

Глава 8

Дерматозы с явлениями гипопигментации

Энцо Эрричетти, Аймилиос Лаллас и Димитриос Йоаннидис (Enzo Errichetti, Aimilios Lallas, and Dimitrios Ioannides)

8.1. ВИТИЛИГО

8.1.1. Введение

Витилиго относится к приобретенным дерматозам с нарушением пигментации. Дерматоз характеризуется прогрессирующим снижением числа меланоцитов, что может быть связано с аутоиммунной реакцией, высоким уровнем катехоламинов и их метаболитов (эндокринная гипотеза), нарушением баланса окислительно-восстановительных процессов и/или врожденными дефектами меланоцитов [1].

8.1.2. Клиническая картина

Витилиго манифестирует пятнышками или пятнами молочно-белого либо мелового оттенка круглой, овальной или линейной

формы с выпуклыми краями и локализованной в области лица, шеи, предплечий, подошв тыльной стороны ладоней и пальцев (рис. 8.1, А–8.3, А) [1]. Волосы на поверхности очагов витилиго могут быть белого цвета [1]. Очаги витилиго принято подразделять на два вида – сегментарный тип (один очаг или более вдоль линий Блашко) и несегментарный тип (все другие виды) [1]. К редким формам витилиго относятся трехцветные и четырехцветные очаги, а также очаги с воспаленными краями и голубого цвета [1].

8.1.3. Дерматоскопия

Дерматоскопические признаки витилиго наиболее изучены у лиц с темной кожей (подробности см. в разделе 17.2) [2–4]. Данные о пациентах со светлой кожей достаточно скудны [5, 6]. Согласно литературным публика-

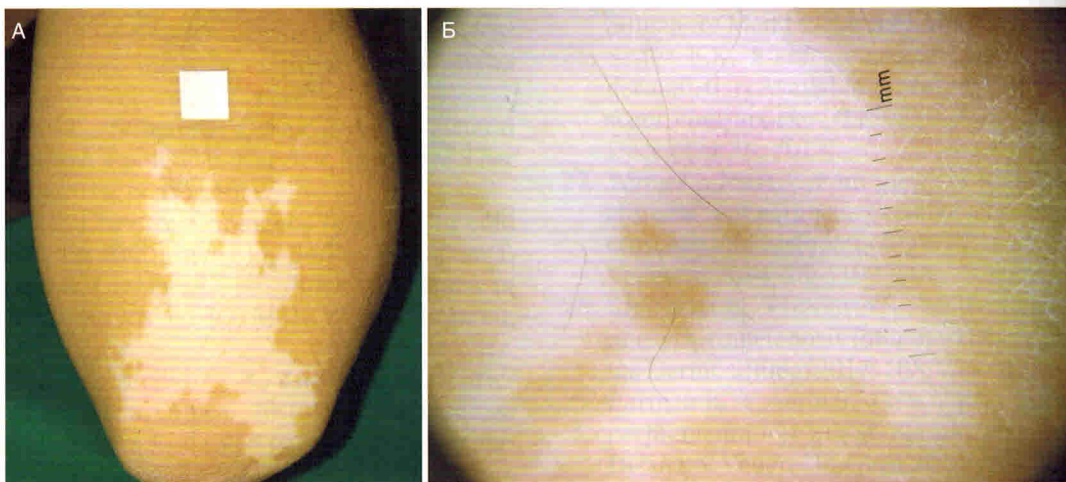


Рис. 8.1. Витилиго. Типичные очаги витилиго на левом предплечье и локтевом суставе (А). Дерматоскопия позволяет увидеть пятна молочно-белого оттенка с четкими границами без чешуек. Также видны пигментные (гомогенно окрашенные) пятна и участки пигментации вокруг волосяных фолликулов (Б)

и персональному опыту авторов (основанному на анализе свыше 60 случаев витилиго) [5, 6], наиболее типичными признаками витилиго на светлой коже являются пятна с четкими границами молочно-белого оттенка без чешуек (см. рис. 8.1, Б–8.3, Б). Кроме того, на поверхности очагов витилиго также можно увидеть участки эритемы с наличием или отсутствием телеангиэктазий, гипо- или гиперпигментацию вокруг волосяных фолликулов (см. рис. 8.3, Б), волосы белого цвета (лейкотрихия) (см. рис. 8.2, Б) и пятна с отложением пигмента в виде сеточки или диффузного характера (см. рис. 8.1, Б и 8.2, Б) [5, 6]. Стоит отметить, что перифолликулярная пигментация и лейкотрихия относятся к достаточно специфическим признакам витилиго, поскольку в норме не встречаются при других дерматозах с нарушением пигментации. Исключение

составляют пиебалдизм и некоторые формы дерматозов мозаичного типа гипопигментации, на поверхности очагов которых могут встречаться волосы белого цвета (см. раздел 8.2 и 8.7) [5, 6]. Примечательно, что пигментация вокруг волосяных фолликулов относится к более частым признакам витилиго в активной стадии или стадии репигментации. Без подтверждения среди пациентов с темной кожей указанный признак является типичным маркером активной стадии и стадии репигментации витилиго у лиц со светлой кожей (подробности см. в разделе 17.2) [3]. Касательно лейкотрихии этот признак наблюдается с высокой частотой встречаемости (до 100%) и характерен для очагов сегментарного типа [7], а также является маркером «плохого» ответа на проводимую терапию очагов витилиго сегментарного и несегментарного типа [8]. Редкая форма витилиго

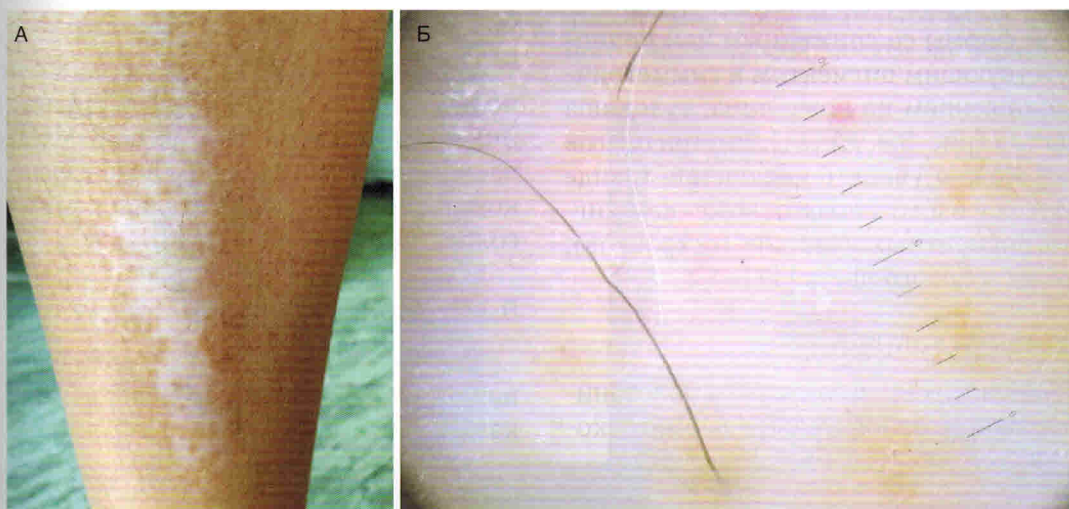


Рис. 8.2. Витилиго. Очаг витилиго на правой голени (А), который при дерматоскопии характеризуется участком нарушения пигментации белого цвета, а также пигментными участками вокруг волосяных фолликулов, гомогенно окрашенными пигментными пятнами и волосами белого цвета (лейкотрихия) (Б)

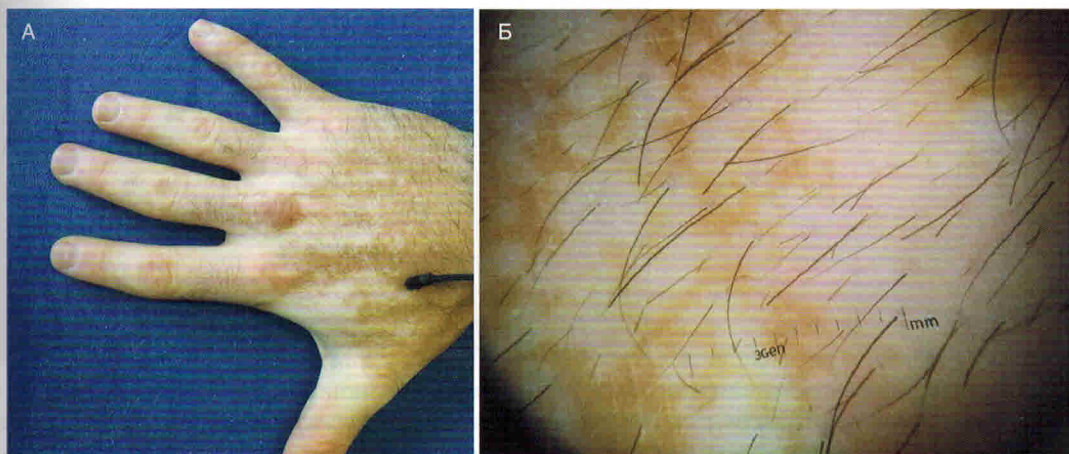


Рис. 8.3. Витилиго. Очаги витилиго на тыльной стороне правой ладони (А). Дерматоскопия позволяет увидеть участки молочно-белого оттенка и зону гомогенной пигментации вокруг волосяных фолликулов (Б)

с очагами голубого цвета характеризуется такими дерматоскопическими признаками, как пятна голубовато-белого оттенка с наличием или отсутствием рассеянных голубых точек либо телеангиэктазий в виде сеточки [9, 10].

8.2. ПИБАЛДИЗМ

8.2.1. Введение

Пиебалдизм — редкое аутосомно-доминантное нарушение пигментации кожи. Заболевание характеризуется участками кожи, на поверхности которых отсутствуют меланоциты и волосяные фолликулы, что связано с мутацией протоонкогена KIT 11.

8.2.2. Клиническая картина

Для пиебалдизма характерны врожденные белые пряди и многочисленные пятнышки неправильной формы со сниженным или полностью отсутствующим пигментом и симметричным расположением на коже лица, туловища и конечностей (рис. 8.4, А) [11]. Внутри очагов поражения можно увидеть включения в виде узких полосок с избыточным отложением пигмента или пигментных участков (островков), а также волосы белого цвета [11].

8.2.3. Дерматоскопия

Являясь относительно редким заболеванием, исследований относительно дерматоско-

пических признаков пиебалдизма проведено мало. Согласно персональному опыту авторов, признаки пиебалдизма частично совпадают с признаками витилиго, в частности молочно-белые пятна с четкими границами, волосы белого цвета (лейкотрихия) и пигментные (гомогенно окрашенные или сетчатой формы) пигментные участки (видны как по периферии, так и в центре очагов поражения) (см. рис. 8.4, Б). Тем не менее отличиями пиебалдизма от витилиго являются более темный цвет пигментных пятен, в отличие от окружающей непораженной кожи, и отсутствие зоны пигментации вокруг волосяных фолликулов (см. рис. 8.4, Б).

8.3. ИДИОПАТИЧЕСКИЙ КАПЛЕВИДНЫЙ ГИПОМЕЛАНОЗ

8.3.1. Введение

Идиопатический каплевидный гипомеланоз — лейкодермия доброкачественного течения и приобретенного характера. Чаще встречается среди лиц среднего возраста со светлой кожей и анамнезом длительного воздействия солнечного излучения [12].

8.3.2. Клиническая картина

Идиопатический каплевидный гипомеланоз на коже проявляется разбросанными пятнышками или пятнами угловатой либо округлой

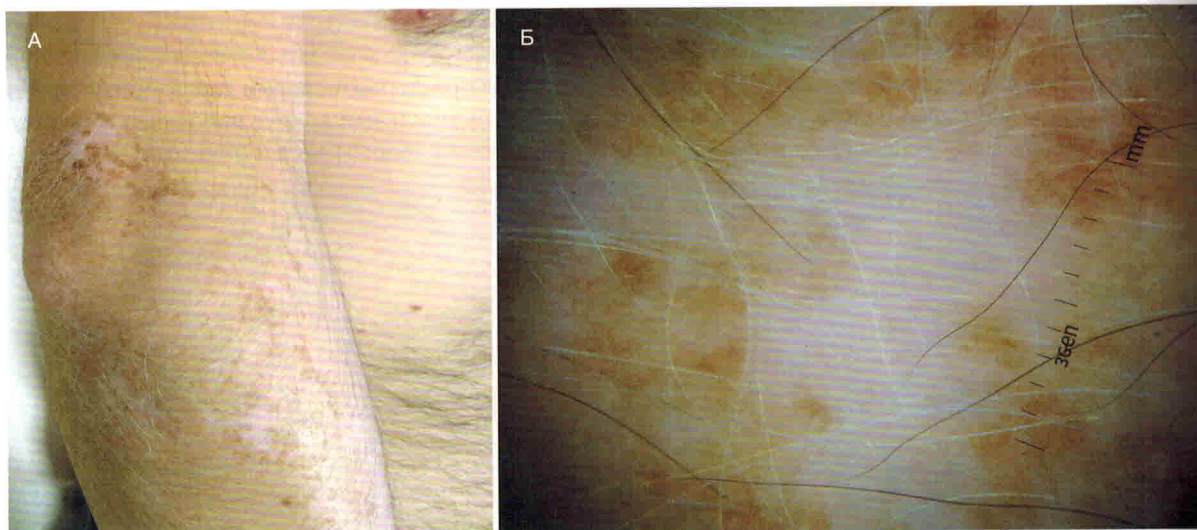


Рис. 8.4. Пиебалдизм. При осмотре видны белые пятна неправильной формы в области правой верхней конечности, а также островки избыточного отложения пигмента по периферии и в центре очагов и волосы белого цвета (А). Дерматоскопия позволяет увидеть молочно-белые пятна с четкими границами, волосы белого цвета (лейкотрихия) и островки избыточного отложения пигмента по периферии и в центре очагов, которые значительно темнее, чем окружающая их непораженная кожа (Б)

формы с низким содержанием или полным отсутствием пигмента с локализацией в области участков тела, длительно подвергающихся солнечному излучению (рис. 8.5, А). На лице очаги встречаются редко, однако их можно обнаружить на защищенных от солнечных лучей участках кожи (рис. 8.6, А) [12].

8.3.3. Дерматоскопия

Дерматоскопия очагов поражения идиопатического каплевидного гипомеланоза позволяет увидеть признаки, которые варьируют в зависимости от фототипа кожи пациентов

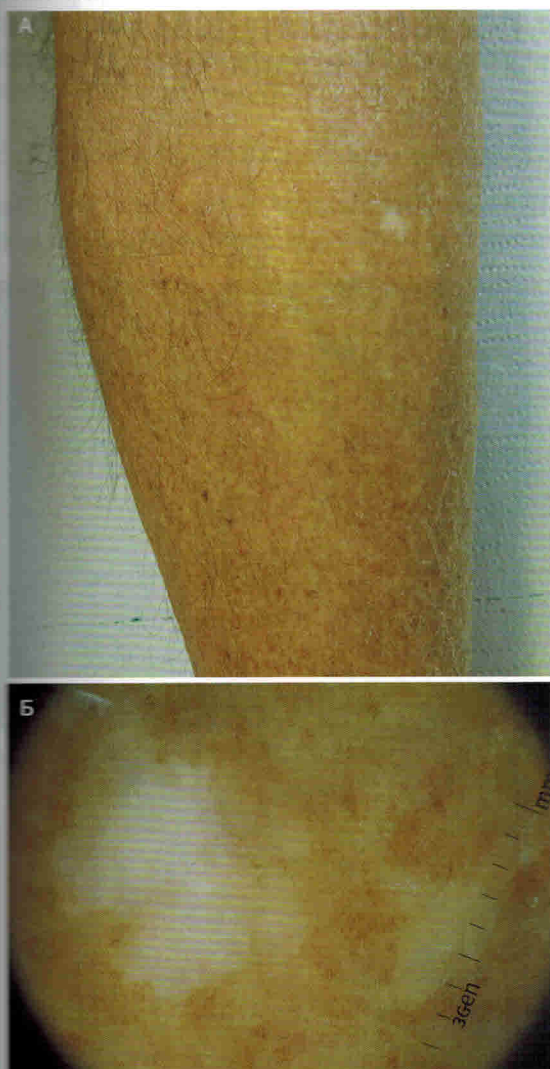


Рис. 8.5. Идиопатический каплевидный гипомеланоз. Несколько очагов поражения в области левой голени (хроническая форма) с одним из них большего размера (А). С точки зрения дерматоскопии это описывается как признак «облачного неба» (участки неправильной полициклической формы с низким содержанием пигмента, разным оттенком белого и четкими или размытыми границами, окруженные сетчатой пятнистой формы скоплениями пигмента) (Б)

[13, 14]. У лиц со светлой кожей они описываются двумя признаками, а именно признаком «облачного неба» (участки неправильной полициклической формы и разного оттенка белого с четкими или размытыми границами, окруженные вкраплениями пигмента в виде сеточки) (см. рис. 8.5, Б). Вторым признаком — признаком «облаков», где участки с четкими или размытыми границами гомогенного белого цвета окружены сетчатыми пятнистой формы скоплениями пигмента) (см. рис. 8.6, Б) [14]. Стоит заметить, что признак «облаков» встречается в очагах поражения размером свыше 5 мм, поскольку они часто образуются в результате слияния нескольких пятен с разной степенью нарушения пигментации, тем самым придавая очагу более неправильную форму, наблюдаемую при дерматоскопии [14]. Наличие сетчатой пятнистой формы скоплений пигмента по периферии очагов поражения является важным диагностическим маркером идиопатического каплевидного гипомеланоза, поскольку он нехарактерен

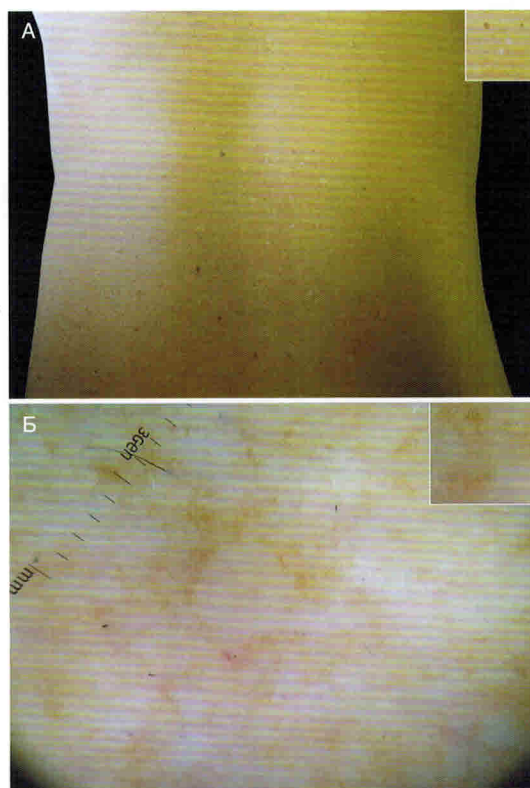


Рис. 8.6. Идиопатический каплевидный гипомеланоз. Очаги поражения на коже в области защищенного от солнечного излучения участка на спине (А). Дерматоскопия позволяет увидеть так называемый признак «облаков» (гомогенно окрашенные участки белесого оттенка с четкими или размытыми границами, окруженные вкраплениями пигмента в виде сеточки) (Б)

для других дерматозов с нарушением пигментации [6]. Более подробно дерматоскопические признаки идиопатического каплевидного гипомеланоза у лиц с темной кожей представлены в разделе 17.2.

8.4. СЕБОРЕЙНАЯ ЭКЗЕМА

8.4.1. Введение

Себорейная экзема относится к приобретенным дерматозам с нарушением пигментации, часто возникающим на фоне атопического дерматита у детей в возрасте от 3 до 16 лет [15].

8.4.2. Клиническая картина

На коже очаги себорейной экземы имеют вид безболезненных участков с размытыми границами, разной степенью дефицита пигмента, покрытые небольшим количеством чешуек

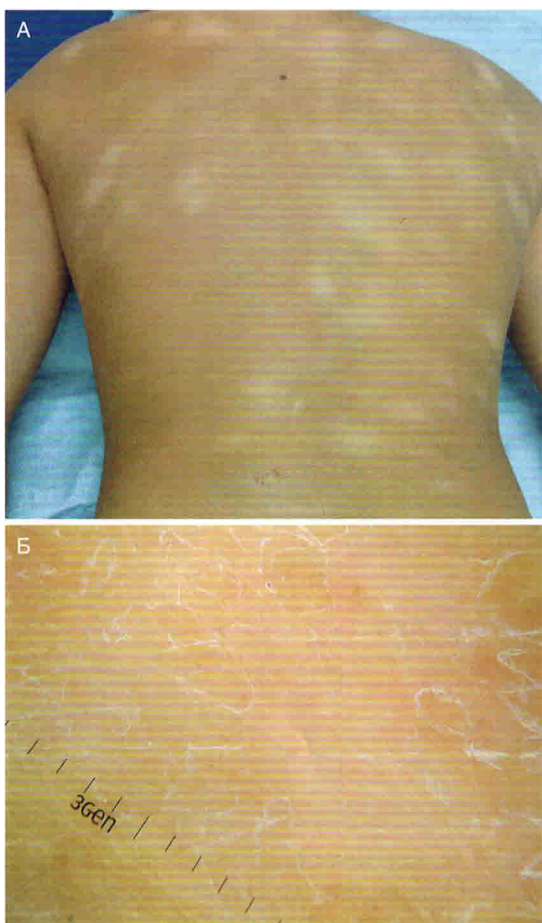


Рис. 8.7. Себорейная экзема. Клиническая картина типичных очагов себорейной экземы в области спины (А). Дерматоскопия позволяет увидеть участки гипопигментации, покрытые тонкими и пластинчатыми чешуйками (Б)

с наиболее частой локализацией на коже лица. Их появление не связано с предшествующей воспалительной реакцией (рис. 8.7, А) [15].

8.4.3. Дерматоскопия

Дерматоскопическими признаками очагов себорейной экземы являются пятна более светлого оттенка, чем непораженная кожа (нарушение отложения пигмента) и размытыми границами, покрытые тонкими или пластинчатыми чешуйками (см. рис. 8.7, Б). Также иногда можно встретить скопления точечных сосудов.

8.5. ПОСТВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ДИСХРОМИЯ (ГИПОПИГМЕНТАЦИЯ)

8.5.1. Введение

Поствоспалительная дисхромия (гипопигментация) относится к приобретенным наруше-

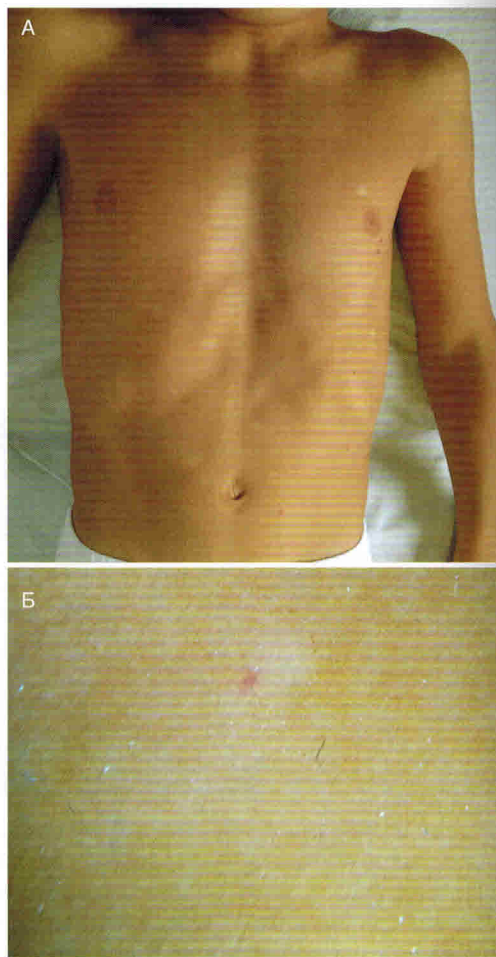


Рис. 8.8. Поствоспалительная гипопигментация на фоне хронических очагов лихеноидного парапсориаза (А). Дерматоскопия позволяет увидеть участки гипопигментации и фиолетовое пятно (Б)

ниям пигментации кожи с частичной или полной потерей пигмента клетками после реакции воспаления на фоне какого-либо дерматоза [16].

8.5.2. Клиническая картина

Внешний вид очагов поствоспалительной гипопигментации зависит от уровня поражения (эпидермис, дерма, подкожная жировая клетчатка) и степени выраженности воспалительной реакции, протекающей в коже в рамках конкретного дерматоза [16]. Хронический лихеноидный параспориаз (рис. 8.8, А), псориаз и узловая чесотка (рис. 8.9, А) наиболее часто способствуют формированию поствоспалительной реакции на коже, несмотря на то что многие другие дерматозы также могут разрешаться в виде очагов депигментации (рис. 8.10, А) [16].

8.5.3. Дерматоскопия

Дерматоскопия очагов поствоспалительной гипопигментации достаточно информа-

тивна, так как позволяет выявить типичные признаки предшествующего дерматоза, облегчая диагностику [6]. В частности, фиолетовые пятна, сосуды любой формы, за исключением точечной, и/или оранжевые гомогенные участки видны в случае хронических очагов лихеноидного параспориаса (см. рис. 8.8, Б). Тогда как для псориаза и узловой чесотки типичны точечные сосуды, диффузно рассеянные по поверхности очагов, и участки светлого оттенка (депигментация) в форме звезды (см. рис. 8.9, Б) [6]. Кроме того, дерматоскопия может помочь в диагностике очагов гипопигментации, связанных с отрубевидным лишаем и порокератозом. Отрубевидный лишай может давать явления фоллитропизма (гипопигментные пятна видны в центре волосных фолликулов) (раздел 13.5), а порокератоз характеризуется типичными чешуйками по периферии очагов с двумя свободными краями (см. рис. 8.10, Б) [6].

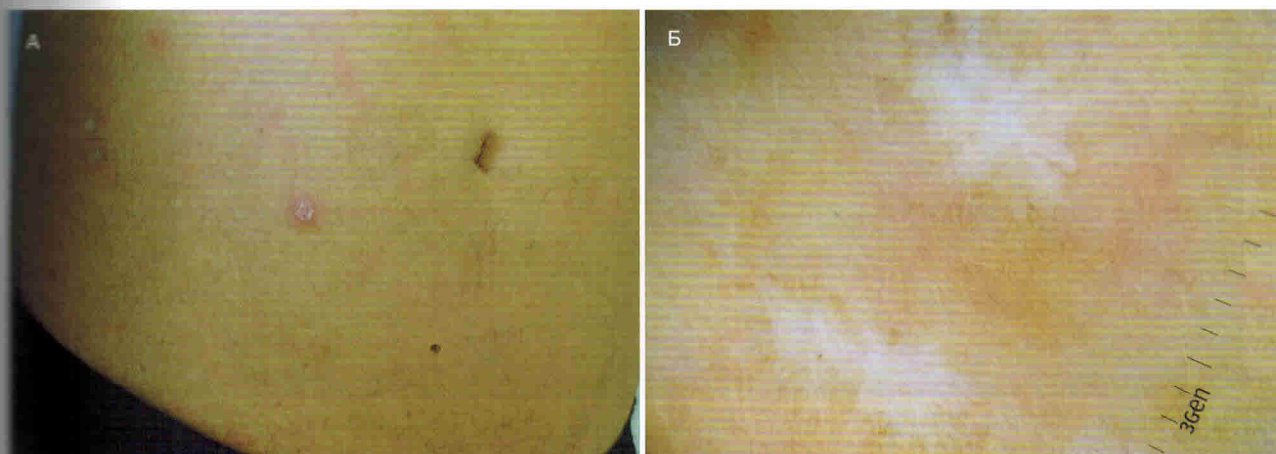


Рис. 8.9. Поствоспалительная гипопигментация на фоне узловой чесотки (А). Дерматоскопия позволяет увидеть участки нарушения пигментации в форме звезды (Б)

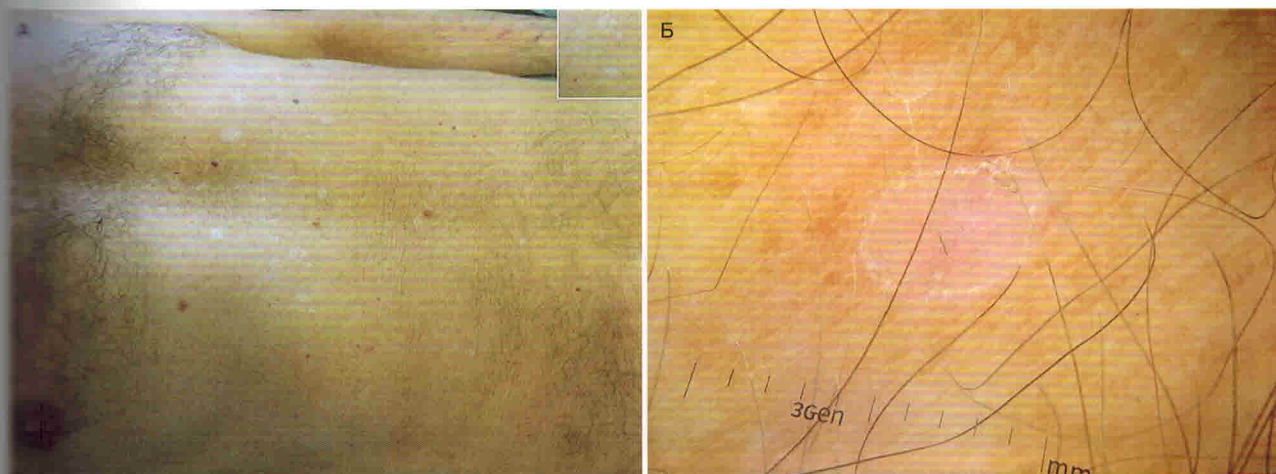


Рис. 8.10. Поствоспалительная гипопигментация на фоне порокератоза (А). Дерматоскопия позволяет увидеть типичные чешуйки по периферии очага с двумя свободными краями (Б)

8.6. ПЯТНА БИРА

8.6.1. Введение

Пятна Бира, или псевдолейкодерма ангиоспастическая, относится к малоизученной доброкачественной форме лейкодермы, связанной с чрезмерным, но физиологически обусловленным, спазмом мелких сосудов в результате избыточного скопления венозной крови [17].

8.6.2. Клиническая картина

На коже пятна Бира имеют вид безболезненных светлых участков в области верхних

и нижних конечностей. Пятна отличаются тенденцией к появлению в положении стоя (в связи с застоем венозной крови) и исчезновением после подъема конечностей вверх (в связи с оттоком венозной крови) [17]. Также возможно поражение кожи туловища и вовлечения в процесс большей части поверхности кожи (рис. 8.11, А) [17].

8.6.3. Дерматоскопия

При дерматоскопии пятен Бира видны белесые участки с размытыми границами (спазм сосудов), окруженные сетчатыми сосудами и редкими точечными сосудами (расширенные сосуды) (см. рис. 8.11, Б). В центре участков

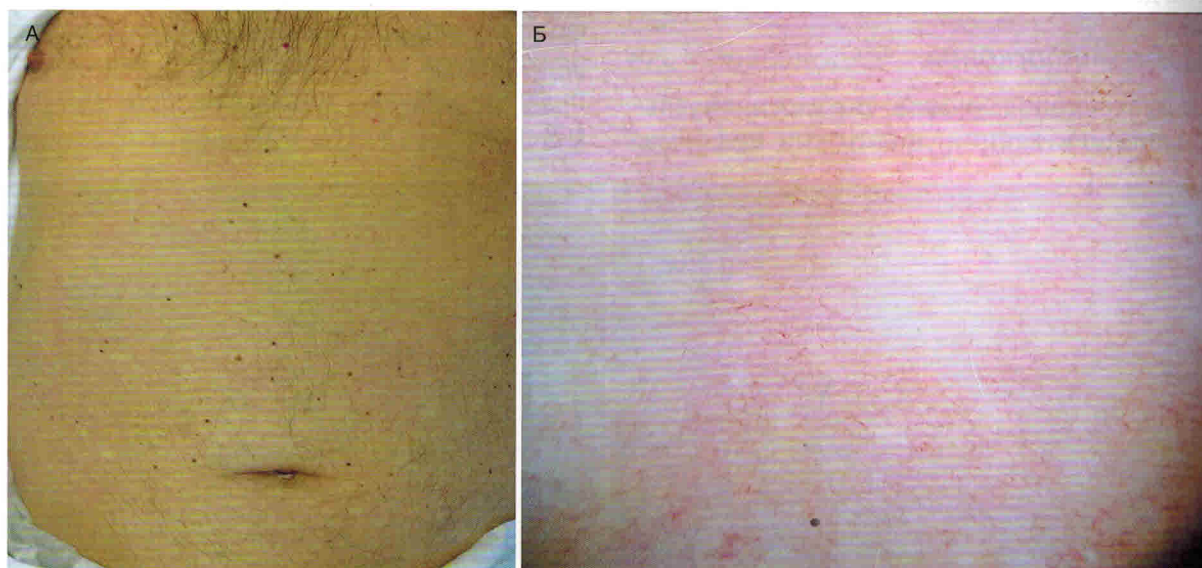


Рис. 8.11. Пятна Бира. Клиническая картина типичных очагов в области передней брюшной стенки пациента (А). Дерматоскопия позволяет увидеть белесые участки с размытыми границами, окруженные сосудами сетчатой формы и редкими точечными сосудами. В центре участков видны сосуды округлой формы (Б)

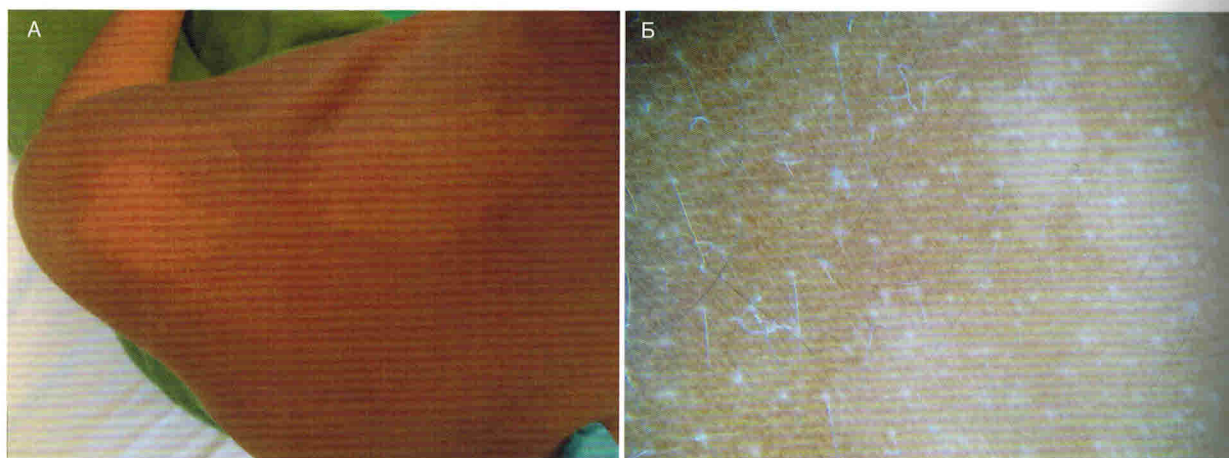


Рис. 8.12. Невус с депигментацией. Клиническая картина (А). Дерматоскопия позволяет увидеть белесые участки с зазубренными краями неправильной формы и островки кожи обычного цвета ближе к периферии белесых участков (Б)

Глава 12

Бактериальные и паразитарные болезни кожи

Игнасио Гомез Мартин, Балагандра Суриакант Анкад, Энцо Эрричетти, Аймилиос Лаллас, Димитриос Йоаннидис и Педро Забаллос (Ignacio Gómez Martín, Balachandra Suryakant Ankad, Enzo Errichetti, Aimilios Lallas, Dimitrios Ioannides, and Pedro Zaballos)

12.1. ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ВОЛЧАНКА

12.1.1. Введение

Туберкулез кожи относится к болезням, вызываемым бактерией *Mycobacterium tuberculosis* [1]. Согласно классификации, туберкулез кожи подразделяют на первичную (организм не имел ранее контакта с *Mycobacterium tuberculosis*) и вторичную форму (повторное инфицирование или реактивация уже существующих очагов инфекции) [1]. Поражение кожи *Mycobacterium tuberculosis* наиболее часто связано с повторным инфицированием. Заболевание может встречаться во всех возрастных группах и преобладанием лиц женского пола [1].

12.1.2. Клиническая картина

На ранней стадии очаги туберкулеза имеют вид красно-коричневых дискретных папул, ко-

торые постепенно сливаются с образованием крупной бессимптомной бляшки с медленным ростом, в центре которой виден участок атрофии и/или разрешения (рис. 12.1, А–12.3, А) [1, 2]. Наиболее часто поражается кожа лица и волосистой части головы, а также шеи. Хотя в субтропических и тропических регионах встречается туберкулез кожи с локализацией на коже нижних конечностей или ягодиц [1, 2]. Туберкулез кожи является знаменитым раздражителем, мимикрируя многие виды воспалительных или инфекционных болезней кожи, в частности кожную форму системной красной волчанки, саркоидоз, розацеа и грибковые инфекции [2].

12.1.3. Дерматоскопия

С точки зрения дерматоскопии очаги туберкулеза кожи напоминают кожную форму саркоидоза с наиболее частыми признаками

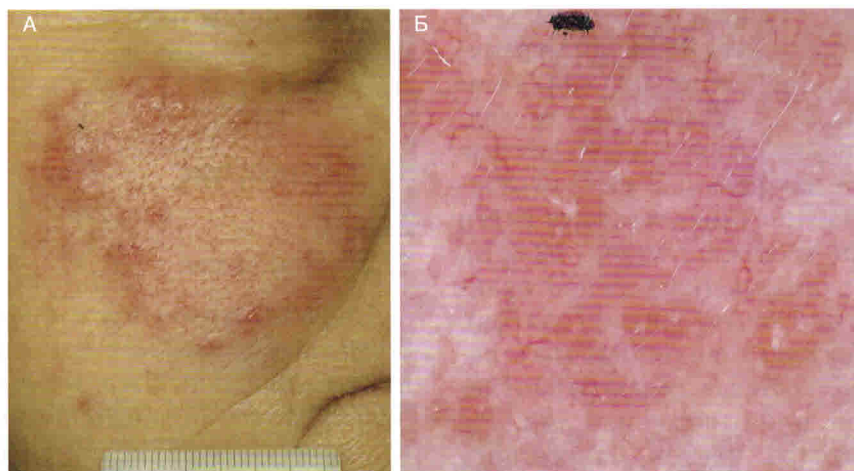


Рис. 12.1. Очаг туберкулезной волчанки в виде бляшки большого размера в области верхней челюсти слева
А. Дерматоскопия позволяет увидеть характерные участки оранжевого цвета и линейные ветвящиеся сосуды с четкими контурами (Б)

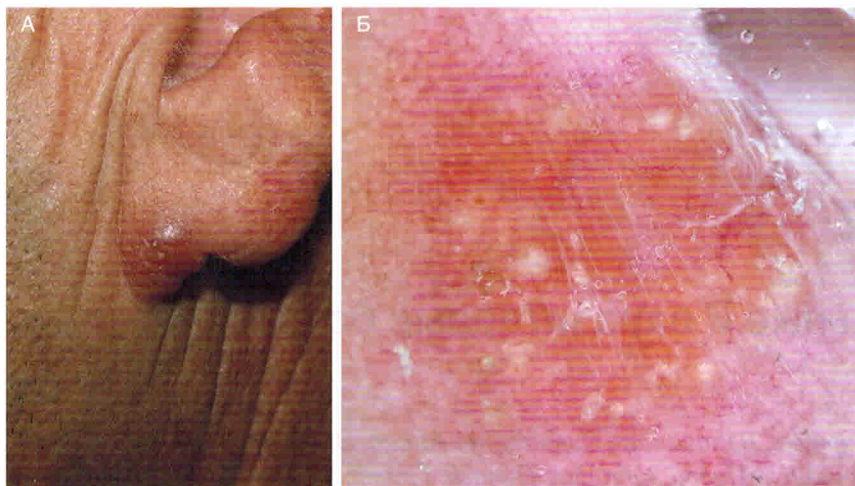


Рис. 12.2. Очаг туберкулеза кожи в виде узелка в области мочки левого уха (А). Дерматоскопия позволяет увидеть оранжевый цвет очага, линейные ветвящиеся сосуды и многочисленные милиум-подобные кисты

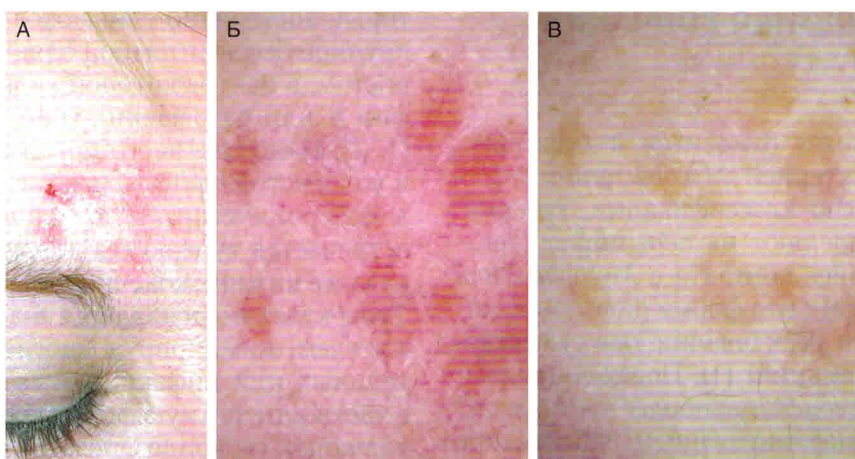


Рис. 12.3. Очаг поражения туберкулезом кожи в виде бляшки на лбу (А). Дерматоскопия позволяет увидеть участки оранжевого цвета и сосуды линейной ветвящейся формы (Б). После надавливания на кожу в области очага дерматоскопом виден признак «яблочного желе» (желтоватый оттенок) (В)

в виде очаговых или диффузных участков желто-оранжевого оттенка и сосудов линейной ветвящейся формы (как правило, с четкими контурами) (см. рис. 12.1, Б–12.3, Б) [3–5]. Несмотря на то что отличий «гранулематозных участков» в обоих случаях выявить, как правило, невозможно, участки желто-оранжевого оттенка в случае туберкулеза кожи имеют более насыщенный желтый оттенок (признак «яблочного желе», лучше виден при надавливании на кожу) (см. рис. 12.3, В), чем в случае саркоидоза (насыщенно оранжевый цвет гранулематозных очагов). Вероятно, это связано с наличием масс казеозного некроза, которые делают гранулему менее плотной, или отложением липидов в составе гигантских клеток Лангерганса в случае туберкулеза кожи [3–5]. К дополнительным признакам дерматоскопии очагов туберкулеза кожи относятся полоски в фор-

ме сеточки белесого оттенка, включения напоминающие милиум-подобные кисты (вероятно, связанные с очагами казеозного некроза), белые чешуйки, пигментные включения и роговые фолликулярные пробки (см. рис. 12.1, Б–12.3, Б) [3–5].

12.2. СИФИЛИС

12.2.1. Введение

Сифилис относится к инфекционным заболеваниям, вызываемым спирохетой трепонемы бледной (*Treponema pallidum*) с наиболее частым половым путем передачи [6]. Клинически сифилис принято делить на четыре формы — первичный, вторичный, латентный и третичный с разными симптомами, присущими каждой форме [6].

12.2. Клиническая картина

Несмотря на то что сифилис может поражать разные органы и системы (например, головной мозг, периферическую нервную систему, сердце, кровеносные сосуды, печень, костную систему и суставы), наиболее часто в процесс воспаления вовлекается кожа. Диагностика кожных симптомов сифилиса крайне важна для верификации диагноза [6]. В частности, очаги первичного сифилиса характеризуются появлением одного или более шанкров в местах инокуляции инфекционного агента спустя трехнедельный инкубационный период [6]. Шанкр первоначально формируется в виде темно-красного пятна с последующей трансформацией в папулу, а затем в овальную или округлую язву диаметром которой варьирует от нескольких миллиметров до 2 см). Язвы имеют четкие границы и правильные, приподнятые и плотные края (рис. 12.4) [6]. Как правило, язвочки безболезненны, несмотря на то что пациенты иногда могут предъявлять жалобы на боль [6]. Вторичный сифилис на коже имеет вид типичных образований, называемых вторичными сифилидами, которые образуются спустя 3–12 нед после формирования шанкра [6]. Внешне вторичные сифилиды могут быть эритематозными пятнышками (так называемая сифилитическая сыпь) (рис. 12.5, А), папулами, покрытыми папулами, или папулами (рис. 12.6, А), которые поражают разные участки тела, несмотря на то что чаще встречаются на коже туловища и конечностей, осо-

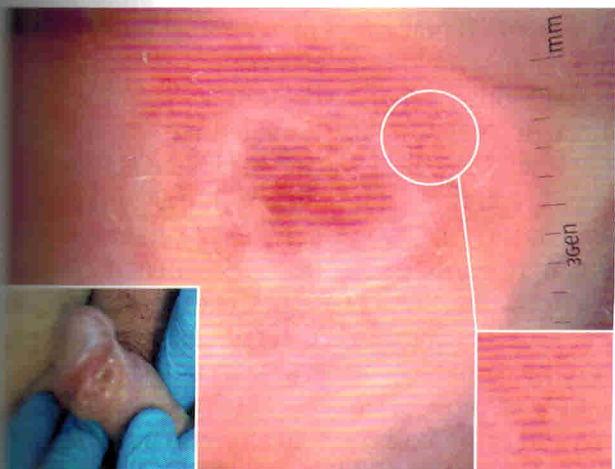


Рис. 12.4. Первичный сифилис (шанкр), клиническая картина (левая вставка). Дерматоскопия позволяет увидеть участок красного цвета в центре очага, окруженный кольцом белого цвета и сосудами неправильной линейной формы в виде серпантина по периферии (лучше видно в правой вставке)

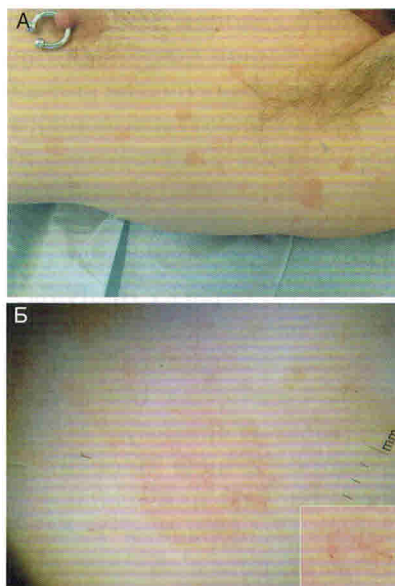


Рис. 12.5. Вторичный сифилис (очаги в виде пятен — сифилитическая розеола), клиническая картина (А). Дерматоскопия позволяет увидеть очаг бледного розово-оранжевого оттенка с тонкими чешуйками и редкими сосудами точечной и/или линейной формы (лучше видно во вставке) (Б)

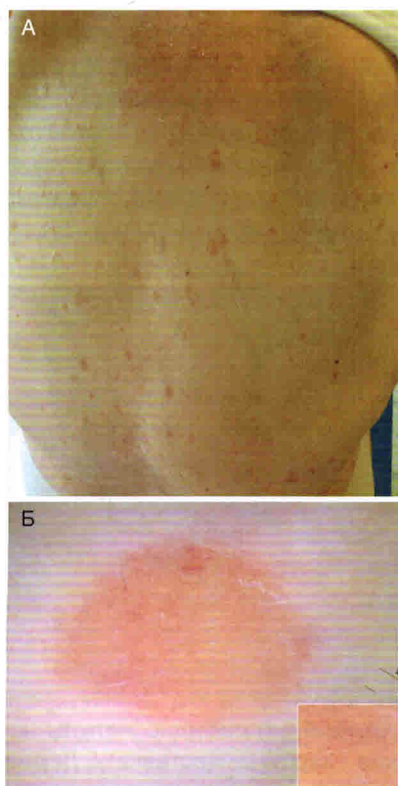


Рис. 12.6. Вторичный сифилис (очаги папулезной формы на спине), клиническая картина (А). Дерматоскопия позволяет увидеть очаг оранжевого цвета с тонкими чешуйками и редкими точечными сосудами (лучше видно во вставке) (Б)

бенно в области ладоней и подошв (рис. 12.7) [6]. Кольцо из белых чешуек по периферии папулезно-сквамозных очагов сифилиса (особенно в области ладоней и подошв), так называемый воротничок Биетта, относится к типичным, но не патогномичным признакам сифилиса [6]. Очаги поражения вторичного сифилиса обычно располагаются симметрично, имеют медную окраску (папулы) и протекают бессимптомно [6]. Другими примерами очагов вторичного сифилиса являются:

- пятна на слизистых оболочках (белые или желтоватые эрозии);
- образования в виде плоских кондилом (плоские папулы или бляшки с четкими границами, мацерацией либо изъязвлением поверхности в области естественных складок тела и наиболее увлажненных участков);
- пятна (в форме участков, «изъеденных молью») или диффузные участки (реже) нерубцовой формы алопеции [6].

Очаги поражения в виде гумм относятся к проявлениям третичного сифилиса [6]. Они имеют вид узелков или бляшек розового либо темно-красного оттенка, безболезненных на ощупь с размером от нескольких миллиметров до многих сантиметров. Наиболее часто гуммы располагаются в местах травматического повреждения кожи, в области волосистой части головы, кожи лба, ягодиц, надключичной области, зоны яремной вырезки или на передней поверхности голени [6].



Рис. 12.7. Вторичный сифилис (папулы на ладонях), клиническая картина (вставка). Дерматоскопия позволяет увидеть очаг оранжевого цвета, по периферии которого виден тонкий белесого оттенка кольцевидной формы воротничок из чешуек, расширяющийся во внешнем направлении и окруженный эритематозным ободком с размытыми сосудами (телеангиэктазиями)

Блестящие плоские плотные узелки темно-красного оттенка без признаков болезненности или очаги поражения, сочетающие признаки узелков и изъязвлений, и псориазоподобные бляшки также могут быть проявлениями третичной формы сифилиса [6].

12.2.3. Дерматоскопия

Наиболее изученным с помощью дерматоскопии симптомом сифилиса является алопеция, в то время как о других проявлениях сифилиса информации очень мало. В частности, ведущими дерматоскопическими признаками алопеции служат уменьшение числа волосных стержней, выходящих из устья одного фолликулярного островка, уменьшение числа терминальных отрезков волосных стержней с наличием пустых волосных фолликулов и наличие волосных стержней диаметром менее 20 мкм [7]. При большем увеличении ($\times 40-70$) на поверхности очагов алопеции также можно увидеть неравномерно расширенные капилляры с мелкими участками экстравазации эритроцитов на красно-красноватом фоне [7]. Черные точки, нарушение окраски волосных стержней, желтые точки, вьющиеся волосные стержни, диффузные рассеянные чешуйки, очаги фолликулярного гиперкератоза и секущиеся волосы являются дополнительными, реже встречающимися признаками сифилитической алопеции [8,9].

Что касается симптомов сифилиса на коже, дерматоскопия может быть информативной для диагностики очагов в виде пятен и папул. В частности, очаги в виде пятен при дерматоскопии видны как участки розовато-оранжевого оттенка с редкими сосудами точечной и/или линейной формы (см. рис. 12.5, Б). Папулезные очаги сифилиса характеризуются наличием диффузных либо очаговых участков оранжевого цвета с редкими точечными и/или линейными сосудами (см. рис. 12.6, Б) (личные данные автора. — Э.Э.). Кроме того, на поверхности пятен и папул можно увидеть чешуйки (даже если при обычном осмотре пациента они не видны). На пятнистых очагах чешуйки обычно тонкие, а на папулезных — могут быть тонкими, плотными или расположенными по периферии очага (воротничок Биетта) [10, 11]. Воротничок Биетта наиболее часто встречается на очагах сифилиса в области ладоней и подошв, прогрессируя во внешнем направ-

нии очага (внутренний край чешуек свободных) и нередко окруженный эритематозным ободком (см. рис. 12.7) [10, 11].

Дерматоскопию можно применять с целью оценки шанкров и очагов в форме плоских кондилом. Шанкр характеризуется участком красноватого оттенка в центре с кольцевидной формы границами белого цвета и сосудами неправильной линейной формы в виде перламутра по периферии (см. рис. 12.4) [10]. Типичные наблюдения автора. — Э.Э.). Очаги сифилиса в форме плоских кондилом имеют признаки включений в виде глобул красноватого или молочно-красного оттенка, сосудов в форме клубочков, гомогенных участков желтоватого оттенка (по периферии), многочисленных мелких включений (чаще в центре очага) белого цвета круглой формы и сеточки белесо-розового оттенка на возвышающихся краях очага [12]. Что касается корреляции дерматоскопических и патоморфологических признаков, участки розовато-оранжевого оттенка и оранжевого цвета соответствуют отложениям гемосидерина в дерме в результате экстравазации эритроцитов, что типично для очагов вторичного сифилиса [10]. Разный оттенок участков, вероятно, связан с количеством отложений, то есть более светлые участки содержат меньше гемосидерина, а более темные — больше [10]. Чешуйки, сосуды линейной формы и участки желтоватого оттенка возникают из-за гиперкератоза эпидермиса, расширения сосудов сосочкового (точечная форма) или сетчатого (линейная форма) слоя дермы и мацерации рогового слоя эпидермиса [10, 12]. Наконец, участки белого цвета могут быть связаны с отеком слоев дермы в пределах шанкра, а также явлениями фолликулярного гиперкератоза (округлые участки в центре очагов) или фиброза (сеть белого цвета на возвышающихся краях очагов) в случае плоских кондилом [12, 13].

12.3. ЛЕПРА

12.3.1. Введение

Лепра, также известная как болезнь Хансена, относится к хроническому гранулематозному поражению кожи, вызываемому *Mycobacterium leprae* с преимущественным поражением кожи, слизистых оболочек (например, полости носа), периферической нервной системы, глаз и яичек. Лепра со временем

приводит к развитию инвалидизирующих деформаций с последующей стигматизацией [14]. Форма, которую примет заболевание, зависит от особенностей иммунной системы организма с наиболее тяжелыми проявлениями у лиц с ослабленным иммунитетом [14]. Клинические типы лепры включают: неопределенный, туберкулоидный, пограничный туберкулоидный, срединно-пограничный, пограничный лепроматозный и лепроматозный тип [14]. Диффузная форма (лепра Люцио и Латапи) и лепра гистоидная относятся к более редким формам лепроматозной лепры [14]. Во время персистенции микобактерии лепры в организме человека на коже могут возникать признаки иммунологического ответа в виде преходящих очагов воспаления, известных, как кожная реакция (тип 1 и тип 2) [14].

12.3.2. Клиническая картина

Промежуточная форма лепры манифестирует одним или несколькими гипопигментными пятнышками либо пятнами с последующей трансформацией в очаги, характерные для туберкулоидной, пограничной или лепроматозной формы лепры [14]. В целом очаги лепры редко встречаются в области естественных складок кожи и волосистой части головы, что связано с особыми условиями культивации микобактерии лепры в виде низких температур [14]. Туберкулоидная форма лепры на коже имеет вид одного или нескольких (реже более пяти) гипопигментных либо крупных эритематозных пятен, часто с возвышающимися воспаленными четко очерченными краями и участком атрофии в центре (что придает очагам форму кольца) [14]. Очаги туберкулоидной формы лепры обычно отличаются асимметричным расположением, особенно в случае наличия нескольких очагов, сниженной или отсутствием чувствительности и волосяными фолликулами без волосяных стержней [14]. Очаги поражения пограничного туберкулоидного типа лепры (наиболее часто встречающийся тип) напоминают очаги туберкулоидного типа, хотя меньше по размеру, представлены в большем количестве и имеют плохо очерченные границы (рис. 12.8, А и 12.9, А) [14].

Очаги срединно-пограничного типа лепры манифестируют несколькими бляшками красного цвета асимметричного расположения с умеренным нарушением чувствительности, границы которых выражены хуже, чем