

Содержание

Предисловие 9

А

- Абрикосова опухоль 13
- Айнгум 13
- Акантоз черный 15
- Акаталаземия 17
- Акне 17
- Акрогерия 19
- Акродерматит энтеропатический 19
- Актинический ретикулоид 24
- Актиномикоз 24
- Алкаптонурия 26
- Алопеция очаговая 26
- Алопеция травматическая 28
- Альбинизм 28
- Амебиаз кожи 30
- Амилоидоз кожи 30
- Ангиокератома тела диффузная 31
- Ангиокератома неформная ограниченная 32
- Ангиокератома Фордайса 34
- Ангиома плоская латеральная 34
- Ангиома плоская срединная 35
- Ангиома туберозная 35
- Ангиоматоз энцефалотригеминальный 37
- Ангиосаркома 38
- Анемия гемолитическая врожденная 38
- Анетодермия 39
- Аплазия кожная врожденная 39
- Аргирия 41
- Атопический дерматит 42
- Атрофодермия первичная идиопатическая 42
- Атрофодермия червеобразная 44

Б

- Беджель 45
- Бета-ситостеролемиа 45
- Бластомикоз 47
- Бластомикоз североамериканский 48

- Бластомикоз южноамериканский 48
- Блефарохалазис 49
- Бородавка 49
- Боуэна болезнь 53

В

- Васкулиты 54
- Веенера гранулематоз 57
- Витилиго 59
- Волосы монолиформные 60
- Волос нерасчесанных синдром 60
- Волчанка красная дискоидная 62
- Волчанка красная подострая 63
- Вухерериоз 65

Г

- Гемангиома тромбоцитопеническая 66
- Гемангиомы 66
- Гемиатрофия прогрессирующая лица 68
- Гемохроматоз 68
- Герпес 70
- Герпес primo-инфекция 70
- Герпес рецидивирующий 70
- Гиперкератоз лентикулярный стойкий 71
- Гиперкератоз фолликулярный и парафолликулярный, проникающий в кожу 74
- Гипертрихоз врожденный универсальный 74
- Гипоплазия кожи очаговая 75
- Гистиоцитоз X-подострый 75
- Горлина-Гольцасиндром 77
- Гранулема бассейнови аквариумов 78
- Гранулема кольцевидная 80
- Гранулема лимфоидная эозинофильная 80
- Гранулема пиогенная 82
- Гранулема лица эозинофильная 84
- Грибовидный микоз 84
- Гровера болезнь 85
- Гужеро трисимптом 88

- Лейшманиоз кожный 162
 Лейшманиоз суданский 163
 Лейшманиоз кожно-слизистый 163
 Лентигиноз периорифициальный 164
 Лентиго-меланома 164
 Лепра 168
 Лепрехонизм 170
 Лимфангиома ограниченная
 поверхностная 173
 Лимфедема 173
 Лимфома артроподная
 доброкачественная 174
 Лимфома В-клеточная 174
 Липодистрофия врожденная
 176
 Лихен Видаля 178
 Лишай красный плоский 178
 Лишай опоясывающий 180
 Лишай разноцветный 182
 Люпус-карцинома 182
 Лява мигранс 184
- М**
- Мастоцитоз 185
 Меланоз универсальный 185
 Меланома 187
 Меланома ювенильная 187
 Мелькерссона–Розенталя–Россолимо
 синдром 189
 Метагерия 189
 Метастазы 189
 Миаз 191
 Микроспория 192
 Мицетома 192
 Многоформная экссудативная
 эритема 194
 Моллюск контагиозный 196
 Муцинозы 196
 Микседема 197
 Муциноз кожный детский 197
 Муциноз локальный 198
 Муциноз подростков 198
 Муциноз фолликулярный 198
- Муциноз папулезный 199
 Муциноз эритематозный
 ретикулярный 199
- Н**
- Невус варикозный
 остеогипертрофический 202
 Невус пигментный гигантский 202
 Невус себацеум Ядассона 205
 Невус эпидермальный веррукозный
 воспалительный линейный 205
 Невус голубой 206
 Невус голубой склеры и лица 206
 Невус эпидермальный веррукозный 208
 Невус Сеттона 208
 Недержание пигмента
 Блоха–Сульцбергера 208
 Нейрофиброматоз 209
 Некробиоз липоидный 211
 Ногти Терри 216
- О**
- Онихорексис 218
 Оксиуроз 218
 Онхоцеркоз 220
 Оро-Фацио-дигитальный синдром 220
 Оспа ветряная 222
 Оспа натуральная 222
 Оспа овечья 223
 Остеома кожи 224
 Офуджи синдром 224
- П**
- Панникулит узловатый
 лихорадочный 226
 Парапсориазы 226
 Парапсориаз бляшечный 226
 Парапсориаз каплевидный 228
 Парапсориаз лихеноидный 229
 Парапсориаз острый 229
 Патомимия 231
 Пахионихия врожденная 233
 Педжета болезнь молочной железы 233

- Педжета болезнь экстрамаммарная 235
Пемфигоид буллезный 235
Пемфигоид буллезный детский 236
Пемфигоид рубцующийся 237
Пиломатриксомы 239
Пинта 239
Пиодермии 240
Пиодермия гангренозная 244
Пиодермия хроническая
язвенно-вегетирующая 244
Плод арлекина 245
Подокониоз 246
Пойкилодермия 246
Пойкилодермия врожденная
Томсона 246
Пойкилодермия сосудистая атрофическая
Якоби 248
Порокератоз актинический 249
Порокератоз ладонный и подошвенный
диссеминированный 249
Порокератоз Манту 251
Порокератоз Мибелли 251
Порфирия Вариегата 251
Порфирия кожная поздняя 252
Порфирия эритропоэтическая
врожденная 254
Почесуха солнечная 254
Прингла-Бурневилля болезнь 256
Прогерия детская 259
Протеиноз липоидный 259
Протопорфия эритропоэтическая 260
Псевдопеллада 261
Псевдосаркома Капоши, тип Мали 261
Псевдосаркома Капоши,
тип Стюарта-Блюфарба 263
Псориаз 263
Пузырчатка вегетирующая 264
Пузырчатка вульгарная 267
Пузырчатка доброкачественная
семейная 269
Пузырчатка листовидная 270
Пузырчатка тропическая 271
Пузырчатка эритематозная 272
Пурпура пигментная хроническая
прогрессирующая 272
Пурпура сенильная Бейтмана
273
Пурпура телеангиэктатическая
кольцевидная 273
Пурпура телеангиэктатическая
дугообразная 275
Пурпурозный пигментный
ангиодермит 275
Пустулез субкорнеальный
Снеддона-Уилкинсона 276
- Р**
Ревматизм суставной острый.
Кожные проявления 277
Рейтера болезнь 277
Риносклерома 278
Риноспоридиоз 280
Ринофима 280
Ришга 281
Рожа 282
Розацеа 283
Розовый лишай 285
Рубец 285
- С**
Саркоидоз 286
Саркома 286
Саркома Капоши 291
Себорейный дерматит 292
Себоцистоматоз 293
Сезари синдром 295
Семейная средиземноморская
лихорадка 295
Сильвермана синдром 297
Сифилис 297
Склеродермия бляшечная 307
Склеродермия системная 307
Скрофулодерма 314
Стоматит афтозный 315
Стрептодермия 315
Стрии 317

Т

- Телеангиэктазия врожденная
геморрагическая 318
- Токело 318
- Трихофития 320
- Туберкулез кожи 322
- Туберкулиды кожи 326

У

- Узловатости околосуставные 327
- Улькус пенетранс 327
- Ульэритема офриогенезис 327

Ф

- Фавус 335
- Флебодермия 335
- ФЛЕК-синдром 338
- Фокс–Фордайса болезнь 338
- Фотодерматиты 340
- Фотодерматит от контакта
с парфюмерными средствами 340
- Фотодерматит от контакта
с растениями 340
- Фотодерматит полиморфный 341
- Фрамбезия 341
- Фукозидоз, тип II 345
- Фурункул 345

Х

- Хартнупа болезнь 346
- Хейлит glandулярный 346
- Хлоазма 346
- Хромомикоз 348

Ц

- Цилиндрома 350

Ч

- Чесотка 352

Э

- Экзема дисгидротическая 353
- Экзема нуммулярная 353
- Экзема микробная 354
- Эластоидоз сенильный
Фавра–Ракушо 354
- Эндометриоз кожи 355
- Эпидермодисплазия верруциформная
Левандовского–Лютца 355
- Эпидермолиз буллезный простой
Кебнера 357
- Эпидермолиз буллезный простой
Огна 359
- Эпидермолиз буллезный
герпетиформный 359
- Эпидермолиз буллезный
дистрофический альбопапулоидный
Пазини 360
- Эпидермолиз буллезный дистрофический
Коккейна–Турена 360
- Эпидермолиз буллезный дистрофический
полидиспластический
Аллопо–Сименса 361
- Эпителиома базальноклеточная 362
- Эпителиома плоскоклеточная 365
- Эритема телеангиэктатическая
врожденная и нанизм 365
- Эритродермия 368

Я

- Язва Марторелла 369
- Язва Тевенара 369
- Язва тропикалоидная 371
- Язва тропическая 371
- Язва трофическая 372
- Ятрогении 373

Список литературы 375

Интернет-ресурсы 376

БЕДЖЕЛЬ (Bedjel)

Синонимы: эндемический сифилис; арабский сифилис.

Эндемический трепонематоз, распространенный на Ближнем Востоке, в пустынных районах Африки, Северной Австралии, характеризующийся, в отличие от венерического сифилиса, отсутствием твердого шанкра, врожденных форм и поражения нервной и сердечно-сосудистой систем.

Клиника. Беджель проявляется ранними и поздними проявлениями. Ранний беджель начинается после инкубационного периода (2 нед. — 3 мес.) и проявляется эрозивными папулами на слизистой оболочке рта, гениталий вокруг естественных отверстий. На коже могут быть эритематозно-сквамозные высыпания, как при дерматофитиях. Кроме того, могут наблюдаться остейты и периоститы (полидактилия, «саблевидные голени»), разрешающиеся бесследно. Кожно-слизистые проявления могут рецидивировать, но разрешаются бесследно. Наступает длительный латентный период, который проявляется только положительными серологическими реакциями, после чего развивается поздний беджель, который не отличается от третичного сифилиса; также могут быть бугорковые и гуммозные высыпания, поражения костей, околосуставные узловатости. Однако при беджеле отсутствуют поражения сердечно-сосудистой и нервной системы, а также врожденные формы.

Этиология и патогенез. Заболевание вызывается *Treponema pallidum* типа М (тип S вызывает венерический сифилис). Инфекция передается при непосредственном контакте, а также через предметы общего пользования. Распространению заболевания способствует низкий санитарный уровень.

Диагностические признаки. Папулезные, папуловегетирующие высыпания на слизистых, остейты, остеопериоститы раннего беджеля; бугорковые, гуммозные проявления, деструктивные остеопериоститы позднего беджеля; положительные серореакции (100% при раннем и в 70% при позднем беджеле); положительная ПЦР-диагностика.

Лечение. Бензилпенициллин в однократной дозировке 1,2 млн — 2,4 млн ЕД для взрослых и 600 000–1 200 000 ЕД для детей.

См. рис. 14А.

БЕТА-СИТОСТЕРОЛЕМИЯ (β -sitosterolemia)

Патология обмена липидов, проявляющаяся сухожильными ксантомами.

Клиника. Заболевание характеризуется наличием ксантогранулем ушных раковин, сухожилий разгибательных (преимущественно) групп мышц. Развивается в раннем детстве.

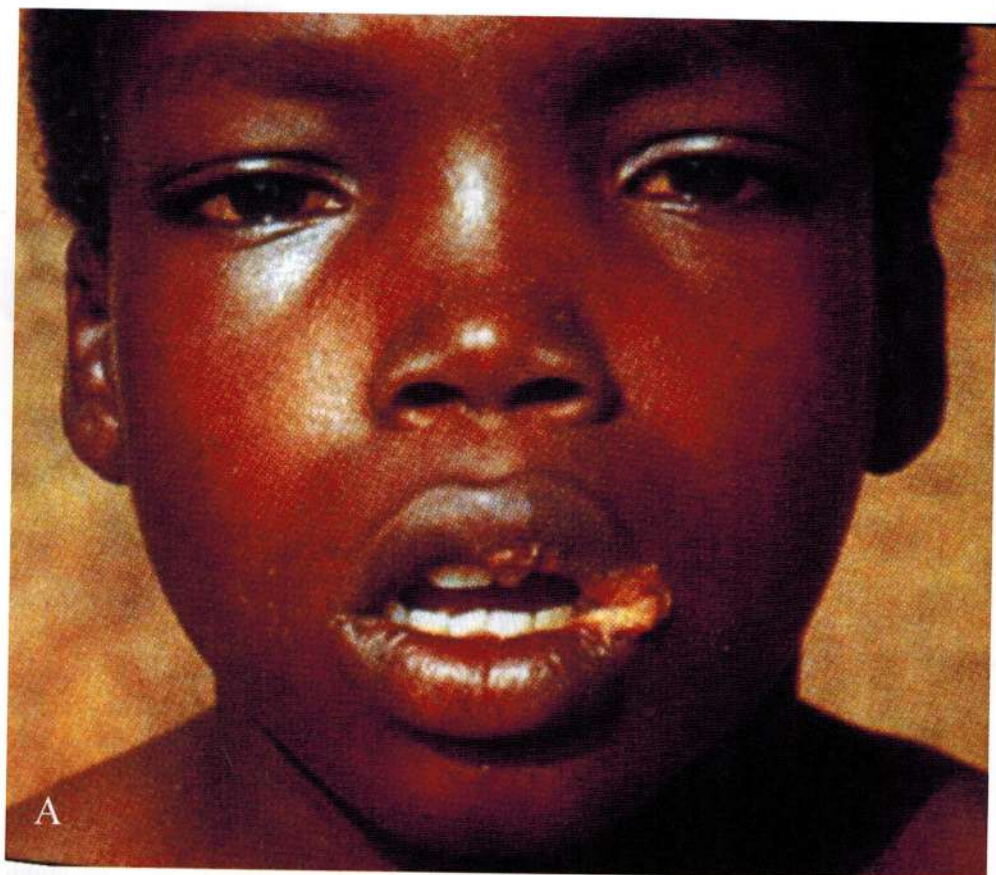


Рис. 14. А — беджель; Б, В — бета-ситостеролемия

Этиология и патогенез. Тип наследования аутосомно-рецессивный, патология развивается предположительно в результате нарушения всасывания ситостерола в кишечнике.

Диагностические признаки. Резкое увеличение уровня β -ситостерола в крови.

Лечение. Составление специальной диеты, при необходимости — иссечение отдельных ксантогранулем.

См. рис. 14Б, В.

БЛАСТОМИКОЗ

Синонимы: лобомикоз; бластомикоз Амазонки; болезнь Лобо.

Глубокий микоз, характеризующийся келоидизирующимся папулезным и узловатым поражением кожи, хронически устойчивым к проводимой терапии течением.

Клиника. В месте проникновения инфекции возникает папула или узел цвета кожи. В дальнейшем узлы увеличиваются в количестве и размерах, образуя узловатые конгломераты синюшно-розового цвета или бляшки круглой или овальной формы с возвышающимся периферическим валиком. Отдельные узлы могут вскрываться с кремоподобным выделением. Консистенция узлов плотная, после их вскрытия и рубцевания образуются вытянутые рубцы. Высыпания обычно не сопровождаются субъективными ощущениями. Излюбленная локализация высыпаний — конечности. **Гистологически** — паракератоз, гипертрофия коллагеновых волокон, гранулематозный инфильтрат с элементами гриба.

Этиология и патогенез. Дрожжеподобный гриб округлой или овальной формы с двухконтурной оболочкой около 9 мкм в диаметре. До настоящего времени культура гриба не получена. Заболевание встречается в странах Центральной и Южной Америки, в основном в долине Амазонки, где уровень среднегодовых осадков превышает 2000 мм. Чаще болеют мужчины в возрасте 30–40 лет. Заражение происходит через поврежденные кожные покровы. Обычно болеют лица, работающие в воде (рыбаки, рабочие каучуковых, рисовых плантаций). Не исключается заражение через укусы насекомых, змей.

Диагностические признаки. Келоидизирующие в виде конгломератов высыпания, обнаружение диморфных грибов в содержимом фистул, биоптате.

Лечение. Медикаментозное лечение малоэффективно; после хирургического удаления келоидных опухолей возможны рецидивы.

БЛАСТОМИКОЗ СЕВЕРОАМЕРИКАНСКИЙ (*Blastomycosis nord-americanus*)

Синонимы: болезнь Джилкрайста (Gilchrist); бластомикоз системный; болезнь Чикаго.

Глубокий микоз, вызываемый диморфным грибом *Blastomyces dermatitidis* и характеризующийся хроническим гнойно-гранулематозным воспалением кожи и подлежащих тканей.

Клиника. На месте входных ворот кожи появляются папулоузловатые высыпания, которые нагнаиваются, изъязвляются. Излюбленная локализация — конечности, лицо, шея, хотя могут быть вторичными, распространившимися из первичного очага, чаще в легких. Увеличиваются регионарные лимфатические узлы. При первичном поражении легких клиника имитирует туберкулез.

Этиология и патогенез. Диморфный гриб *Blastomyces dermatitidis*, существующий в качестве сапрофита в почве, гнилых овощах, фруктах. Заражение происходит при вдыхании спор или при их попадании через нарушенную целостность кожи. Мужчины болеют в 4 раза чаще, чем женщины. Заражение от человека не происходит.

Диагностические признаки. Папулы и узлы, медленно увеличивающиеся к периферии, с веррукозным краем и множественными абсцессами; обнаружение дрожжеподобного гриба округлой формы с двойным контуром. При микроскопии культуры, вырастающей через 3–4 нед. в виде белесовато-пушистых, в дальнейшем приобретающих кремово-желтый характер колоний, микроскопически обнаруживаются нити мицелия.

Лечение. Кетоконазол, начиная с 400 мг/день, затем по 200 мг/день несколько месяцев; итраконазол (орунгал) 200 мг/день в течение нескольких недель (месяцев); амфотерицин В, начиная с 0,1 мг/кг массы тела до 1 мг/кг капельно внутривенно в 5% растворе глюкозы в течение 8–10 ч через день; 5-флюороцитозин перорально или внутривенно; флуконазол 200 мг в сутки, длительность приема зависит от терапевтического эффекта. Лечение антимикотиками проводится в комплексе с хирургической местной и симптоматической терапией.

БЛАСТОМИКОЗ ЮЖНОАМЕРИКАНСКИЙ (*Blastomycosis south-americanus*)

Синонимы: параккокцидиоидоз; гранулема параккокцидиоидозная; болезнь Альмейда.

Глубокий системный микоз тропического климата, характеризующийся поражением кожи, слизистых оболочек, лимфатических узлов, тяжелым течением и прогнозом.

Клиника. Начальное проявление в виде язвенно-вегетирующих образований на слизистой оболочке рта и носа. Распространяется на соседние участки лица. Могут образовываться подкожные абсцессы в отдаленных местах в результате лимфо-, гематогенного распространения инфекции. Зубы выпадают, лимфатические узлы некротизируются, изъязвляются, нередко поражаются легкие, печень, селезенка, кишечник. Течение хроническое, смерть наступает от кахексии.

Этиология и патогенез. Диморфный гриб *Paracoccidioides brasiliensis*, представляющий собой округлое двухконтурное образование 10–60 мкм в диаметре, окруженное мелкими дочерними кистами. Встречается в Южной Америке, наиболее часто в Бразилии, в зонах с влажным тропическим климатом. Гриб сапрофитирует в почве, на овощах и фруктах. Заражение происходит через нарушенную целостность слизистых оболочек и кожи.

Диагностические признаки. Вегетирующие деструктивные изъязвления слизистой рта, носа, шейных лимфатические узлов; обнаружение двухконтурных овальных клеток, положительный внутрикожный тест с паракoccидиоидином; положительная реакция связывания комплемента; ПЦР-диагностика.

Лечение. Кансидас по 50 мг внутривенно, капельно. Соблюдать технику введения! Амфотерицин В внутривенно, капельно, в суточной дозе 0,5–0,75 мг на 1 кг массы тела в сутки, кетоконазол, итраконазол, миконазол, клотримазол несколько месяцев, сульфамеразин (сульфадиазин) 500 мг в сутки, несколько месяцев; перевязки с антимикробными средствами.

См. рис. 15–16.

БЛЕФАРОХАЛАЗИС (Blepharochalasis)

Синоним: дерматолизис век.

Ограниченный вариант вялой кожи, проявляющийся симметричным поражением кожи век или в сочетании с редупликацией слизистой оболочки верхней губы и струмой (синдром Ашера). Клинически — вялая, складчатая кожа век.

Может быть как следствием воспалительного процесса области век, так и носить наследственный характер. См. также **Кожа вялая**.

См. рис. 17А.

БОРОДАВКА (Verruca)

Синоним: папиллома вирусная.

Невоспалительная гиперкератотическая папула, не сопровождающаяся субъективными ощущениями.

КАЛЬЦИНОЗ (Calcinosis)

Синоним: обызвествление.

Отложение солей кальция в мягких тканях и органах. Единичное узловатое образование каменистой консистенции, располагающееся на лице или шее.

Клиника. Кальциноз кожи и подкожной клетчатки представлен папулами и бляшками, узлами и узелками невоспалительного характера твердой консистенции различной локализации. Высыпания безболезненны, подвижны. Иногда высыпания изъязвляются с выделением известковообразного отделяемого. При узловатом кальцинозе (син. — кальциноз Венера) выявляется кальцинат области шеи и лица, иногда с веррукозными разрастаниями на его поверхности. У таких больных может наблюдаться ладонно-подошвенная кератодермия, «пили торти», цирроз печени.

Этиология и патогенез. Нарушение обмена кальция и его регуляции, местные обменные процессы приводящие к отложению солей кальция при различных заболеваниях: гиперпаратиреоз, хроническая почечная недостаточность, метастатический кальциноз, множественные переломы, подагра, дефицит кальцитонина, дерматомиозит, системная склеродермия (синдром Тибержа-Вейссенбаха). Кальцинаты образуются в казеозных очагах при туберкулезе, в гуммах, в очагах хронического воспаления и рубцах. В основе патогенеза узловатого кальциноза предполагается задержка выделения кальция потовыми железами.

Диагностические признаки. Плотные, каменистой консистенции, безболезненные узловатости папулы и бляшки.

Лечение. Хирургическое иссечение, электрокоагуляция, лечение фонового заболевания.

См. рис. 54А.

КАНДИДОЗ (Candidosis)

Синонимы: кандидамикоз; монилиаз.

Микоз, вызываемый условно-патогенными дрожжеподобными грибами рода *Candida*, поражающий кожу, слизистые оболочки и внутренние органы.

Клиника. В зависимости от локализации поражения различают кандидозный стоматит: гиперемия и отечность слизистых, языка; появление на них вначале точечного, затем в виде пленки беловатого налета. Пленки легко удаляются с обнажением гладкой красной поверхности. Протекает обычно без выраженных субъективных ощущений. Кандидозный хейлит — поражение красной каймы губ в виде отечности, скудного пластинчатого шелушения, сопровождающегося жжением и болезненностью. Кандидозный баланит — поверхность головки полового члена блестящая, с незначительным шелушением, эрозиями, пустулами, иногда сопровождающаяся гиперемией и отеком. При кандидозном вульвовагините появляются творожистые выделения из половых путей, на вульве — очаги



Рис. 54. А — вторичный кальциноз с изъязвлением; Б — кандидоз складок кожи; В, Г — кандидоз слизистой рта; Д, Е — каротинодермия

гиперемии с белым налетом и пустулами по периферии. Субъективно — жжение, зуд, болезненность при мочеиспускании. Кандидоз кожных складок характеризуется появлением легко вскрывающихся пузырьков, формированием на их месте обширных эрозий с «лакированной» яркой малиново-красной поверхностью. По краю эрозий — бахромка отслаивающегося эпидермиса. В непосредственной близости от очагов обнаруживаются отсевы в виде эритематозных пятен, везикул и пустул. Поражаются естественные складки кожи и сопровождаются интенсивным зудом. В результате распространения возможно развитие кандидоза гладкой кожи, проявляющегося появлением более стойких везикул. Кандидоз межпальцевых складок выражается в виде мелких везикул на боковой поверхности проксимальных фаланг кистей с распространением на межпальцевую складку с формированием эрозии с бахромкой отслаивающегося эпидермиса. Кандидозная паронихия и онихия — поражаются ногтевые валики с развитием их гиперемии и отечности, болезненности при пальпации. При хроническом течении изменяется ногтевая пластинка — ноготь утолщенный, тусклый, желтоватый, испещренный поперечными бороздками. Хронический генерализованный гранулематозный кандидоз (ХГГК) развивается в детском возрасте и начинается с поражения слизистой оболочки рта. По причине недостаточности иммунного ответа заболевание приобретает генерализованный характер с развитием пневмонии, гепатита, гастрита, поражения ЦНС. Высыпания на коже различные — от эритематозно-сквамозных до гранулематозных с веррукозными разрастаниями. Могут быть локализованы на любом участке кожи или быть распространенными. Папулы и пустулы покрываются массивными корками. После снятия корок образуются папилломатозные вегетации с гиперкератозом. После регресса разрастаний формируются атрофические рубцы, участки алопеции на волосистой части головы. Течение ХГГК тяжелое. Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный (см. также **Иммунодефицит комбинированный** (рис. 47)).

Этиология и патогенез. Наибольшее значение в развитии кандидоза человека имеют *Candida albicans*, *C. parapsilosis*, *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei* и др.

Диагностические признаки. Диагноз подтверждается путем выявления почкующихся спор и/или псевдомицелия (а в отдельных случаях и истинного мицелия) гриба в соскобе и мазке, крови, моче, амниотической жидкости, по результатам культуральных и серологических исследований.

Лечение. Высыпания могут разрешиться самостоятельно. Местно — тербинафин (Экзифин®), концентрация которого при местном применении многократно превышает минимальную ингибирующую концентрацию, азолы (миконазол, клотримазол, кетоконазол). Возможны местные антисептики. При тяжелом течении системные антимикотики парентерально — флуконазол, итраконазол, амфотерицин В. При хроническом генерализованном кандидозе — комплексная терапия с учетом сопутствующих заболеваний: нистатин, леворин, амфотерицин В, мико-гептин, иммунокорректирующая, общеукрепляющая терапия, препараты цинка, йода; наружные антимикотики, кератолитические средства, анилиновые красители.

См. рис. 54Б–Г.

КАРОТИНОДЕРМИИ (Carotinodermia)

Синонимы: каротинемия; ксантодермия; ксантохромия.

Окрашивание кожи в желтый или желто-оранжевый цвет на фоне потребления продуктов, содержащих каротин.

Клиника. Желтая или оранжевая пигментация возникает на коже ладоней и подошв, области рта. Слизистые и склеры не прокрашиваются, что является важным признаком дифференциальной диагностики с желтухой.

Этиология и патогенез. Каротинодермия развивается при поступлении в организм каротина в количестве, превышающем норму в 3–4 раза. При недостаточности переработки каротина в витамин А в печени каротинодермия может сопровождаться явлениями фолликулярного гиперкератоза.

Диагностические признаки. Отсутствие желтого окрашивания склер и слизистых в отличие от желтухи. Необходимо обследовать пациента на предмет различных заболеваний внутренних органов.

Лечение. Прекращение потребления каротин-содержащих продуктов.

См. рис. 54Д, Е.

КАРЦИНОИДНЫЙ ПАПИЛЛОМАТОЗ ГОТТРОНА

Хронический дерматоз, развивающийся на фоне длительных воспалительных заболеваний кожи.

Клиника. Преимущественно на коже нижних конечностей симметрично образуются бляшки тестоватой консистенции, покрытые вегетациями. Бляшки часто повреждаются, на их поверхности появляются трещины, эрозии, вязкое желтоватое отделяемое с неприятным запахом, которое ссыхается в корки.

Этиология и патогенез не известны. Предполагается, что развитие заболевания на фоне длительно протекающих хронических дерматозов (псориаз, красный плоский лишай, экзема) обусловлено индивидуальной реактивностью организма.

Диагностические признаки. Симметричное поражение нижних конечностей. Длительно существующий хронический воспалительный дерматоз в анамнезе. Дифференциальный диагноз проводится с язвенно-вегетирующей пиодермией, хромомикозом, плоскоклеточным раком.

Патогистология. Акантоз в виде глубоко проникающих в дерму «акантозных телец», псевдокарциноматозная гиперплазия эпидермиса, гиперкератоз, лимфоцитарно-гистиоцитарная инфильтрация дермы.

Лечение. Трудно поддается лечению, этиотропного лечения не разработано. Применяется цитостатическая терапия (проспидин), ксантинола никотинат для улучшения микроциркуляции, местно — примочки с антисептиками. Антибактериальные средства вплоть до системных антибиотиков при присоединении вторичной инфекции.

См. рис. 55А, Б.



Рис. 55. А, Б — карциноидный папилломатоз Готтрона; В — кахексия; Г-Ж — келоид

КАХЕКСИЯ

Состояние, характеризующееся произвольным снижением массы тела более чем на 10%. Причины могут быть самые разнообразные — от инфекционных и онкологических заболеваний до психических расстройств. Кроме уменьшения объема жировой клетчатки, снижения тургора кожи, возможны также нарушения пигментации, выпадение волос и изменения ногтей, трофические нарушения.

Лечение направлено прежде всего на борьбу с заболеванием, вызвавшим кахексию.
См. рис. 55В.

КЕЛОИД (Keloid)

Синонимы: келоидный рубец; cheloide.

Плотное, розового цвета, возвышающееся опухолевидное образование линейной или звездчатой формы.

Клиника. Розоватого цвета линейные или сгруппированные плотные опухоли, стягивающие кожу, возникающие спонтанно или на месте нарушенной целостности кожи (особенно после ожога, оперативного вмешательства, язвенного образования и др.). После удаления нередко рецидивируют в еще больших размерах.

Этиология и патогенез. Существует предрасположение к развитию келоидов (келоидный диатез) у некоторых народов Африки и Азии. Способствует появлению келоидов разрушение тканей, особенно в результате ожогов. В результате повышенной активности гидроксилазы фибробласты усиленно продуцируют коллаген. Имеется семейное предрасположение к развитию келоидов.

Диагностические признаки. Линейные или сгруппированные плотные опухоли розоватого цвета, напоминающие клешню краба, возникающие на местах нарушенной целостности кожи.

Лечение. Используется криотерапия, лазеротерапия, обкалывание очагов кортикостероидами, однако эффект сомнителен. Необходимо избегать всех видов нарушения целостности кожи (оперативное вмешательство, проколы, разрезы и др.) у предрасположенных лиц.

См. рис. 55Г–Ж, 56А.

КЕРАТОАКАНТОМА (Keratoakantoma)

Синонимы: псевдоэпителиома; molluscum sebaceum.

Доброкачественная, быстрорастущая эпидермальная опухоль конической формы телесного цвета, плотной консистенции с массивными роговыми наслоениями на вершине, обычно располагающаяся на открытых участках кожного покрова.

Клиника. Единичные или множественные опухоли полушаровидной формы, с кратерообразным центральным вдавлением, покрытые коркой или роговыми массами. Опухоль увеличивается в размерах в течение 1–2 мес., затем самопро-

ОСТЕОМА КОЖИ (Osteoma cutis)

Опухоль каменистой консистенции, окруженная воспаленной кожей.

Клиника. Одиночная или множественная узловатая опухоль плотной консистенции, возвышающаяся над воспаленной иногда изъязвленной кожей.

Этиология и патогенез. Опухоль, исходящая из костной ткани, с вторичным вовлечением кожи; может быть первичной (у новорожденных) или вторичной в результате многократной травматизации костей.

Диагностические признаки. Узловатости, возвышающиеся над воспаленной кожей.

Лечение. Хирургическое.

См. рис. 96А.

ОФУДЖИ СИНДРОМ (OFUJI) (Folliculitis pustulosum eosinophilicum)

Синонимы: фолликулит пустулезный эозинофильный; пустулез стерильный эозинофильный.

Хронический дерматоз, характеризующийся приступообразным появлением сгруппированных или отдельных фолликулярных пустул, сопровождающихся зудом.

Клиника. Сгруппированные или разбросанные фолликулярные пустулы иногда формирующие бляшки, дуги, кольца, располагающиеся на лице, туловище, конечностях. Высыпания появляются приступообразно, сопровождаются зудом. Заболевание длится несколько лет. Высыпания после себя оставляют гиперпигментацию, иногда поверхностные рубчики, при локализации на волосистой коже головы — рубцующуюся алопецию. **Гистологически** пустулы находятся внутриэпидермально, непосредственно под роговым слоем.

Этиология и патогенез. Этиология неизвестна, патогенез связан с эозинофильным белком, обладающим эпителиальной цитотоксичностью. Чаще болеют мужчины.

Диагностические признаки. Диссеминированные фолликулярные пустулы, содержащие до 50% эозинофилов. Содержимое пустул стерильно.

Лечение. Эффективны сульфоны по 200 мг/сутки до разрешения высыпаний, в дальнейшем поддерживающие дозы 25–50 мг/сутки. Глюкокортикостероиды дают временный эффект. Могут быть эффективны нестероидные противовоспалительные средства.

См. рис. 96Б, В.



96. А — остеома; Б, В — синдром Офуджи

ПАНИКУЛИТ УЗЛОВАТЫЙ ЛИХОРАДОЧНЫЙ (Panniculitis nodularis febrilis)

Синонимы: панникулит Вебера–Крисчена (Weber–Christian). Некроз подкожной жировой клетчатки, проявляющийся подкожными узлами, разрешающийся участками втянутой атрофии кожи.

Клиника. На бедрах, голенях, ягодицах, плечах, животе, груди, появляются подкожные узловатости, от 1 до 2 см в диаметре, единичные или множественные, плотноватой консистенции, подвижные в глубине в связи с кожей; болезненные или безболезненные. Узлы, просуществовав несколько недель, рассасываются, оставляя участки втянутой атрофии кожи. Узлы размягчаются в центральной части, вскрываются с выделением небольшого количества желтоватой или коричневатой густой жидкости. Заболевание длительно неопределенное время (чаще 2–3 года), затем самостоятельно разрешается вышеуказанными атрофическими изменениями кожи. Появлению узлов предшествует температурная реакция. Заболевание сопровождается миалгией, артралгией, нарушением со стороны желудочно-кишечного тракта. Возможна легочная, печеночная, плевральная, селезеночная локализация узлов. Проксимальной локализации возможен смертельный исход.

Этиология и патогенез. Причина неизвестна, в основе заболевания — поджелудочный цитостеатонекроз, либо некроз жировой ткани вследствие повышенной активности альфа-1-трипсина. **Гистологически** воспаление затрагивает подкожную жировую клетчатку.

Диагностические признаки. Подкожные узловатости, сопровождающиеся лихорадочной реакцией.

Лечение. Кортикостероидные препараты с постепенным снижением дозы.
См. рис. 97А.

ПАРАПСОРИАЗЫ

Группа заболеваний кожи неясной этиологии, имеющих ряд синдромальных признаков, гистологически сходны с васкулитами. Имеются переходные формы. Предполагалась возможность трансформации парапсориаза в псориаз, однако в настоящее время это не подтверждается. Выделяется следующая группа: бляшечный, лихеноидный, каплевидный парапсориазы.

ПАРАПСОРИАЗ БЛЯШЕЧНЫЙ (Parapsoriasis en plaques)

Синонимы: лишай пятнистый хронический; болезнь Брока; кератодермия стойкая; эритродермия питириазиформная диссеминированная



Рис. 97. А — панникулит узловатый; Б — параспориаз мелкобляшечный; В — параспориаз среднебляшечный; Г, Д — параспориаз каплевидный

Клиника. Заболевание начинается с появления одного или нескольких монотипных пятен, которые, существенно не меняясь, существуют от нескольких недель до 1–3 лет. Постепенно пятно трансформируется в округлую или овальную бляшку желтовато-розового цвета величиной 2–10 см. На поверхности бляшек – мелкопластинчатое шелушение, симптом папиросной бумаги. Субъективные ощущения отсутствуют. Элементы расположены чаще всего на коже грудной клетки параллельно ребрам. На конечностях располагаются параллельно длинному. Волосистая часть головы, ладони и подошвы обычно не поражаются. Чаще всего выявляется у лиц старше 30 лет, в большинстве – у мужчин.

Этиология и патогенез не ясны.

Гистопатология. Истончение зернистого и отечность шиповатого слоя, сглаженность сосочков, отек верхнего слоя дермы, пролиферация фибробластов, умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация вокруг расширенных кровеносных сосудов. Лимфатические сосуды расширены, вокруг них – клеточная инфильтрация.

Дифференциальный диагноз проводится с лимфомой кожи, экзематидами, первичным ретикулезом кожи, распространенным фолликулярным муцинозом.

Лечение. Сосудистые и метаболические препараты, витамины группы В, ксантинола никотинат, никотиновая кислота, аскорбиновая кислота. Наружно – кортикостероидные мази, ПУВА, УФО в субэритемных дозах. Возможно применение противомаларийных препаратов, пармидина, липоевой кислоты.

См. рис. 97Б, В.

ПАРАПСОРИАЗ КАПЛЕВИДНЫЙ (Parapsoriasis guttata Brocq)

Синонимы: дерматит псориазиформный нодулярный.

Заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся каплевидными папулезными высыпаниями, острым, подострым и хроническим течением.

Клиника. Пятнистые, папулосквамозные высыпания, локализующиеся на тыловице и сгибательной поверхности конечностей. Папулы мелкие, 2–10 мм в диаметре, при поскабливании получается симптом «скрытого шелушения»; при дальнейшем поскабливании симптом «облатки» и кровоизлияния. Иногда появляются некротические папулы или пурпуры. Эволюция каждого элемента составляет 3–4 нед. с одновременным появлением свежих эфлоресценций в течение нескольких месяцев и даже лет. Появляется чаще в осенний и весенний периоды.

Гистологически паракератоз, в дерме периваскулярный, преимущественно лимфоцитарный периваскулярный инфильтрат, проникающий местами в эпидермис.

Этиология и патогенез. Вероятна инфекционно-токсическая природа заболевания. Есть данные о возникновении каплевидного парапсориаза как паразитарной плазии.

Диагностические признаки. Пятнистые, папулосквамозные высыпания, положительные симптомы скрытого шелушения, облатки и геморрагий; паракератоз в эпидермисе, лимфоидный периваскулярный инфильтрат в дерме.

Лечение. Антибиотики ряда тетрациклина, эритромицина, сульфоны, фотохимиотерапия, наружные кортикостероидные мази.

См. рис. 97Г, Д.

ПАРАПСОРИАЗ ЛИХЕНОИДНЫЙ (Lichen variegatus)

Синонимы: парапсориаз лихеноидный хронический Юлиусберга; лишай пестрый; паракератоз сетчатый; паракератоз пестрый.

Клиника. На туловище и конечностях появляются плоские милиарные папулы, розового или красновато-бурого цвета с чешуйками на поверхности. Папулы сливаются в бляшки или в сетчатые структуры. В дальнейшем в очагах развивается атрофия, появляются телеангиэктазии, что сходно с сосудистой атрофической войкилодермией Якоби. Субъективные ощущения отсутствуют. Обычно выявляется в возрасте 20–40 лет с одинаковой частотой у лиц обоего пола.

Этиология и патогенез не изучены.

Гистопатология. Гиперкератоз, паракератоз и гранулез эпидермиса. Расширение, удлинение и инфильтрация сосочков. Сосуды дермы расширены, наблюдается разрыхление сосудистой стенки, гипертрофия эндотелия, вокруг сосудов — лимфогистиоцитарный инфильтрат.

Дифференциальный диагноз проводится с первичным ретикулезом кожи, красным плоским лишаем, койкилодермией Якоби.

Лечение. Витамины группы В, Е, никотиновая кислота, УФО. Наружные средства малоэффективны.

См. рис. 98А, Б.

ПАРАПСОРИАЗ ОСТРЫЙ (Parapsoriasis acuta)

Синонимы: парапсориаз вариолиформный; парапсориаз острый Муха–Габермана (Mucha–Habermann).

Папулезные, папулопустулезные, папулонекротические высыпания при хорошем самочувствии.

Клиника. Эритематозные папулезные высыпания, покрытые чешуйками, трансформирующиеся в черноватые корки. Нередко папулы носят некротический характер, на их поверхности появляются везикулезные и пустулезные