

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	13
Глава 1. ПЯТНА И ЭРИТЕМЫ	15
Пятна воспалительные	
Сифилис.....	16
Токсидермия.....	18
Розовый лишай Жибера.....	20
Псориаз.....	22
Эритемы воспалительные	
Эритема фиксированная	25
Эритема хроническая мигрирующая	
Афцелиуса–Липшютца	27
Волчанка красная дискоидная	29
Пеллагра.....	35
Болезнь Хартнапа	37
Ретикулярный эритематозный муциноз	38
Эритемы с отеком	
Эритема кольцевидная центробежная Дарье	40
Эритема стойкая солнечная	42
Эритема многоформная экссудативная.....	43
Дерматомиозит	45
Склеродермия ограниченная.....	47
Склередема взрослых Бушке.....	50
Эритема токсическая беременных.....	52
Эритемы с шелушением	
Экзема себорейная	53
Парапсориаз бляшечный.....	55
Грибовидный микоз (классическая форма).....	57
Эритема стойкая фигурная Венде	59

Эритемы с цианозом

Волчанка ознобленная Бенъе–Теннессона.....	61
Ливедо-ангиит	63
Ливедо гроздевидное	64

Эритемы невоспалительные

Невус пламенеющий (<i>nevus flammeus</i>) и синдром Клиппеля–Треноне	65
--	----

Пурпуры

Пурпура анафилактикоидная Шенляйна–Геноха.....	67
Ангиит полиморфный дермальный.....	69
Пурпура пигментная прогрессирующая Шамберга	70
Пурпура кольцевидная телеангиэктатическая Майокки	71
Дерматит охряно-желтый Фавра и Шэ	72
Псевдосаркома Капоши (тип Стюарта–Блюфарба).....	74
Псевдосаркома Капоши (тип Мали)	75

Глава 2. ДИСХРОМИИ.....77**Гиперпигментации**

Нейрофиброматоз	78
Токсидермия пигментная	81
Пигментация идиопатическая множественная.....	82
Лишай красный плоский (пигментная форма).....	83
Лишай красный плоский субтропический	85
Пепельный дерматоз.....	87
Крапивница пигментная	88
Ксеродерма пигментная и синдром Де Санктиса–Каккьоне	90
Невус Ота	93
Невус Беккера.....	95
Невус диспластический (Кларка).....	96
Меланома поверхностно распространяющаяся	98
Меланоз Дюбрея	99
Брелочковый дерматит	100
Фотодерматиты лекарственного происхождения.....	101
Эфелиды (веснушки)	102
LEOPARD-синдром	103
Лентигиноз периорифициальный	105
Блоха–Сульцбергера синдром.....	106
Татуировка	108
Лишай разноцветный	109
Акантоз черный	110

Гипопигментации

Витилиго	112
Гипомеланоз Ито	113
Невус Сеттона (галоневус)	115
Гипохромии вторичные	116

Глава 3. ПАПУЛЕЗНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ 119

Псориаз.....	120
Парапсориаз каплевидный.....	127
Парапсориаз острый вариолиформный Мухи–Габермана.....	129
Муциноз фолликулярный	131
Лимфоплазия доброкачественная кожи.....	133
Сифилид папулезный	135
Лишай красный плоский.....	137
Лишай блестящий	141
Лишай красный отрубевидный волосистой Девержи	142
Амиллоидоз кожи	144
Дерматит атопический.....	146
Эритема стойкая возвышающаяся.....	148
Свита синдром	149
Гранулема кольцевидная.....	150
Некробиоз липоидный.....	152
Аденома симметричная сальных желез	154
Полиморфный фотодерматоз.....	155
Папулез злокачественный атрофический Дегоса	157
Псевдоксантома эластичная и синдром Грёнблада–Страндберга	158
Ксантелазма	160
Ксантома эруптивная	161
Плоские ксантомы ладоней.....	163
Моллюск контагиозный	164
Склеромикседема Арндта–Готтрона	164
Претибиальная микседема	166
Почесуха беременных.....	167
Крапивница пигментная (мастоцитоз)	168
Милиарный диссеминированный люпус лица.....	170
Актинический ретикулоид	171
Папилломатоз сливной ретикулярный Гужеро–Карто	173
Лишай простой хронический (Видаля).....	174
Фокса–Фордайса болезнь	176

Гранулема лица с эозинофилией.....	177
Ангиит полиморфный дермальный (папулонекротический тип).....	178
Глава 4. ВЕЗИКУЛЕЗНЫЕ И ПУЗЫРНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ	181
Дерматит аллергический контактный.....	182
Экзема истинная	183
Экзема дисгидротическая	183
Экзема микробная	184
Экзема варикозная	184
Экзема профессиональная.....	185
Экзема себорейная	185
Герпес простой.....	186
Герпес опоясывающий	188
Чесотка	190
Миаз линейный мигрирующий	191
Экзема герпетическая Капоши–Юлиусберга.....	191
Пузырчатка вульгарная	193
Пузырчатка листовидная	195
Пузырчатка эритематозная	196
Пузырчатка вегетирующая.....	198
Семейная хроническая доброкачественная пузырчатка типа Гужеро и типа Хейли–Хейли	200
Пемфигоид буллезный Левера	202
Пемфигоид рубцующий	204
Дерматит герпетиформный Дюринга.....	205
Эпидермолиз буллезный (простая форма)	207
Эпидермолиз буллезный летний Вебера–Коккейна.....	208
Эпидермолиз герпетиформный простой буллезный Доулинга–Меары	208
Эпидермолиз буллезный простой, вариант Огна.....	209
Эпидермолиз буллезный с крапчатой пигментацией.....	209
Эпидермолиз буллезный простой поверхностный.....	209
Эпидермолиз буллезный простой с мышечной дистрофией	209
Эпидермолиз генерализованный буллезный летальный	210
Эпидермолиз буллезный дистрофический гиперпластический Коккейна–Турена.....	210
Эпидермолиз буллезный дистрофический белопапулоидный	211
Эпидермолиз буллезный дистрофический полидиспластический	211
Эритема многоформная экссудативная (буллезная разновидность).....	213
Стивенса–Джонсона синдром.....	215

Эпидермолиз токсический острый Лайелла	217
Порфирия поздняя кожная	219
Порфирия врожденная эритропоэтическая	220
Оспа световая	222
Белых пятен болезнь (буллезная форма).....	223
Глава 5. ПУСТУЛЕЗНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ	225
Угри обыкновенные	226
Угри медикаментозные.....	229
Угри белые (милиум).....	229
Угри розовые (розацеа)	230
Дерматит периоральный	233
Фурункул.....	234
Карбункул	235
Пиодермия хроническая язвенно-вегетирующая	236
Пиодермия гангренозная	237
Псориаз ладонно-подошвенный пустулезный	238
Акродерматит стойкий пустулезный Аллопо.....	240
Псориаз пустулезный генерализованный Цумбуша.....	241
Пустулез субкорнеальный Снеддона–Уилкинсона	243
Пузырчатка вегетирующая (тип Аллопо).....	245
Сифилид пустулезный	247
Рейтера болезнь.....	248
Глава 6. БУГОРКОВЫЕ ДЕРМАТОЗЫ.....	251
Волчанка туберкулезная	252
Туберкулез кожи бородавчатый.....	254
Саркоидоз мелкоузелковый.....	255
Саркоидоз цирцинарный	256
Саркоидоз крупноузелковый	257
Ангиолюпоид Брока–Потрие.....	258
Ознобленная волчанка Бенье–Теннессона	258
Лепра туберкулоидная	259
Лейшманиоз кожный	261
Глава 7. УРТИКАРНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ.....	263
Крапивница.....	264
Крапивница солнечная	267

Глава 8. УЗЛОВАТЫЕ ДЕРМАТОЗЫ И ОПУХОЛИ КОЖИ	269
Нейрофиброматоз	270
Кимуры болезнь	271
Подагра	272
Кальциноз метаболический	273
Хромомикоз	276
Лепра лепроматозная	277
Маделунга болезнь	278
Гарднера синдром	280
Панникулит узловатый лихорадящий ненагнаивающийся рецидивирующий	280
Эритема узловатая	282
Ретикулогистиоцитома	284
Стеатоцистома множественная	286
Спираденома эккринная	288
Сирингома	289
Трихоэпителиома	290
Кератоакантома	291
Лейомиома	293
Гранулема пиококковая	295
Папилломатоз карциноидный кожи Готтрона	296
Боуэна болезнь	297
Эритроплазия Кейра	298
Педжета болезнь	299
Рак базальноклеточный	301
Рак плоскоклеточный	303
Метастазы злокачественных опухолей в кожу	305
Меланома злокачественная кожи	308
Лимфома злокачественная кожи	310
Саркома Капоши	311
Стюарта–Тривса синдром	313
Беркитта лимфома	314
Грыжи множественные жировой ткани пяток	315
Глава 9. КЕРАТОЗЫ	317
Ихтиоз обычный (вульгарный)	318
Ихтиоз ламеллярный (пластинчатый)	319
Эритродермия ихтиозиформная врожденная Брока	320
Эритрокератодермия врожденная симметричная прогрессирующая Готтрона	322

Кератодермия Тоста–Унны.....	323
Кератодермия Бушке–Фишера.....	325
Кератодермия вариабельная Вахтерса.....	326
Кератодермия папуловеррукозная Брюнауэра.....	328
Кератодермия Меледа	329
КИД-синдром	330
Кератодермия климактерическая Хакстхаузена	332
Псориаз ладоней и подошв	333
Акрокератоз псориазиформный Базекса	335
Акрокератоз бородавчатый Гопфа.....	336
Гиперкератоз невинформный околососкового кружка и соска молочной железы	337
Ангиокератома ограниченная	337
Ангиокератома мошонки (вульвы) Фордайса	338
Порокератоз Мибелли	339
Порокератоз актинический	340
Кератоз актинический	342
Кератоз себорейный	343
Дискератоз фолликулярный Дарье.....	344
Кирле болезнь.....	346
Омозолелость.....	347
Нетертона синдром.....	349
Кератоз лентикулярный стойкий Флегеля.....	350
Штукатурный кератоз	351
Глава 10. АТРОФИИ И ДИСТРОФИИ КОЖИ	353
Атрофодермия Пазини–Пьерини.....	354
Моулена синдром	355
Склеродермия линейная (полосовидная)	356
Белых пятен болезнь	358
Гемиатрофия лица Ромберга	360
Лишай красный плоский (атрофическая форма)	361
Фавра–Ракушо болезнь	362
Анетодермия эритематозная Ядассона.....	363
Анетодермия Швенингера–Буцци.....	364
Псевдоксантома эластичная	365
Кожа стероидная.....	366
Кожа гиперэластичная.....	367
Пойкилодермия атрофическая сосудистая Якоби	368
Пойкилодермия сетчатая Сиватта	369

Лепра Лусио	371
Папулез злокачественный атрофический Дегоса	372
Ульэритема надбровная	372
Блума синдром	374
Панатрофия кожи.....	375
Атрофия кожи белая Милиана	376
Фасциит диффузный эозинофильный	377
Атрофии кожи вторичные	379
 Глава 11. ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ	381
Шанкр сифилитический	382
Шанкр мягкий	383
Лимфогранулема венерическая.....	384
Гумма сифилитическая	385
Фрамбезия	386
Рак плоскоклеточный	387
Бехчета болезнь.....	388
Патомимия.....	390
 Глава 12. ПОРАЖЕНИЯ ВОЛОСИСТОЙ КОЖИ ГОЛОВЫ	393
Псориаз волосистой кожи головы	394
Себорея волосистой кожи головы	395
Алопеция очаговая	396
Алопеция андрогенетическая.....	398
Алопеция сифилитическая	399
Сифилид импетигиозный	400
Фолликулит декальвирующий Кинко.....	401
Трихофития	403
Микроспория	405
Волчанка красная	406
Литтла–Лассюэра синдром	407
Псевдопелада Брока	408
Склеродермия на волосистой коже головы	410
Муциноз фолликулярный.....	411
Трихоринофалангеальный синдром	412
Пахидермопериостоз.....	414
Невус сальных желез.....	415

Глава 13. ПОРАЖЕНИЯ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА	417
Хейлит актинический	418
Хейлит абразивный преанкротный.....	419
Хейлит эксфолиативный	421
Хейлит гранулематозный Мишера	422
Синдром Россолимо–Мелькерсона–Розенталя.....	423
Волчанка красная	424
Рак губы	426
Шанкр сифилитический губы	427
Пузырчатка вульгарная.....	428
Стоматит афтозный	430
Стоматит аллергический контактный.....	430
Рейтера болезнь.....	431
Гингивостоматит герпетический.....	432
Лишай красный плоский	433
Эритема многоформная экссудативная.....	434
Стивенса–Джонсона синдром	435
Кандидоз слизистой оболочки полости рта	436
Лейкоплакия	437
Саркома Капоши.....	439
Гранулема инородного тела губ.....	439
 ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ	 441

ПРЕДИСЛОВИЕ

Последнее десятилетие ознаменовалось значительным развитием дерматовенерологии, что способствовало формированию уточненных представлений, касающихся патогенеза, диагностики, лечения и прогноза различных дерматозов. Темп пополнения медицинских знаний диктует необходимость переиздания справочников с систематичным, лаконичным изложением, большим количеством иллюстративных материалов.

Предлагаемое вашему вниманию второе, переработанное и дополненное, издание атласа-справочника «Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней» отвечает всем вышеперечисленным требованиям.

Диагностика кожных болезней базируется на выявлении первичного элемента, например пятна, папулы, везикулы и т.д. Вторичные элементы (гипо- и гиперпигментированные пятна, эскориации, язвы, чешуйки, корки и т.п.) лишь в ряде случаев помогают в установлении диагноза. Во втором издании сохранен принцип изложения, использованный в первом издании: все упоминаемые дерматозы сгруппированы по морфологическим элементам, а не по алфавиту или патогенетическим признакам (наследственные болезни, аутоиммунные болезни и т.д.). В случае полиморфизма высыпаний клинические признаки заболевания приводятся в разных разделах атласа. Выражаем надежду, что это облегчит врачам, в первую очередь начинающим, идентификацию кожных проявлений. Специалисты найдут в атласе необходимые для диагностики сведения по патоморфологии, данные лабораторных исследований каждого из перечисленных дерматозов, а также рекомендации по их лечению. Следует отдельно упомянуть, что с 1 января 2025 г. лечение по всем нозологиям осуществляется согласно действующим клиническим рекомендациям Минздрава России. В случаях упоминания в разделах «Лечение» препаратов, не указанных в клинических рекомендациях, их назначение возможно после согласования врачебной комиссией лечебного учреждения.

Наряду с часто встречающимися дерматозами в книгу включены также многие редкие синдромы, что делает атлас-справочник полезным не только для молодых, но и для их более опытных врачей-дерматологов.

*Профессор Н.Н. Потеев,
профессор В.Г. Акимов,
профессор О.В. Жукова,
кандидат медицинских наук М.А. Кочетков*

ГЛАВА 2

ДИСХРОМИИ

Пигментные (дисхромические) пятна могут быть как первичными, возникшими в результате очагового изменения цвета кожи под влиянием воспалительных или невоспалительных процессов, так и вторичными, возникшими на месте разрешившихся первичных морфологических элементов. Пятна возникают вследствие скопления пигмента (гиперпигментация) либо, наоборот, его недостатка (гипопигментация) или полного отсутствия (депигментация) на разных по величине участках кожного покрова. Гиперпигментация может быть врожденной (пигментные невусы) или приобретенной (загар, хлоазма при беременности и печеночной патологии). Депигментация также бывает врожденной (частичный альбинизм) или приобретенной (витилиго, постпаразитарная ахромия). Разновидностью приобретенных пигментных пятен являются угольные, металлические и другие профессиональные или бытовые (татуировка) импрегнации кожи чужеродными частицами.

ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ

НЕЙРОФИБРОМАТОЗ

(von Recklinghausen, 1882)

Заболевание из группы факоматозов, наследуемое аутосомно-доминантно с вариабельной экспрессивностью и высокой пенетрантностью. В половине случаев болезнь обусловлена спонтанными новыми мутациями. В зависимости от клинической картины и генетических изменений выделяют семь типов заболевания, из которых в 85% случаев встречается тип I. В настоящее время доказана генетическая самостоятельность типов I и II.

Тип I, классический нейрофиброматоз, обусловлен локализацией дефекта в хромосоме 17 и встречается с частотой 1:3000 новорожденных. Соотношение мужчин и женщин составляет 1:1.

Клинические проявления нейрофиброматоза типа I. Обычно заболевание протекает толчкообразно, обостряясь после инфекций, во время полового созревания, беременности. Отмечаются пигментные пятна цвета кофе с молоком (у 99% пациентов) и лентигинозные пятна, напоминающие веснушки, локализованные в крупных складках (подмышечных, паховых). Для постановки диагноза достаточно наличия шести или более пятен диаметром больше 1,5 см. Множественные нейрофибромы (у 100% пациентов) цвета нормальной кожи или слегка пигментированные, нередко на ножке, возникают позже, обычно до 16 лет. Пигментные гамартозы радужной оболочки (узелки Лиша) встречаются у 30% детей в возрасте до 6 лет и у 95% взрослых пациентов. Наблюдаются низкий рост (у 50% пациентов), задержка умственного развития (у 30%), опухоли центральной нервной системы (у 5–10%), невриномы желудка и кишечника (у 10%), феохромоцитомы, малигнизация невринома, нарушения различных видов чувствительности в зоне нейрофибром.

Патогистология. В пигментных пятнах выявляют большое количество зерен меланина в базальных, надбазальных и шиповатых клетках и меланоцитах. Характерно наличие гигантских гранул сферической или эллипсоидной формы вблизи ядер клеток эпидермиса. Нейрофибромы локализуются в верхней части подкожной клетчатки, не имеют капсулы,

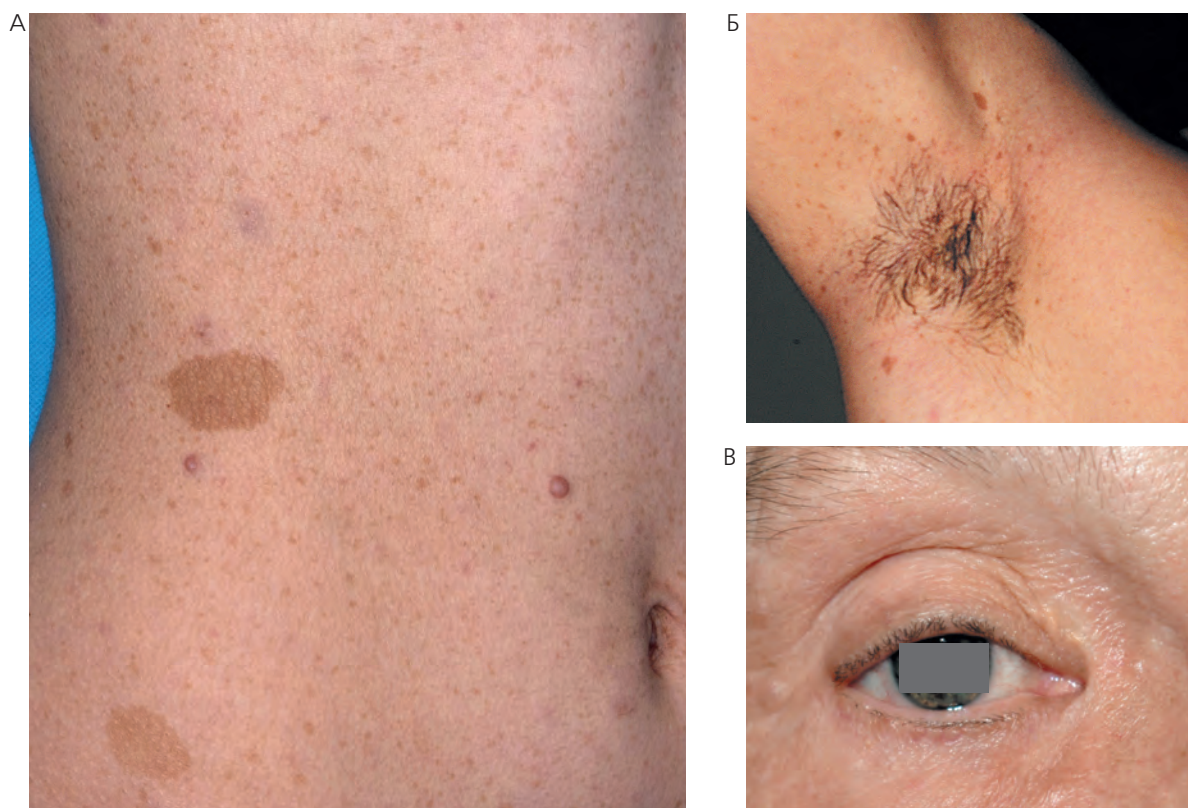


Рис. 2.1. Нейрофиброматоз типа I (болезнь Реклингхаузена): А — пятна цвета кофе с молоком; Б — ленти-гинозные пятна в складках тела; В — узелки Лиша (пигментные гамартомы) на радужной оболочке

состоят из веретенообразных и округлых клеток, содержат много тканевых базофилов. Пучки коллагеновых волокон расположены рыхло, переплетаются, идут в разных направлениях, бледно окрашиваются эозином. Периваскулярно встречаются тканевые базофилы и макрофаги.

Клинические проявления нейрофиброматоза типа II. Этот тип нейрофиброматоза (центральный нейрофиброматоз) связан с дефектом хромосомы 22 и встречается с частотой 1:40 000 новорожденных. Соотношение мужчин и женщин составляет 1:1.

У 50% пациентов имеются пятна цвета кофе с молоком, мелкие пятна, напоминающие веснушки, в складках, нейрофибромы и кожные шванномы. Наиболее характерный признак — билатеральная акустическая нейрома, проявляющаяся в зрелом возрасте (20–30 лет) потерей слуха, а также болезненные плотные, подвижные опухоли нервной системы из шванновских клеток — невриномы (шванномы). У 50% пациентов развивается пресенильная катаракта. Более редкими вариантами являются

атипичный (предположительно связанный с дефектом хромосомы 12) и сегментарный нейрофиброматоз, для которого характерна локализация пятен и нейрофибром в пределах какого-либо одного сегмента. Возможно сочетание с феохромоцитомой и карциноидом двенадцатиперстной кишки.

Нейрофиброматоз типа III развивается в 20–30-летнем возрасте, характеризуется пигментными пятнами большего, чем при типе I, размера, отсутствием узелков Лиша, малочисленными нейрофибромами.

Нейрофиброматоз типа IV отличается от центрального более многочисленными кожными нейрофибромами и бóльшим риском развития глиом зрительного нерва.

Нейрофиброматоз типа V — сегментарный, с односторонним поражением в виде пигментных пятен или нейрофибром какого-либо кожного сегмента или его части.

Нейрофиброматоз типа VI — только пигментные пятна без нейрофибром.

Нейрофиброматоз типа VII — появление нейрофибром после 20-летнего возраста.

Дифференциальная диагностика. Единичные пятна цвета кофе с молоком встречаются у 10–20% здоровых людей, что иногда становятся причиной гипердиагностики, травмирующей их психику. При *синдроме Луи–Бар* наличие «кофейных» пятен сочетается с мозжечковой атаксией, экстрапирамидными расстройствами, снижением иммунитета (особенно уровня IgA) и частыми респираторными заболеваниями. При *синдроме Фанкони* пятна цвета кофе с молоком соседствуют с мелкими депигментированными. Врожденный дефект проявляется тромбоцитопенией, панцитопенией, малым ростом, недоразвитием мизинцев.

Дифференциальная диагностика нейрофибром проводится с *лейомиомами* (плотные и болезненные при пальпации элементы) и *анетодермией* (симптом «кнопки звонка» при надавливании).

Лечение. Нейрофибромы удаляют по косметическим соображениям. При появлении новых высыпаний или росте существующих нейрофибром показан прием кетотифена по 0,001 г 2 раза в сутки, ретиноидов курсами в течение 3 мес с интервалом 2–3 мес (не меньше года), гиалуронидазы (Лидазы[▲]) по 64 ЕД через день, на курс 20–30 инъекций. Пятна цвета кофе с молоком разрушаются лучами лазера. Показано наблюдение у невропатолога и психиатра.

Прогноз зависит от наличия и тяжести неврологических и висцеральных поражений. Возможно злокачественное перерождение нейрофибром висцеральных органов.

ТОКСИДЕРМИЯ ПИГМЕНТНАЯ

(Brocq, 1894)

Лекарственная токсидермия, отличающаяся интенсивной пигментацией высыпаний. Причиной могут быть пенициллин, ампициллин, амоксициллин, цефалоспорины, тетрациклины, сульфаниламиды, ацетилсалициловая кислота (Аспирин[®]), метотрексат, пероральные контрацептивы, гризеофульвин. Этот вариант токсидермии встречается реже, чем эритематозная или папулезная форма.

Клинические проявления. Округлые или овальные пятна с четкими контурами коричневого или черного цвета на туловище и конечностях диаметром 2–10 см и более. При сборе анамнеза обычно удается выяснить, что пациент накануне принимал лекарства, а внезапно появившиеся пятна вначале были красноватыми и сильно зудели. Иногда они слегка возвышались над кожей, как при крапивнице, а в некоторых случаях на их поверхности были заметны пузыри или легкое шелушение. Через несколько дней элементы пигментируются, зуд прекращается. В таком виде они могут существовать месяцами, но в случае повторного приема лекарства, ставшего причиной дерматоза, в ближайшие 24 ч они активируются: элементы краснеют, появляется ранее прекратившийся зуд. Разрешение высыпаний происходит медленнее, чем при эритематозных или пурпурозных вариантах токсидермии.

Патогистология при пигментной токсидермии не имеет других характерных признаков, кроме отложения меланина в базальном слое.



Рис. 2.2.
Пигментная токсидермия:
А — после приема ампициллина;
Б — после лечения гризеофульвином

Дифференциальную диагностику проводят с *пигментацией идиопатической множественной* (отсутствие эритематозной фазы в начале высыпаний, предшествующего приема лекарственных препаратов, нечеткие границы пятен), *пигментной формой красного плоского лишая* (интенсивная пигментация аспидного цвета и легкая атрофия пятен, вероятное нахождение сетки Уикхема на слизистой оболочке полости рта и единичных полигональных папул на коже), *пепельным дерматозом* (не является следствием приема лекарственных средств, бляшки крупнее, без полициклических очертаний, зуд незначительный или отсутствует).

Лечение. С учетом аллергической природы дерматоза терапия проводится так же, как при других видах токсидермии. Дополнительно применяют аппликации осветляющих кремов (меланатив[®], меласкрин[®], скинорен).

ПИГМЕНТАЦИЯ ИДИОПАТИЧЕСКАЯ МНОЖЕСТВЕННАЯ

(синонимы: *melanosis lenticularis generalisata*,
pigmentatio maculosa multiplex idiopathica)

(Gotttron, 1943; Basex, Dupré et al., 1961)

Первичное нарушение пигментации неизвестной этиологии у подростков и молодых людей. Возможно провоцирующее действие ультрафиолетового облучения.

Клинические проявления. Многочисленные малозаметные пигментные пятна светло-коричневого цвета с серым оттенком локализуются преимущественно на спине и шее, реже на груди и конечностях. Очертания элементов округлые или овальные, местами сливающиеся в некрупные бляшки, не превышающие в диаметре 3 см. В области подмышечных и паховых складок элементы могут быть более заметными. Нечеткие границы пятен и серый оттенок позволяют отнести их к дермальному типу, с большим трудом поддающемуся лечению, в отличие от эпидермального типа, для которого характерны пятна темно-коричневого цвета с четкими границами. Инфильтрация элементов не определяется, поверхность гладкая, без признаков шелушения. Связи высыпаний с приемом лекарственных средств нет. Течение длительное, монотонное, субъективные ощущения отсутствуют.

Патогистология не имеет характерных черт и выявляет только повышенное содержание меланина в базальном слое и увеличенное количество меланофагов.

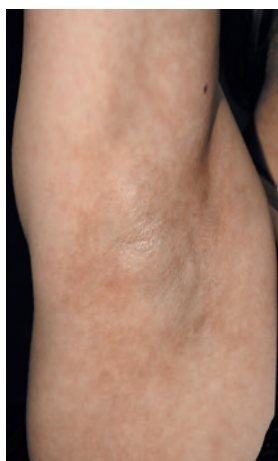


Рис. 2.3. Множественная идиопатическая пигментация кожи

Дифференциальная диагностика. *Пигментная токсидермия* начинается с появления слабо выраженных эритематозных пятен преимущественно на коже лица, шеи, разгибательных поверхностях верхних конечностей. Затем на фоне эритемы появляются отрубевидное шелушение, сетчатая пигментация и фолликулярный кератоз. Пятна приобретают более насыщенный цвет, клинически напоминая картину меланоза Рилия. Такие высыпания могут возникнуть после приема пенициллина, сульфаниламидов, ацетилсалициловой кислоты (Аспирина[®]), антипирина[®], левамизола, метотрексата, изониазида, противозачаточных средств. *Пепельный дерматоз* характеризуется появлением мелких, четко очерченных, округлых или овальных пятен сероватого цвета. Со временем они сливаются в крупные бляшки с неровными краями, в центре которых кожа может приобретать нормальный вид, оставляя пигментированными края. Иногда пациенты жалуются на непостоянный зуд. *Пигментный красный плоский лишай* сопровождается столь интенсивной пигментацией, что под ней не всегда удается обнаружить типичные для этого дерматоза высыпания (лихен без лишена). Клинические проявления этой формы вызывают у некоторых авторов сомнения: не являются ли они токсической лихеноидной меланодермией.

Лечение. Назначают азелаиновую кислоту (гель скинорен) и топические глюкокортикоиды, способные осветлить кожу пораженных участков. Используется крем меланатив[®] на основе гликолевой кислоты, α -арбутина и дипальмитата койевой кислоты. Гидрохинон, много лет входивший в состав кремов для отбеливания кожи, в Европе запрещен к применению из-за возможных тяжелых осложнений, вплоть до развития лейкемии. Рекомендуется применение фотозащитных кремов.

ЛИШАЙ КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ (ПИГМЕНТНАЯ ФОРМА)

(Gougerot, 1935)

Редкий вариант красного плоского лишая.

Клинические проявления. Первичным элементом при красном плоском лишае являются папулы, но в этом случае высыпания сразу принимают вид четко очерченных пигментных пятен овальных или округлых очертаний, без инфильтрации и шелушения. На некоторых пятнах можно заметить бордюр чуть более темной окраски, чем все пятно, или мельчайшие лихеноидные папулы. Как и при других формах красного



Рис. 2.4. Пигментная форма красного плоского лишая

плоского лишая, возможно появление высыпаний на месте травмы кожи или длительного давления (например, поясом). При тщательном обследовании в некоторых случаях выявляют высыпания на слизистых оболочках. Субъективные ощущения обычно отсутствуют.

Патогистология. Эпидермис несколько атрофичен, эпителиальные выросты сглажены. Гиперкератоз и гипергранулез выражены слабо, поло-совидный инфильтрат в дерме обычно отсутствует. Нижняя граница базального слоя местами размыта. Среди клеток инфильтрата, состоящего преимущественно из лимфоцитов, обнаруживается значительное количество меланофагов с пигментом в цитоплазме.

Дифференциальная диагностика. *Пепельный дерматоз* клинически проявляется множественными пепельно-серыми пятнами, располагающимися преимущественно на шее и туловище. *Атрофическая форма красного плоского лишая* характеризуется кольцевидными высыпаниями с буровато-синюшным ободком и атрофическим пигментированным центром. После разрешения папул красного плоского лишая в редких случаях развивается *вторичная пигментация*, о чем свидетельствуют сохранившиеся полигональные папулы и данные анамнеза.

Вторичная пигментация после красного плоского лишая возникает у части пациентов после трансформации характерных для этого дерматоза блестящих полигональных папул в пигментированные элементы. В таком виде они могут существовать длительное время, облегчая ретроспективную диагностику красного плоского лишая при отсутствии папулезных элементов.



Рис. 2.5. Гиперпигментация на месте папул красного плоского лишая

Лечение проводится в соответствии с действующими клиническими рекомендациями Минздрава России «Красный плоский лишай».

Пример вариантов возможного лечения: антигистаминные и антималярийные препараты внутрь, азелаиновую кислоту и глюкокортикоидные кремы средней активности наружно. Пигментная форма красного плоского лишая может указывать на заболевание печени или поджелудочной железы у пациента, что требует его обследования.

ЛИШАЙ КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ СУБТРОПИЧЕСКИЙ

(синонимы: актинический, солнечный, тропический лишай)

(Verrotti, 1925)

Клиническая разновидность, редкая у европейцев, встречается в странах Среднего Востока, у жителей Узбекистана, Туркменистана, Таджикистана. В Египте и Ираке этой формой страдают 30–40% общего числа больных красным плоским лишаем.

Клинические проявления. Высыпания возникают в летнее или весеннее время на открытых солнечным лучам участках кожного покрова: лице, тыле кистей рук, затылке. Дерматоз чаще наблюдается у детей или молодых людей. Пятна немногочисленные, округлых и овальных очертаний, диаметром 0,5–1,5 см, светло-коричневые. На некоторых элементах отчетливо видны продольные и поперечные полосы (сетка Уикхема). Центр элементов слегка атрофичный, а края приподняты в виде тонкого



Рис. 2.6. Субтропический (актинический) красный плоский лишай

светлого кольца. На коже туловища и нижних конечностей, обычно закрытых одеждой, высыпаний нет. Ногти не изменены, на слизистых оболочках высыпания отсутствуют. Зуда, как правило, нет.

Патогистология. Атрофия эпидермиса, сглаженные эпителиальные выросты. Отмечаются гипергранулез и гиперкератоз, но выраженные в меньшей степени, чем при обычной форме красного плоского лишая. Полосовидный инфильтрат в дерме бывает редко, чаще он периваскулярный, состоит в основном из лимфоцитов, а в субэпидермальных отделах наблюдается пролиферация гистиоцитов. Иногда среди клеток инфильтрата обнаруживают значительное число меланофагов с пигментом в цитоплазме.

Дифференциальную диагностику проводят с *атрофической формой красного плоского лишая* (обычно является исходом типичных папулезных элементов в атрофию и преимущественно локализуется в подмышечных впадинах, на туловище и половых органах), *актиническим прокератозом* (более мелкие и светлые пятнистые элементы без сетки Уикхема расположены только на открытых участках кожного покрова), *склероатрофическим лишаем* (атрофические пятна перламутрового белого цвета), *кольцевидной гранулемой* (кольца обычно более крупные, с валликом из папулезных элементов).

Лечение проводится в соответствии с действующими клиническими рекомендациями Минздрава России «Красный плоский лишай».

Пример вариантов возможного лечения: седативные препараты [Ново-Пассит[▲], валерианы лекарственной корневища с корнями (Валерианы настойка[▲]) или пустырника травы настойка (Пустырника настойка[▲])], гидроксихлорохин по 0,2 г/сут, антигистаминные препараты, ПУВА-терапия. Наружно — глюкокортикоидные кремы средней активности.

ПЕПЕЛЬНЫЙ ДЕРМАТОЗ

(синонимы: *dermatosis cenicienta*, *ashy dermatosis*)

(Ramirez, 1957)

Дерматоз неизвестной природы, проявляющийся высыпаниями серых или коричневых пятен.

Клинические проявления. Пятнистые высыпания возникают внезапно, без видимой причины, в подростковом или молодом возрасте, чаще у лиц женского пола. Постепенно цвет высыпаний меняется, они превращаются в плоские, четко очерченные пятна округлой или овальной формы, сероватого (пепельного) или различных оттенков коричневого цвета, с гладкой поверхностью, диаметром от нескольких миллиметров до 3 см и более. Цветовые оттенки гиперпигментации зависят от глубины отложения пигмента: при эпидермальном расположении — коричневые, при дермальном — серые. Преимущественная локализация — туловище, реже конечности, но не лицо, не ладони, не слизистая оболочка полости рта. Симметричность расположения высыпаний отсутствует. Пятна могут сливаться в обширные бляшки. В центре некоторых элементов серого или серо-коричневого цвета иногда заметны менее окрашенные участки овальной формы. Край пигментных пятен может быть слегка эритематозным, но не блестящим. Шелушения нет, субъективные ощущения обычно отсутствуют. Связи с приемом лекарственных средств или других внешних факторов нет. Течение длительное, иногда многолетнее. Дерматоз встречается не только в странах тропического пояса Южной Америки, где он был впервые описан, но и в США, Европе и России, независимо от цвета кожи.



Рис. 2.7. Пепельный дерматоз (А, Б)

Патогистология. Гистологическая картина пепельного дерматоза не имеет характерных черт, позволяющих отличить его от других видов пигментаций. Отмечаются вакуольная дегенерация клеток базального слоя и увеличение содержания в них пигмента меланина. В верхней трети дермы наблюдаются незначительные периваскулярные инфильтраты, состоящие из лимфоцитов и гистиоцитов с примесью меланофагов.

Дифференциальная диагностика. *Пятнистая токсидермия* чаще проявляется некрупными эритематозными пятнами, которые в процессе регресса становятся пигментными. Нередко они отечны, шелушатся. *Эритема девятого дня* бывает крупнопятнистой или даже диффузной, сочетается с повышением температуры тела, головной болью, артралгиями. Течение токсидермий, как правило, острое. После прекращения действия патогенного фактора (обычно лекарственного средства) происходит разрешение сыпи. *Алиментарные токсические эритемы* возникают у лиц с повышенной чувствительностью к некоторым пищевым продуктам и чаще всего сопровождаются желудочно-кишечными расстройствами, а также лихорадкой. *Фиксированная эритема* проявляется одним или несколькими эритематозными пятнами, которые в процессе регресса пигментируются.

Лечение. Эффективного лечения не существует. Сообщалось о применении антималярийных препаратов и ПУВА-терапии. Есть данные об использовании наружных средств [азелаиновая кислота (Скинорен[®]), меласкрин и меланатив]. Последний содержит α -арбутин (ингибитор фермента тирозиназы) и гликолевую кислоту, способствующую обновлению эпидермиса.

КРАПИВНИЦА ПИГМЕНТНАЯ

(Nettleship, 1869)

Заболевание неясной этиологии, обусловленное пролиферацией тучных клеток в разных органах и тканях. В зависимости от локализации поражения различают кожную, костную, желудочно-кишечную, селезеночную и другие формы крапивницы (мастоцитоза).

Клинические проявления. Клиническая картина кожных высыпаний отличается значительным полиморфизмом. Выделяют пятнистую, пятнисто-папулезную, папулезную, узловатую, телеангиэктатическую форму и мастоцитому. Чаще, особенно у детей, встречается пятнистая форма, которая проявляется небольшими множественными пятнами коричневого или коричневатого-желтого цвета до 1 см в диаметре, локализованными