

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>I НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ .....</b>	<b>1</b>
<b>АКНЕ .....</b>	<b>3</b>
Акне вульгарное.....	3
Акне конглобатное .....	5
<b>СТАРЕЮЩАЯ КОЖА .....</b>	<b>7</b>
Старческая дистрофия кожи .....	7
Изменения кожи у пожилых людей в результате длительного воздействия солнечного излучения.....	7
Псевдорубцы .....	7
Старческие комедоны и старческие кисты .....	9
Ромбовидная кожа на задней поверхности шеи .....	9
Фолликулярный эритромеланоз шеи.....	9
Старческая пурпурा .....	9
Хронический актинический хейлит (хроническое воспаление губ под воздействием света) .....	9
Сенильная гиперплазия сальных желез.....	11
Хондродерматит узелковый завитка ушной раковины.....	11
Старение кожи у курильщиков .....	11
<b>АФТЫ .....</b>	<b>13</b>
Рецидивирующие афты.....	13
<b>АРТЕФАКТЫ .....</b>	<b>15</b>
Травма кожи в результате самоповреждения.....	15
Артифициальный дерматит.....	15
<b>ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВ.....</b>	<b>19</b>
Пятнисто-папулезная экзантема .....	19
Стойкая лекарственная экзантема .....	21
Токсический эпидермальный некролиз .....	21
Реакции лекарственной фоточувствительности.....	21
Крапивница и ангиоотек .....	21
Пурпурा, кровоизлияния в кожу.....	21
«Кортизоновая» кожа .....	23
Акнеподобные высыпания .....	23
Острый генерализованный экзантемный пустулез.....	23
Инфекционные заболевания при медикаментозной иммуносупрессии .....	23
Язва вследствие внесосудистого введения лекарств.....	23
Асептический некроз после внутримышечной инъекции (медикаментозная эмболия кожи, синдром Николау).....	25
<b>ПУЗЫРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....</b>	<b>27</b>
Вульгарная пузырчатка .....	27
Буллезный пемфигоид .....	27
Рубцующий пемфигоид слизистых оболочек .....	29
Хроническое буллезное заболевание детского возраста, линейный IgA-дерматоз.....	29
Герпетiformный дерматит.....	29
Наследственный буллезный эпидермолиз.....	31
<b>ПРОЛЕЖНИ .....</b>	<b>33</b>
<b>НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ .....</b>	<b>35</b>
Нарушения артериального кровообращения .....	35
Нарушения венозного кровообращения, язва голеней (ulcus cruris) .....	37
Другие распространенные нарушения кровообращения ..	41
Акроцианоз.....	41
Мраморная кожа (Livedo reticularis).....	41
Феномен Рейно.....	41
<b>ЭКЗЕМЫ .....</b>	<b>43</b>
Острая аллергическая контактная экзема .....	43
Хроническая аллергическая контактная экзема .....	45
Хроническая неаллергическая контактная экзема (токсическая дегенеративная экзема, кумулятивный токсический контактный дерматит, «дерматоз истощения») .....	45
Атопическая экзема (диссеминированный нейродермит, эндогенная экзема).....	47
Везикуло-буллезная (дисгидротическая) экзема кистей и стоп (дисгидроз, rompholyx) .....	51
Хроническая экзема ладоней и подошв с гиперкератозом .....	53
Пеленочный дерматит (пеленочная экзема).....	55
Застойная экзема, застойный дерматит .....	55
Себорейная экзема .....	57
Бактериальная экзема ушной раковины .....	57
Монетовидная экзема .....	59
<b>ОБМОРОЖЕНИЯ.....</b>	<b>61</b>
<b>РОЖА (РАНЕВАЯ РОЖА) .....</b>	<b>63</b>
<b>ХРОНИЧЕСКАЯ МИГРИРУЮЩАЯ ЭРИТЕМА И ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ КЛЕЩАМИ ..</b>	<b>65</b>
Хроническая мигрирующая эритема .....	65
Хронический атрофический акродерматит .....	65
Лимфоцитома.....	65
<b>ЭКССУДАТИВНАЯ МНОГОФОРМНАЯ ЭРИТЕМА ..</b>	<b>67</b>
<b>УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА .....</b>	<b>69</b>
<b>ОЗНОБЛЕНИЯ .....</b>	<b>71</b>
<b>КОЛЬЦЕВИДНАЯ ГРАНУЛЕМА, ЛИПОИДНЫЙ НЕКРОБИОЗ .....</b>	<b>73</b>
Кольцевидная гранулема .....	73
Липоидный некробиоз .....	73
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ ВОЛОС .....</b>	<b>75</b>
Гнездная алопеция (alopecia areata) .....	75
Диффузная алопеция .....	77
Трихотицломания .....	77
Эзогенные повреждения волос .....	77

<b>ПРОСТОЙ ГЕРПЕС .....</b>	<b>79</b>	Старческие эфелиды ..... 121
<b>ГИПЕРГИДРОЗ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ.....</b>	<b>83</b>	Хлоазма ..... 121
Гипергидроз .....	83	
Трихобактериоз подмышечный (Trichobacteriosis palmellina) .....	83	
Мелкоточечный подошвенный кератолиз .....	83	
<b>УКУСЫ НАСЕКОМЫХ.....</b>	<b>85</b>	
Укусы комаров.....	85	
Укусы ос и пчел.....	85	
Укусы блох .....	87	
Укусы клопов.....	87	
Тромбидиоз .....	87	
<b>ИНТЕРТРИГО, ЭРИТРАЗМА.....</b>	<b>89</b>	
Интертриго (интертригинозная экзема).....	89	
Эритразма.....	89	
<b>ЗУД .....</b>	<b>91</b>	
Генерализованный зуд .....	91	
Локализованный зуд .....	93	
<b>ПЕДИКУЛЕЗ .....</b>	<b>95</b>	
Головной педикулез .....	95	
Платяной педикулез .....	95	
Лобковый педикулез .....	97	
<b>КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ .....</b>	<b>99</b>	
<b>ФОТОДЕРМАТОЗЫ.....</b>	<b>101</b>	
Солнечный ожог (dermatitis solaris).....	101	
Фототоксические реакции .....	101	
Фотоаллергические реакции .....	103	
Стойкая фотопривыкание, актинический ретикулоид .....	103	
Полиморфный фотодерматоз .....	103	
Поздняя кожная порfirия .....	105	
Пигментная ксеродерма .....	105	
<b>ВОСПАЛЕНИЕ ГУБ .....</b>	<b>107</b>	
Простой хейлит .....	107	
Сухой хейлит .....	107	
Хронический актинический хейлит (хроническое воспаление кожи под воздействием света) .....	107	
Заеды (хейлит уголков губ) .....	107	
Хейлит острый бактериальный эктропионизирующий (с выворотом нижней губы) .....	109	
Гранулематозный хейлит .....	109	
Гранулема слюнных желез слизистой губ .....	109	
<b>КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА.....</b>	<b>111</b>	
Системная красная волчанка .....	111	
Дискоидная красная волчанка .....	111	
<b>ЛИМФОТЕК.....</b>	<b>113</b>	
<b>ПОТНИЦА.....</b>	<b>115</b>	
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ НОГТЕЙ.....</b>	<b>117</b>	
Вросший ноготь (ungus incarnatus) .....	117	
Бактериальная паронихия .....	117	
<b>НАРУШЕНИЯ ПИГМЕНТАЦИИ.....</b>	<b>119</b>	
Витилиго .....	119	
Белый лишай .....	119	
Генерализованная коричневая пигментация .....	119	
Эфелиды (веснушки) .....	121	
<b>ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....</b>	<b>123</b>	
Заболевания, вызванные дерматофитами .....	123	
Дermatoфития волосистой части головы		
— Tinea capitis .....	123	
Дermatoфития тулowiща — Tinea corporis .....	123	
Дermatoфития стоп — Tinea pedis .....	125	
Дermatoфития ногтей (онихомикоз) — Tinea unguis .....	125	
Заболевания, вызванные дрожжевыми грибами (кандидоз) .....	127	
Кандидоз кожи .....	127	
Кандидоз слизистых, кандидоз гениталий .....	129	
Кандидозная паронихия .....	129	
Отрубевидный лишай .....	131	
<b>РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ.....</b>	<b>133</b>	
<b>ПРУРИГО .....</b>	<b>135</b>	
<b>ПСОРИАЗ.....</b>	<b>137</b>	
<b>ПУРПУРА (КОЖНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ) .....</b>	<b>141</b>	
Тромбоцитопеническая пурпурा .....	141	
Пурпурна при криоглобулинемии .....	141	
Кровотечения вследствие нарушения гуморальных факторов свертывания крови .....	141	
<b>ПИОДЕРМИИ .....</b>	<b>143</b>	
Фолликулит, фолликулярная пустула .....	143	
Фурункул и фурункулез .....	143	
Карбункул .....	145	
Инверсное акне .....	145	
Контагиозное импетиго .....	147	
Синдром стафилококковой обожженной кожи .....	147	
<b>ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЖИ ПОСЛЕ РЕНТГЕНОВСКОГО ОБЛУЧЕНИЯ.....</b>	<b>149</b>	
Острый лучевой дерматит .....	149	
Рентгенодермия .....	149	
<b>РОЗАЦЕА, РОЗАЦЕАПОДОБНЫЙ ДЕРМАТИТ .....</b>	<b>151</b>	
Розацеа .....	151	
Периоральный, розацеаподобный дерматит .....	151	
<b>ЧЕСОТКА .....</b>	<b>153</b>	
<b>СТОМАТИТ (ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА) .....</b>	<b>155</b>	
<b>ТАТУИРОВКИ .....</b>	<b>157</b>	
<b>ТРОМБОФЛЕБИТ .....</b>	<b>159</b>	
<b>СУХАЯ КОЖА, ИХТИОЗ .....</b>	<b>161</b>	
Сухость кожи .....	161	
Ихтиоз («рыбья чешуя») .....	161	
<b>ДЕРМАТОЗЫ ОТПУСКНОГО ПЕРИОДА.....</b>	<b>163</b>	
«Ползучая болезнь» .....	163	
Бактериальные язвы .....	163	
Заболевание, вызванное песчаной блохой .....	163	
Фурункулоидный миаз, вызванный двукрылыми насекомыми .....	163	
<b>КРАПИВНИЦА И АНГИООТЕК (ОТЕК КВИНКЕ).....</b>	<b>165</b>	
Крапивница .....	165	

Ангиоотек (отек Квинке) (опосредуемый гистамином) .....	167	Венозная ангиома губ .....	211
Наследственный и приобретенный ангиоотек (отек Квинке) вследствие дефицита ингибитора С1.....	167	Паукообразный невус .....	211
Наследственный ангиоотек у женщин без дефицита ингибитора С1 .....	169	Ангиокератома .....	211
Рецидивирующие ангиоотеки, обусловленные блокаторами АПФ .....	169	<b>КЕЛОИДЫ.....</b>	<b>213</b>
<b>ВАСКУЛИТ.....</b>	<b>171</b>	ЛИПОМЫ, ЛИПОМАТОЗ, ЛИПОИДНЫЙ ОТЕК.....	215
Пурпурозный и некротизирующий васкулит, пурпурा Шёнляйна-Геноха .....	171	Одиночные или множественные липомы .....	215
Постинфекционная пурпурра у детей раннего возраста (Зайдельмайера) .....	171	Доброкачественный симметричный липоматоз (синдром Маделунга) .....	215
Прогрессирующая пигментная пурпурра .....	171	Липоидный отек .....	215
<b>ХИМИЧЕСКИЙ ОЖОГ КОЖИ .....</b>	<b>173</b>	<b>МИЛИУМЫ.....</b>	<b>217</b>
<b>ТЕРМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ .....</b>	<b>175</b>	<b>КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК.....</b>	<b>219</b>
<b>ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ.....</b>	<b>177</b>	<b>ПИГМЕНТНЫЕ НЕВУСЫ.....</b>	<b>221</b>
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯЗЫКА.....</b>	<b>179</b>	Невоклеточный невус .....	221
Географический язык — exfoliation areata linguae.....	179	Галоневус (nevus Cettona).....	221
Складчатый язык .....	179	Врожденный пигментный невус .....	221
Черный волосатый язык .....	179	Невус веретенообразных клеток (nevus Spilus).....	223
Срединный ромбовидный глоссит (glossitis rhombica mediana) .....	181	Пятнистый невус (Nevus spilus).....	223
Язык с выраженным налетом.....	181	Голубой невус .....	223
<b>II ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, И НЕВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ .....</b>	<b>183</b>	<b>ПИОГЕННАЯ ГРАНУЛОМА (Granuloma pyogenicum, Granuloma teleangiectaticum, Granuloma pediculatum) .....</b>	<b>225</b>
<b>СПИД, ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ .....</b>	<b>185</b>	<b>МОЗОЛИ.....</b>	<b>227</b>
<b>ГОНОРЕЯ.....</b>	<b>189</b>	<b>СЕБОРЕЙНЫЕ БОРОДАВКИ.....</b>	<b>231</b>
<b>СИФИЛИС .....</b>	<b>191</b>	<b>БОРОДАВКИ.....</b>	<b>233</b>
<b>НЕВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.....</b>	<b>197</b>	Вульгарные бородавки .....	233
Баланит .....	197	Подошвенные бородавки .....	235
Вульвовагинит .....	197	Плоские ювенильные бородавки .....	235
Крауэр вульвы или полового члена .....	197	Остроконечные кондиломы .....	237
Фимоз .....	199	<b>КСАНТЕЛАЗМЫ, КСАНТОМЫ.....</b>	<b>239</b>
Гетеротопные сальные железы .....	199	Ксантелазма (Xantelasma palpebrarum) .....	239
Гирсутные папиллярные пролиферации на половом члене .....	199	Эруптивные ксантомы .....	239
<b>III ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ .....</b>	<b>201</b>	Туберозные ксантомы .....	239
<b>АТЕРОМЫ, РЕТЕНЦИОННЫЕ КИСТЫ.....</b>	<b>203</b>	<b>IV ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ПОТЕНЦИАЛЬНО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ .....</b>	<b>241</b>
<b>ФИБРОМА .....</b>	<b>205</b>	<b>АКТИНИЧЕСКИЕ КЕРАТОЗЫ.</b>	
Фиброма мягкая .....	205	<b>КЕРАТОАКАНТОМА .....</b>	<b>243</b>
Гистиоцитома, дерматофиброма .....	205	Актинические кератозы .....	243
<b>ГЕМАНГИОМЫ .....</b>	<b>207</b>	Кератоакантома .....	243
Кавернозная гемангиома .....	207	<b>БАЗАЛИОМА .....</b>	<b>245</b>
Пламенеющий невус .....	209	Миелопролиферативные заболевания .....	249
Медианный пламенеющий невус .....	209	Хронический лимфоцитарный лейкоз .....	249
Латеральный пламенеющий невус .....	209	<b>ЛЕЙКОПЛАКИЯ .....</b>	<b>251</b>
Сенильные ангиомы.....	211	<b>ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ МЕЛАНОМА .....</b>	<b>253</b>
		Начальные изменения и ранние формы .....	253
		Клинические формы и терапия .....	253
		<b>МЕТАСТАЗЫ .....</b>	<b>257</b>

<b>ГРИБОВИДНЫЙ МИКОЗ И ДРУГИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЛИМФОМЫ, ПСЕВДОЛИМФОМЫ .....</b>	<b>259</b>
Грибовидный микоз .....	259
В-клеточная лимфома .....	261
Псевдодолимфома .....	261
<b>САРКОМА.....</b>	<b>263</b>
Выбухающая дерматофибросаркома .....	263
Ангиосаркома.....	263
<b>ПЛОСКОКЛЕТОЧНАЯ КАРЦИНОМА.....</b>	<b>265</b>
<b>V НЕКОТОРЫЕ ПРЕПАРАТЫ И РЕЦЕПТЫ, ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ТЕРАПИИ .....</b>	<b>269</b>
<b>ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ.....</b>	<b>270</b>
<b>МЕДИКАМЕНТЫ И МЕРОПРИЯТИЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ .....</b>	<b>272</b>
Влажные компрессы .....	272
Ванны частичные (сидячая, кистей, стоп) и полные .....	272
Порошки.....	272
Растворы, настойки .....	273
Взбалтываемые смеси.....	273
Гели.....	274

Пасты .....	274
Эмульсии: лосьоны (по типу молочка), кремы, мази .....	275
Кристаллические суспензии глюкокортикоидов .....	278
<b>ПРЕПАРАТЫ СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ .....</b>	<b>279</b>
Антибиотики .....	279
Противогрибковые препараты.....	279
Антигистаминные препараты .....	280
Глюкокортикоиды.....	280
Вирусостатики.....	280
Ретиноиды .....	281
Фумаровая кислота .....	281
Метотрексат.....	282
Азатиоприн .....	282
Дапсон (DADPS, DDS) .....	282
Хлорохин .....	282
<b>ОПЕРАТИВНОЕ (ХИРУРГИЧЕСКОЕ) ЛЕЧЕНИЕ....</b>	<b>283</b>
<b>СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАН.....</b>	<b>284</b>
<b>КОМПРЕССИОННЫЕ ПОВЯЗКИ .....</b>	<b>286</b>
Сменные повязки .....	286
Средние и длинные повязки, накладываемые при вытяжении .....	286
Повязки, накладываемые на длительный срок .....	286
Компрессионные чулки .....	286
<b>ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ .....</b>	<b>287</b>



**Рис. 1** Вульгарное акне. Отдельные комедоны, воспалительные узелки и единичные пустулы на правой щеке. Четко видны также расширенные фолликулярные отверстия.



**Рис. 2** Узловато-кистозное вульгарное акне, особенно выражено в области подбородка ("акне подбородка").



**Рис. 3** Вульгарное акне. Обильные пустулы, а также келоидные образования, которые особенно часто наблюдаются в центре груди.



**Рис. 4** Вульгарное акне. Рубцы и келоиды на правом плече.

# Акне

Акне вульгарное — одно из самых распространенных заболеваний во врачебной практике. В возрасте полового созревания акне, в разной степени тяжести, возникает примерно у 75 % подростков и исчезает в раннем взрослом возрасте, причем заболевание редко длится более десяти лет. Тяжелые формы узловатого или узловато-кистозного акне наблюдаются преимущественно у молодых мужчин. У женщин в возрасте между 20 и 35 годами узлы нередко образуются вокруг рта и на подбородке («акне подбородка»). Поскольку в случае сильно выраженных воспалительных высыпаний заболевание может привести к образованию значительных, влияющих на внешний вид человека рубцов, важнейшей задачей врача является адекватная терапия акне, но ни в коем случае не «косметическое лечение». В происхождении заболевания участвуют различные факторы. Кроме генетического фона, это повышенное производство кожного сала ( себорея) с образованием свободных жирных кислот, колонизация фолликулов сальных желез пропионовыми бактериями, стимуляция секреции сальных желез андрогенами и, кроме того, нарушения ороговения в области фолликулярного инфундибулума. Наконец, определенную роль могут также играть и психические факторы, которые необходимо учитывать при лечении («акне экскорированное молодых девушек» — акне в результате непроизвольных расчесов).

## Акне вульгарное

### ■ Клиническая картина

Высыпания при акне образуют довольно пеструю картину.

- Первичные очаги представляют собой невоспаленные комедоны (угри), черная окраска которых вызвана отложениями меланина. Вторичным является воспаление в области фолликулярного аппарата с образованием воспалительных папул, папуло-пustул и пустул. При более тяжелом течении заболевания, часто не без помощи собственных манипуляций пациента, образуются узлы и абсцессы, иногда даже фистулы. В результате этих процессов, прежде всего при отсутствии соответствующей терапии, образуются более или менее выраженные рубцы.
- Первичное место локализации акне — лицо, при более выраженном заболевании — область груди и верхние участки спины.
- Свидетельством общей себореи, кроме жирной кожи лица, является склонность к жирности волос.

### ■ Терапия

Проводится симптоматическое лечение, которое продолжается столько времени, сколько существует склонность к образованию комедонов и воспалению сальных желез, то есть, как правило, несколько лет.

Следует избегать собственных манипуляций с узловатыми высыпаниями, не тереть и не давить их. Часто практикуемое подростками выдавливание комедонов и «прыщей» перед зеркалом приводит к многочисленным воспалительным реакциям.

### Наружно

- Обезжирить кожу с помощью соответствующих мягких синтетов ([Rp. 5](#)).
- Бензоилпероксид, причем тип выбранной основы должен соответствовать индивидуальному состоянию кожи (спиртовой гель при очень жирной коже [[Rp. 26](#)], водный гель при менее жирной коже [[Rp. 26](#)] и эмульсии при чувствительной коже лица [[Rp. 47a](#)]). При очень чувствительной коже бензоилпероксид можно назначить в виде короткой контактной терапии (длительность воздействия 5–10 минут). Хорошо действует при папулах и пустулах.
- Раствор третиноина (кислоты витамина А), например раствор Airol®, действует сильнее, чем кремы ([Rp. 47b](#)), однако быстрее вызывает раздражение кожи. Эффективен при комедонах, менее — при папулах и пустулах.
- Терапия местными антибиотиками на нежирной основе (в первую очередь эритромицином, например Aknemycin®, и тетрациклином, например крем Meclosorb®) эффективна, однако не лишена проблем из-за опасности развития резистентности (см. [Rp. 36](#)).
- Важно также удаление комедонов, которое должно проводиться адекватным образом и, по возможности, с помощью имеющего медицинское образование косметолога.
- Эффективную отшелушивающую терапию можно проводить путем многократных квалифицированных пилингов с применением фруктовых кислот. Из-за развивающейся чувствительности к свету эти мероприятия следует назначать в то время года, когда световой день короткий.
- Лечение послеутренних рубцов после разрешения воспалительных высыпаний проводится с помощью мероприятий косметической хирургии, таких как криотерапия, лазер, дермабразия, эксцизия или имплантация коллагена. Показания к каждому такому мероприятию устанавливает специалист-дерматолог. Однако важнее всего избежать такого развития событий, своевременно начав проведение адекватной терапии.



**Рис. 141** Кольцевидная гранулема. Очаг с дугообразными границами и краевой полоской из мелких узелков.



**Рис. 142** Кольцевидная гранулема. Часто локализуется над наружной лодыжкой. Коричневая пигментация в центре очага.



**Рис. 143** Кольцевидная актиническая гранулема. Гранулема с выраженным краем на коже, подверженной постоянному воздействию солнечного света.



**Рис. 144** Липоидный некробиоз. Красноватые инфильтраты с желтым оттенком в центре и четкой границей. Сосуды в очагах расширены, в центре наблюдается язвление.

# КОЛЬЦЕВИДНАЯ ГРАНУЛЕМА, ЛИПОИДНЫЙ НЕКРОБИОЗ

## Кольцевидная гранулема

Причина этого хронического воспалительного заболевания, поражающего преимущественно детей, но также и взрослых, неизвестна. У взрослых часто одновременно присутствует сахарный диабет, хотя реже, чем при липоидном некробиозе. Кольцевидная гранулема длится в течение месяцев и даже лет, а затем спонтанно регресирует. Очаги состоят, как показывает гистологическое исследование, из отдельных узелков. Поскольку заболевание имеет характерную гистологическую картину, диагноз в сомнительных случаях подтверждается гистологически.

### ■ Клиника

- В большинстве случаев присутствуют отдельные крупные или овальные очаги. По краю обычно идет полоска узелков цвета кожи или красноватых, в более или менее выраженной степени выступающих над поверхностью кожи. Центр очагов вначале имеет цвет кожи, затем приобретает оттенки от синюшного до коричневого. У старых очагов узелки по краю менее заметны. Такие очаги могут представлять собой четко ограниченные круглые стойкие очаги бледной или синюшно-коричневатой пигментации. Эпидермис во всех случаях не поврежден, шелушение отсутствует.
- Поражаются в первую очередь участки кожи поверх суставов пальцев на кистях и поверх костных выступов на стопах, однако кольцевидная гранулема может возникнуть везде, прежде всего на туловище и конечностях.
- Субъективные жалобы, как правило, отсутствуют, иногда только ощущается слабый зуд.

### ■ Терапия

- Пациенты часто обеспокоены длительностью заболевания и его медленным распространением. К терапевтическим мероприятиям относится также и разъяснение о безвредном характере заболевания.
- Некоторым пациентам помогает применение под окклюзией мазей, содержащих глюкокортикоид (**Rp. 40c**).
- Инъекции кристаллической суспензии глюкокортикоида (**Rp. 49**) внутрь очагов показаны только, если очаги единичные и сильно выражены.
- Иногда очаги исчезают спонтанно или после пробной диагностической эксцизии.

- По причине безвредности заболевания от системных медикаментов можно полностью отказаться.
- При наличии сахарного диабета необходимо стремиться к поддержанию оптимального уровня сахара в крови.

## Липоидный некробиоз

Причина липоидного некробиоза, которым страдают преимущественно взрослые молодого и среднего возраста, остается неизвестной. Он часто возникает у диабетиков, но не обязательно все пациенты с липоидным некробиозом имеют выраженный или латентный сахарный диабет либо преддиабетическое нарушение обмена веществ. Женщины болеют в три раза чаще, чем мужчины. Заболевание развивается и распространяется в течение многих лет.

### ■ Клиника

- Типичные высыпания — красноватые или светло-коричневые бляшки (при длительном существовании) с атрофией в центре, желтой пигментацией и расширенными сосудами. Примерно в 25 % случаев отмечаются изъязвления грануломатозных бляшек. Часто имеется лишь один очаг, но нередко очагов бывает несколько.
- Чаще всего очаги локализуются на переднем участке большеберцовой кости.
- Боли, как правило, отсутствуют даже при изъязвлениях.

### ■ Терапия

- Важнейшим мероприятием является установление диагноза для выявления возможно имеющегося сахарного диабета. Если его обнаруживают, необходимо стремиться к оптимальной для этого состояния тактике лечения.
- Надежное и эффективное местное или общее лечение заболевания пока не известно. Местно можно назначать инъекции внутрь очагов кристаллической суспензии глюкокортикоида (**Rp. 49**), что уменьшает симптомы, иногда тройную терапию (настойка Volon® A Tinktur N, затем сильнодействующая мазь с глюкокортикоидом и поверх окклюзионная повязка из полиэтиленовой пленки).



**Рис. 425** Контагиозный моллюск. Полупрозрачный узелок с вдавлением в центре.



**Рис. 426** Контагиозный моллюск. Группа полупрозрачных узелков, частично с вдавлением в центре, без воспалительной реакции.



**Рис. 427** Контагиозный моллюск. Близко расположенные, круглые, опухолевидные образования различных размеров, большинство имеет вдавление в центре.



**Рис. 428** Контагиозный моллюск. Экзантематозные высыпания на коже, которую перед этим лечили кортизоном.

# КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК

Контагиозный моллюск встречается главным образом у детей, но нередко и у взрослых. Речь идет о вирусных бородавках, которые, в отличие от других инфекционных бородавок, вызываются не вирусами папилломы, а вирусом из группы поксвирусов.

Особенно восприимчивы к этому заболеванию дети с атопической экземой, а также пациенты с иммунодефицитом, проходящие терапию глюкокортикоидами или цитостатиками. В обычном случае пациенты во всем остальном полностью здоровы. Заболевание продолжается несколько месяцев, после чего можно ожидать спонтанного разрешения высыпаний.

Инфекция передается при прямом контакте у детей, у взрослых также при половых сношениях. Инкубационный период длится от двух до трех недель. Заболевание часто распространяется посредством аутоинокуляции.

## Клиника

1. Куполообразные или с вдавлением в центре папулы цвета кожи или перламутрово-белые, полупрозрачные, размером от 2 до 100 мм, наблюдаются в большом количестве или — почти всегда — в количестве как минимум нескольких элементов. При выдавливании такой папулы из центра выделяется беловатая салоподобная масса, которая состоит из некротизированных кератиноцитов, сильно пораженных вирусом. Очики контагиозного моллюска расположены на коже асимметрично, часто группами или «врасыпную». Они не так сильно ороговевают, как вульгарные бородавки.
2. Места предпочтительной локализации контагиозного моллюска — шея, туловище, в особенности область

подмышек и гениталий, однако возможны любые другие локализации, а в отдельных случаях даже поражение губ, языка и слизистой полости рта.

3. После расчесов или спонтанно возникают явления воспаления: покраснение, нагноение и образование корки. Особенно часто это наблюдается при наличии одиночных или нескольких отдельных элементов. В случае одиночных очагов это иногда затрудняет установление диагноза, который обычно достаточно прост (типичный внешний вид, множественные элементы).

## Терапия

Поскольку заболевание безвредно и можно ожидать спонтанной ремиссии, применяются только те методы терапии, которые не приводят к образованию рубцов.

1. Если присутствуют лишь несколько очагов, их удаляют острой ложечкой после локального поверхностного охлаждения или локальной анестезии, для детей самым щадящим будет применение местно анестезирующего крема (крем EMLA®; длительность действия 1/2 часа).
2. Терапевтически успешной является также процедура надреза очага скальпелем и последующее выдавливание беловатой массы.
3. При поражении большого участка тела рекомендуется также лечение препаратами кислоты витамина А, при чувствительной коже применяется крем (**Rp. 47b**), в остальных случаях растворов (например, раствор Airol®).
4. Только при отсутствии эффекта после этих мероприятий у маленьких детей, а также при распространенном поражении может потребоваться удаление очагов под полным наркозом.



**Рис. 465** Ксантелазма. Плоские желтые или коричневые высыпания у медиального угла глаза.



**Рис. 466** Эruptивные ксантомы. Быстро возникающие желтоватые или красноватые лентикулярные (чечевидные) высыпания. Область ягодиц.



**Рис. 467** Эruptивные ксантомы в области локтя.



**Рис. 468** Туберозные ксантомы. Состоящая из желтоватых узелков бляшкоподобная опухоль на локте.

# КСАНТЕЛАЗМЫ, КСАНТОМЫ

## Ксантелазма (Xanthelasma palpebrarum)

### ■ Клиника

1. Эти распространенные, легко распознаваемые изменения у пожилых людей представляют собой мягкие, иногда бархатистые желтоватые узелки или бляшки на веках. Обычно ксантелазмы возникают на обоих веках симметрично.
2. Особенно часто ксантелазмы располагаются на верхнем веке и внутреннем угле века, они встречаются также и на нижнем веке, в экстремальных случаях на всех верхних и нижних веках.
3. Очень редко одновременно присутствует гиперлипидемия с туберозными или эруптивными ксантомами.

### ■ Терапия

Терапия выбора — удаление лазером или эксцизия под местной анестезией. Поскольку эти методы не являются причинной терапией, рецидивы встречаются довольно часто.

## Эруптивные ксантомы

Генетически обусловленное семейное нарушение жиро-вого обмена (семейная гипертриглицеридемия, дефицит липопротеинов, дефицит аполипопротеина C2, дисбеталиппопротеинемия) приводит к появлению таких накопляющих жиры высыпаний. В сыворотке периодически регистрируется значительное возрастание триглицеридов. Для точной классификации необходимо проведение липидного электрофореза.

### ■ Клиника

1. Большое количество диссеминированных узелков красноватого цвета, часто с желтоватым оттенком в центре, размер которых от булавочной головки до горошины. Иногда на ягодицах и локтевой поверхности узелки сливаются.
2. Поражаются преимущественно ягодицы, а также грудь, живот, спину, руки и лицо, очень редко также слизистая полости рта.

3. Нередко присутствуют ассоциированные симптомы, такие как гепатосplenомегалия, липемия сетчатки, ожирение, атеросклероз и рецидивирующий панкреатит.

### ■ Терапия

Терапевтически, как правило, достаточно диеты. Следует избегать алкоголя. Рекомендуется физическая активность и снижение веса. Медикаментозная терапия в большинстве случаев не нужна.

## Туберозные ксантомы

Они встречаются редко в рамках дисбеталиппопротеинемии с семейным анамнезом и без него, а также при семейной гиперхолестеринемии.

### ■ Клиника

1. Плотные, желтые или оранжево-красные узлы диаметром от 0,5 до 2,5 см, иногда и больше, которые часто окружены красным ободком и не вызывают никаких жалоб.
2. Особенно часто поражаются колени и локти, реже ягодицы, пятки и кисти.
3. В качестве ассоциированных симптомов регистрируются ксантелазма и ксантомы связок или фасций. Большое значение имеют поражения сердца и нарушения кровообращения, причем имеют место инфаркты, пермежающаяся хромота, нарушения артериального кровообращения, мозговые кровотечения и другое. Поражение печени может привести к билиарному циррозу. Могут выявляться холестериновые камни в желчном пузыре. Признаком гиперхолестеринемии иногда является Arcus lipoides cornea — липоидная дуга роговицы («Arcus senilis»).

### ■ Терапия

Низкокалорийная диета без холестерина. Препараты, поникающие содержание липидов (статины, фибраторы и т. п.), не всегда дают успешный результат. При общирном поражении иногда требуется хирургическое удаление.



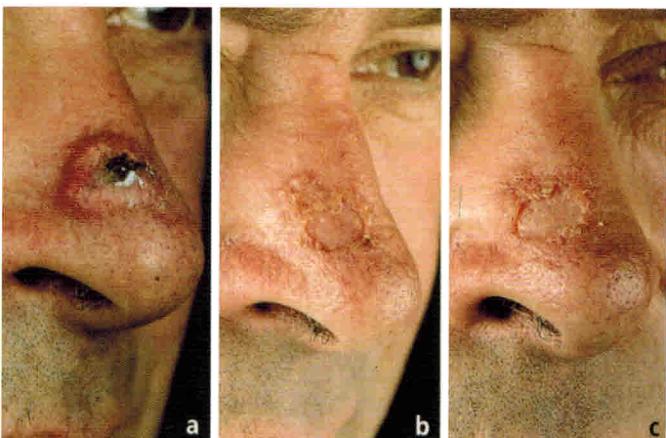
**Рис. 469** Актинические (солнечные) кератозы. Множественные плоские гиперкератотические участки на лице, частично покрыты коркой.



**Рис. 470** Актинические (солнечные) кератозы. Участки телеангиэктазий с гиперкератозом различной степени выраженности на коже головы.



**Рис. 471** Актинические (солнечные) кератозы на открытой действию солнца атрофической коже.



**Рис. 472** Кератоакантома.

- а** Округлая опухоль с углублением в центре, которое заполнено роговыми массами.
- б** Частичное спонтанное разрешение три месяца спустя.
- с** Окончательно сформировавшийся рубец через последующие два месяца.

# АКТИНИЧЕСКИЕ КЕРАТОЗЫ. КЕРАТОАКАНТОМА

## Актинические кератозы

Актинические (солнечные) или старческие кератозы возникают в случае длительного воздействия ультрафиолетового излучения. Они встречаются преимущественно у пожилых людей, особенно у тех, чья профессия связана с пребыванием на открытом воздухе, например моряков и работников сельского хозяйства. В результате уменьшения защитного озонаового слоя и появления новых привычек проводить отпуска в местах с повышенным солнечным излучением такие изменения все чаще встречаются и у тех лиц, чья профессия не требует пребывания на солнце. Значение актинических кератозов состоит в том, что они могут являться предшествующей ступенью плоскоклеточной карциномы, поэтому актинические кератозы представляют собой нечто большее, чем простую косметическую проблему. Инвазивная карцинома развивается редко и только спустя длительное время. Однако при долговременной иммуносупрессии плоскоклеточная карцинома может возникнуть уже через несколько лет.

### ■ Клиника

1. Вначале актинические кератозы проявляются в виде эритематозных очагов размером около 1 см, поверхность которых слегка шершавая и покрыта шелушающейся коркой.
2. Многие из таких очагов имеют участки более выраженной пигментации.
3. Иногда наблюдается выраженное наслаждение кератина — картина кожного рога (*Cornu cutaneum*).
4. Если инфильтрация у основания очага выражена более сильно и начинается его изъязвление, необходима контрольная биопсия ввиду возможности карциноматозного перерождения очага.

### ■ Терапия

1. При ранних формах достаточно лишь нанесения жирной мази (**Rp. 35a, b**), а также защиты от воздействия солнечного света (см. ниже).
2. Местные глюкокортикоиды, иногда в комбинации с мочевиной или салициловой кислотой (**Rp. 41b, c**) временно подавляют воспалительную реакцию.
3. Местная терапия прогрессирующих очагов проводится цитостатиком 5-фторурацилом (например, мазью Efudix®). Она наносится на соответствующие участки поражения в течение двух-восьми недель два раза в день ежедневно до наступления эрозивной реакции

(не на глаза, назолабиальные складки и в области рта). Здоровую кожу вокруг очага закрывают при этом цинковой пастой.

4. Кюретаж острой ложечкой. Если материал хорошо сохранился, гистологическое исследование имеет диагностическую силу.
5. При поражении обширных участков проводится пилинг трихлоруксусной кислотой (см. рис. 19).
6. Необходим последующий контроль вплоть до заживления очага.
7. При подозрении на злокачественность проводится пробная биопсия, а если это позволяет размер очага, то сразу эксцизионная биопсия.
8. Уже возникшее актиническое повреждение кожи необратимо. Чтобы избежать дальнейшей нагрузки на кожу в ходе ультрафиолетового облучения, необходимо предпринимать меры защиты (носить шляпу с широкими полями, применять солнцезащитный крем с высоким фактором защиты (**Rp. 48**), не открывать солнцу обширные участки тела).

## Кератоакантома

Кератоакантома, или так называемая псевдокарцинома, встречается достаточно часто. Речь идет чаще всего об одиночной опухоли, которая возникает на открытых воздействию солнца участках тела преимущественно у взрослых лиц со светлой кожей. В течение нескольких недель она остается без изменений, а через несколько месяцев спонтанно регрессирует, оставляя плоский рубец. Иногда наблюдается повреждение расположенных под опухолью костей или хрящевых структур.

### ■ Клиника

Плотный узел цвета кожи или красного цвета размером до 2 см, в центре находится кратер, заполненный роговыми массами, который со временем увеличивается.

### ■ Терапия

В связи с благоприятным спонтанным течением в принципе можно ограничиться ожиданием разрешения очага при регулярном контроле его состояния. Однако поскольку, с одной стороны, нельзя предсказать, какой образуется рубец, а с другой стороны, трудно с уверенностью отграничить очаг от плоскоклеточной карциномы, как правило, проводятся ранние эксцизии с последующим гистологическим исследованием.