

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	3
------------------	---

РАЗДЕЛ I. ОБЩАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ

Глава 1. Анатомия, гистология и физиология кожи у детей	4
1.1. Строение кожи.....	4
1.2. Анатомо-физиологические особенности кожи новорожденных и грудных детей.....	10
Глава 2. Общая патоморфология кожи	15
Глава 3. Основы диагностики кожных болезней	19
3.1. Методика обследования кожного больного.....	19
3.2. Морфологические элементы кожной сыпи.....	23
3.2.1. Первичные морфологические элементы.....	23
3.2.2. Вторичные морфологические элементы.....	26
Глава 4. Основные принципы лечения дерматозов. Особенности лечения кожных болезней у детей	30
4.1. Общее лечение.....	30
4.1.1. Противомикробные средства.....	30
4.1.2. Противовоспалительные средства.....	31
4.1.3. Витамины.....	32
4.2. Наружная терапия.....	36

РАЗДЕЛ II. ЧАСТНАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ

Глава 5. Болезни кожи новорожденных и грудных детей	44
5.1. Болезни кожи новорожденных.....	44
5.2. Себорейный дерматит грудных детей.....	50
5.3. Десквамативная эритродермия Лейнера— Муссу.....	52
Глава 6. Инфекционные дерматозы	55
6.1. Гнойничковые заболевания кожи (пиодермии).....	55
6.1.1. Этиология и патогенез пиодермий.....	55
6.1.2. Стафилодермии новорожденных.....	57
6.1.3. Пиодермии детей старшего возраста.....	65

6.2. Грибковые заболевания кожи.....	71
6.2.1. Общие сведения о грибковых заболеваниях.....	71
6.2.2. Кератомикозы.....	72
6.2.3. Дерматомикозы.....	73
6.2.4. Кандидоз.....	82
6.2.5. Глубокие микозы.....	87
6.3. Паразитарные дерматозы.....	89
6.3.1. Чесотка.....	89
6.3.2. Клещевые дерматозы.....	91
6.3.3. Укусы насекомых. Педикулез.....	92
6.4. Туберкулез кожи.....	94
6.5. Вирусные дерматозы.....	101
6.5.1. Герпетические инфекции.....	101
6.5.2. Папилломавирусная инфекция.....	105
6.5.3. Контагиозный моллюск.....	107
6.5.4. Вирусная пузырчатка полости рта и конечностей.....	108
Глава 7. Дерматиты	110
7.1. Простой контактный дерматит.....	110
7.2. Аллергический контактный дерматит.....	112
7.3. Пеленочный дерматит.....	113
7.4. Фотодерматозы.....	115
Глава 8. Токсидермии	120
8.1. Общая характеристика токсидермий.....	120
8.2. Синдром Лайелла.....	127
Глава 9. Аллергодерматозы	130
9.1. Атопический дерматит.....	130
9.2. Осложнения атопического дерматита.....	137
9.2.1. Герпетическая экзема Капоши.....	137
9.2.2. Дерматогенная катаракта.....	139
9.2.3. Эритродермия Хилла.....	139
9.3. Экземы.....	140
9.3.1. Микробная экзема.....	140
9.3.2. Дисгидротическая экзема.....	141
9.3.3. Профессиональная экзема.....	142
9.4. Строфулюс.....	143
9.5. Крапивница и отек Квинке.....	145
Глава 10. Наследственные заболевания кожи	149
10.1. Болезни с нарушением ороговения.....	149
10.1.1. Ихтиозы.....	149
10.1.2. Ихтиозиформные синдромы.....	154
10.1.3. Ладонно-подошвенные кератодермии.....	157
10.1.4. Лечение ихтиоза.....	158
10.2. Врожденный буллезный эпидермолиз.....	159

10.3. Энтеропатический акродерматит	164
10.4. Синдром недержания пигмента.....	165
10.5. Факоматозы.....	167
10.5.1. Туберозный склероз (болезнь Бурневиля — Прингла)	167
10.5.2. Нейрофиброматоз.....	170
10.5.3. Синдром Пейтца — Егерса — Турена	172
10.5.4. Синдром Стерджа — Вебера — Краббе	173
10.5.5. Синдром Клиппеля — Треноне — Вебера.....	174
Глава 11. Хронические воспалительные заболевания неясной этиологии	176
11.1. Псориаз	176
11.2. Красный плоский лишай	184
11.3. Полосовидный лишай	188
11.4. Блестящий лишай	189
11.5. Шиповидный лишай	190
11.6. Парапсориаз	191
11.6.1. Лихеноидный лишай	191
11.6.2. Бляшечный парапсориаз	193
11.7. Многоформная экссудативная эритема	193
11.8. Узловатая эритема.....	196
11.9. Розовый лишай Жибера	197
Глава 12. Диффузные болезни соединительной ткани	200
12.1. Общая характеристика диффузных болезней соединительной ткани	200
12.2. Красная волчанка	200
12.2.1. Этиология и патогенез красной волчанки.....	200
12.2.2. Интегументная красная волчанка.....	201
12.2.3. Системная красная волчанка	204
12.2.4. Неонатальная красная волчанка.....	206
12.3. Склеродермия	207
12.4. Склератрофический лишай.....	212
12.5. Дерматомиозит	213
Глава 13. Герпетиформный дерматит Дюринга	215
Глава 14. Болезни сальных желез	219
14.1. Себорея.....	219
14.2. Вульгарные угри	222
14.3. Себорейный дерматит	224
Глава 15. Нарушения пигментации кожи	227
15.1. Витилиго.....	227
15.2. Болезнь Сеттона	229
15.3. Альбинизм.....	229

Глава 16. Болезни волос	231
16.1. Врожденная алопеция.....	231
16.2. Веретенообразная аплазия волос	232
16.3. Гнездная алопеция.....	232
16.4. Трихотиломания	234
16.5. Андрогенная алопеция.....	235
Глава 17. Васкулиты кожи	237
17.1. Общая характеристика васкулитов.....	237
17.2. Пурпура Шенлейна — Геноха	238
17.3. Узелковый периартериит	240
17.4. Болезнь Кавасаки.....	241
17.5. Хроническая пигментная пурпура	243
Глава 18. Редкие дерматозы	245
18.1. Мастоцитоз.....	245
18.2. Гистиоцитоз Х.....	248
18.3. Кольцевидная гранулема.....	252
РАЗДЕЛ III. ВЕНЕРОЛОГИЯ	
Глава 19. Сифилис	255
19.1. Общие сведения о сифилисе.....	255
19.1.1. Краткая история сифилиса	255
19.1.2. Этиология сифилиса	258
19.1.3. Общая патология сифилиса.....	259
19.1.4. Иммуитет при сифилисе.....	261
19.1.5. Классификация сифилиса	262
19.2. Приобретенный сифилис.....	264
19.2.1. Первичный период сифилиса.....	264
19.2.2. Вторичный период сифилиса.....	268
19.2.3. Третичный период сифилиса	274
19.2.4. Сифилис слизистых оболочек.....	276
19.2.5. Сифилис опорно-двигательного аппарата	277
19.2.6. Сифилис внутренних органов.....	278
19.2.7. Сифилис нервной системы.....	279
19.2.8. Скрытый сифилис.....	282
19.3. Врожденный сифилис	283
19.3.1. Этиология и патогенез врожденного сифилиса	283
19.3.2. Сифилис плода.....	286
19.3.3. Ранний врожденный сифилис.....	287
19.3.4. Поздний врожденный сифилис	302
19.4. Особенности течения сифилиса у ВИЧ-инфицированных лиц	304
19.5. Лабораторная диагностика сифилиса	305
19.6. Основные принципы лечения сифилиса	308

Глава 20. Гонорея	318
20.1. Гонорея у взрослых.....	318
20.2. Гонорея у детей.....	328
Глава 21. Вульвовагиниты у девочек	338
21.1. Бактериальный вульвовагинит.....	338
21.2. Вульвовагинит, вызванный грибами рода <i>Candida</i>	339
21.3. Урогенитальный хламидиоз.....	340
21.4. Трихомонадный вульвовагинит.....	342
21.5. Микоплазменные вульвовагиниты.....	343
21.6. Неинфекционные вульвовагиниты.....	345
Список литературы.....	346

Учебное издание

**Горланов Игорь Александрович,
Заславский Денис Владимирович,
Миляевская Ирина Романовна и др.**

Детская дерматовенерология

Учебник

Под редакцией И. А. Горланова

Редактор *М. Г. Дахнова*

Технический редактор *Н. И. Горбачева*

Компьютерная верстка: *В. А. Крыжко*

Корректоры *Л. В. Гаврилина, О. Н. Яковлева*

Изд. № 101114746. Подписано в печать 06.10.2011. Формат 60 × 90/16.

Гарнитура «Ньютон». Бумага офсетная. Печать офсетная.

Усл. печ. л. 23,5 (в т. ч. цв. вкл. 1,5). Тираж 1000 экз. Заказ № 32110.

ООО «Издательский центр «Академия». www.academia-moscow.ru

125252, Москва, ул. Зорге, д. 15, корп. 1, пом. 266.

Адрес для корреспонденции: 129085, Москва, пр-т Мира, 101В, стр. 1, а/я 48.

Тел./факс: (495) 648-0507, 616-00-29.

Санитарно-эпидемиологическое заключение № РОСС RU. АЕ51. Н 14964 от 21.12.2010.

Отпечатано в соответствии с качеством предоставленных издательством

электронных носителей в ОАО «Саратовский полиграфкомбинат».

410004, г. Саратов, ул. Чернышевского, 59. www.sarpk.ru



Рис. 14. Врожденный ихтиоз



Рис. 15. Ладонно-подошвенная кератодермия



а



б



в

Рис. 16. Врожденный буллезный эпидермолиз:
а — мутляция конечных фаланг; *б* — крупные пузыри с серозным и геморрагическим содержимым;
в — пузыри и эрозии на месте вскрывшихся пузырей

Вульвовагиниты у девочек

21.1. Бактериальный вульвовагинит

Вульвовагиниты — воспалительные поражения вульвы и влагалища, чаще всего наблюдаются у девочек дошкольного возраста. Это обусловлено анатомо-физиологическими особенностями слизистой оболочки влагалища и вульвы:

- недоразвитие больших половых губ, которые не прикрывают малые;
- рыхлость слизистых оболочек;
- слабощелочная реакция рН влагалища;
- несовершенство иммунных механизмов защиты.

У девочек младшего возраста во влагалище отсутствует лактофлора, обладающая противомикробными свойствами. Кроме того, к развитию воспаления предрасполагают влагалищно-уретральный рефлюкс, «нейрогенный» мочевого пузыря, низкое расположение наружного отверстия уретры, отсутствие задней спайки половых губ.

Различают инфекционные и неинфекционные вульвовагиниты. В структуре инфекционных вульвовагинитов у девочек в возрасте до 12 лет преобладают неспецифические бактериальные вульвовагиниты. Однако в последние годы чаще регистрируют кандидозный, хламидийный, микоплазменный, трихомонадный и вирусный вульвовагиниты.

Этиология и патогенез. Причиной бактериального вульвовагинита является *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus viridans*, *Esherichia coli* и др. Предрасполагающими к появлению вульвовагинитов факторами чаще всего считают несоблюдение гигиенического режима, мастурбацию и попадание инородных предметов (карандаши, мелки и др.) во влагалище. Иногда причиной заболевания служат инфекция мочевыводящих путей и глистные инвазии (острицы), попадающие во влагалище из прямой кишки и вызывающие там инфицирование кишечной флорой.

Клиническая картина. У девочек младшего возраста неспецифический бактериальный вульвовагинит обычно протекает остро. Характерны внезапное начало, появление обильных или умеренных слизисто-гнойных выделений, жжение и болезненность при мочеиспускании, иногда зуд. При осмотре выявляются яркая гиперемия

и отечность вульвы и обильные выделения. Нередко в воспалительный процесс вовлекаются губки наружного отверстия уретры — они становятся отечными и гиперемированными. Иногда воспаление переходит на кожу больших половых губ, промежности и пахово-бедренных складок.

У девочек подросткового возраста может возникнуть эндоцервицит, диагноз которого устанавливается при кольпоскопии, выявляющей слизисто-гнойные выделения из канала шейки матки. У девочек с хронической соматической патологией и часто болеющих девочек бактериальный вульвовагинит нередко принимает затяжное рецидивирующее течение. При вульвовагинитах, вызванных кишечной палочкой, на стенках влагалища можно увидеть петехиальную сыпь и фибринозно-гнойный налет.

Диагностика. Диагностика неспецифического бактериального вульвовагинита включает в себя исследование влагалищных выделений под микроскопом и культуральное исследование микрофлоры с определением титра микроорганизмов.

Дифференциальная диагностика. Заболевание дифференцируют с другими вульвовагинитами.

Лечение. При бактериальных вульвовагинитах обычно ограничиваются местной терапией. Назначают вагинальные ванночки с антисептическими растворами (раствор фурацилина (1 : 5 000), этакридина лактат (1 : 5 000), 1—2 % раствор лизоцима и др.). Кроме того, применяют сидячие ванночки с отваром дезинфицирующих трав (ромашка, эвкалипт, зверобой). При раздражении кожи в аногенитальной области используют цинковую пасту.

Прогноз. Обычно прогноз благоприятный.

21.2. Вульвовагинит, вызванный грибами рода *Candida*

Этиология и патогенез. Возникновение вульвовагинита, вызванного грибами рода *Candida*, нередко связано с нарушением углеводного и жирового обмена, хронической соматической патологией, частыми курсами антибактериальной терапии. Урогенитальный кандидоз может встречаться в любом возрасте.

Новорожденные девочки инфицируются от матерей, страдающих кандидозом, во время родов. Постнатальное инфицирование связано с нарушением ухода, наличием иммунодефицитных состояний и проведением массивных курсов антибактериальной терапии.

Клиническая картина. Заболевание чаще протекает остро и характеризуется яркой гиперемией, отечностью и ранимостью вульвы и обильными выделениями творожистого характера. Заболевание сопровождается интенсивным зудом и жжением вульвы, болезненными мочеиспусканиями. Нередко возникает кандидозный дерматит

в области промежности. На коже появляются очаги гиперемии неправильной формы с фестончатыми очертаниями и четкими границами. По периферии очага видны бордюр отслаивающегося рогового слоя и отсевы милиарных вялых пустул. На поверхности очагов в глубине складок скапливается творожистый налет, имеющий кислотный запах.

Диагностика. Диагноз ставят на основании характерной клинической картины и данных лабораторного обследования.

Дифференциальная диагностика. Заболевание дифференцируют с вульвовагинитами другой этиологии.

Лечение. При дрожжевых вульвовагинитах проводят комплексное лечение с учетом выявленных провоцирующих факторов и соматической патологии. Системное лечение проводится флуконазолом (дифлюкан, флюкостат, микосист) в возрастных дозировках. Для наружной терапии применяются препараты из группы имидазолов (клотримазол, кетоконазол и др.) в виде крема и свечей.

Прогноз. При отсутствии у пациентов иммунодефицитных заболеваний прогноз благоприятный.

21.3. Урогенитальный хламидиоз

Этиология и патогенез. Поражение урогенитального тракта вызывает *Chlamidia trachomatis*. Хламидии имеют выраженный тропизм к цилиндрическому эпителию, выстилающему слизистую оболочку уретры, канала шейки матки, прямой кишки, конъюнктивы глаз и область глотки.

Заражение новорожденных происходит либо антенатально (внутриутробно), либо интранатально при прохождении через родовые пути инфицированной женщины.

Клиническая картина. Первоначально хламидийная инфекция поражает слизистые оболочки глаз, ротоглотки, урогенитального тракта и прямой кишки. Инфекция у новорожденных диагностируется на основании симптомов конъюнктивита, развивающегося через 3—15 сут после рождения. Возникают отек и диффузная гиперемия конъюнктивы. Наблюдается слезотечение. Из глаз истекает скудное слизисто-гнойное отделяемое. После сна веки склеиваются. Наблюдаются псевдомембранозные образования. Хламидии чаще всего являются причиной офтальмии новорожденных.

Chlamidia trachomatis также могут являться причиной подострых, не сопровождающихся подъемом температуры пневмоний, развивающихся на 1—3-м месяце жизни ребенка. Хламидийные пневмонии часто двусторонние, характеризуются приступами упорного отрывистого кашля, нередко приобретают хроническое течение. На 4—12-й неделе жизни могут развиваться бронхиты, экссудативные плевриты, назофарингиты. Иногда у ребенка наблюдается бессимп-

томное течение хламидийной инфекции ротоглотки, генитального тракта и прямой кишки.

Симптоматика урогенитального хламидиоза у детей более выражена, чем у взрослых, и проявляется в виде вульвовагинита, уретрита и цервицита. Чем свежее и острее воспаление, тем ярче клинические симптомы.

Чаще болеют девочки старшего возраста, у которых заражение происходит половым путем. Отмечаются жалобы на зуд, дизурические явления, скудные выделения из влагалища. Воспалительный процесс может захватывать преддверие влагалища и девственную плеву, что выражается гиперемией и болезненностью. Наряду с яркой диффузной гиперемией вульвы и прилегающих участков кожного покрова отмечаются отек и мацерация кожи, возникает контактная кровоточивость. При поражении мочеиспускательного канала губки гиперемизированы, отечны, покрыты отделяемым серого цвета. Возможно учащенное и болезненное мочеиспускание. На фоне хламидийного уретрита и вульвовагинита может развиваться хронический пиелонефрит.

У девочек в возрасте 5—12 лет вульвовагинит сопровождается симптомами эктоцервецита с гиперемией влагалищной части шейки матки. На фоне эктопии шейки матки может развиваться эндоцервецит. При сочетании хламидиоза с трихомониазом и другими инфекциями встречаются эрозивные формы вульвовагинита.

Диагностика. Для лабораторной диагностики хламидиоза у детей необходимо применять не менее двух разных методов исследования. Однако выбор этих методов зависит от возраста больного. Так, традиционно «золотым стандартом» в диагностике хламидийной инфекции считался культуральный метод, но у маленьких детей в связи с недостаточным количеством клинического материала и болезненностью его забора из урогенитального тракта этот метод не всегда бывает информативным. Поэтому у новорожденных и детей младшего возраста для подтверждения диагноза следует использовать комбинацию ПЦР и прямой иммунофлюоресценции для выявления ДНК и антигена *C. trachomatis*. Материал для исследования берут со стенок влагалища, конъюнктивы, задней стенки глотки и прямой кишки.

Дифференциальная диагностика. Заболевание дифференцируют со специфическими урогенитальными инфекциями, обусловленными патогенными (*N. gonorrhoe*, *T. vaginalis*) и условно-патогенными микроорганизмами.

Лечение. У новорожденных и детей младшего возраста лечение хламидийной инфекции проводится согласно Клиническим рекомендациям Российского общества дерматовенерологов 2007 г. Оно должно включать макролидные антибиотики, в частности эритромицин в дозе 50 мг на 1 кг массы тела в 4 приема. Курс лечения — 10—14 сут. Однако в связи с низкой эффективностью эритромицина и многочисленными побочными эффектами со стороны ЖКТ в на-