

Содержание

Предисловие к изданию на русском языке	8
Предисловие к изданию на английском языке	9
Участники издания	10
Список сокращений и условных обозначений	16
Как пользоваться книгой	20
Акантоз черный	22
Акне вульгарные	24
Актинический кератоз	29
Алопеция гнездная	31
Алопеция фронтальная фиброзная	33
Алопеция центральная центробежная рубцующаяся	35
Атопический дерматит	37
Афты слизистой оболочки полости рта	42
Базальноклеточный рак кожи	44
Болезнь Бехчета	48
Болезнь Боуэна	51
Болезнь Гровера	53
Болезнь Дарье	54
Болезнь Хейли—Хейли	56
Бородавки (вирусные)	58
Буллезный пемфигоид	60
Васкулиты, ограниченные кожей	62
Васкулит уртикарный	64
Витилиго	66
Вульводиния	69
Выпадение волос по женскому типу	71
Выпадение волос по мужскому типу	73
Выпадение волос телогеновое	74
Гемангиома младенческая	75
Герпетиформный дерматит	78

Гидраденит гнойный	80
Гипергидроз	85
Гирсутизм	87
Гранулема кольцевидная	91
Грибовидный микоз	93
Дерматит контактный	96
Дерматомикоз	101
Дерматомиозит	104
Дефицит цинка	110
Зуд кожный	112
Ихтиоз	115
Кальцифилаксия	117
Келоиды	119
Кератодермия ладонно-подошвенная	121
Кератоз фолликулярный	123
Крапивница	124
Крапивница папулезная	126
Красная волчанка	127
Красный плоский лишай	130
Лентиго злокачественное	133
Лимфедема	135
Линейный иммуноглобулин А-зависимый дерматоз	138
Липодерматосклероз	139
Лишай разноцветный	140
Мастоцитоз кожи	142
Мелазма	144
Меланома	146
Многоформная экссудативная эритема	151
Моллюск контагиозный	153
Ознобление	155
Периоральный дерматит	157
Пигментно-пурпурозные дерматозы	158
Пиодермия гангренозная	160
Питириаз красный волосистой отрубевидный	163
Питириаз лихеноидный	165
Плоскоклеточный рак кожи	166
Полиартериит узелковый	172
Порокератоз	174
Псевдофолликулит зоны роста бороды	175
Психодерматология	176

Псориаз	178
Пузырчатка вульгарная и листовидная	181
Реакции лекарственные	184
Реакция «трансплантат против хозяина»	192
Розацеа	196
Саркоидоз	198
Себорейный дерматит	200
Синдром нестойкой эритемы	202
Синдром Свита	204
Склероатрофический лишай гениталий	205
Склеродермия очаговая	207
Узловатая эритема	211
Фолликулит	213
Фолликулит декальвирующий	215
Фолликулит и перифолликулит абсцедирующий и подрывающий Гоффманна	217
Фолликулит келоидный затылочной области	219
Фолликулярный плоский лишай	221
Фотодерматоз полиморфный	223
Хондродерматит узелковый завитка ушной раковины	224
Хронический актинический дерматит	225
Чесотка	227
Эрозивный пустулезный дерматоз	229
Язвы нижних конечностей	231
Приложения	233
Приложение 1. Системные препараты	233
Приложение 2. Биологические препараты	247
Приложение 3. Основные списки	253
Приложение 4. Другое	266
Список литературы	275
Русско-английский глоссарий	276

Предисловие к изданию на русском языке

Руководство под редакцией признанных специалистов в области дерматологии Зайнаб Джияд и Карстен Флор представляет собой труд многих известных дерматологов Великобритании и является современным и исключительно актуальным изданием. Цель руководства — предоставить удобный в использовании справочник, в котором представлены рекомендации по диагностике и лечению различных форм патологии кожи и целого ряда заболеваний в контексте мультидисциплинарного подхода.

Книга предназначена врачам, нуждающимся в быстрой и актуальной информации. В ней в алфавитном порядке представлены методы диагностики и лечения более 80 заболеваний. В конце книги есть раздел «Приложения», содержащий дополнительную информацию к основному тексту. Литературные источники представлены в электронном виде, их можно открыть на телефоне, отсканировав QR-код. Справочник разработан с учетом принципов доказательной медицины. Руководство в максимальной степени опирается на клинические рекомендации и системные обзоры/метаанализы, сохраняя при этом тесную связь с реальной клинической практикой. Клиницисты найдут в нем все необходимые сведения для быстрого ознакомления с разными вариантами терапии и оценки эффективности каждого потенциального метода лечения.

Справочник будет полезен не только для дерматовенерологов и косметологов, но и для врачей различных специальностей (аллергологов, гинекологов, ревматологов, педиатров, терапевтов, хирургов, фтизиатров, онкологов, эндокринологов).

Руководство представлено в формате краткого справочника и будет незаменимым помощником в ежедневной практической деятельности врача.

Хочется выразить признательность коллегам, принявшим участие в работе над текстом, за их ценные замечания и помощь в подготовке издания.

Е.В. Матушевская

Предисловие к изданию на английском языке

На определенном этапе работы в дерматологии можно обнаружить, что сложность лечения заболеваний иногда превосходит диагностические трудности. Несмотря на то что ежедневно публикуется множество исследований, обзорных статей и экспертных мнений, невероятно трудно оставаться в курсе всего этого и применять на практике.

В связи с этим мы стремились создать справочное руководство с акцентом на лучшие доказательства, в полной мере опираясь на клинические рекомендации и системные обзоры/метаанализы, оставаясь при этом близкими к реальной клинической практике.

Каждое заболевание представлено наиболее сжато, занимая не более пары страниц. Эта книга предназначена для использования «на ходу», в клинике, в палатах и в лекционном зале, а также для стажеров и консультантов в области дерматологии и врачей общей практики.

Мы благодарны нашим экспертам-рецензентам и соавторам за их рекомендации, предложения и опыт.

Мы надеемся, что эта книга послужит кратким руководством по ведению пациентов с кожными заболеваниями.

Зайнаб Джияд, Карстен Флор

Как пользоваться книгой

Методы лечения перечислены в виде последовательных шагов. Ключевая концепция лечения кожных заболеваний — сочетание или создание комбинированных схем с применением различных методов лечения с учетом индивидуальных особенностей пациента и клинических проявлений заболевания. Поэтому мы выбрали термин «шаги», а не «первая линия, вторая линия», чтобы отразить концепцию взаимодополняемости методов лечения.

Рядом с каждым методом лечения вы увидите номер (1–4). Это оценка отдельного метода лечения в соответствии с наилучшими имеющимися доказательствами, адаптированная из Оксфордских уровней доказательности, приведенных ниже. Очевидно, есть разница между назначением лечения на основе отдельных случаев или данных метаанализа нескольких надежных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ). Мы считаем жизненно важным, чтобы и врачи, и пациенты понимали, на основании чего даются рекомендации по лечению.

- 1 Доказательства, полученные в результате метаанализа РКИ.
- 2 Доказательства, полученные по результатам РКИ.
- 3 Доказательства, полученные в ходе неконтролируемого исследования/исследований.
- 4 Доказательства, полученные из отчета/серии случаев или мнения экспертов.

В конце книги есть раздел «Приложения», в котором представлены основные вопросы, важные для клинической практики, — начало и мониторинг применения системных препаратов, наиболее часто используемых в лечении кожных заболеваний. Обозначены необходимые обследования перед началом лечения, режим дозирования и мониторинг системных процессов. Перечислены побочные эффекты и рекомендуемые действия (*Приложение 1*). В *Приложении 2* проана-

лизированы показания, предлагаемая стратегия увеличения дозы/сокращения интервала применения биологических препаратов. Представлены списки основных заболеваний (*Приложение 3*) и возможные причины их развития (например, причины панникулита, телеангиэктазии и иных состояний), дифференциальная диагностика пузырных заболеваний. В *Приложении 4* перечислены дерматологические шкалы, протоколы проведения биопсий при различных дерматозах, местные методы лечения, серологические исследования при гепатите В, советы для камуфляжа волос и рекомендации по лечению алопеции у пациентов с темной кожей и многое другое.

Акантоз черный

Подавляющее большинство случаев заболевания вызвано инсулинорезистентным состоянием, при котором заболевание часто называют «псевдоакантоз», в отличие от случаев «истинного» черного акантоза, обусловленного злокачественной опухолью.

Всем пациентам

1. **Собрать анамнез для выявления возможных сопутствующих заболеваний:** ожирение, сахарный диабет, синдром поликистозных яичников (СПЯ), злокачественные новообразования [опухоли органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) или яичников], наследственность, прием лекарств [например, глюкокортикоидов (ГК)] и любые другие причины инсулинорезистентности.
2. **Провести целенаправленное обследование для выявления вышеперечисленных заболеваний.**
3. **Исследования:** измерение артериального давления (АД), определение липидного профиля, гликированного гемоглобина (HbA_{1c}); другие исследования в зависимости от анамнеза.
4. **Рекомендовать снижение массы тела:** есть данные, что это может уменьшить проявления акантоза черного (*acanthosis nigricans*).

Признаки (красные флаги) — факторы риска, позволяющие предположить наличие злокачественной опухоли: быстрое начало, пожилой возраст на момент начала заболевания, отсутствие ожирения или другой причины инсулинорезистентности, непреднамеренная потеря массы тела, синдром рубцевания ладоней (tripe palms), обширное поражение кожного покрова.

Шаг 1

- **Топические ретиноиды в виде монотерапии или трехкомпонентной комбинации [4]:** наиболее часто используемые. В РКИ, где проводилось сравнительное изучение эффективности третиноина и адапалена, у 85% участников в обеих группах наблюдалось улучшение более чем на 75% по визуальной оценке состояния пациента. *Применяются 1 раз в сутки по мере переносимости.* В отдельных случаях с успехом использовались трехкомпонентные препараты, комбинации ретиноидов с ТГК и гидрохиноном (например, Pigmanorm®).
- **Топические аналоги витамина D [4]:** используйте кальципотриол 2 раза в сутки.

- **Кератолитики [4]:** в РКИ, где проводилось сравнительное изучение эффективности 10% мочевины и третиноина, показано, что оба препарата были эффективны, но третиноин показал значительно лучшие результаты.

Шаг 2

- **Системные ретиноиды [4]:** изотретиноин и ацитретин (*в разных дозах*) применялись в единичных случаях, но после окончания курса лечения возникал рецидив.
- **Метформин [4]:** РКИ ($n=33$), в котором проводили сравнительное изучение эффективности метформина и тиоктовой кислоты (Альфа-липоевой кислоты*), показало существенное улучшение в обеих группах.
- **Лазерное лечение [4]:** успешно использовались эрбиевый, александритовый и CO_2 -лазеры.

При рефракторном течении

- **Химические пилинги [3]:** у 6 женщин применялся химический пилинг трихлоруксусной кислотой (15%) (ТСА-пилинг), *1 раз в неделю в течение 4 нед.* Отмечалось улучшение кожного процесса во всех случаях.
- **Другие:** октреотид, сочетанное применение длинноволнового ультрафиолетового (УФ) облучения (320–400 нм) с фотосенсибилизаторами (ПУВА-терапия).

Акне вульгарные

Степень тяжести заболевания зависит от многих факторов и обуславливает алгоритм терапии акне. Тяжелые формы заболевания клинически определяются как конглобатные, узловато-кистозные акне или акне с риском образования рубцов, акне, не поддающиеся комбинированной терапии, включающей противомикробное лечение. Акне с риском образования рубцов следует лечить активно, чтобы избежать необратимых физических и психологических последствий. При принятии решения о назначении терапии следует учитывать сопутствующие заболевания, включая эндокринопатии, а также влияние акне на психическое здоровье.

Всем пациентам

1. Оценить **психосоциальный эффект**, при необходимости следует обратиться к специалистам по психическому здоровью.
2. Учитывать **степень тяжести акне и длительность заболевания**, а также ответ на предшествующее лечение.
3. Оценить **наличие рубцов и пигментации**, чтобы своевременно начать эффективную терапию для уменьшения этих последствий.
4. Обратить внимание на степень **себореи**, так как повышенное количество кожного сала коррелирует со слабым ответом на прием антибактериальных препаратов.
5. Объяснить **варианты лечения** и направить к соответствующей информации и поддержке пациентов, например на сайт Acne Support (URL: <https://www.acnesupport.org.uk>).
6. Дать **четкие инструкции** по применению методов терапии и способствовать повышению приверженности лечению.
7. Дать рекомендации по домашнему уходу, включающие **мягкое очищение кожи** и **отказ от использования комедогенных продуктов** для улучшения переносимости лечения.
8. Учитывать **сопутствующие заболевания**, например эндокринопатии, ассоциированные с избытком андрогенов, или лекарственно-индуцированные заболевания.

Шаг 1

Комбинированные топические препараты превосходят по эффективности отдельные топические средства, что подтверждается результатами РКИ [1]: принципы лечения включают использование комбинированных топических ретиноидов и антибактериальных препаратов, а также отказ от антибиотиков в качестве монотерапии.

- **Любая степень тяжести:** местное применение комбинированных препаратов с фиксированной дозой: адапален + бензоила пероксид или третиноин + клиндамицин ежедневно. *Лучшей переносимости могут способствовать применение препаратов через день и использование короткими курсами, а также наличие надлежащего ухода за кожей.*
- **Комбинация бензоила пероксид + клиндамицин (местный)** (Duac Once Daily®).
- **Монотерапия бензоила пероксидом** может быть рекомендована в качестве альтернативы комбинированным препаратам с фиксированной дозой, если они противопоказаны или пациент хочет избежать использования ретиноидов или антибиотиков (местных или пероральных).

Шаг 2

При средней и тяжелой степени заболевания можно рассмотреть возможность использования местных средств, не содержащих антибактериальные препараты, плюс системные антибиотики.

- **Тетрациклин внутрь с топическими средствами, не содержащими антибактериальные препараты** [1]: фиксированная комбинация топического адапалена + бензоила пероксида и тетрациклин внутрь, *лимециклин[®] 408 мг 1 раз в сутки или доксициклин 100 мг 1 раз в сутки*. Миноциклин широко используется в США. Азелаиновая кислота — альтернативный препарат второго ряда, который применяется дважды в сутки в сочетании с пероральным тетрациклином.
- **Альтернативный антибактериальный препарат (второго ряда) с топическим средством, не содержащим антибактериальные препараты** [2] (если тетрациклины противопоказаны). Макролиды, например, *эритромицин (500 мг 2 раза в сутки 12 нед)*. Реже — *триметоприм (при тяжелых кожных побочных реакциях с осторожностью) 200–300 мг 2 раза в сутки в течение 12 нед*. [В РФ зарегистрирован под торговым названием ко-тримоксазол (Ко-тримоксазол®).]
- **Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)** [1]: нет информации о том, что какой-то препарат среди КОК показал лучшие результаты, и в Кокрейновском обзоре было установлено, что все они могут применяться для лечения воспалительных акне. Метаанализ показал аналогичную эффективность оральных антибиотиков и оральных контрацептивов при лечении акне через 6 мес. Следует учитывать группы риска по применению КОК и сочетать их с изотретиноином/тетрациклином для контрацепции.

При рефрактерном течении

- **Изотретиноин** [1]: дозу, начало приема и лечение осложнений см. Приложение 1. При тяжелых кистозных акне для предотвращения выраженного обострения кожного процесса можно рассмотреть возможность приема внутрь **преднизолон**, например 20 мг с постепенным снижением дозы в течение 4 нед.

- **Спиронолактон [1]:** в настоящее время не существует надежных доказательств применения спиронолактона для лечения акне у взрослых женщин. Однако отмечаются серии случаев и некоторые ретроспективные исследования, указывающие на положительный эффект в этой группе пациентов. Недавно было проведено крупное проспективное исследование Национального института исследований в области здравоохранения по Программе оценки технологий в области здравоохранения по изучению применения перорального спиронолактона при акне у взрослых женщин; результаты ожидаются. Дозу см. в Приложении 1.

Рецидивы акне после применения изотретиноина

- **Следует обратить особое внимание на пациентов с высоким риском рецидива**, например молодых пациентов, пациентов с локализацией высыпаний на коже туловища, наличием акне тяжелой степени в семейном анамнезе, пациентов с потенциальными эндокринопатиями или повышенным уровнем андрогенов — рассмотрите возможность для выявления факторов риска.
- Пациентам с высоким риском рецидива **рекомендуют поддерживающую терапию с использованием топических комбинированных препаратов ретиноидов и бензоила пероксида.**

Клинические рекомендации

- **Применение топических ретиноидов через день и кратковременное использование** могут уменьшить их побочные эффекты.
- **Правильный домашний уход за кожей способствует соблюдению режима лечения.**
- **Антибактериальные препараты в формах для местного и перорального применения не должны использоваться в качестве монотерапии.**
- **Правильное использование антибактериальных препаратов** снижает вероятность развития резистентности к противомикробным препаратам.
- **Фолликулит, вызванный грамотрицательными бактериями**, может возникнуть из-за длительного приема антибактериальных препаратов. Следует учитывать это у пациентов, у которых после хорошего ответа на лечение появились множественные пустулы или ухудшилось состояние акне. Необходимо взять мазки для проведения микробиологического исследования. Препаратом выбора в этом случае служит изотретиноин.
- **При применении низких доз изотретиноина в начале лечения** отмечается меньшее количество обострений акне.
- **Изотретиноин лучше всасывается с пищей:** для повышения эффективности убедитесь, что пациенты принимают его с пищей, в идеале с жирной пищей. Прием изотретиноина натощак может снизить всасывание на 60%.
- **Инъекции триамцинолона:** могут быть очень эффективны при тяжелом узловато-кистозном акне.

Лечение рубцов/поствоспалительной пигментации

- Для разных типов рубцов описаны различные методы лечения: см. таблицу ниже.
- **Варианты лечения гиперпигментации:** защита от солнца, ретиноиды для местного применения, азелаиновая кислота, гидрохинон⁹⁾ для местного применения (можно опробовать комбинированные кремы, такие как Pigmanorm®), химические пилинги.

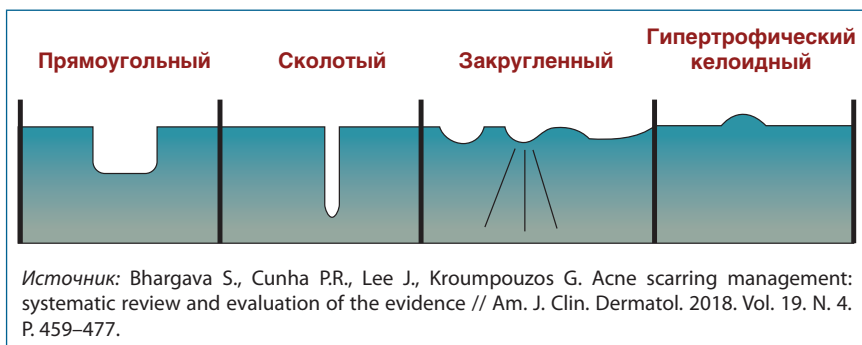
Эффективность методов в зависимости от типа атрофического рубца

Тип лечения	Метод*	Icepick scars	Rolling scars	Shallow boxcar scars	Deep boxcar scars
Шлифовка	Микродермабразия				
	Дермабразия				
	Пилинги				
	CROSS				
	Нидлинг				
	Абляционный лазер				
Связанный с подъемом дна рубца	Субцизия				
Связанный с восполнением объема	Филлеры волюминизирующие				
	Плазма, обогащенная тромбоцитами**				
Выравнивание рельефа	Фракционные/ неаблятивные лазеры				
	Фракционная радиоволновая терапия				
Хирургия, связанная с перемещением тканей	Панч-элевация				
	Панч-эксцизия				
Эффективно		Менее эффективно		Неэффективно	

* Включены методы с существенным качеством доказательных данных.

** Использована как дополнение к другим процедурам.

Примечание. CROSS (от англ. Chemical Reconstruction of Skin Scars) — химическая реконструкция рубцов кожи; icepick scars — сколотые рубцы; rolling scars — закругленные рубцы; shallow boxcar scars — неглубокие прямоугольные рубцы; deep boxcar scars — глубокие прямоугольные рубцы.



Актинический кератоз

Хотя большинство случаев плоскоклеточного рака кожи (ПКРК) возникают в результате актинического кератоза (АК), риск злокачественной трансформации АК у отдельного пациента составляет 0,075–0,1%. Не всегда целесообразно и возможно лечить все случаи АК. Необходимость лечения и выбор метода терапии следует рассматривать в индивидуальном порядке с пациентом. Рекомендуется регулярное использование солнцезащитных средств.

Направленная терапия [терапия, направленная на пораженный участок (lesion directed treatment — LDT)]. Лечение АК может быть направлено на место его зарождения или на «**поля канцеризации**» (**field treatment — FT**) (это участки фотоповрежденной кожи по периферии АК): АК с очагами высыпаний площадью >1 см² с субклинической дисплазией (поле «канцеризации») имеют высокий риск прогрессирования в ПКРК, и FT предпочтительнее, чем только LDT, хотя оба метода могут использоваться вместе.

- **Крем фторурацил (5-ФУ) [3]: FT (и LDT).** Препарат первой линии терапии. В многоцентровом РКИ с участием 624 пациентов 5-ФУ был более эффективен, чем имихимод (Имиквимод*), ингенол мебутат[®] и фотодинамическая терапия с метиламинолевулиновой кислотой[®]. Используются различные схемы: 1–2 раза в сутки в течение 2–4 нед, но возможны альтернативы, например 3 раза в неделю в продолжение 8–12 нед. Применяется комбинация ТГК–антибиотики для уменьшения местных кожных реакций (покраснение, корки, дискомфорт). Доступен в комбинации с салициловой кислотой для LDT гипертрофического АК. Описано также применение более коротких курсов лечения (4 дня) в комбинации с мазью кальципотриол.
- **Криотерапия [3]: LDT.** Быстрое проведение процедуры делает этот вариант широко применяемым. В системном обзоре (СО) отмечается, что процент ответов варьирует от 39 до 76%. Следует предупреждать пациентов о риске образования пузырей, рубцов и пигментации.
- **Имихимод (Имиквимод*) крем [3]: FT.** Применяют 3 раза в неделю на ночь в течение 4 нед. Обычно возникают местные кожные реакции.
- **Хирургическое лечение [4]: LDT.** Обычно применяется при гипертрофической форме АК, когда другие методы лечения оказались неэффективными, или для подтверждения диагноза и исключения ПКРК. Обычно проводят кюретаж и электрокоагуляцию или иссечение.
- **Ингенол мебутат[®] гель [1]: FT.** Применяют 1 раз в сутки в течение 2–3 дней. На момент публикации назначение **приостановлено** в Европе и Канаде из-за возможного повышенного риска ПКРК, в данный момент проводится исследование.

- **Диклофенак/гиалуроновая кислота гель: FT.** Применяют 2 раза в сутки в течение 60–90 дней, отмечают менее выраженные местные кожные реакции и более низкая эффективность, чем при применении 5-ФУ и имихимода (Имиквимода*), однако прямых клинических исследований было проведено мало.
- **Тирбанибулиновая мазь[®] [4]: FT.** Последний одобренный метод лечения негипертрофических типов АК. Применяется 1 раз в сутки в течение 5 дней. На сегодняшний день прямых испытаний не проводилось.
- **Традиционная ФДТ и ФДТ дневного света с аминолевулиновой кислотой или метиламинолевулиновой кислотой[®] [1]: FT.** По данным метаанализа, эффективность лечения ФДТ превосходит криотерапию, но РКИ с участием 624 пациентов показало, что эффективность ФДТ была ниже, чем эффективность при применении 5-ФУ или имихимода (Имиквимода*).
- **Лазеры [4]: FT.** Описаны аблятивные и неаблятивные фракционные лазеры, которые можно комбинировать с другими топическими препаратами, применяемыми при FT.
- **Химические пилинги [3]: FT.** В исследовании с участием 15 пациентов при применении комбинации пилинг Джесснера + пилинг 35% трихлоруксусной кислотой видимые очаги АК уменьшались на 75%, что сопоставимо с действием 5-ФУ.
- **Системная химиопрофилактика:** системные ретиноиды и никотинамид, используемые для химиопрофилактики ПКРК, также могут снизить тяжесть АК.