солнечная крапивница

Эритема и волдыри развились на коже спины через несколько минут после выраженной инсоляции. Обращают внимание четкие границы высыпаний, соответствующие краям одежды

возникают через 4–6 часов после длительного давления на кожу в излюбленных местах: кисти рук (тяжелые сумки), стопы (длительное стояние), ягодицы (длительное сидение), талия (тесная одежда) (рис. 74). Высыпания сохраняются 8–72 часа.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз зависит от типа физической крапивницы.

Холинергическая крапивница

- Потница (см. с. 250, персистирующие папулы после воздействия тепла).

Симптоматический дермографизм

- Зуд при системных заболеваниях (генерализованный зуд, вызываемый множеством различных системных расстройств).

Аквaгенная крапивница

- Аквaгенный кожный зуд (зуд без волдырей после контакта с водой).

Солнечная крапивница

- Полиморфный фотодерматит (см. с. 257, зудящие папулы на открытых участках тела, появляющиеся после инсоляции).

Осложнения

- Головная боль, сердцебиение и обмороки (при тяжелой форме болезни).
- Анафилаксия (бронхоспазм, отек гортани, гипотензия, нарушения сердечного ритма).

Диагностика

- Диагноз обычно устанавливают клинически.
- Контактные кожные тесты, например прикладывание кубика льда для выявления холодовой крапивницы, имитация инсоляции при солнечной крапивнице.



Рис. 74. Крапивница, возникающая отсроченно после давления

Волдыри появились в местах сдавления кожи. У данного пациента высыпания также появлялись в местах расчесов, отражая положительный дермографизм с линейным расположением волдырей

При холодовой крапивнице

- Общеклинический и биохимический анализы крови, в том числе биохимические показатели функции печени.
- СОЭ, аутоантитела, криоглобулины.
- Иммуноглобулины и электрофорез белков.
- Серологические исследования для исключения гепатитов В, С и ВЭБ.
- Рентгенография органов грудной клетки.

Неотложные мероприятия

Прекращение контакта с этиологическим физическим фактором.

Наружное лечение

Регулярное нанесение увлажняющих средств с охлаждающим действием (например, 1 % ментолового крема).

Системное лечение

- Эффективно назначение H_1 -антигистаминных препаратов (например, цети-

ринин 10 мг или левоцетиризин 5 мг 1 раз в день). Иногда антигистаминные препараты назначают в повышенных дозах.

- Антигистаминные препараты с седативным эффектом в вечернее время (например, гидроксизин 25 или 50 мг).

Поддерживающее лечение

- Лечение анафилаксии внутримышечным или подкожным введением адреналина 0,5–1,0 мг.
- Медленное внутривенное введение хлорфенирамина 10–20 мг.
- Внутривенное введение гидрокортизона натрия сукцината 100–300 мг.
- Кислород.

Долгосрочные мероприятия

Физическая крапивница часто сохраняется в течение месяцев и даже лет и поэтому требует лечения по схеме хронической крапивницы под контролем дерматолога. Выработать толерантность к провоцирующим факторам позволяют повторные, постепенно возрастающие под длительности контакты с ними. В случае тяжелой физической крапивницы назначают системные иммуносупрессанты. Пациенты со значительными системными нарушениями, развивающимися после эпизодов физической крапивницы, должны носить браслеты с указанием этиологического фактора и рекомендациями по проведению неотложной помощи.

- на лицо и волосистую часть головы — сильные или сверхсильные;
- на туловище и конечности — сверхсильные.
- Фотозащита: нанесение местных средств с широким спектром защиты и ношение широкополых шляп.
- Пациентам рекомендуют избегать инсоляции.

Системное лечение

При распространенной форме ДКВ назначают системные кортикостероиды (например, преднизолон в дозе 0,5 мг/кг в день в течение 1 недели со снижением на 5 мг каждые 5 дней).

Долгосрочные мероприятия

В связи с тем, что высыпания при ДКВ разрешаются с формированием рубцов,

необходимо активное применение сильных местных кортикостероидов. Пациентам, не отвечающим на местную терапию, назначают гидроксихлорохин в дозе 200 мг 1 или 2 раза в день (или 6,5 мг/кг в день). При неэффективности гидроксихлорохина применяют ацитретин. Пациентам с интермиттирующим течением ДКВ необходимо регулярное наблюдение дерматолога с коррекцией терапии в соответствии с активностью заболевания. Если ДКВ приводит к уродующим дефектам внешности, можно порекомендовать применение косметического камуфляжа. Полная ремиссия отмечается примерно в 50 % случаев при ограниченной форме ДКВ. Примерно у 5 % пациентов развивается СКВ. Диссеминированная ДКВ чаще носит персистирующий характер и переходит в системную красную волчанку.

Системная красная волчанка

Системная красная волчанка (СКВ) — аутоиммунное заболевание, которое может протекать как в легкой форме, так и приводить к летальному исходу. Молодые женщины болеют чаще мужчин, средний возраст начала болезни составляет от 16 до 55 лет. Нередко у больных СКВ наблюдается острая форма с мультисистемным поражением и выраженной симптоматикой, включая вовлечение кожных покровов.

Клинические проявления

Обычно высыпания при СКВ представлены участками эритемы с четкими границами в области щек и спинки носа («волчаночная бабочка») (рис. 126). Высыпания обусловлены повышенной фоточувствительностью и могут сочетаться с пятнистой эритемой на других открытых участках тела (например, ушные раковины, шея, область декольте, верхняя часть спины и кисти рук). В случае острого начала высыпания могут приобретать буллезный характер и сопровождаться десквамацией эпидермиса (рис. 127). При осмотре кистей рук обычно обнаруживают эритему ногтевых валиков и видимое расширение капилляров, а также шероховатость эпонихия (рис. 128). Также наблюдаются сетчатая телеангиэктатическая эритема в области ладоней и пальцев кистей и уплотнения на кончиках пальцев кистей и стоп (ознобленная волчанка). Обычно в анамнезе присутствует симптом Рейно. Часто наблюдается сетчатое ливедо на коже нижних конечностей (рис. 129). К другим признакам СКВ относятся: ДКВ, диффузная нерубцовая алопеция, язвы на слизистой оболочке полости рта, пальпируемая пурпура и уртикарный васкулит.

Дифференциальный диагноз

- Розацеа (папулы, пустулы, телеангиэктазии и эритема на коже лица).



Рис. 126. Системная красная волчанка

У пациентки видна характерная симметричная эритема на коже щек и носа (сыпь в форме бабочки)



Рис. 127. Системная красная волчанка

У пациента с острой формой заболевания видна крупная зона эритемы с десквамацией эпидермиса на коже спины



Рис. 128. Системная красная волчанка

Видна эритема ногтевых валиков с расширенными капиллярами и неровным эпонихием. Околоногтевая эритема и изменения ногтевых валиков наблюдаются при многих заболеваниях соединительной ткани

- Себорейный дерматит (см. с. 30, эритема и шелушение на коже лица, груди и волосистой части головы).
- Полиморфный солнечный дерматит (см. с. 255, зудящие папулы на открытых участках тела, появляющиеся в течение нескольких часов после инсоляции).
- Фототоксические лекарственные реакции (см. с. 271, высыпания на открытых участках тела вследствие приема фотосенсибилизаторов).
- Дерматомиозит (см. с. 138, фиолетового цвета эритема век, папулы Готтрона и миопатия).
- Подострая кожная красная волчанка (см. с. 133, кольцевидные и полициклические высыпания на верхней части туловища).
- Смешанные заболевания соединительной ткани (синдром перекреста с СКВ, системной склеродермией и миозитом).

Осложнения

- Общая слабость и недомогание.
- Лихорадка.
- Снижение массы тела.
- Серозит (плеврит, перикардит).



Рис. 129. Системная красная волчанка

Сетчатое ливедо часто сопровождает активную стадию заболевания

- Артрит (синдром Жакку).
- Поражение почек (гломерулонефрит, нефротический синдром).
- Артериальная гипертензия (сопровождает поражение почек).
- Антифосфолипидный синдром.
- Миозит.
- Легочный фиброз.
- Периферическая нейропатия.
- Острое нарушение мозгового кровообращения.
- Психоз.
- Васкулит.

Диагностика

- Общеклинический анализ крови (при СКВ могут наблюдаться анемия, лейкопения, лимфопения и тромбоцитопения).
- Биохимический анализ крови, в том числе биохимические показатели функции печени (часто отмечается поражение почек, нарушение функции печени встречается редко).
- СОЭ, СРБ (при СКВ типично ускорение СОЭ при нормальном уровне СРБ).
- АНА, анти-дсДНК, -Sm, -RNP, -Ro(SS-A), -La(SS-B) антитела (АНА обычно резко положительны; анти-дсДНК и -Sm антитела специфичны для СКВ).
- Комплемент (С3 и С4 компоненты комплемента могут быть снижены при активной СКВ; недостаточность С1q, С4 и С2 указывают на СКВ).
- Волчаночный антикоагулянт и антикардиолипиновые антитела (антикардиолипиновые антитела обнаруживают при антифосфолипидном синдроме, который развивается примерно у 30 % пациентов с СКВ).
- Общеклинический анализ мочи (при поражении почек выявляют протеинурию).
- Биопсия кожи для патоморфологического исследования (выраженная вакуольная дегенерация базально-

го слоя эпидермиса; в верхнем слое дермы отмечаются отек и лимфоцитарный инфильтрат).

- Биопсия кожи для проведения прямой иммунофлуоресценции (гранулярные и полосовидные отложения IgG, IgM и C3 в области эпидермально-дермальной границы).

Для установления диагноза СКВ необходимы 4 из 11 критериев Американской коллегии ревматологов. Все 11 критериев включают: серозит, язвы в полости рта, артрит, фоточувствительность, изменения в анализах крови, поражение почек, АНА, иммунологические сдвиги, неврологические симптомы, высыпания на щеках, дискоидную сыпь.

Неотложные мероприятия

Наружное лечение

- Наружные кортикостероиды 2 раза в день (в течение ограниченного количества времени):
 - на лицо — средней силы;
 - на туловище и конечности — сильные.
- Пациенты должны избегать инсоляции, применять местные солнцезащитные средства с высоким спектром защиты и носить закрытую одежду.

Системное лечение

- Средние или высокие дозы системных кортикостероидов (например, преднизолон в дозе 0,5–1 мг/кг в день) со снижением после развития клинического ответа.
- При тяжелой форме болезни — пульс-терапия метилпреднизолоном внутривенно в дозе 500 мг 3 дня подряд и циклофосфамидом в дозе 500 мг внутривенно каждые 14 дней 6 раз.

Поддерживающее лечение

- При тяжелом состоянии необходима госпитализация для соблюдения постельного режима, проведения

диагностических обследований и начала лечения.

- Пациентам с тяжелым поражением почек необходимо неотложное проведение оценки функции почек.

Долгосрочные мероприятия

СКВ имеет волнообразное течение с чередованием обострений и ремиссий, поэтому лечение должно соответствовать активности заболевания. Большинство пациентов получает системную кортикостероидную терапию в низких дозах для удержания контроля над болезнью. В легких случаях в качестве монотерапии или в комбинации с низкими дозами преднизолона применяют гидрок-

сихлорохин в дозе 200 мг 1 или 2 раза в день (или 6,5 мг/кг в день). В качестве стероид-сберегающих препаратов используют пероральные иммуносупрессанты (например, азатиоприн, циклофосфамид, микофенолата мофетил). Длительное применение системных кортикостероидов требует регулярного обследования для исключения сахарного диабета, артериальной гипертензии и проведения профилактики остеопороза. Часто необходимо назначение гастропротекторов и ингибиторов протонной помпы (например, омепразол в дозе 20 мг 1 раз в день). Пациентам с СКВ часто требуется наблюдение нескольких специалистов, включая ревматолога, нефролога и дерматолога.

Подострая кожная красная волчанка

Подострая кожная красная волчанка (ПККВ) — отдельный дерматоз в ряду вариантов поражения кожи при красной волчанке. Хотя ПККВ может выступать в качестве отдельного заболевания, высыпания, характерные для ПККВ, могут отмечаться в рамках СКВ. Важными пусковыми факторами ПККВ служат некоторые лекарственные препараты, включая гипотензивные, противогрибковые средства и блокаторы ФНО. Предрасположены к развитию заболевания молодые женщины со светлой кожей. ПККВ часто развивается остро, заставляя пациента обращаться за неотложной медицинской помощью.

Клинические проявления

Высыпания при ПККВ представлены красными папулами, бляшками, кольцевидными элементами на коже верхней части груди и спины, задней поверхности шеи и проксимальных отделов конечностей (рис. 130). При слиянии кольцевидных эле-



Рис. 130. Подострая кожная красная волчанка

Видны многочисленные кольцевидные красные высыпания на коже спины, сливающиеся с формированием фигурных и полициклических очагов

ментов образуются характерные полициклические очаги. По краям могут наблюдаться шелушение или эрозии (рис. 131). Высыпания часто болезненны, иногда сопровождаются зудом. В тяжелых случаях появляются распространенные пузырьные



Рис. 131. Подострая кожная красная волчанка

Высыпания часто имеют воспаленные шелушащиеся края

Многоформная экссудативная эритема

Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) — отдельное заболевание, которое наиболее часто возникает в ответ на герпетическую инфекцию. МЭЭ не является вирусной болезнью *per se*. Высыпания при МЭЭ появляются одновременно или через 7 дней после реактивации герпетической инфекции, обусловленной либо ВПГ-1, либо ВПГ-2. В ряде случаев она развивается в ответ на другие инфекции (например, микоплазменную, стрептококковую, контагиозный пустулезный дерматит («узелки доильщиц») и некоторые лекарственные препараты (например, пенициллин, сульфаниламиды, триметоприм).

Клинические проявления

В некоторых случаях высыпания ограничены только кожей, в других — только слизистыми оболочками (особенно в случае, если триггером служит микоплазменная инфекция). Высыпания могут локализоваться на коже разгибательных поверхностей и дистальных участков конечностей, а также на слизистых оболочках. Ладони, подошвы, тыльная поверхность кистей, своды стоп, локти и колени — излюбленная локализация высыпаний при МЭЭ. Высыпания могут иметь различное течение (отсюда термин «многоформная»), но обычно представлены красными кольцевидными пятнами или отчетливыми папулами. Наиболее типичным служит элемент в виде «мишени», представленный концентрическими кольцами, в центре которого может возникать пузырь на фоне эритемы (рис. 171–173). Высыпания на слизистой оболочке рта представлены пузырями и эрозиями (рис. 174). Поражение кожи обычно протекает без субъективных ощущений, высыпания на слизистых оболочках, как правило, болезненны. Поражение слизистых оболочек только одной анатомической области отмечается при легкой форме, тогда как диссеминированные высыпания свидетельствуют о тяжелой форме МЭЭ.

Дифференциальный диагноз

- Острая крапивница (см. с. 68, зудящие волдыри, часто имеющие причудливые очертания).
- Уртикарный васкулит (см. с. 76, зудящие волдыри персистирующего характера).
- Ветряная оспа (см. с. 181, диссеминированные высыпания в виде везикул на гиперемизированном фоне).
- ССД (см. с. 280, реакция гиперчувствительности в ответ на прием лекарственных препаратов с поражением кожи и слизистых оболочек в виде пятен, «мишеней» и пузырей).
- Буллезный пемфигOID (см. с. 80, крупные пузыри с плотной покрывкой на фоне эритемы; субъективно сопровождаются зудом).

Осложнения

Шейная лимфаденопатия (при поражении слизистой оболочки рта).

Диагностика

- Диагноз обычно устанавливают клинически.
- Мазки с герпетических высыпаний для вирусологического исследования.
- Биопсия кожи для патоморфологического исследования (лимфоцитарный инфильтрат в области эпидермально-дермальной границы, приводящий к гибели базальных кератиноцитов с образованием цитоидных телец; везикулярная форма МЭЭ характеризуется щелями в области эпидермально-дермальной границы и обширным некрозом эпидермиса).

Неотложные мероприятия

В большинстве случаев заболевание носит ограниченный характер, высыпания регрессируют в течение 2 недель.



Рис. 171. Многоформная экссудативная эритема

Классические высыпания при этом заболевании имеют форму «мишеней» и состоят из чередующихся красных и бледно-розовых колец. В центре каждого элемента — уплотнение кожи или пузырь. У данного пациента высыпания спровоцированы генитальным герпесом



Рис. 172. Многоформная экссудативная эритема

Концентрические кольца видны только при внимательном осмотре. В данном случае высыпания появились после обострения генитального герпеса



Рис. 173. Многоформная экссудативная эритема

У пациента распространенная форма заболевания на коже конечностей развилась после микоплазменной инфекции дыхательных путей. Высыпания в области лодыжек представлены пузырями

Наружное лечение

- Мази с наружными кортикостероидными препаратами 2 раза в день:
 - на туловище и конечности — средней силы и сильные.
- При высыпаниях на слизистой оболочке рта назначают противовоспалительные и кортикостероидные растворы для полоскания рта.
- При поражении конъюнктив проводят тщательную гигиену глаз с регулярным промыванием физиологическим раствором, удалением корок и нанесением хлорамфеникола.

Системное лечение

При тяжелом течении на слизистой оболочке полости рта или распространенных высыпаниях на коже назначают короткие курсы системных кортикостероидов (например, преднизолон в дозе 0,5 мг/кг в день со снижением на 5 мг каждые 5 дней).

Долгосрочные мероприятия

МЭЭ часто носит рецидивирующий характер. Повторные эпизоды обычно связа-



Рис. 174. Многоформная экссудативная эритема
Поражение нижней губы сопровождается эрозивным хейлитом и геморрагическими корками

ны с реактивацией герпетической инфекции. В некоторых случаях при подозрении на реактивацию герпеса назначают профилактически ацикловир в дозе 400 мг 2 раза в день или валацикловир в дозе 500 мг 1 раз в день в течение 6 месяцев. Пациенты с хронической рецидивирующей МЭЭ должны находиться под наблюдением дерматолога и в некоторых случаях получают вторую линию терапии — азатиоприн.

Ветряная оспа

Ветряная оспа развивается при первичном инфицировании вирусом опоясывающего герпеса (ВОГ). Заболевание высоко контагиозно и передается воздушно-капельным путем. Пациенты заразны за 2 дня до появления сыпи и еще в течение 5 дней. Инкубационный период составляет около 14 дней. Менее 5 % случаев ветряной оспы отмечаются у взрослых, при этом заболевание протекает тяжелее, чем в детском возрасте, и имеет угрожающие жизни осложнения.

Клинические проявления

Отмечается короткий продромальный период с лихорадкой, головной болью, миалгией и общей слабостью, затем появляются очаги в виде красных пятен, на фоне которых быстро развиваются пузырьки. Таким образом, пузырьки окружены эритематозным венчиком (рис. 175). Со временем пузырьки, при присоединении вторичной инфекции, превращаются в пустулы. При отсутствии явлений вторичной пиодермии содержимое пузырьков высыхает в корочки, которые могут быть геморрагическими (рис. 176). Обычно видны высыпания на всех стадиях развития. У взрослых высыпания носят генерализованный характер и локализуются на коже туловища, головы и проксимальных отделах верхних конечностей, при этом на конечностях высыпаний относительно мало (рис. 177). Пузырьки часто образуются на слизистой оболочке полости рта, особенно на твердом небе. Высыпания могут быть болезненными и сопровождаться зудом.

Дифференциальный диагноз

- Диссеминированная инфекция, вызванная ВПГ (см. с. 175, высыпания неотличимы от ветряной оспы).
- Буллезное импетиго (см. с. 142, эритема, пузырьки с плотной покрывкой и корки медового цвета).



Рис. 175. Ветряная оспа

Свежие высыпания при ветряной оспе представлены пузырьками на гиперемизированном основании



Рис. 176. Ветряная оспа

На поздних стадиях пузырьки вскрываются, оставляя мелкие эрозии, покрытые геморрагической коркой



Рис. 177. Ветряная оспа. У взрослых заболевание носит распространенный характер. Обычно высыпания видны на всех стадиях развития

Кандидоз

Проявления кандидоза на коже и слизистых оболочках можно разделить на ряд отдельных клинических форм, каждая из которых характеризуется отдельной областью поражения. Кандидоз слизистой полости рта развивается при иммуносупрессии и у пожилых лиц (особенно часто у тех, кто носит протезы), а также у пациентов, принимающих ингаляционные или системные кортикостероиды. Вульвовагинальный кандидоз очень часто наблюдается у здоровых женщин. Кожный кандидоз чаще всего вызывает интертриго (воспаление кожных складок), но также может проявляться баланитом, фолликулитом, паронихией и окклюзионным дерматозом на коже спины у лежачих пациентов. В целом инвазия *Candida* происходит при нарушении целостности кожных барьеров или при снижении общего иммунитета, вызванного приемом иммуносупрессантов, ВИЧ-инфекцией или сахарным диабетом.

Клинические проявления

- Кандидоз слизистой оболочки рта: белесоватые бляшки на фоне воспаленной слизистой оболочки рта (рис. 189),



Рис. 189. Кандидоз полости рта. На языке виден творожистый белый налет

Данный пациент получает кортикостероиды внутрь

которые могут становиться красными и блестящими (острый эритематозный кандидоз). Может наблюдаться лабиальный герпес.

- Вульвовагинальный кандидоз: отмечаются покраснение, отечность вульвы с белесоватыми бляшками и творожистым отделяемым. Обычно высыпания сопровождаются зудом. Также могут отмечаться боль во влагалище и диспареуния.
- Кандидозное интертриго: обычно развивается в зоне мацерации кожи в паху, подмышечных впадинах, складках под молочными железами и в области межъягодичной складки. Высыпания болезненны, сопровождаются зудом и первоначально представлены влажной эритемой в глубине складки. Затем кандидозное интертриго распространяется за пределы зоны мацерации, край становится фестончатыми, а по периферии появляются поверхностные пустулы. За пределами очагов видны отсевы — красные папулы или пустулы (рис. 190). При кандидозе пустулы



Рис. 190. Кандидоз складок

Видна эритема паховой складки с пустулами по краям и отсевами за пределами очагов

выскапываются с образованием эрозий, окруженных воротничком из чешуек.

- Кожный кандидоз: в области окклюзии кожи, например на спине и в местах прилегания одежды к телу, колонизация *Candida* вызывает везикулопустулезную реакцию кожи или фолликулит.
- Кандидозная паронихия: высыпания появляются у лиц, занимающихся работой во влажных условиях (например, парикмахеров, барменов). Обычно отмечаются покраснение, отечность и болезненность ногтевых валиков с ретракцией кутикулы. Иногда из-под ногтевых валиков отделяется гной.

Дифференциальный диагноз

Кандидоз ротовой полости

- Красный плоский лишай (см. с. 46, белесоватая сеть на слизистой оболочке щек).

Вульвовагинальный кандидоз

- Контактный дерматит (см. с. 26, эритематозные очаги с лихенификацией, сопровождающиеся зудом).

Кандидозное интертриго

- Микоз голеней (см. с. 190, односторонне расположенные зудящие очаги красного цвета, с периферическим ростом).
- Себорейный дерматит (см. с. 30, эритематозные очаги на сгибательных поверхностях, сопровождающиеся зудом).
- Псориаз складок (симметрично расположенные в сгибательных поверхностях красные бляшки с четкими границами).

Кандидоз кожи

- Аспергиллез кожи (представлен пустулами и эритемой, обычно развивается при иммуносупрессии).

- Генерализованный пустулезный псориаз (см. с. 43, поверхностные пустулы на фоне распространенной эритемы).
- Острый генерализованный экзантематозный пустулез (см. с. 276, распространенные пустулезные высыпания после приема лекарственных препаратов).

Кандидозная паронихия

- Бактериальная паронихия (болезненная эритема и скопление гноя под ногтевыми валиками).
- Герпетический панариций (см. с. 175, болезненные корочки и пузырьки вдоль ногтевых валиков).

Осложнения

Системный кандидоз.

Диагностика

- Соскобы или мазки для микробиологического исследования.
- Сывороточный уровень глюкозы (для исключения сахарного диабета).
- Общеклинический анализ крови (для исключения лейкопении).

Неотложные мероприятия

- При кандидозе полости рта: нистатин в форме таблеток для рассасывания или суспензии 2 раза в день в течение 1–2 недель. Перед сном рекомендуют вынимать протезы и промывать их физиологическим раствором. Иммунокомпрометированным пациентам назначают флуконазол по 50 мг 1 раз в день в течение 7–14 дней или итраконазол в дозе 100 мг 1 раз в день в течение 15 дней.
- Вульвовагинальный кандидоз: ИЛИ свечи с клотримазолом в дозе 200 мг 1 раз в день в течение 3 ночей подряд, ИЛИ флуконазол системно в дозе 150 мг однократно или итраконазол в дозе 400 мг однократно.