

Педиатрическая **дерматология**



Pediatric Dermatology

FOURTH EDITION

Bernard A. Cohen MD

**Director of Pediatric Dermatology
Johns Hopkins Children's Center
Professor of Pediatrics and Dermatology
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore
Maryland
USA**

SAUNDERS
ELSEVIER

Педиатрическая дерматология

Бернард А. Коэн

Перевод с английского

*Под общей редакцией
профессора **Н.М.Шаровой***

Второе издание



Москва
«МЕДпресс-информ»
2021

УДК 616-053.2:616.5
ББК 57.3+55.83
К76

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Перевод с английского: В.П.Адаскевич

Коэн, Бернард А.

К76

Педиатрическая дерматология / Бернард А. Коэн; пер. с англ. ; под общ. ред. проф. Н.М.Шаровой. – 2-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2021. – 424 с. : ил.
ISBN 978-5-00030-889-9.

Данная книга является практичным, отлично иллюстрированным инструментом для распознавания и лечения всех дерматологических заболеваний и состояний, встречающихся в педиатрической практике. Она включает в себя более 900 цветных рисунков, которые помогут вам интерпретировать весь спектр клинических проявлений кожных болезней у новорожденных, детей и подростков.

Руководство предназначено для дерматологов, педиатров, неонатологов, студентов и аспирантов медицинских вузов и факультетов.

УДК 616-053.2:616.5
ББК 57.3+55.83

This edition of *Pediatric Dermatology*, 4th edition by **Bernard A Cohen, MD** is published by arrangement with Elsevier Limited.

The right of Bernard A. Cohen to be identified as author of this work has been asserted by him in accordance with the Copyright, Designs and Patents Act 1988.

ISBN 978-0-7234-3655-3
ISBN 978-5-00030-889-9

© 2013, Elsevier Limited. All rights reserved
© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2015

Оглавление

Предисловие	7	
Благодарности	8	
Посвящение	10	
Вступление	11	
Соавторы	12	
Глава 1	Введение в педиатрическую дерматологию	13
	Bernard A. Cohen	
	Анатомия кожи	13
	Осмотр и оценка статуса кожи	14
	Диагностические методы	23
	Лекарственные средства в дерматологии	27
Глава 2	Неонатальная дерматология	34
	Katherine B. Püttgen, Bernard A. Cohen	
	Введение	34
	Барьерные свойства кожи и применение местных препаратов	35
	Кожные осложнения при выхаживании в отделениях интенсивной терапии	37
	Транзиторные высыпания у новорожденных	40
	Незначительные аномалии	48
	Десквамация у новорожденных	51
	Пеленочный дерматит и другие дерматозы в области подгузников	56
	Врожденный сифилис	65
	Везикуло-пустулезные дерматозы	66
	Невусы/родимые пятна	82
	Опухоли	96
	Реактивные эритемы	99
Глава 3	Папулосквамозные высыпания	111
	Bernard A. Cohen	
	Введение	111
	Нарушения кератинизации	111
	Воспалительные дерматозы	122
	Лихеноидные дерматозы	145
	Грибковые инфекции	148
Глава 4	Везикуло-пустулезные высыпания	162
	Bernard A. Cohen	
	Введение	162
	Вирусные инфекции	163
	Бактериальные инфекции	171
	Иммунологические дерматозы	175
	Механобуллезные нарушения	183
	Дерматиты	184
	Многоформная эритема, синдром Стивенса–Джонсона, токсический эпидермальный некролиз	185

Глава 5	Узлы и опухоли Bernard A. Cohen	193
	Введение	193
	Поверхностные узлы и опухоли	194
	Узлы и опухоли в дерме	203
Глава 6	Нарушения пигментации John C. Mavropoulos, Bernard A. Cohen	224
	Введение	224
	Гиперпигментация	224
	Гипопигментация и депигментация	240
Глава 7	Реактивная эритема Bernard A. Cohen	255
	Введение	255
	Лекарственные сыпи	255
	Вирусные экзантемы	262
	Скарлатиноподобные сыпи	270
	Акральная эритема	273
	Пурпуры	275
	Фигурная эритема	285
	Панникулиты	288
	Фоточувствительность	291
	Сосудистые коллагенозы	295
Глава 8	Заболевания волос и ногтей Anna M. Bender, Bernard A. Cohen	316
	Введение	316
	Заболевания волос	316
	Заболевания ногтей	339
Глава 9	Заболевания слизистой оболочки полости рта Bernard A. Cohen	355
	Введение	355
	Анатомия полости рта	355
	Слизистая оболочка щек	358
	Язык	361
	Дно полости рта	368
	Губы	371
	Нёбо	377
	Десны	378
	Развитие и аномалии зубов	381
Глава 10	Артифициальные дерматозы Sherry Guralnick Cohen, Bernard A. Cohen	390
	Введение	390
	Психодерматология	390
	Насилие над детьми	394
	Болезнь «трансплантат против хозяина»	400
	Синдром приобретенного иммунодефицита	404
	Алфавитный указатель	411

Предисловие

С тех пор, как более 30 лет назад, еще обучаясь в ординатуре, я начал фотографировать своих пациентов, меня не перестает удивлять практически безграничное разнообразие проявлений кожной патологии. Однако при внимательном наблюдении можно выделить клинические признаки, которые позволяют правильно провести дифференциальную диагностику. В четвертом издании книги мне удалось разместить более 600 фотографий, треть из которых новые, для того чтобы проиллюстрировать различные проявления заболеваний кожи и типичные клинические случаи, являющиеся основой для понимания кожных высыпаний у детей. Более того, я рекомендую читателям обратиться к онлайн-дерматологическому атласу на сайте derm.org, где размещены все новые для этого издания и большинство ранее опубликованных фотографий, для просмотра дополнительных изображений и знакомства с более подробным обсуждением особых клинических случаев. В создании дерматологического атласа принимают участие более 500 авторов, вас я также приглашаю участвовать.

Книга «Педиатрическая дерматология» предназначена для педиатров и терапевтов, интересующихся дерматологией, а также для детских дерматологов. В издании особое внимание уделено проблемам клинической практики, и большинство глав заканчиваются алгоритмом для проведения дифференциального диагноза. Эту книгу не следует считать энциклопедическим текстом по педиатрической дерматологии, ей лучше всего пользоваться в сочетании с другой медицинской литературой, список которой приведен в конце каждой главы. Здесь вы найдете перечень классических изданий по педиатрической дерматологии и недавно опубликованные по этой теме материалы.

На дерматологическом факультете Медицинской школы Университета Хопкинса нам повезло иметь в роли преподавателей и консультантов прекрасных специалистов по патоморфологии полости рта. С их помощью мы смогли обосновать важность диагностики патологических очагов в полости рта для терапии детских болезней, что отражено в главе 9. Хотя основное внимание в этой главе уделено первичным очагам на слизистой полости рта, в ней также обсуждаются высыпания на слизистых оболочках в качестве ключей к диагностике системных заболеваний. Глава 2, посвященная дерматологическим заболеваниям у новорожденных и грудных детей, по-прежнему самая длинная, так как неонатология активно развивается как важнейшая педиатрическая дисциплина. Я не перестаю удивляться тому, как люди случайно, намеренно, тайно и/или в терапевтических целях манипулируют своей кожей. Именно поэтому в завершающей книгу 10-й главе «Артифициальные дерматозы» рассматриваются состояния, которые провоцируются, ухудшаются или первично вызываются внешними воздействиями.

И, наконец, мы стремились организовать текст так, чтобы он был удобен для читателя. Страницы и подписи к рисункам имеют стандартную нумерацию, предметный указатель включает все перечисленные в тексте и в подписях к рисункам заболевания. В содержании текста и иллюстрациях учтены все новшества, внедренные в диагностику и терапию, за годы, прошедшие после выхода третьего издания книги. Надеюсь, что чтение этого руководства доставит удовольствие всем изучающим педиатрическую дерматологию, так же как для меня было истинным удовольствием писать и иллюстрировать эту книгу.

Бернард А. Коэн
2012

Благодарности

Эта книга не смогла бы быть написана без помощи детей и их родителей, позволивших мне фотографировать их, а также без поддержки врачей, которые посылали этих детей ко мне на консультацию. Я особенно благодарен преподавателям университета, ординаторам, медицинским сестрам, помощникам врачей и студентам факультета педиатрии и дерматологии Медицинской школы Университета Джонса Хопкинса и сотрудникам Детского центра Джонса Хопкинса за их поддержку и понимание. Я хотел бы также поблагодарить моих друзей из Питтсбургской детской больницы, где эта книга впервые была задумана.

Сейчас меня поддерживает новая группа, включающая более 500 друзей и сотрудников, с большинством из них я познакомился через постоянно расширяющийся интерактивный дерматологический проект визуализации «Dermatlas». Моя связь с этим проектом в качестве одного из редакторов-основателей дает мне доступ к невероятно богатым национальным и интернациональным банкам фотографий кожных высыпаний. Я имел честь работать с почетным редактором и экспертом в области медицинской информатики Christoph Lehmann, неонатологом, который, вероятно, более сведущ в дерматологии, чем любой другой неонатолог в стране. Мой сын, Michael Cohen, молодой, изучающий тайны компьютерных наук «чародей», сейчас модернизирует платформу сайта, и я надеюсь на завершение этой работы к моменту публикации этого нового издания «Педиатрической дерматологии».

Я также в долгу перед патоморфологами Хопкинского университета, специалистами по слизистой полости рта, которые считают дерматологию областью своих профессиональных интересов. Они научили меня искать ключи к диагностике кожных и системных заболеваний, оценивая состояние слизистых оболочек, и оценивать патологию слизистой полости рта как отдельную медицинскую дисциплину. Без их помощи было бы невозможным создание концепции 9-й главы и включение в нее самых последних данных.

Я благодарен редакторам издательства Elsevier, ответственным за своевременное завершение книги, за их постоянное подбадривание и чуткое руководство. Хотелось бы также поблагодарить Tracy Shuford за бесперебойную связь между издательством и моим рабочим офисом, несмотря на 6-часовую разницу во времени.

Особую благодарность выражаю Kate Püttgen, моей «сообщнице» в педиатрической дерматологии в Детском центре; ординатору John Mavrouelos, восходящей звезде дерматологии в Медицинской школе Университета Джонса Хопкинса, и моей жене Sherry Cohen, помощнику семейного врача со специализацией в дерматологии, а также всем тем, кто внес значительный вклад в это издание.

Я хотел бы также поблагодарить всех ординаторов, специализирующихся в дерматологии и педиатрии, которые своими вопросами и консультациями помогли мне выбрать приоритетные темы для включения в эту книгу.

И, наконец, я хотел бы еще раз выразить признательность Dr. Nancy Esterly, которая написала предисловие ко второму изданию (приводится также в 3-м издании). Я часто вспоминаю ее и хотел бы выразить свое глубокое уважение, в том числе и в предисловии к четвертому изданию книги. Благодаря Dr. Esterly я понял, что педиатрическая дерматология может быть исключительно увлекательной и академически глубокой медицинской дисциплиной. Как образец для подражания и друг она продолжает руководить нами в области педиатрической дерматологии. Я хотел бы также поблагодарить Dr. Frank Oski, который пригласил меня в Балтимор, где включил педиатрическую дерматологию в программу

подготовки врачей-педиатров. Я надеюсь, что мы будем соответствовать его высоким стандартам.

Благодарность за иллюстрации:

Следующие иллюстрации были перепечатаны из: Zitelli BJ, Davis HW (eds). Atlas of pediatric physical diagnosis, 3rd edn. Mosby, St. Louis, 1997:

4.10, 7.8, 7.9, 8.1, 8.15, 8.49, 10.5, 10.7, 10.8, 10.11, 10.13

Я благодарен за возможность использования фотографий с сайта www.dermatlas.org, а также Dr. Russ Corio и Dr. Gary Warnock, адъюнкт-профессору дерматологии в Медицинской школе Университета Джона Хопкинса за предоставление дополнительных фотографий к главе, посвященной заболеваниям полости рта (глава 9).

Посвящение

Sherry, за ее бесконечное терпение, любовь, понимание и поддержку во время подготовки нового издания книги, которая заняла больше времени, чем я думал!

Michael, Jared и Jennie, в обществе которых я всегда ощущал себя молодым и счастливым. Восхитительно было наблюдать, как они выросли и сами начинали заботиться о младших и старших.

Всем детям, благодаря которым был осуществлен этот проект.

Вступление

ПРИМЕЧАНИЕ DR. COHEN

Я обратился с просьбой к издателю перепечатать предисловие ко второму изданию книги (воспроизведенное также в 3-м издании), которое было написано Dr. Nancy Esterly, чтобы выразить свое глубокое уважение ей за ее вклад в педиатрическую дерматологию, обучение многих врачей данной специальности и в мою собственную карьеру. Весной 1983 г., когда я отчаянно искал наставника по педиатрической дерматологии, Nancy взяла меня под свое покровительство во время элективного курса в детском мемориальном госпитале Чикаго.

В течение уже более 40 лет, со времени завершения обучения педиатрии и дерматологии в Балтиморе Dr. Esterly является высококлассным специалистом в этой области медицины. Она была в числе основателей Общества педиатрической дерматологии и воплощает в своей деятельности три основные миссии этой дисциплины: лечение пациентов, обучение врачей и клинические исследования.

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

Не так часто встречаешь книгу, столь выдающуюся как по содержательности текста, так и по иллюстративному материалу. Однако повторю еще раз, Bernard Cohen написал фундаментальный труд по педиатрической дерматологии, щедро иллюстрированный фотографиями, отображающими широкий спектр кожных проблем у детей разного возраста.

В четвертом издании «Педиатрической дерматологии» тест дополнен, в него включена 20-страничная глава, полностью посвященная патологии слизистых оболочек, а также 50 новых фотографий пациентов с заболеваниями слизистой, начиная от распространенной инфекции простого герпеса и кончая редкими эктодермальными дисплазиями. Сохраняя удачный стиль изложения, характерный для предыдущих изданий, новая глава включает необходимый диагностический алгоритм, схематические рисунки полости рта и ссылки на современную литературу по данной теме. Кроме того, в другие главы книги были добавлены новые фотографии и заменены отдельные прежние иллюстрации. Для новичков в педиатрической дерматологии текст Dr. Cohen является отличным стартом для знакомства с этой медицинской дисциплиной. Для уже практикующих детских дерматологов в этом прекрасно структурированном тексте найдется также много полезного и поучительного.

**Nancy B. Esterly, M.D.,
Professor Emeritus
Medical College of Wisconsin
Milwaukee, Wisconsin**

Соавторы

Anna M. Bender MD

Assistant Professor of Dermatology
Department of Dermatology
Weill Cornell Medical College
New York, NY, USA

Sherry Guralnick Cohen CRNP-F APRN-PMH

Family Nurse Practitioner, Dermatology
Pikesville, MD, USA

John C. Mavropoulos MD MPH PhD

Resident in Dermatology
Department of Dermatology
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, MD, USA

Katherine B. Püttgen MD

Assistant Professor
Department of Dermatology
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, MD, USA

Глава 1

Введение в педиатрическую дерматологию

Bernard A. Cohen

АНАТОМИЯ КОЖИ

Большинство из нас рассматривают кожу как простую и прочную ткань, покрывающую скелет и внутренние органы. На самом деле кожа сама является очень сложным и динамичным органом, состоящим из многих слоев и придатков (рис. 1.1). Самый верхний роговой слой эпидермиса (*stratum corneum*) является эффективным защитным барьером, препятствующим проникновению в организм раздражающих веществ, токсинов и микроорганизмов, а также удерживающим внутри него биологические жидкости. Остальные слои эпидермиса, зернистый (*stratum granulosum*), шиповатый (*stratum spinosum*) и базальный (*stratum basale*), продуцируют этот защитный барьер.

Меланоциты эпидермиса важны для защиты от вредного воздействия ультрафиолетового (УФ) излучения, а клетки Лангерганса и другие дендритные клетки находятся на первой линии иммунологической обороны и играют ключевую роль в развитии системных и кожных заболеваний, а также лекарственных реакций.

Дерма, состоящая в основном из фибробластов и коллагена, представляет собой прочный и плотный механический барьер, защищающий организм от порезов, укусов и ушибов. Ее коллагеновый матрикс обеспечивает также структурную опору для кожных придатков. Волосы, растущие из расположенных в глубине дермы фолликулов, важны как эстетический элемент внешности, а также как защита от солнца и твер-

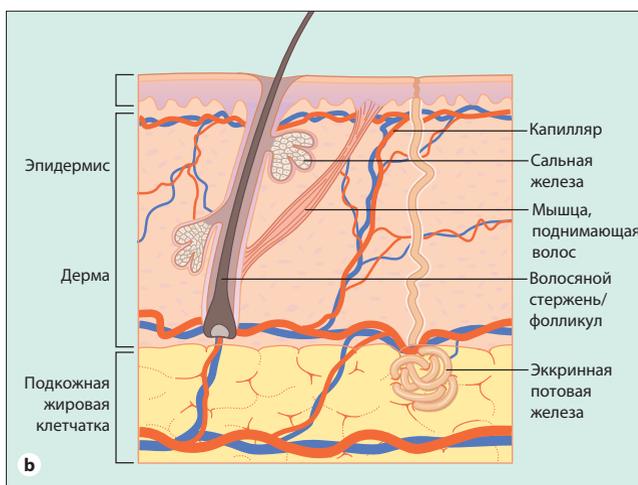
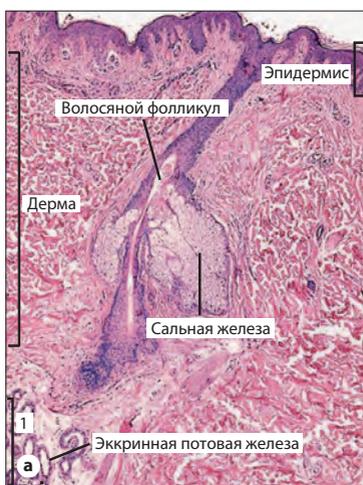


Рис.1.1 (а) Фотография кожи и (б) схематическое изображение анатомических структур кожи. 1 – подкожная жировая клетчатка.

дых частиц воздуха. Сальные железы тесно связаны с волосяными фолликулами. Они продуцируют сальный секрет для смазки кожи, что усиливает защитный эпидермальный барьер. Ногти не только служат инструментом для манипуляций, но и защищают чувствительные пальцы. Терморегуляция кожи осуществляется с помощью экринных потовых желез, а также за счет изменений внутрикожного кровотока, регулируемого посредством артериовенозных клубочковых анастомозов, или гломусов. В коже также локализуются специализированные тепловые, болевые и осязательные рецепторы. Сенсорные сигналы этих рецепторов помогают защитить кожную поверхность от травм и других вредоносных воздействий окружающей среды. Под дермой расположена подкожная жировая клетчатка, которая служит источником энергии и мягкой защитной подушкой.

ОСМОТР И ОЦЕНКА СТАТУСА КОЖИ

Кожа является самым большим и самым доступным для осмотра органом тела, возможно, поэтому его состояние чаще всего вызывает беспокойство пациентов. Поэтому все врачи общей практики должны уметь распознавать основные кожные заболевания и дерматологические признаки системных болезней.

Осмотр следует проводить в хорошо освещенном помещении. Врач должен обследовать всю поверхность, включая волосы на волосистой части головы и других участках тела, ногти и слизистые оболочки. Это может вызвать определенные затруднения при осмотре грудных детей и подростков, так как приходится осматривать поочередно небольшие участки, чтобы малыши не переохладились, а дети старшего возраста не стеснялись. Обычно специальные инструменты для проведения осмотра не нужны, но в ряде случаев полезны ручная лупа и источник света для бокового освещения. Это поможет оценить рельеф кожи и небольшие разрозненные очаги. Для этой цели можно адаптировать отоскоп, сняв с него пластмассовый рефлектор.

Имеется также ряд сравнительно недорогих портативных дерматоскопических приборов, которые позволяют увеличить изображение кожи, исследование с их помощью называется эпилюминесцентной микроскопией. Такие приборы обычно обеспечивают 10-кратное увеличение, они состоят из источника неполяризованного света, а также прозрачной пластинки с подлежащим слоем жидкости. Это позволяет устранить помехи, возникающие при отражении света от поверхности кожи. Съёмную головку для дерматоскопии можно установить на отоскоп или офтальмоскоп, а минеральное масло или спиртовой гель можно наносить непосредственно на кожный очаг. Современные приборы помогают получить такое же изображение без жидкой среды при помощи поляризованного света (рис. 1.2).

Несмотря на множество заболеваний, поражающих кожу, систематический подход к оценке высыпаний облегчает и упрощает процесс проведения дифференциального диагноза. После оценки общего состояния здоровья ребенка врач должен собрать подробный анамнез кожных симптомов, в том числе дату их первого появления, провоцирующие факторы, этапы развития очагов и наличие или отсутствие зуда. Недавно сделанные прививки, перенесенные инфекции, прием лекарств и аллергические реакции могут быть непосредственно связаны с появлением новых высыпаний. Семейный анамнез часто дает указание на наследственное заболевание или инфекционный процесс, поэтому иногда возникает необходимость осмотра других членов семьи. Изучение медицинской карточки пациента и фотографий помогает документально подтвердить наличие врожденных очагов.

Затем следует обратить внимание на распределение и характерное расположение очагов. Под распределением понимается локализация кожных признаков, а под характерным расположением – их специфическая анатомическая или физиологическая организация. Так, например, распределение очагов оценивается по тому, присутствуют ли они только на конечностях или на лице и туловище тоже. Характер расположения может быть флексорным (на сгибах) или



Рис. 1.2 Осмотр пигментированных невусов с помощью (а) прибора DermLite II производства «3Gen», (b) микроскопа для кожной поверхности и (с) отоскопа («Welsh Allyn»).

интертригинозным (в кожных складках) (см. рис. 1.3а). Характер расположения может предполагать наличие очагов на участках, открытых воздействию солнечного света или, наоборот, закрытых одеждой. Или локализованных по типу акродерматита (предпочтительное поражение дистальных участков конечностей), розового лишая (высыпания на туловище, вдоль линий натяжения кожи). Характер может быть акнеформным или по линиям Блашко, а также в виде сегментарных очагов (см. рис. 1.3b–h).

Кроме того, следует учитывать организацию и конфигурацию очагов, определить соотношение первичных и вторичных очагов в данной локализации (см. табл. 1.1) и их форму. Для этого нужно понять, рассеяны очаги диффузно или сгруппированы герпетично? Какой они конфигурации: дерматомной, линейной, серпигиозной, округлой, кольцевидной или сетчатой?

Глубина очагов в коже, которую определяют визуально или пальпацией, может дать дополнительные ключи к диагнозу (см. табл. 1.2). Нарушение нормального кожного рисунка чешуйками, папулами, везикулами или пустулами указывает на поражение эпидермиса. Изменение только цвета кожи может наблюдаться при патологических процессах в эпидермисе и дерме. Нарушение пигментации и изменение цвета могут указывать на анатомическую глубину очага. Оттенки коричневого отмечаются в случае пограничных невусов, лентиги и пятен по типу «кофе с молоком», когда пигмент усиленно скапливается в эпидермисе или поверхностных слоях дермы. При наличии «монгольских» пятен и невуса Ота возникает окраска от синевато-зеленого до серого оттенка, что связано с эффектом Тиндаля, обусловленным скоплением меланина в средних слоях дермы.

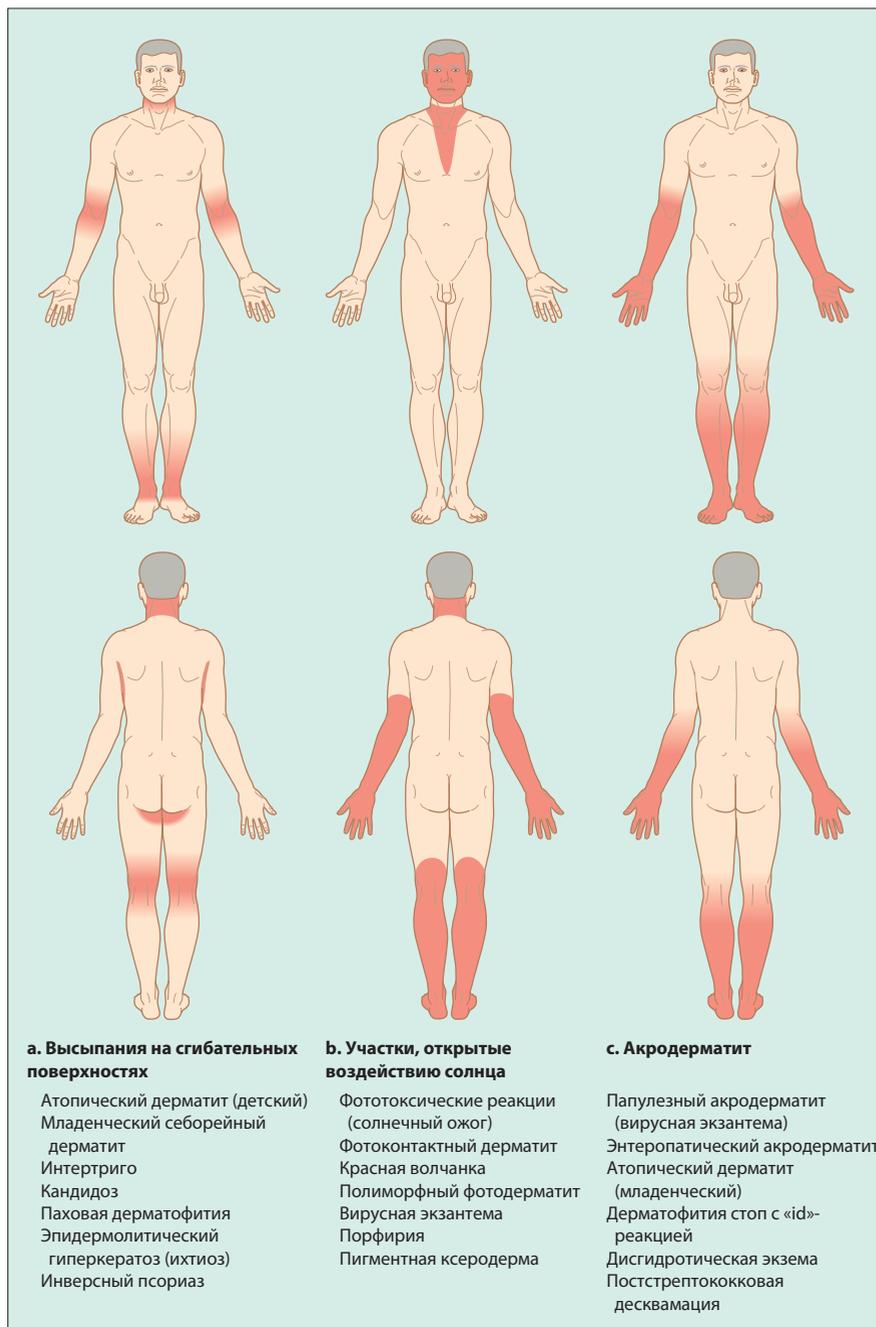


Рис. 1.3 Диагностика с учетом характерного расположения очагов.

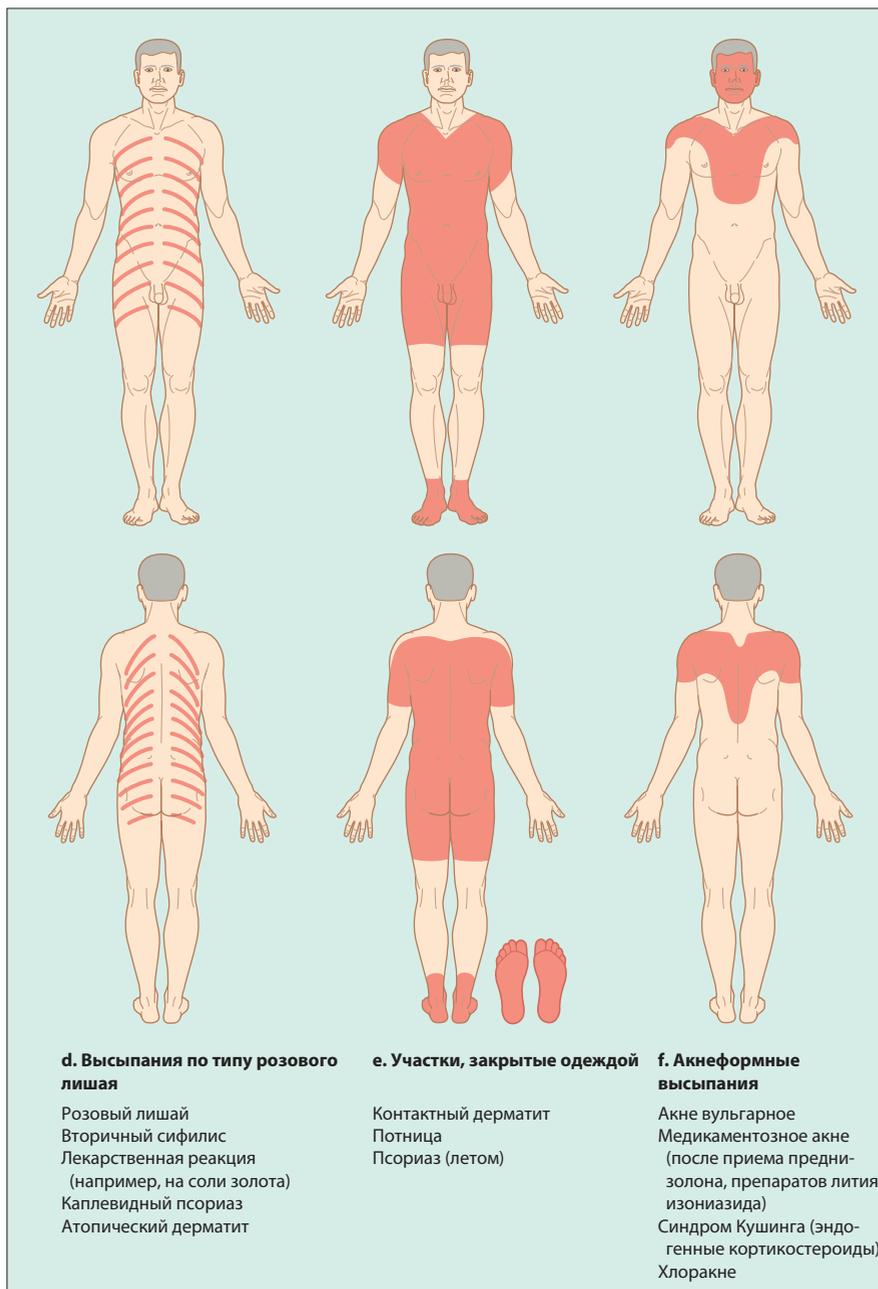


Рис. 1.3 (продолжение)

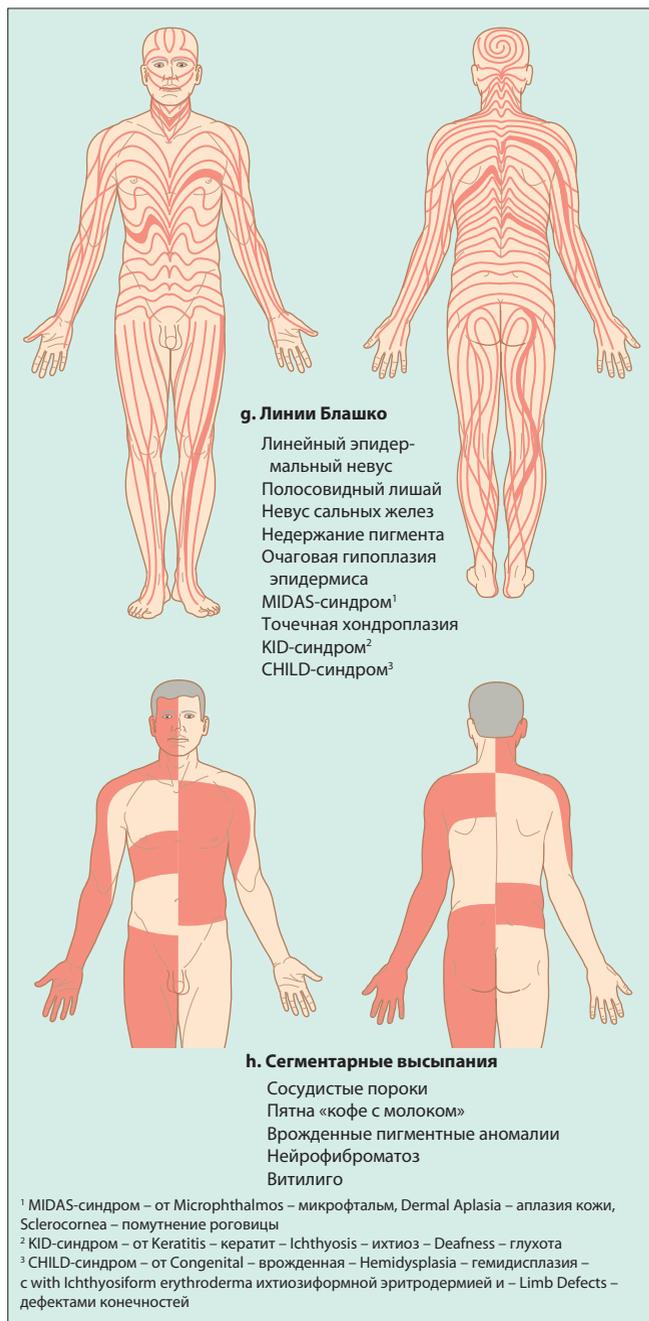
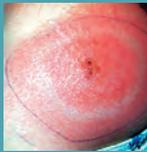


Рис. 1.3 (окончание)

Таблица 1.1 Организация и конфигурация очагов

			
Линейная	Дерматомная	Серпигинозная	Кольцевидная
Эпидермальные невусы Полосовидный лишай Контактный дерматит Бородавки Ихтиоз Псориаз Порокератоз Недержание пигмента	Герпес zoster Витилиго Беспигментный невус Невус Беккера Пятна «кофе с молоком» «Винное» пятно	Псориаз Эритема маргинальная Кожная мигрирующая личинка Эластоз перфорирующий серпигинозный	Дерматомикоз Подострая кожная волчанка Атопический дерматит Эритема кольцевидная центробежная
			
Герпетиформная	Сетчатая	Нитевидная	Географическая
Простой герпес Герпес zoster Герпетиформный дерматит	Мраморная кожа Сетчатое ливедо Врожденная флебэк-тазия Сетчатый и сливной папилломатоз Тепловая эритема (инфракрасная)	Бородавка Черный папулезный дерматоз Сирингоцистаденома нитевидная Акрохордон Пигментный невус	Псориаз «Географический» язык (десквамативный глоссит) Нуммулярная экзема Эритема кольцевидная центробежная

Если кожный рисунок эпидермиса в норме, но очаг выступает над поверхностью, патологический процесс обычно захватывает дерму. Дермальные очаги имеют четко очерченные, уплотненные границы. Узлы и опухоли в глубоких слоях дермы или подкожной жировой клетчатки могут искажать поверхностный рисунок кожи, не нарушая его. Некоторые глубоко расположенные очаги можно оценить только при тщательной пальпации.

Цвет очага может стать важным указанием на диагноз и патофизиологию процесса (см. табл. 1.3). Коричневый, синий, серый, бронзовый и черный ассоциируются с заболеваниями, которые изменяют нормальную пигментацию, в то время как белый цвет может быть следствием утраты нормальной пигментации или обусловлен скоплением чешуек, корок или экссудата. Красный и синий цвета связаны с воспалительными

и сосудистыми процессами. Не бледнеющие при нажатии синие или лиловые очаги свидетельствуют о наличии пурпуры. Желтый цвет поражения кожи приобретают при инфильтрации дермы воспалительными или опухолевыми клетками, содержащими липиды. Пигменты препаратов для местного (например, содержащие соли серебра или золота) или системного (например, миноцилин, амиодарон) применения, инородных тел (например, частицы асфальта, средства для татуировок) или инфекционных возбудителей (например, *Pseudomonas* или *Corynebacterium*) могут придавать кожным очагам специфические цветовые оттенки.

И наконец, врач может провести дифференциальный диагноз, опираясь на морфологию кожных очагов. Первичные патологические элементы (пятна, папулы, бляшки, везикулы, пузыри, пустулы, волдыри, узлы и опухоли) возникают в коже *de novo*

Таблица 1.2 Глубина расположения очагов

Кожная структура	Признаки	Заболевание	
Эпидермис	Изменение кожного рисунка Чешуйки, везикулы, корки Изменение цвета (черный, коричневый, белый)	Импетиго Пятно «кофе с молоком» Атопический дерматит Витилиго Веснушки	
Эпидермис + дерма	Изменение кожного рисунка Чешуйки, везикулы, корки Четкие границы очага Изменение цвета (черный, коричневый, белый и/или красный) Отек	Псориаз Атопический дерматит Кожная красная волчанка	
Дерма	Нормальный кожный рисунок Изменения цвета Изменение плотности дермы	Крапивница Кольцевидная гранулема Гемангиома Голубой невус	
Подкожная ткань	Нормальный кожный рисунок Нормальный или красный цвет кожи Изменение плотности кожи	Гематома Холодовой панникулит Узловатая эритема	

Таблица 1.3 Цвет очага

			
Красный	Лиловый	Коричневый	Серый
Воспалительные заболевания, такие как экзема, псориаз, крапивница, хроническая мигрирующая эритема и другие фигурные эритемы	Пурпура, сосудистые пороки, гемангиомы, гематома	Пигментный невус, поствоспалительная гиперпигментация, лентиго, веснушки, пятно «кофе с молоком», эпидермальный невус	«Монгольское» пятно, татуировка графитом, невус Ота
			
Синий	Бронзовый	Зеленый	Желтый
Татуировка, сосудистый порок, голубой невус, «монгольское» пятно	Прогрессирующий пигментный пурпурозный дерматоз, разрешающаяся гемангиома, фитофодерматоз	Татуировка, инфицирование псевдомониями, отложения миноциклина, «монгольское» пятно, разрешающаяся гемангиома	Ксантогранулема, ксантома, гиперплазия сальных желез, эпидермальная имплантационная киста

Глава 10

Артифициальные дерматозы

Sherry Guralnick Cohen, Bernard A. Cohen

ВВЕДЕНИЕ

Термин «артифициальный» означает «искусственно вызванный» или «неестественный». В дерматологии артифициальные дерматозы представляют собой группу особых психодерматозов. В этой главе, однако, это определение применяется в более широком смысле, в том числе к ряду заболеваний, которые не подходили по тематике к другим главам. После обсуждения заболеваний с психиатрическим компонентом рассматриваются кожные признаки насилия над ребенком. Глава завершается разделами, посвященными реакции «трансплантат против хозяина» и СПИДу, к возникновению которых в некотором смысле также причастен человек. Диагностический алгоритм для идентификации артифициальных дерматозов приведен в конце главы (см. рис. 10.22).

ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЯ

Вторичные психиатрические нарушения, а также психофизиологические расстройства часто встречаются в педиатрической практике. К счастью, первичные психиатрические заболевания, а также неврологические и другие органические расстройства, которые имитируют психиатрическую патологию (псевдопсихиатрические заболевания), редко наблюдаются у детей.

Вторичные психические расстройства

Локализованные поражения кожи на косметически важных участках, таких как голова

и шея, а также хронические распространенные высыпания могут исключительно сильно воздействовать на пациента и провоцировать вторичные психиатрические расстройства. Обезображивание внешности у таких пациентов приводит к низкой самооценке, социальной фобии, паранойе или депрессии. К кожным проблемам, которые чаще всего ассоциируются с вторичными психиатрическими расстройствами, относятся псориаз, кистозное акне, гнездная алопеция, витилиго, «винные» пятна и крупные пигментированные невусы.

Обезображивающие очаги у младенцев и маленьких детей являются источником стресса для родителей. Однако если провести терапию этих очагов до наступления критического периода в психологическом развитии, отдаленных последствий можно избежать. Хотя четкое определение таких критических периодов отсутствует, многие педиатры согласны с тем, что лечение следует, по возможности, завершить до поступления ребенка в школу. Пигментированные невусы на лице, например, можно удалить до посещения детского сада, а терапию «винных» пятен импульсным лазером на красителях можно начинать вскоре после рождения. Лечение хронических рецидивирующих заболеваний, таких как псориаз и витилиго, следует спланировать так, чтобы свести к минимуму отсутствие в школе, при этом основное внимание следует направить на устранение самых заметных или симптоматических очагов. У подростков даже легкая степень акне может вызвать сильную тревожность, которую контролируют во время консультаций врача и соответ-

ствующими медицинскими мероприятиями. Терапию кистозного акне следует начинать как можно раньше и вести активно, чтобы избежать перманентного рубцевания.

Периодическое подбадривание и успокаивание ребенка врачом является адекватной поддержкой для многих пациентов. Некоторые из них считают особенно полезным участие в группах поддержки, таких как Национальный Фонд для пациентов с витилиго и Национальный Фонд для пациентов с «винными» пятнами. Однако если нарушены нормальные взаимоотношения с семьей и друзьями, может потребоваться помощь психиатра.

Психофизиологические расстройства

Психофизиологические расстройства часто встречаются у детей. Этот термин относится к группе истинных дерматологических состояний, которые провоцируются или ухудшаются при воздействии эмоционального стресса. К таким примерам относятся атопический дерматит, псориаз, акне, крапивница и гипергидроз.

Идентификация психологических факторов является ключом к успешному лечению таких расстройств. Некоторым пациентам могут потребоваться специальные мероприятия по снижению стрессовой нагрузки дополнительно к стандартной дерматологической терапии. Тренинги с биологической обратной связью могут помочь при таких заболеваниях, как гипергидроз и атопический дерматит, при которых стресс или тревожность могут вызвать ухудшение симптомов в течение минут.

Первичные психические расстройства

В этой категории психодерматозов кожа становится фокусом первичного психоза. В большинстве случаев истинное дерматологическое заболевание либо отсутствует, либо второстепенные кожные признаки ошибочно интерпретируются пациентом в соответствии с его или ее психопатологией. Хотя слабые симптомы могут развиваться в детстве, большинство случаев проявляются в подростковом или молодом взрослом возрасте.

В отличие от неосознанного невинного выдергивания волос, которое часто наблюдается у малышей до 3 лет и дошкольников, трихотилломания и эксфолированное акне являются заболеваниями, в ходе которых у пациентов проявляются обсессивно-компульсивные симптомы. В пятом издании «Руководства по диагностике и статистике психических расстройств» (DSM-V) трихотилломания определяется как расстройство импульсивного контроля, которое поражает 1,2% общего населения. Средний возраст начала заболевания 9–10 лет. Данные наблюдений показывают, что одна треть таких детей имеет коморбидные психические нарушения, такие как общая тревожность, социальная фобия, гиперактивное расстройство дефицита внимания и оппозиционное девиантное поведение. Исследования показывают, что когнитивная поведенческая терапия, которая фокусирует усилия на тренинге переучивания привычки, более эффективна, чем лекарства. Более того, изучение многих случаев свидетельствует о том, что некоторые из новейших антипсихотических лекарств могут вызывать обсессивно-компульсивные симптомы. Трихотилломания не разрешается самопроизвольно и требует длительной психиатрической и медицинской терапии (см. рис. 8.24). При эксфолированном акне, родственном обсессивно-компульсивному состоянию, пациенты расцарапывают или выдавливают тривиальные очаги акне на лице, вызывая появление эрозий и изъязвлений, которые могут заживать с рубцеванием (см. рис. 10.1). Эксфолированное акне обычно наблюдается у молодых женщин.

При моносимптоматическом ипохондриальном психозе у пациентов развивается ложная навязчивая идея о наличии серьезного заболевания кожи. Самое типичное проявление – это паразитарный бред, при котором пациент убежден, что его кожа заражена воображаемыми клещами, червями или насекомыми. К другим примерам относятся бред о неприятном запахе (бромозе) или дизморфия (навязчивая идея об аномальной или уродливой внешности). Такие пациенты обычно не осознают собственное психическое нездоровье и отказываются от консультации психиатра. К сожалению,

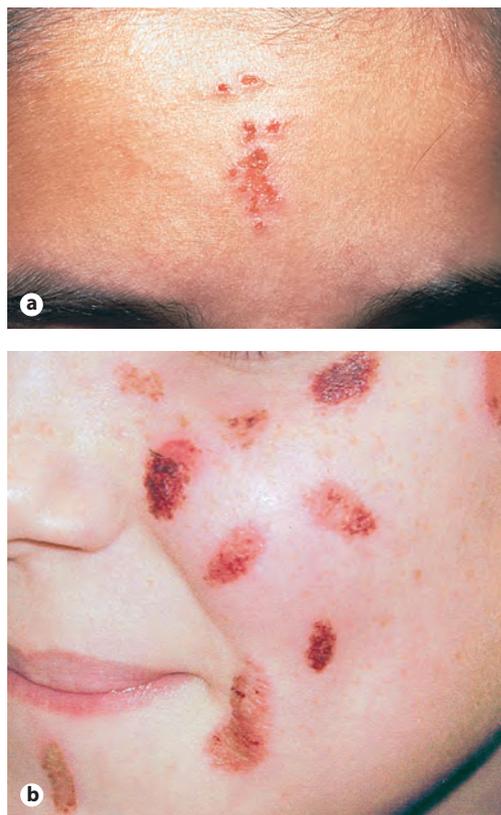


Рис. 10.1 Экскорирированное акне. 17-летняя девушка компульсивно выдавливала едва заметные комедоны, что вызвало образование штампованных язв (а) на лбу. Еще одна девочка-подросток (б) и мальчик (с) манипулировали очагами на щеках и подбородке.

прогноз довольно сдержанный, и симптомы могут персистировать неопределенно долго. Недавние исследования показывают, что у большей части пациентов наступает улучшение при приеме пимозида, антипсихотика из группы дифенилбутилпиперидина.

У ряда пациентов с самоиндуцированным кожным заболеванием, обычно у подростков, развиваются очаги в связи с ситуационным стрессом (рис. 10.2–10.4). Нарушение семейных отношений, сексуальное насилие, боязнь школы, утрата любви и другие острые или хронические психосоциальные проблемы могут привести к этой форме поведения, в основе которого потребность во внимании. При подозрении на такой диагноз очаги можно закрыть герметическими повязками на несколько недель, чтобы проверить, не произойдет ли заживление. При жесткой конфронтационной беседе пациенты обычно признаются в самоповреждающем поведении. Рекомендации врача и улуч-

шение психоэмоциональной ситуации часто приводят к исчезновению очагов.

Псевдопсихические расстройства

Когда у пациентов развиваются странные симптомы с малым количеством запутанных клинических признаков, всегда рассматривается их возможная психиатрическая причина. Однако внимательное наблюдение за течением симптомов и развитием кожных очагов может дать ключ к диагнозу истинного дерматологического заболевания.

Хорошим примером псевдопсиходерматоза является герпетический дерматит. При этом заболевании постановку правильного диагноза затрудняют стойкий интенсивный зуд и последующие эксфолиации, которые маскируют первичные везикуло-буллезные очаги. Пока не возникнет подозрение на герпетический дерматит, которое подтвердится биопсией, пациент может быть ошибочно направлен к психиатру для оцен-



Рис. 10.2 Артифициальный дерматит. (а) У подростка с эмоциональным стрессом развились симметричные линейные кровоподтеки на руках. Во время консультации у врача он сознался, что вызывал эти очаги с помощью монеты. (б) Менее четко очерченные участки пурпуры остро развились у этого подростка. Очаги разрешились при закрытии участка мягкой гипсовой шиной, но рецидивировали на других незащищенных участках.

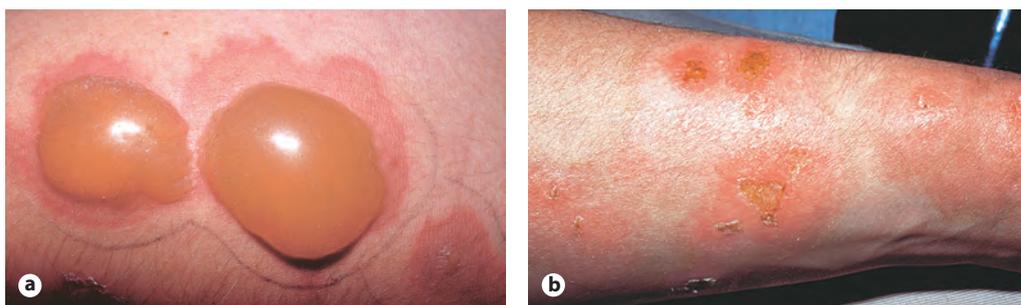


Рис. 10.3 Артифициальный дерматит. (а) 15-летний подросток всегда возвращался из леса за домом с крупными напряженными буллезными очагами на руках. (б) Под внимательным наблюдением в больнице очаги зажили в течение нескольких дней. Позднее в ходе терапии мальчик признался, что воздействовал на кожу раствором щелочи.

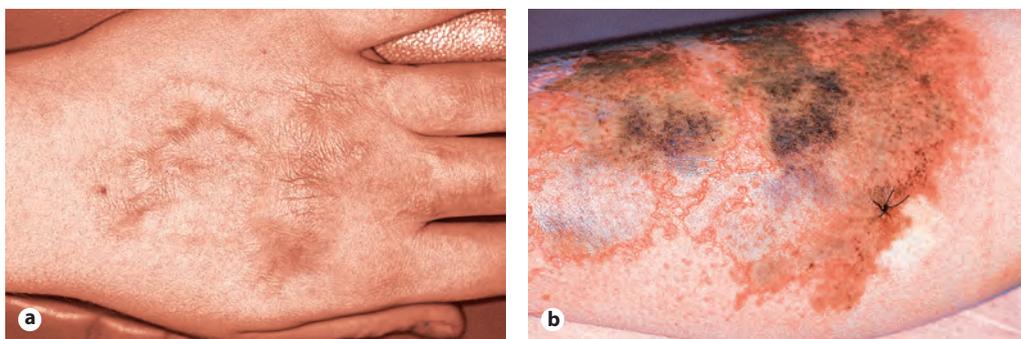


Рис. 10.4 Артифициальный дерматит. 12-летняя девочка с явлениями (а) старого рубца и (б) новых некротических корок на ноге вследствие воздействия на кожу растворителем. Свежие очаги зажили под герметической повязкой в течение 3 дней.