

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив .....	7
Предисловие .....	8
Список сокращений и условных обозначений .....	9
Введение. Колыбель российской детской дерматологии .....	11

### ЧАСТЬ I. ОБЩАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

<b>Глава 1. Анатомо-физиологические особенности кожи и подкожной клетчатки у детей</b> .....	19
1.1. Эмбриональное развитие кожи .....	19
1.2. Строение кожи .....	20
1.3. Анатомо-физиологические особенности кожи новорожденных и детей грудного возраста .....	28
Список литературы .....	33
<b>Глава 2. Общая патоморфология кожи</b> .....	34
2.1. Патологические процессы в эпидермисе .....	34
2.2. Патологические процессы в дерме и гиподерме .....	36
Список литературы .....	36
<b>Глава 3. Основы диагностики кожных болезней</b> .....	37
3.1. Методика обследования кожного больного .....	37
3.2. Инструментальные методы обследования .....	44
3.3. Семиотика поражений кожи и подкожной клетчатки у детей .....	44
Первичные морфологические элементы .....	44
Вторичные морфологические элементы .....	52
Список литературы .....	58

### ЧАСТЬ II. ЧАСТНАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ

<b>Глава 4. Неонатальная дерматология</b> .....	61
4.1. Физиологические и пограничные состояния кожи новорожденных .....	61
Список литературы .....	72
4.2. Болезни кожи новорожденных .....	72
Неинфекционные заболевания кожи новорожденных .....	72
Инфекционные заболевания кожи новорожденных .....	76
Список литературы .....	106
4.3. Эритродермии новорожденных и детей грудного возраста .....	107
Список литературы .....	118
4.4. Поражение кожи при первичных иммунодефицитах .....	119
Особенности иммунной системы новорожденных .....	120
Классификация первичных иммунодефицитов .....	121
Нарушения адаптивного иммунитета .....	122
Нарушения врожденного иммунитета .....	122
Избранные первичные иммунодефициты с поражением кожи .....	129
Заболевания с иммунной дисрегуляцией .....	136

Диагностика, лечение, прогноз первичных иммунодефицитов .....	137
Список литературы .....	140
4.5. Аномалии развития .....	142
Малые аномалии развития .....	142
Бронхиальные кисты, синусы и фистулы .....	144
Эпидермальные невусы .....	145
Список литературы .....	149
<b>Глава 5. Инфекционные дерматозы .....</b>	<b>151</b>
5.1. Бактериальные инфекции кожи, или пиодермии .....	151
Список литературы .....	167
5.2. Грибковые инфекции кожи .....	167
Дерматомикозы .....	167
Малассезиозы .....	183
Список литературы .....	186
5.3. Паразитарные дерматозы .....	186
Список литературы .....	194
5.4. Вирусные дерматозы .....	195
Герпетические инфекции .....	195
Папилломавирусная инфекция .....	200
Контагиозный моллюск .....	202
Вирусная пузырчатка полости рта, ладоней и подошв .....	205
Список литературы .....	207
<b>Глава 6. Дерматиты и экзематозные заболевания .....</b>	<b>208</b>
6.1. Дерматиты .....	208
Список литературы .....	216
6.2. Пеленочный дерматит .....	216
Список литературы .....	222
6.3. Себорейный дерматит грудных детей .....	223
Список литературы .....	230
6.4. Атопический дерматит .....	231
Список литературы .....	282
6.5. Строфулюс .....	288
Индекс SCORAD .....	290
Список литературы .....	292
<b>Глава 7. Токсидермии, или нежелательные лекарственные реакции .....</b>	<b>293</b>
Список литературы .....	326
<b>Глава 8. Наследственные заболевания кожи .....</b>	<b>329</b>
8.1. Заболевания, связанные с нарушением кератинизации:	
ихтиоз, ихтиозоформные синдромы, кератодермии .....	329
Кератинопатические ихтиозы .....	347
Другие формы несиндромных ихтиозов .....	352
Ихтиозоформные синдромы .....	352
Ладонно-подошвенные кератодермии .....	367
Диффузные кератодермии .....	369
Очаговые кератодермии .....	372
Фолликулярные кератозы .....	374
Список литературы .....	378
8.2. Врожденный буллезный эпидермолиз (механобуллезные болезни) .....	381
Список литературы .....	391

8.3. Энтеропатический акродерматит .....	391
Список литературы .....	396
8.4. Синдром недержания пигмента, или синдром Блоха–Сульбергера .....	397
Список литературы .....	403
<b>Глава 9. Папулосквамозные заболевания</b> .....	<b>404</b>
9.1. Псориаз .....	404
Список литературы .....	422
9.2. Лихеноидные дерматозы .....	425
Список литературы .....	435
9.3. Лихеноидный параспориоз .....	436
Список литературы .....	440
9.4. Розовый лишай Жибера .....	440
Список литературы .....	443
<b>Глава 10. Буллезные дерматозы</b> .....	<b>444</b>
10.1. Герпетиформный дерматит Дюринга .....	446
Список литературы .....	452
10.2. Линейный IgA-зависимый буллезный дерматоз .....	453
Список литературы .....	455
<b>Глава 11. Нарушения пигментации кожи</b> .....	<b>456</b>
11.1. Гипопигментации кожи .....	456
Врожденные гипопигментации .....	456
Приобретенные гипопигментации .....	466
Список литературы .....	477
11.2. Гиперпигментации кожи .....	480
Локализованные нарушения пигментации .....	480
Нарушения дермального меланогенеза .....	492
Список литературы .....	495
<b>Глава 12. Диффузные болезни соединительной ткани</b> .....	<b>496</b>
12.1. Красная волчанка .....	496
Кожные формы красной волчанки .....	498
Системная красная волчанка .....	502
Неонатальная красная волчанка .....	506
Список литературы .....	507
12.2. Склеродермия .....	508
Локализованная склеродермия .....	508
Системная склеродермия .....	517
Список литературы .....	521
12.3. Ювенильный дерматомиозит .....	522
Список литературы .....	527
<b>Глава 13. Акне и акнеформные заболевания</b> .....	<b>528</b>
13.1. Вульгарные угри .....	528
Список литературы .....	538
13.2. Угри новорожденных, детей грудного и раннего возраста .....	539
Список литературы .....	541
13.3. Периоральный дерматит .....	542
Список литературы .....	543
<b>Глава 14. Редкие дерматозы</b> .....	<b>544</b>
14.1. Мастоцитоз .....	544

Список литературы	558
14.2. Кольцевидная гранулема	559
Список литературы	562
14.3. Гистиоцитоз из клеток Лангерганса	562
Список литературы	570
<b>Глава 15. Болезни волос и ногтей</b>	<b>572</b>
15.1. Болезни волос	572
Врожденная алопеция	573
Веретенообразная аплазия волос (монилетрикс)	574
Приобретенные формы алопеции	575
Список литературы	581
15.2. Болезни ногтей	581
Физиологические изменения ногтей	585
Врожденные и наследственные заболевания с патологией ногтевых пластинок	586
Инфекционные заболевания	589
Дерматологические заболевания	591
Опухоли	595
Травмы	596
Детские инфекционные заболевания	597
Список литературы	598
<b>Глава 16. Васкулиты</b>	<b>600</b>
Список литературы	611
<b>Глава 17. Сосудистые опухоли и пороки развития</b>	<b>612</b>
17.1. Сосудистые пороки развития	612
17.2. Сосудистые опухоли	616
Младенческая, или инфантильная, гемангиома	616
Другие сосудистые опухоли	625
Список литературы	630
<b>Глава 18. Поражение кожи при эндокринных заболеваниях у детей</b>	<b>632</b>
18.1. Ожирение	632
18.2. Сахарный диабет	642
18.3. Синдром Кушинга	649
18.4. Синдром поликистозных яичников	650
18.5. Гипотиреоз	651
18.6. Гипертиреоз	652
18.7. Акромегалия	652
Список литературы	653
<b>Глава 19. Психосоматические аспекты кожных болезней</b>	<b>658</b>
19.1. Соматизированное расстройство	662
19.2. Дифференциальная диагностика	662
19.3. Взаимодействие врача и пациента	665
Предметный указатель	667

# ЧАСТЬ II

## ЧАСТНАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ

## Глава 4

# Неонатальная дерматология

### 4.1 ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ

При рождении ребенок переходит из теплой, влажной, стерильной и безвредной среды в прохладный, сухой, с наличием бактерий воздух. Одновременно ребенок начинает самостоятельно дышать, принимать пищу и поддерживать температуру тела.

Такой переход новорожденного из водной стерильной внутриутробной среды к богатой патогенами сухой атмосфере требует анатомической и функциональной адаптации кожи. По данным F.P. Reginatto и соавт. [1], из 1530 обследованных новорожденных изменения на коже встречались в 95,8% случаев; из них у 88,6% новорожденных были транзиторные неонатальные кожные заболевания, у 42,6% выявлены врожденные невусы, у 26,8% отмечался доброкачественный неонатальный пустулез, у 2% были ожоговые травмы, у 0,5% пороки развития кожи и у 0,1% инфекционное заболевание. Наиболее частыми дерматологическими находками были лануго (38,9% новорожденных), гиперплазия сальных желез (35%), кожный меланоз (24,61%), физиологическое шелушение кожи (23,3%), токсическая эритема новорожденных (23%), «лососевые» пятна на лбу и в затылочной области (20,4%), физиологическая эритема кожи (19%), гиперпигментация ладонных органов (18,4%), отек век (17,4%), милиумы (17,3%), гипертрофия ладонных органов (12%) и ксероз кожи (10,9%) [1–3].

На коже в периоде новорожденности могут появляться различные высыпания, характерные для так называемых транзиторных дерматозов новорожденных. Транзиторными считаются изменения кожи новорожденных, разрешающиеся в течение 30 сут после рождения, среди которых могут быть физиологические и пограничные состояния, не требующие активного вмешательства [1–4]. Наряду с транзиторными заболеваниями в периоде новорожденности могут встречаться и тяжелые заболевания — инфекционные и наследственные, что требует дифференциальной диагностики и лечения [4, 5].

К физиологическим состояниям относятся физиологическое шелушение, эритема новорожденных, телеангиэктазии, синие (монгольские) пятна, мраморная кожа (*cutis marmorata*), сальный ихтиоз (*ichthyosis sebacea*), милиумы (*milia*) и гиперплазия сальных желез [1, 7].

**Физиологическое шелушение.** Шелушение на коже (десквамация кожи новорожденных) наблюдается спустя 24–36 ч после рождения, чаще у переносенных новорожденных, и существует до 3 нед жизни. У доношенных новорожденных шелушение чаще отмечается на руках и ногах, у переношенных детей оно может носить генерализованный характер и сочетаться с другими кожными проявлениями — отсутствием первородной смазки, длинными ногтями и волосами [2]. Если десквамация видна сразу после рождения, необходимо исключить врожденный ихтиоз. Физиологическое шелушение выявляют примерно у 39% новорожденных, а по данным некоторых авторов — у 65–75% [2, 4] (рис. 4.1).

Для ухода за кожей при физиологическом шелушении можно использовать увлажняющие средства.

**Эритема новорожденных** (физиологический катар кожи) характеризуется гиперемией кожного покрова вследствие расширения капилляров в ответ на воздействие более низкой, чем внутриутробная, температуры окружающей среды. Такая эритема обычно сохраняется в течение 2–3 сут, а затем уменьшается вплоть до исчезновения. На смену покраснению кожи приходит более или менее выраженное отрубевидное или пластинчатое шелушение.

**Телеангиэктазии** («лососевые» пятна, *nevus simplex*) — густо расположенные расширенные капилляры кожи в виде пятен, располагающиеся чаще в зоне внутриутробного предлежания головки — в области затылка или на лбу.



Рис. 4.1. Физиологическое шелушение кожи



**Рис. 4.2.** Телеангиэктазии («лососевые пятна»)

иногда в области бровей и век (невус Унны). Их иногда называют «поцелуй ангела» или «укус аиста». Пятна исчезают при надавливании и усиливаются при крике ребенка (рис. 4.2). Полагают, что это не капиллярный невус, а преходящее расширение сосудов. Такие телеангиэктазии исчезают самостоятельно через 1–1,5 года. Дифференциальную диагностику проводят с другими капиллярными мальформациями («винные пятна»), которые не исчезают со временем. Лечение не требуется. По данным К.Н. Kanada и соавт. (2012), подобные высыпания наблюдаются у 83% новорожденных [4].

**Синие** или **монгольские пятна** обычно существуют уже при рождении, но значительно преобладают у выходцев из Африки и Азии, без половых различий. Они обычно имеются у 80% новорожденных африканского или азиатского происхождения и только у 10% новорожденных европеоидного происхождения. При наличии монгольских пятен отмечается увеличение числа дермальных меланоцитов.

Монгольские пятна проявляются при рождении или в грудном возрасте как серо-голубые, сине-зеленые или сине-черные пятна и располагаются в области крестца и ягодиц, реже на разгибательной стороне конечностей и на задней поверхности плеча. Размер пятен может варьировать от нескольких миллиметров до 10 см в диаметре. Они могут быть как единичными, так и





**Рис. 4.3.** Монгольские пятна. Крупные сине-фиолетовые пятна на спине

множественными. При надавливании пятно не исчезает, кожа в очаге не изменена. Края пятен нечеткие (рис. 4.3). Со временем образования бледнеют, обычно исчезая к подростковому возрасту. Только небольшое количество (3–4%) монгольских пятен сохраняется и у взрослых. Считается, что сохранившиеся пятна являются признаками невуса Ота (при локализации на щеке и глазах, включая склеры) и невуса Ито (при локализации на руках и плечах). Дифференциальную диагностику монгольских пятен проводят с другими меланоцитарными поражениями кожи, такими как невус Ито, невус Ота и врожденный голубой невус.

При гистологическом исследовании в дерме обнаруживают веретенообразные меланоциты (в норме их там не находят). По-видимому, это результат незавершенной миграции меланоцитов в эпидермис из нервного гребня.

Лечение монгольских пятен не требуется. Большинство пятен разрешаются постепенно к 5–6 годам.

**Мраморная кожа** — нормальный физиологический феномен. Возникает в результате расширения капилляров и мелких венул, обычно появляется у новорожденных при переохлаждении. Мраморность можно увидеть на коже туловища и конечностей в виде бледных пятен с цианотичным оттенком и сетчатым рисунком. Изменения на коже, как правило, исчезают при согревании и регрессируют в течение первых 2–4 нед. По-видимому, этот феномен связан с незрелостью вегетативной нервной системы у новорожденных.

**Сальный иктиоз** (*ichthyosis sebacea*) возникает вследствие усиленного выделения сальными железами быстро высыхающего кожного сала. Кожа новорожденного становится сухой, грубой на ощупь, приобретает буроватый оттенок. На поверхности сальной корки появляются поверхностные трещины. Спустя неделю процесс заканчивается обильным отрубевидным

или пластинчатым шелушением. Если у ребенка на коже сохранились эмбриональные волосы (*lanugo*), то при склеивании их салыным секретом образуется так называемая «щетинка». После отторжения корки на 6–8-е сутки кожа приобретает нормальный вид. Состояние ребенка при салыном ихтиозе не нарушается, лечения не требуется. Уход за кожей осуществляют проведением теплых ванн с последующим смазыванием ее ланолиновым кремом. Дифференцируют салыный ихтиоз от врожденного.

**Милиумы** (*milia*) представляют собой мелкие эпидермальные кисты, которые развиваются из салыных желез vellusных волос. Они встречаются чаще чем у 50% зрелых новорожденных. У 40–50% новорожденных милиумы имеются уже при рождении, у остальных появляются позже. Они представляют собой папулы беловатого цвета с гладкой поверхностью, размером с булавочную головку или просяное зерно (милиум). В первую очередь милиумы локализуются в области лба, на носу и щеках, а у недоношенных детей даже на туловище и конечностях (рис. 4.4). Эти элементы являются эпидермальными ретенционными кистами, содержащими помимо густого сала и роговые чешуйки. В течение 3–4 нед милиумы исчезают спонтанно без лечения [5, 7]. Диагноз ставят на основании клинической картины заболевания. Дифференциальную диагностику милиумов проводят прежде всего с гиперплазией салыных желез, которая тоже представлена беловатыми папулами с желтоватым оттенком, преимущественно локализованными на носу и лбу. Иногда их дифференцируют от контагиозного моллюска — заболевания вирусной природы, которое может быть представлено похожими папулезными высыпаниями. Однако контагиозный моллюск более характерен для детей в возрасте года и старше. Милиумы также могут быть проявлением врожденного буллезного эпидермолиза, но при нем возникают на месте заэпителизовавшихся эрозий [7].

У некоторых новорожденных милиумы могут наблюдаться на слизистой оболочке полости рта, так называемые *жемчужины Эпштейна* (Epstein's pearls) или *кисты слизистой оболочки полости рта*. Примерно у 40% новорожденных милиумы располагаются на коже и у 60% — на нёбе. Высыпания представлены мелкими гладкими серовато-беловатыми папулами 1–2 мм в диаметре, единичными или множественными, расположенными чаще по средней линии нёба (68–81%). Они также могут появляться на альвеолярных отростках (2%). Кисты слизистой оболочки полости рта имеются у 64–89% здоровых новорожденных, чаще у белокожих. Обычно они спонтанно разрешаются в течение 5 мес [8].

**Гиперплазия салыных желез** — достаточно частая находка в период новорожденности. Эти высыпания появляются у 20–50% новорожденных [9].

Гиперплазия салыных желез представляет собой физиологический феномен в периоде новорожденности, который развивается из-за повышенного уровня секреции салыных желез. Повышенная активность салыных желез связана с воздействием андрогенов матери, прежде всего дегидроэпиандростерона,