

# Оглавление

|   |    |
|---|----|
| Предисловие .....   | 9  |
| Глава 1. Псориаз (чешуйчатый лишай,<br><i>Psoriasis vulgaris)</i> ..... | 13 |
| Глава 2. Розовый лишай ( <i>Pityriasis rosea</i> ).....                 | 23 |
| Глава 3. Пиодермии .....  | 27 |
| Импетиго ( <i>Impetigo</i> ) .....                                      | 28 |
| Стафилококковые пиодермии .....   | 30 |
| Гидраденит ( <i>Hidradenitis</i> ) .....                                | 32 |
| Глава 4. Обыкновенные угри ( <i>Acne vulgaris</i> ) .....               | 35 |
| Глава 5. Розовые угри ( <i>Acne rosacea</i> ).....                      | 41 |
| Глава 6. Демодекоз .....  | 47 |
| Глава 7. Микозы ( <i>Tinea</i> ).....                                   | 49 |
| Кератомикозы .....  | 54 |
| Дermатофитии .....  | 62 |
| Глава 8. Дерматиты .....  | 83 |
| Простой контактный дерматит .....                                       | 84 |
| Аллергический контактный дерматит .....                                 | 85 |
| Глава 9. Атопический дерматит.....                                      | 95 |

## Оглавление

|   |            |
|---|------------|
| <b>Глава 10. Себорейный дерматит .....</b>        | <b>103</b> |
| <b>Глава 11. Экзема .....</b>                     | <b>105</b> |
| <b>Глава 12. Крапивница (Urticaria) .....</b>     | <b>111</b> |
| <b>Глава 13. Почесуха (Prurigo) .....</b>         | <b>119</b> |
| <b>Глава 14. Системные заболевания .....</b>      | <b>123</b> |
| Красная волчанка (Lupus erythematosus) ....       | 123        |
| Склеродермия.....                                 | 139        |
| <b>Глава 15. Вирусные инфекции кожи.....</b>      | <b>149</b> |
| Болезни, вызываемые вирусом                       |            |
| папилломы человека .....                          | 149        |
| Контагиозный моллюск                              |            |
| ( <i>Molluscum contagiosum</i> ) .....            | 156        |
| Простой герпес ( <i>Herpes simplex</i> ).....     | 159        |
| Опоясывающий лишай ( <i>Herpes zoster</i> ).....  | 163        |
| <b>Глава 16. Пузирные заболевания.....</b>        | <b>167</b> |
| Пузирчатка ( <i>Pemphigus</i> ) .....             | 167        |
| Герпетiformный дерматит Дюринга                   |            |
| ( <i>Dermatitis herpetiformis Düring</i> ) .....  | 177        |
| Многоформная эритема                              |            |
| ( <i>Erythema multiforme</i> ) .....              | 181        |
| <b>Глава 17. Лепра (Lepra).....</b>               | <b>185</b> |
| <b>Глава 18. Лейшманиоз (Leishmaniosis) .....</b> | <b>197</b> |

## Предисловие

XX век в медицине — время разбрасывать камни, а XXI — время их собирать. Модель человека, принятая за основу для его изучения в XX веке, оказалась на деле системой с беспредельным множеством степеней свободы, описать которые не выходя за рамки самой моделиказалось невозможно. На смену изучению соматики неизбежно должно прийти изучение информационного обеспечения человека как целостной единой системы, как части природы, законы которой универсальны и применимы для понимания многих ее явлений, в том числе и человека, которого до сих пор почитают как «царя природы».

Диагностика кожных болезней строится на общепринятых методах обследования пациента, клинической картине и лабораторных исследованиях. Если в одних случаях достаточно только клинической картины, то в других нужно применение различных приемов обследования, которые желательно знать не только специалисту, но и любому грамотному человеку. Прочитав данную книгу, вы получите эти знания.

## ■ Кератомикозы

Процесс развивается в роговом слое эпидермиса и на поверхности кутикулы волоса. Воспалительные явления в глубже лежащих слоях кожи отсутствуют.

### **Отрубевидный (разноцветный) лишай**

#### *Физикальное исследование*

Пятна от серовато-розового цвета до цвета кофе с молоком (в зависимости от времени года). Локализация: грудь, спина, плечи. После УФ-облучения на месте элементов остаются белые псевдоахромические пятна.

Проба Бальцера: нанесение 5 % спиртового раствора йода на первичный элемент ( пятно) и на окружающую его здоровую кожу. Проба считается положительной, если пятно становится более темным, чем здоровая кожа. Это происходит вследствие того, что при отрубевидном лишеа поверхностный слой эпидермиса разрыхлен, что способствует впитыванию йода.

Симптом Бенье (феномен стружки, удар ногтем). Позволяет определить наличие скрытого шелушения.

#### *Микроскопия препарата, обработанного гидроксидом калия*

Обнаруживаются нити псевдомицелия и круглые дрожжевые клетки.

#### *Люминесцентное исследование (осмотр под лампой Вуда)*

В лучах люминесцентной лампы выявляется золотисто-желтое или буроватое свечение чешуек.

#### *Культуральное исследование (посев)*

На среде Сабуро, инкубированной при 37°C, с добавлением антибиотиков и залитой маслом, через три недели формируется белая сливкообразная культура, имеющая сходство с дрожжевой. При микроскопическом исследовании обнаружают почкающиеся клетки гриба. Посев применяется редко.

#### *Дифференциальный диагноз*

Вторичный сифилис, себорейный дерматит, розовый лишай Жибера, эритразма, витилиго, нуммулярная экзема.

#### *Атипичные формы:*

Эритематозно-сквамозная, уртикароподобная, лichenoidная, витилигинозная, эритразмоподобная, цирцинарная и диффузная.

При эритематозно-сквамозной форме воспалительная реакция в коже клинически выражена в отличии от типичной формы. Эта форма выявлена у детей страдающих атопическим дерматитом или предрасположенных к нему. Встречается преимущественно в раннем

детском возрасте (у детей до 5 лет). В клинической картине преобладают эритематозносквамозные элементы желтовато-розового цвета различных размеров, имеющих тенденцию к слиянию, расположенных в области себорейных участков.

*При уртикароподобной форме* в клинической картине преобладают уртикарные элементы, локализующиеся преимущественно в области шеи, груди, живота. Пациентов беспокоит зуд. Выявлена у детей старше пяти лет предрасположенных к атопии.

*При лихеноидной форме* процесс протекает по типу лихеноидной тканевой реакции. Эта форма встречается у детей с патологией лор-органов страдающих чаще всего хроническим тонзиллитом и т. д.

*При витилигозной форме* в клинической картине преобладают депигментированные пятна с четкими границами, которые склонны к слиянию и образованию сетчатых рисунков.

*При эритразмоподобной форме* клиническая картина представлена очагами коричневого цвета с четкими границами склонными к периферическому росту и слиянию с образованием очагов, схожих с географической картой.

*При цирцинарной форме* клиническая картина напоминает пойкилодермию (пеструю кожу) и представ-

лена пятнами, варьирующими от цвета кофе с молоком до розового, склонными к слиянию и образованию рисунка, напоминающего географическую карту, часть элементов в своей центральной части начинает разрешаться.

*Диффузная форма* представляет собой сочетание различных форм отрубевидного лишая и носит распространенный характер. Может встречаться в детском возрасте. Выявлена у пациентов с иммунодефицитом.

#### РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Аравийский Р. А., Климко Н. Н., Васильева Н. В. Диагностика микозов. СПб.: Издательский дом СПб МАПО 2004; 186 с.
2. Иванов О. Л. Справочник «Кожные и венерические болезни». М.: Медицина, 2007.
3. Климко Н. Н. Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей. М.: ПРЕМЬЕР МТ 2007; 336 с.
4. Котрехова Л. П., Вашкевич А. А., Цурупа Е. Н., Резцова П. А. Раствор и крем нафтифина гидрохлорида в терапии отрубевидного лишая. Вестник дерматол. и венерол. 2016; 2: 103–109.
5. Матушевская Е. В., Свищевская Е. В. Нафтифин в терапии грибковых инфекций кожи: 40 лет успеха. Вестник дерматологии и венерологии 2014; 2: 72–77.
6. Faergemann J., Gupta A. K., Al Mofadi A. et al. Efficacy of Itraconazole in the Prophylactic Treatment of Pityriasis (Tinea) Versicolor Arch Dermatol 2002; 138 (1): 69–73.

3. Кубанов А. А., Абрамова Т. В. Применение клинико – диагностических индексов в оценке тяжести пузырчатки (сравнительный анализ). Вестник дерматол. и венерол. 2016; 3: 36–45.
4. Самцов А. В., Белоусова И. Э. Буллезные дерматозы. СПб.: КОСТА, 2012. 144 с.
5. Теплюк Н. П., Теплюк Д. А., Шарафетдинов Х. Х. Современные подходы к комплексной терапии истинной акантолитической пузырчатки. Клин дерматол. и венерол. 2011; 4: 37–41.
6. Baum S., Greenberger S., Samuelov L. et al. Methotrexate is an effective and safe adjuvant therapy for pemphigus vulgaris. Eur J Dermatol 2012; 22 (1): 83–87.
7. Jing L., Shan Z., Yongchu H. et al. Successful treatment of a paraneoplastic pemphigus in a teenager using plasmapheresis, corticosteroids and tumour resection. Clin Exp Dermatol 2011; 36 (7): 752–754.
8. Sagi L., Baum S., Gendelman V. et al. The role of therapeutic plasma exchange in pemphigus vulgaris. J Eur Acad Dermatol Venereol 2011; 25 (1): 82–86.
9. Tran K. D., Wolverton J. E., Soter N. A. Methotrexate in the treatment of pemphigus vulgaris: experience in 23 patients. Br J Dermatol 2013; 169 (4): 916–921.
10. Tunca M., Musabak U., Sagkan R. I. et al. Association of human leukocyte antigen class II alleles with pemphigus vulgaris in a Turkish population. J Dermatol 2010; 37 (3): 246–250.
11. Yamamoto T., Ikeda K., Sasaoka S. et al. Human leukocyte antigen genotypes and antibody profiles associated with familial pemphigus in Japanese. J Dermatol 2011; 38 (7): 711–716.
12. Zhao C. Y., Murrell D. F. Outcome measures for autoimmune blistering diseases. J Dermatol 2015; 42 (1): 31–36.

## ■ Герпетiformный дерматит Дюринга (Dermatitis herpetiformis Düring)

Герпетiformный дерматит — хроническое рецидивирующее зудящее заболевание, проявляющееся полиморфными высыпаниями.

### Атипичные формы:

Герпесоподобная, строфулезная, буллезная, трихофитоидная

**Строфулезная** характеризуется появлением на коже пятнистых, папуловезикулезных, буллезных, уртикарных элементов, эрозий, гиперpigментаций, сопровождающихся зудом, локализованных на разгибательных поверхностях конечностей, ягодицах, крестце.

При **герпесоподобной** форме в клинической картине преобладают везикулезные, буллезные элементы на фоне гиперемии, расположенные сгруппировано, симметрично. Характерны субъективные ощущения в виде жжения и зуда в области высыпаний. Из общих симптомов свойственны тошнота, запах изо рта, отрыжка плохо переваренной пищей, метеоризм.

**Буллезная форма** характеризуется появлением на коже и слизистых оболочках пузырей с плотной покрышкой на фоне гиперемии, прозрачным, реже геморрагическим содержимым, эрозий, серозно-геморрагиче-

ских корок, пигментаций, локализованных на волосистой части головы, в области ягодиц, крестце, локтях и коленях. Эрозии быстро эпителизируются превращаясь в се-розно-геморрагические корки. Больные жалуются на зуд и болезненность в области высыпаний, изжогу, отрыжку воздухом, тяжесть в эпигастрии, дискомфорт в виде вздутия.

#### **Физикальное исследование**

Высыпания представлены уртикароподобными элементами, узелками, напряженными пузырьками и изредка пузырями на эритематозном основании, иногда с геморрагическим содержимым. Покрышка пузырей плотная. Пузырьки склонны к группировке. После вскрытия пузырьков образуются эрозии на гиперемированном фоне. Поражаются разгибательные поверхности локтевых и коленных суставов, ягодицы, крестцовая и лопаточная области, волосистая часть головы, лицо и граница роста волос. Ладони и подошвы не поражаются. Симптом Никольского отрицательный.

#### **Проба Ядассона**

Кожная йодная проба. Производится путем наложения на кожу мази с 50 % йодидом калия или приема внутрь 2–3 % раствора йодида калия. Проба считается положительной, если в течение 1–2 суток после наложе-

ния мази на месте ее наложения возникают новые элементы, или если в течение суток после приема раствора внутрь возникают новые высыпания и усиление зуда.

#### **Микроскопия**

Обнаружение большого количества эозинофилов в мазках-отпечатках содержимого пузыря.

#### **Цитологическая диагностика (проба Тцанка)**

Акантолитические клетки отсутствуют (т. к. пузырь развивается не в результате акантолиза).

#### **Общий анализ крови**

Характерна анемия, эозинофilia.

#### **Серологические реакции**

Прямая иммунофлюоресценция позволяет выявить отложения IgA и C<sub>3</sub>-компоненты комплемента в базальной мембране пораженных участков кожи или слизистой оболочки.

Непрямая иммунофлюоресценция. Возможно обнаружение антител к ретикулину, антинуклеарных антител и антител к микросомальным антигенам, а также к эндомизию гладких мышц.

#### **Иммуногенетическое исследование**

Часто выявляют аллели HLA-B8 и HLA-DR3.

### Лучевая диагностика

В тонкой кишке (в проксимальных отделах) можно выявить очаговое стягивание и уплощение складок слизистой, укорочение или исчезновение ворсинок.

### Дифференциальный диагноз

Аллергический контактный дерматит, атопический дерматит, чесотка, стойкая папулезная крапивница, буллезный пемфигоид, пузырчатка, многоформная эксудативная эритема.

### РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. *Bolotin D., Petronic-Rosic V.* Dermatitis herpetiformis. Part II: diagnosis, management and prognosis. *J Am Acad Dermatol* 2011; 64: 1027–1034.
2. *Herrero-Gonzalez J. E.* Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of dermatitis herpetiformis. *Actas Dermosifiliogr* 2010; 101 (10): 820–826.
3. *Ingen-Housz-Oro S., Joly P., Bernard P. et al.* Centres de reference des maladies bulleuses auto-immunes. Societe Francaise de Dermatologie. Dermatitis herpetiformis. Guidelines for the diagnosis and treatment. Centres de reference des maladies bulleuses auto-immunes. Societe Francaise de Dermatologie (in French). *Ann Dermatol Venereol* 2011; 138 (3): 271–273.
4. *Salmi T. T., Hervonen K., Kautiainen H. et al.* Prevalence and incidence of dermatitis herpetiformis: a 40-year prospective study from Finland. *Br J Dermatol* 2011; 165: 354–359.

### ■ Многоформная эритема (Erythema multiforme)

Многоформная эритема — острый дерматоз, высыпания которого разнообразны и состоят из пятен (напоминающих мишень или радужку), узелков, пузырьков и пузырей. Высыпания представляют собой своеобразную реакцию на различные факторы (инфекционные, токсические, аллергические). В основе синдрома лежит поражение сосудов дермы; изменения кожи и слизистых вторичны. Излюбленная локализация — верхние и нижние конечности, реже шея и туловище, а также слизистые оболочки (высыпания чаще симметричны).

В зависимости от тяжести процесса выделяют три формы: папулезную (простую), везикулобуллезную и буллезную.

#### Физикальное исследование

**Папулезная форма.** Эта форма наиболее легкая. Характерны пятна и плоские папулы красного цвета, которые могут увеличиваться до нескольких сантиметров в диаметре. Центральная часть приобретает цианотичный оттенок, а периферическая зона очага сохраняет красный цвет. В результате образуется характерная мишеневидная форма очагов. Высыпания появляются приступообразно с интервалом в несколько дней. Может

наблюдаются положительная изоморфная реакция (симптом Кебнера). Рецидивы чаще всего обусловлены герпетической инфекцией.

**Везикулобуллезная форма.** Начинается, как и простая форма. В центре элементов возникают везикулы и пузьри, наполненные серозным, реже геморрагическим содержимым. Отмечаются общие явления (лихорадка, слабость, недомогание); возможны зуд и жжение.

**Буллезная форма.** Эта форма наиболее тяжелая. Пузьри могут появляться и на неизмененной коже. Могут при соединяться некротический трахеобронхит, менингит, острый канальцевый некроз.

#### **Цитологическая диагностика (проба Тцанка)**

Проводят для исключения пузырчатки (для которой характерно наличие акантолитических клеток в мазках-отпечатках со дна свежих эрозий) и герпеса (при котором обнаруживаются гигантские многоядерные клетки).

#### **Серологические реакции**

##### **Прямая иммунофлюoresценция**

Фиксация IgM и комплемента, а также фибрин на стенках сосудов верхних слоев дермы.

##### **Непрямая иммунофлюoresценция**

В редких случаях обнаруживаются IgM-антитела к базальной мембране.

#### **Дифференциальный диагноз**

Пузырчатка, герпес, вторичный сифилис, токсицидемия (буллезная форма), синдром Лайелла, красная волчанка, узловатая эритема, буллезный пемфигоид, узелковый периартериит.

#### **Рекомендуемая литература**

1. Inoue K., Kano Y., Kagawa H. et al. Herpes virus-associated erythema multiforme following valacyclovir and systemic corticosteroid treatment. Eur J Dermatol 2009; 19 (4): 386–387.
2. Katsambas A. D., Lotti T. M. European handbook of dermatological treatments. Springer 2003; 515–517.