

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Соавторы .....	14	1.2.2.4. Ограниченные формы экземы. ....	38
Предисловие к изданию на русском языке ..	16	1.2.2.5. Нуммулярная (монетовидная)	
Предисловие к изданию на английском		экзема .....	39
языке .....	17	1.2.2.6. Другие формы дерматитов .....	39
Введение .....	18	1.2.3. Дерматоскопия .....	39
Предисловие .....	18	1.2.4. Дерматоскопия с целью	
Базовые правила .....	18	дифференциальной диагностики	
Выбор подходящего оборудования .....	19	дерматитов .....	44
Основные категории		1.2.4.1. Отличия дерматитов, псориаза,	
дерматоскопических критериев .....	19	розового лишая и красного плоского	
Сосуды .....	20	лишая .....	44
Чешуйки .....	21	1.2.4.2. Отличия хронического	
Диагностические признаки,		дерматита от грибовидного микоза .....	45
обусловленные изменениями		1.2.4.3. Отличия себорейного	
фолликулов .....	23	дерматита от розацеа, дискоидной	
Другие структуры .....	23	красной волчанки и саркоидоза .....	45
Специфические признаки .....	24	1.3. Красный плоский лишай .....	45
Список литературы .....	25	1.3.1. Введение .....	45
		1.3.2. Клиническая картина .....	45
		1.3.3. Дерматоскопия .....	49
		1.4. Блестящий лишай .....	54
		1.4.1. Введение .....	54
		1.4.2. Клиническая картина .....	54
		1.4.3. Дерматоскопия .....	55
		1.5. Розовый лишай .....	55
		1.5.1. Введение .....	55
		1.5.2. Клиническая картина .....	55
		1.5.3. Дерматоскопия .....	55
		1.6. Красный отрубевидный лишай .....	57
		1.6.1. Введение .....	57
		1.6.2. Клиническая картина .....	57
		1.6.3. Дерматоскопия .....	58
		1.7. Порокератоз .....	59
		1.7.1. Введение .....	59
		1.7.2. Клиническая картина .....	59
		1.7.3. Дерматоскопия .....	61
		1.8. Лихеноидный парапсориаз .....	62
		1.8.1. Введение .....	62
		1.8.2. Клиническая картина .....	62
		1.8.3. Дерматоскопия .....	64

## ЧАСТЬ I

### ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ .. 27

#### Глава 1. Папулосквамозные дерматозы ... 29

##### 1.1. Псориаз ..... 29 |

###### 1.1.1. Введение ..... 29 |

###### 1.1.2. Клиническая картина ..... 29 |

###### 1.1.2.1. Бляшечный псориаз ..... 29 |

###### 1.1.2.2. Каплевидный псориаз ..... 30 |

###### 1.1.2.3. Инверсный псориаз ..... 30 |

###### 1.1.2.4. Пустулезный псориаз ..... 30 |

###### 1.1.2.5. Эритродермическая форма

###### псориаза ..... 31 |

###### 1.1.2.6. Другие формы псориаза ..... 31 |

###### 1.1.3. Дерматоскопия ..... 31 |

###### 1.1.4. Дерматоскопия для мониторинга

###### терапии при псориазе ..... 35 |

##### 1.2. Дерматиты ..... 37 |

###### 1.2.1. Введение ..... 37 |

###### 1.2.2. Клиническая картина ..... 37 |

###### 1.2.2.1. Себорейный дерматит ..... 38 |

###### 1.2.2.2. Атопический дерматит ..... 38 |

###### 1.2.2.3. Контактный дерматит ..... 38 |

1.9. Хроническая болезнь «трансплантат против хозяина».....	64	2.6.1. Введение.....	80
1.9.1. Введение.....	64	2.6.2. Клиническая картина.....	80
1.9.2. Клиническая картина.....	64	2.6.3. Дерматоскопия.....	81
1.9.3. Дерматоскопия.....	66	Список литературы.....	81
1.10. Хронический поверхностный сквамозный дерматит (мелкобляшечный параспориоз).....	67	<b>Глава 3. Гранулематозные болезни кожи</b> ..	82
1.10.1. Введение.....	67	3.1. Саркоидоз.....	82
1.10.2. Клиническая картина.....	67	3.1.1. Введение.....	82
1.10.3. Дерматоскопия.....	67	3.1.2. Клиническая картина.....	82
1.11. Претибиальный зудящий папулезный дерматит.....	68	3.1.3. Дерматоскопия.....	85
1.11.1. Введение.....	68	3.2. Липоидный некробиоз.....	85
1.11.2. Клиническая картина.....	68	3.2.1. Введение.....	85
1.11.3. Дерматоскопия.....	68	3.2.2. Клиническая картина.....	85
1.12. Простой хронический лишай и лихенификация.....	69	3.2.3. Дерматоскопия.....	85
1.12.1. Введение.....	69	3.3. Кольцевидная гранулема.....	87
1.12.2. Клиническая картина.....	69	3.3.1. Введение.....	87
1.12.3. Дерматоскопия.....	70	3.3.2. Клиническая картина.....	87
Список литературы.....	70	3.3.3. Дерматоскопия.....	87
<b>Глава 2. Другие папулонодулярные дерматозы.</b> .....	73	3.4. Кольцевидная гигантоклеточная гранулема с явлениями эластолиза.....	88
2.1. Болезнь Дарье.....	73	3.4.1. Введение.....	88
2.1.1. Введение.....	73	3.4.2. Клиническая картина.....	88
2.1.2. Клиническая картина.....	73	3.4.3. Дерматоскопия.....	89
2.1.3. Дерматоскопия.....	73	3.5. Ревматоидные узелки.....	89
2.2. Болезнь Гровера.....	76	3.5.1. Введение.....	89
2.2.1. Введение.....	76	3.5.2. Клиническая картина.....	89
2.2.2. Клиническая картина.....	76	3.5.3. Дерматоскопия.....	90
2.2.3. Дерматоскопия.....	77	Список литературы.....	90
2.3. BRAF-индуцированный акантолитический дискератоз.....	77	<b>Глава 4. Патология соединительной ткани</b> ..	91
2.3.1. Введение.....	77	4.1. Системная красная волчанка.....	91
2.3.2. Клиническая картина.....	77	4.1.1. Введение.....	91
2.3.3. Дерматоскопия.....	77	4.1.2. Клиническая картина.....	91
2.4. Папулезная крапивница.....	77	4.1.3. Дерматоскопия.....	99
2.4.1. Введение.....	77	4.2. Дерматомиозит.....	100
2.4.2. Клиническая картина.....	78	4.2.1. Введение.....	100
2.4.3. Дерматоскопия.....	78	4.2.2. Клиническая картина.....	100
2.5. Узловатая почесуха.....	78	4.2.3. Дерматоскопия.....	103
2.5.1. Введение.....	78	4.3. Системная склеродермия.....	104
2.5.2. Клиническая картина.....	78	4.3.1. Введение.....	104
2.5.3. Дерматоскопия.....	79	4.3.2. Клиническая картина.....	104
2.6. Вторичные перфорирующие дерматозы ..	80	4.3.3. Дерматоскопия.....	105
		4.4. Склеродермия.....	106
		4.4.1. Введение.....	106
		4.4.2. Клиническая картина.....	106
		4.4.3. Дерматоскопия.....	108
		4.5. Склероатрофический лишай.....	109

4.5.1. Введение.....	109	6.3. Мигрирующая эритема.....	129
4.5.2. Клиническая картина.....	109	6.3.1. Введение.....	129
4.5.3. Дерматоскопия.....	110	6.3.2. Клиническая картина.....	130
Список литературы.....	112	6.3.3. Дерматоскопия.....	130
<b>Глава 5. Дерматозы лица.....</b>	<b>114</b>	6.4. Ознобления.....	130
5.1. Акне.....	114	6.4.1. Введение.....	130
5.1.1. Введение.....	114	6.4.2. Клиническая картина.....	130
5.1.2. Клиническая картина.....	114	6.4.3. Дерматоскопия.....	130
5.1.3. Дерматоскопия.....	115	6.5. Ливедо.....	131
5.2. Диссеминированная милиарная волчанка лица (туберкулез кожи).....	116	6.5.1. Введение.....	131
5.2.1. Введение.....	116	6.5.2. Клиническая картина.....	131
5.2.2. Клиническая картина.....	116	6.5.3. Дерматоскопия.....	132
5.2.3. Дерматоскопия.....	116	6.6. Эритроцианоз.....	132
5.3. Розацеа.....	117	6.6.1. Введение.....	132
5.3.1. Введение.....	117	6.6.2. Клиническая картина.....	133
5.3.2. Клиническая картина.....	117	6.6.3. Дерматоскопия.....	133
5.3.3. Дерматоскопия.....	117	6.7. Акроцианоз.....	133
5.3.4. Дерматоскопические признаки пора- жения кожи клещем вида <i>Demodex folliculorum</i> .....	118	6.7.1. Введение.....	133
5.4. Акнеформные высыпания, вызванные приемом препаратов, блокирующих рецепторы эпидермального фактора роста.....	119	6.7.2. Клиническая картина.....	133
5.4.1. Введение.....	119	6.7.3. Дерматоскопия.....	133
5.4.2. Клиническая картина.....	120	6.8. Феномен Рейно.....	134
5.4.3. Дерматоскопия.....	120	6.8.1. Введение.....	134
5.5. Псевдофолликулит.....	121	6.8.2. Клиническая картина.....	134
5.5.1. Введение.....	121	6.8.3. Дерматоскопия.....	134
5.5.2. Клиническая картина.....	121	Список литературы.....	135
5.5.3. Дерматоскопия.....	122	<b>Глава 7. Дерматозы с гиперпигментацией.....</b>	<b>136</b>
5.6. Гранулема лица.....	122	7.1. «Пепельный» дерматоз.....	136
5.6.1. Введение.....	122	7.1.1. Введение.....	136
5.6.2. Клиническая картина.....	122	7.1.2. Клиническая картина.....	136
5.6.3. Дерматоскопия.....	123	7.1.3. Дерматоскопия.....	136
Список литературы.....	124	7.2. Сливной ретикулярный папилломатоз (синдром Гужеро-Карто).....	137
<b>Глава 6. Эритемы.....</b>	<b>126</b>	7.2.1. Введение.....	137
6.1. Многоформная экссудативная эритема..	126	7.2.2. Клиническая картина.....	138
6.1.1. Введение.....	126	7.2.3. Дерматоскопия.....	138
6.1.2. Клиническая картина.....	126	7.3. Болезнь Дулинга-Дегоса.....	138
6.1.3. Дерматоскопия.....	127	7.3.1. Введение.....	138
6.2. Центробежная кольцевидная эритема.	127	7.3.2. Клиническая картина.....	139
6.2.1. Введение.....	127	7.3.3. Дерматоскопия.....	139
6.2.2. Клиническая картина.....	128	7.4. Тепловая эритема.....	140
6.2.3. Дерматоскопия.....	129	7.4.1. Введение.....	140
		7.4.2. Клиническая картина.....	140
		7.4.3. Дерматоскопия.....	140
		7.5. Меланоз от механического воздействия (фрикционный).....	140

7.5.1. Введение .....	140	8.2.1. Введение.....	154
7.5.2. Клиническая картина .....	141	8.2.2. Клиническая картина.....	154
7.5.3. Дерматоскопия .....	141	8.2.3. Дерматоскопия.....	154
7.6. Дерматоз грязный Дункана .....	142	8.3. Идиопатический каплевидный гипомеланоз .....	154
7.6.1. Введение .....	142	8.3.1. Введение.....	154
7.6.2. Клиническая картина .....	142	8.3.2. Клиническая картина.....	154
7.6.3. Дерматоскопия .....	142	8.3.3. Дерматоскопия.....	155
7.7. Черный акантоз.....	142	8.4. Себорейная экзема.....	156
7.7.1. Введение .....	142	8.4.1. Введение.....	156
7.7.2. Клиническая картина .....	142	8.4.2. Клиническая картина.....	156
7.7.3. Дерматоскопия .....	142	8.4.3. Дерматоскопия.....	156
7.8. Лекарственный пигментный дерматоз ..	143	8.5. Поствоспалительная дисхромия (гипопигментация) .....	156
7.8.1. Введение.....	143	8.5.1. Введение.....	156
7.8.2. Клиническая картина.....	143	8.5.2. Клиническая картина.....	157
7.8.3. Дерматоскопия .....	144	8.5.3. Дерматоскопия.....	157
7.9. Мелазма.....	144	8.6. Пятна Бира.....	158
7.9.1. Введение .....	144	8.6.1. Введение.....	158
7.9.2. Клиническая картина .....	144	8.6.2. Клиническая картина.....	158
7.9.3. Дерматоскопия .....	144	8.6.3. Дерматоскопия.....	158
7.10. Экзогенный охроноз .....	145	8.7. Дерматозы с мозаичной гипопигментацией.....	159
7.10.1. Введение .....	145	8.7.1. Введение .....	159
7.10.2. Клиническая картина.....	145	8.7.2. Клиническая картина.....	159
7.10.3. Дерматоскопия .....	145	8.7.3. Дерматоскопия .....	159
7.11. Меланоз Рилия .....	145	Список литературы.....	160
7.11.1. Введение.....	145	<b>Глава 9. Воспалительные заболевания кожи смешанного происхождения.....</b>	162
7.11.2. Клиническая картина.....	146	9.1. Крапивница и уртикарный васкулит...162	
7.11.3. Дерматоскопия .....	146	9.1.1. Введение .....	162
7.12. Эритромеланоз лица и шеи .....	146	9.1.2. Клиническая картина .....	162
7.12.1. Введение.....	146	9.1.3. Дерматоскопия .....	162
7.12.2. Клиническая картина.....	146	9.2. Хроническая пигментная пурпура ...163	
7.12.3. Дерматоскопия.....	146	9.2.1. Введение.....	163
7.13. Дерматозы с мозаичным типом пигментации .....	147	9.2.2. Клиническая картина.....	164
7.13.1. Введение.....	147	9.2.3. Дерматоскопия .....	164
7.13.2. Клиническая картина.....	147	9.3. Васкулиты.....	166
7.13.3. Дерматоскопия.....	148	9.3.1. Введение.....	166
Благодарности .....	149	9.3.2. Клиническая картина.....	166
Список литературы.....	150	9.3.3. Дерматоскопия .....	168
<b>Глава 8. Дерматозы с явлениями гипопигментации.....</b>	152	9.4. Ливедоидная васкулопатия .....	169
8.1. Витилиго.....	152	9.4.1. Введение .....	169
8.1.1. Введение.....	152	9.4.2. Клиническая картина .....	169
8.1.2. Клиническая картина.....	152	9.4.3. Дерматоскопия .....	170
8.1.3. Дерматоскопия.....	152	9.5. Липодермосклероз .....	170
8.2. Пиебалдизм.....	154		

9.5.1. Введение.....	170
9.5.2. Клиническая картина.....	170
9.5.3. Дерматоскопия.....	170
9.6. Баланит и эритроплазия Кейра.....	170
9.6.1. Введение.....	170
9.6.2. Клиническая картина.....	171
9.6.3. Дерматоскопия.....	173
9.7. Ограниченный кератоз ладоней и подошв.....	175
9.7.1. Введение.....	175
9.7.2. Клиническая картина.....	176
9.7.3. Дерматоскопия.....	176
9.8. Аквагенная кератодермия.....	177
9.8.1. Введение и Клиническая картина..	177
9.8.2. Дерматоскопия.....	177
9.9. Болезнь Хейли-Хейли.....	178
9.9.1. Введение.....	178
9.9.2. Клиническая картина.....	178
9.9.3. Дерматоскопия.....	178
9.10. Синдром Свита (острый фебрильный нейтрофильный дерматоз).....	179
9.10.1. Введение.....	179
9.10.2. Клиническая картина.....	179
9.10.3. Дерматоскопия.....	179
9.11. Подагрические тофусы.....	180
9.11.1. Введение.....	180
9.11.2. Клиническая картина.....	180
9.11.3. Дерматоскопия.....	180
9.12. Пойкилодермия Сиватта.....	181
9.12.1. Введение.....	181
9.12.2. Клиническая картина.....	181
9.12.3. Дерматоскопия.....	181
9.13. Ксантомы.....	182
9.13.1. Введение.....	182
9.13.2. Клиническая картина.....	182
9.13.3. Дерматоскопия.....	182
Список литературы.....	182

## **ЧАСТЬ II**

### **ИНФИЛЬТРАТИВНЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ ..185**

#### **Глава 10. Лимфомы и псевдолимфомы...187**

10.1. Т-клеточные лимфомы кожи.....	187
10.1.1. Введение.....	187
10.1.2. Клиническая картина.....	187
10.1.3. Дерматоскопия.....	189

10.2. Первичная кожная форма В-клеточной лимфомы.....	193
10.2.1. Введение.....	193
10.2.2. Клиническая картина.....	193
10.2.3. Дерматоскопия.....	194
10.3. Кожная форма псевдолимфомы.....	195
10.3.1. Введение.....	195
10.3.2. Клиническая картина.....	196
10.3.3. Дерматоскопия.....	196
Список литературы.....	197

#### **Глава 11. Другие инфильтративные**

болезни кожи.....	198
11.1. Гистиоцитоз.....	198
11.1.1. Введение.....	198
11.1.2. Клиническая картина.....	200
11.1.3. Дерматоскопия.....	204
11.2. Мастоцитоз.....	205
11.2.1. Введение.....	205
11.2.2. Клиническая картина.....	205
11.2.3. Дерматоскопия.....	208
11.3. Кожные формы амилоидоза.....	208
11.3.1. Введение.....	208
11.3.2. Клиническая картина.....	208
11.3.3. Дерматоскопия.....	210
11.4. Муциноз кожи.....	212
11.4.1. Введение.....	212
11.4.2. Клиническая картина.....	213
11.4.3. Дерматоскопия.....	214
Список литературы.....	220

## **ЧАСТЬ III**

### **ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ.....223**

#### **Глава 12. Бактериальные**

и паразитарные болезни кожи.....	225
12.1. Туберкулезная волчанка.....	225
12.1.1. Введение.....	225
12.1.2. Клиническая картина.....	225
12.1.3. Дерматоскопия.....	225
12.2. Сифилис.....	226
12.2.1. Введение.....	226
12.2.2. Клиническая картина.....	227
12.2.3. Дерматоскопия.....	228
12.3. Лепра.....	229
12.3.1. Введение.....	229
12.3.2. Клиническая картина.....	229
12.3.3. Дерматоскопия.....	231



12.4. Чесотка .....	234	13.3. Стригущий лишай кожи головы .....	253
12.4.1. Введение .....	234	13.3.1. Введение .....	253
12.4.2. Клиническая картина .....	234	13.3.2. Клиническая картина .....	253
12.4.3. Дерматоскопия .....	235	13.3.3. Дерматоскопия .....	254
12.5. Кожный лейшманиоз .....	235	13.4. Кандидоз кожи .....	254
12.5.1. Введение .....	235	13.4.1. Введение .....	254
12.5.2. Клиническая картина .....	235	13.4.2. Клиническая картина .....	254
12.5.3. Дерматоскопия .....	236	13.4.3. Дерматоскопия .....	256
12.6. Демодекоз .....	237	13.5. Отрубевидный лишай .....	256
12.6.1. Введение .....	237	13.5.1. Введение .....	256
12.6.2. Клиническая картина .....	237	13.5.2. Клиническая картина .....	256
12.6.3. Дерматоскопия .....	238	13.5.3. Дерматоскопия .....	256
12.7. Саркопсиллез (тунгиоз) .....	238	Список литературы .....	257
12.7.1. Введение .....	238	<b>Глава 14. Вирусные инфекции кожи .....</b>	<b>259</b>
12.7.2. Клиническая картина .....	238	14.1. Обычные бородавки .....	259
12.7.3. Дерматоскопия .....	239	14.1.1. Введение .....	259
12.8. Кожный миаз .....	239	14.1.2. Клиническая картина .....	259
12.8.1. Введение .....	239	14.1.3. Дерматоскопия .....	260
12.8.2. Клиническая картина .....	239	14.2. Плоские бородавки .....	260
12.8.3. Дерматоскопия .....	239	14.2.1. Введение .....	260
12.9. Мигрирующая личинка (анкилостомидоз) .....	240	14.2.2. Клиническая картина .....	261
12.9.1. Введение .....	240	14.2.3. Дерматоскопия .....	261
12.9.2. Клиническая картина .....	240	14.3. Остроконечные кондиломы .....	261
12.9.3. Дерматоскопия .....	241	14.3.1. Введение .....	261
12.10. Педикулез .....	241	14.3.2. Клиническая картина .....	262
12.10.1. Введение .....	241	14.3.3. Дерматоскопия .....	262
12.10.2. Клиническая картина .....	241	14.4. Контагиозный моллюск .....	262
12.10.3. Дерматоскопия .....	241	14.4.1. Введение .....	262
12.11. Укусы клещей .....	242	14.4.2. Клиническая картина .....	263
12.11.1. Введение .....	242	14.4.3. Дерматоскопия .....	264
12.11.2. Дерматоскопия .....	242	Список литературы .....	264
12.12. Другие инфекции .....	243	<b>ЧАСТЬ IV</b>	
12.12.1. Введение .....	243	<b>БОЛЕЗНИ НОГТЕЙ И ВОЛОС .....</b>	<b>267</b>
12.12.2. Дерматоскопия .....	243	<b>Глава 15. Болезни волос (трихоскопия) ..</b>	<b>269</b>
Список литературы .....	245	15.1. Нерубцовая алопеция .....	269
<b>Глава 13. Микозы .....</b>	<b>248</b>	15.1.1. Андрогенетическая алопеция — введение .....	269
13.1. Стригущий лишай кожи тела и ладоней .....	248	15.1.2. Клиническая картина .....	269
13.1.1. Введение .....	248	15.1.3. Трихоскопия .....	269
13.1.2. Клиническая картина .....	248	15.1.4. Очаговая алопеция — введение ..	270
13.1.3. Дерматоскопия .....	252	15.1.5. Клиническая картина .....	270
13.2. «Черный» лишай .....	252	15.1.6. Трихоскопия .....	270
13.2.1. Введение .....	252	15.1.7. Трихотилломания — введение ..	272
13.2.2. Клиническая картина .....	252	15.1.8. Клиническая картина .....	272
13.2.3. Дерматоскопия .....	252	15.1.9. Трихоскопия .....	272

15.1.10. Нарушение чувствительности кожи волосистой части головы/ трихотейромания — клиническая картина .....	273
15.1.11. Трихоскопия .....	273
15.1.12. Стригущий лишай волосистой части головы — введение .....	273
15.1.13. Клиническая картина .....	273
15.1.14. Трихоскопия .....	273
15.2. Первичная рубцовая алопеция .....	274
15.2.1. Фолликулярный плоский лишай (фиброзирующая алопеция) — клиническая картина .....	274
15.2.2. Трихоскопия .....	274
15.2.3. Дискоидная красная волчанка — клиническая картина .....	274
15.2.4. Трихоскопия .....	275
15.2.5. Декальвирующий фолликулит Кэнко — клиническая картина .....	276
15.2.6. Трихоскопия .....	276
15.2.7. Подрывающий фолликулит и перифолликулит Гофмана — клиническая картина .....	276
15.2.8. Трихоскопия .....	276
15.3. Детская патология .....	277
15.3.1. Врожденная аплазия кожи — клиническая картина .....	277
15.3.2. Трихоскопия .....	277
15.3.3. Височная треугольная алопеция — клиническая картина .....	277
15.3.4. Трихоскопия .....	278
15.3.5. Синдром «потерянного» анагена — клиническая картина .....	278
15.3.6. Трихоскопия .....	279
15.3.7. Ангидротическая эктодермальная дисплазия — клиническая картина .....	279
15.3.8. Трихоскопия .....	279
Список литературы .....	280
<b>Глава 16. Болезни ногтей (онихоскопия) ...</b>	<b>283</b>
16.1. Воспалительные заболевания ногтей .....	284
16.1.1. Поражение ногтей при псориазе — клиническая картина ...	284
16.1.2. Дерматоскопия .....	284
16.1.3. Поражение ногтей при красном плоском лишае — клиническая картина ...	287
16.1.4. Дерматоскопия .....	287
16.1.5. Трахионихия — клиническая картина .....	288
16.1.6. Дерматоскопия .....	289
16.1.7. Болезнь Дарье — клиническая картина .....	289
16.1.8. Дерматоскопия .....	289
16.2. Онихомикоз и другие инфекционные болезни ногтей .....	289
16.2.1. Вирус простого герпеса — клиническая картина .....	289
16.2.2. Дерматоскопия .....	289
16.2.3. Бородавки — клиническая картина .....	290
16.2.4. Дерматоскопия .....	290
16.2.5. Поражение ногтей синегнойной палочкой — клиническая картина .....	290
16.2.6. Дерматоскопия .....	291
16.2.7. Онихомикоз — клиническая картина .....	291
16.2.8. Дерматоскопия .....	292
16.3. Болезни ногтей травматического генеза .....	293
16.3.1. Травматический онихолизис — клиническая картина .....	293
16.3.2. Дерматоскопия .....	293
16.3.3. Подногтевая гематома — клиническая картина .....	293
16.3.4. Дерматоскопия .....	294
16.3.5. Лейконихия ногтей пальцев ног травматического генеза — клиническая картина .....	294
16.3.6. Дерматоскопия .....	295
16.3.7. Деформация ногтей вследствие привычки грызть ногти — клиническая картина .....	295
16.3.8. Дерматоскопия .....	295
16.4. Врожденные нарушения развития ногтей .....	296
16.4.1. Синдром ногтей-надколенника — клиническая картина .....	296
16.4.2. Дерматоскопия .....	296
16.4.3. Врожденное смещение ногтя большого пальца стоп — клиническая картина .....	296
16.4.4. Дерматоскопия .....	297
16.4.5. Синдром желтых ногтей — клиническая картина .....	297
16.4.6. Дерматоскопия .....	297
Список литературы .....	297

**ЧАСТЬ V**  
**БОЛЕЗНИ КОЖИ У ЛИЦ**  
**С ЦВЕТНЫМ ТИПОМ КОЖИ.....301**

**Глава 17. Болезни кожи с нарушением пигментации .....303**

- 17.1. Гиперпигментные дерматозы .....303
  - 17.1.1. Введение .....303
  - 17.1.2. Мелазма .....303
  - 17.1.3. Охроноз экзогенного характера...304
  - 17.1.4. Пигментная форма красного плоского лишая и пепельный дерматоз ..305
  - 17.1.5. Меланоз Рилиа, пятнистая форма амилоидоза и амилоидный лихен .....306
  - 17.1.6. Черный акантоз .....306
  - 17.1.7. Пигментные демаркационные линии Фатчера .....307
  - 17.1.8. Невус Беккера .....307
- 17.2. Гипопигментные дерматозы .....307
  - 17.2.1. Введение.....307
  - 17.2.2. Склероатрофический лихен .....307
  - 17.2.3. Отрубевидный лишай.....308
  - 17.2.4. Пограничный туберкулоидный тип лепры .....309
  - 17.2.5. Комплекс туберозного склероза (пятна пепельного цвета в форме листа) ...309
  - 17.2.6. Витилиго .....310
  - 17.2.7. Гипомеланоз Ито .....311
  - 17.2.8. Невус с депигментацией.....312
  - 17.2.9. Себорейная экзема.....313
    - Особая благодарность .....314
    - Список литературы.....314

**Глава 18. Воспалительные и инфекционные болезни кожи .....316**

- 18.1. Воспалительные болезни кожи .....316
  - 18.1.1. Красный плоский лишай.....316
  - 18.1.2. Псориаз.....318
  - 18.1.3. Дерматит (экзема) .....319
  - 18.1.4. Розовый лишай.....321
  - 18.1.5. Гранулематозные болезни кожи ..321
  - 18.1.6. Дискоидная форма красной волчанки.....322
  - 18.1.7. Порокератоз.....323
  - 18.1.8. Отрубевидный лишай .....324
  - 18.1.9. Узловая почесуха .....324
- 18.2. Инфекционные болезни кожи .....324
  - 18.2.1. Грибковые инфекции кожи.....324
  - 18.2.2. Педикулез .....326
  - 18.2.3. Чесотка.....327
  - 18.2.4. Другие инфекционные болезни кожи.....328
  - Список литературы.....329

**Глава 19. Патология волос и ногтей. ....330**

- 19.1. Патология волос .....330
  - 19.1.1. Трихоскопия кожи головы без патологических изменений.....330
    - 19.1.1.1. Зона кожи между волосными фолликулами .....330
    - 19.1.1.2. Сосудистый рисунок.....331
    - 19.1.1.3. Устья потовых желез .....332
    - 19.1.1.4. Волосной стержень .....332
  - 19.1.2. Сравнение признаков рубцовой и нерубцовой формы алопеции.....333
  - 19.1.3. Виды нерубцовой формы алопеции.....333
    - 19.1.3.1. Андрогенетическая алопеция ..333
    - 19.1.3.2. Очаговая алопеция .....334
    - 19.1.3.3. Опоясывающий лишай головы .....335
    - 19.1.3.4. Тракционная алопеция .....335
  - 19.1.4. Виды рубцовой алопеции.....336
    - 19.1.4.1. Фиброзирующая алопеция ....336
    - 19.1.4.2. Дискоидная форма красной волчанки .....337
    - 19.1.4.3. Центральная центробежная рубцовая алопеция .....338
  - 19.1.5. Сочетанные заболевания.....338
  - 19.1.6. Артефакты при трихоскопии у пациентов с цветным типом кожи ....339
- 19.2. Патология ногтей.....341
  - 19.2.1. Меланонихия .....341
  - 19.2.2. Воспалительные и инфекционные онихопатии.....342
  - 19.2.3. Изменения ногтевого валика ....342
  - Список литературы.....343

**Глава 20. Применение дерматоскопии для контроля терапии и в других целях ..345**

- 20.1. Введение .....345
- 20.2. Контроль проводимой терапии .....345
- 20.3. Отбор очагов для биопсии с помощью дерматоскопии .....345
- 20.4. Другие возможные сферы применения дерматоскопии .....347
  - 20.4.1. Определение активности или нестабильного течения заболевания 347



20.4.2. Терапия болезней кожи под контролем дерматоскопии .....	347
20.4.3. Интерпретация патч-теста .....	347
20.4.4. Выявление остаточных операционных швов и инородных материалов .....	347
20.4.5. Дерматоскопия в косметических целях .....	348
20.5. Психологическая роль дерматоскопа — стетоскоп для дерматолога .....	349
Список литературы.....	349
<b>Приложение I:</b> Дифференциальный диагноз эритематозно-сквамозных пятен и папул на коже туловища и конечностей ..	350
<b>Приложение II:</b> Дифференциальный диагноз пятен и бляшек эритематозного характера на на коже лица.....	353
<b>Приложение III:</b> Дифференциальный диагноз ладонно-подошвенной кератодермии .....	356
<b>Приложение IV:</b> Дифференциальный диагноз склеро-атрофических пятен на коже туловища или конечностей .....	358
<b>Приложение V:</b> Дифференциальный диагноз гиперпигментированных пятен и папул на коже туловища и/или конечностей .....	360

<b>Приложение VI:</b> Дифференциальный диагноз гипопигментированных пятен на коже туловища и/или конечностей .....	363
<b>Приложение VII:</b> Дифференциальный диагноз воспалительных папул, расположенных вдоль линий Блашко .....	366
<b>Приложение VIII:</b> Дифференциальный диагноз папул воспалительного характера, расположенных вдоль линий Блашко .....	369
<b>Приложение IX:</b> Дифференциальный диагноз пятен пурпуры .....	371
<b>Приложение X:</b> Дифференциальный диагноз нерубцовой алопеции .....	372
<b>Приложение XI:</b> Дифференциальный диагноз рубцовой алопеции .....	375
<b>Приложение XII:</b> дифференциальная диагностика волосяных цилиндров .....	377
<b>Приложение XIII:</b> Дифференциальный диагноз симптомов онихолизиса.....	378
<b>Приложение XIV:</b> Дифференциальный диагноз симптома точечных вдавлений ногтевой пластинки .....	381
Предметный указатель.....	383

## **ПРЕДИСЛОВИЕ К ИЗДАНИЮ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ**

Руководство «Дерматоскопия в общей дерматологии», изданное под редакцией А. Лалласа, Э. Эрричетти и Д. Йоаннидиса, является первым объемным изданием, посвященным дерматоскопической диагностике основных групп заболеваний кожи, как часто встречающихся в ежедневной практике, так и достаточно редких.

Фундаментальный подход авторов и скрупулезный анализ дерматоскопических характеристик высыпаний при различных дерматозах, а также заболеваниях кожи и ее придатков нашел отражение в тщательно структурированном изложении клинических и дерматоскопических характеристик широкого спектра заболеваний кожи, а также в описании патоморфологической природы каждого диагностически значимого дерматоскопического признака.

Детальные иллюстрации высокого качества позволяют читателю уловить особенности дерматозов различной природы и вывести собственные диагностические навыки на но-

вый уровень. Особую ценность в этой связи представляет серия приложений, посвященных сравнительному описанию дерматоскопических особенностей высыпаний при различных дерматозах, обладающих определенным клиническим сходством и требующих проведения дифференциальной диагностики.

Авторы демонстрируют многогранность возможностей дерматоскопии, описывая использование этой неинвазивной методики для мониторинга эффекта терапии, диагностики нежелательных явлений, выбора оптимального места для получения биоптата, определения активности заболевания, подбора и оценки эффективности косметологических процедур.

Таким образом, настоящее руководство станет незаменимым помощником и настольной книгой для дерматовенерологов, косметологов и других специалистов, участвующих в диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний кожи и ее придатков.

***Профессор Н.Н. Потеев***

## ПРЕДИСЛОВИЕ К ИЗДАНИЮ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

Сегодня никто не подвергает сомнению важную роль дерматоскопии в диагностике новообразований кожи. Осмотр невооруженным глазом позволяет определить форму, размер и цвет опухоли, но более детальный осмотр, подобно мазку кисти, который придает рисунку большую точность и цветовую гамму, возможен только при использовании дерматоскопии. Дерматоскопия заслуживает особых слов благодарности в связи с диагностикой новообразований кожи, поскольку сегодня выявление рака кожи без проведения дерматоскопии выглядит по меньшей мере непрофессионально. Применение данного метода диагностики для оценки патологии кожи, не связанной с новообразованиями, обозначило новый виток развития дерматологии. Являясь не более чем результатом аналитической логики, дерматоскопия позволяет улучшить клиническую диагностику многих поражений или патологий кожи. Однако первоначальные попытки исследовать субмикроскопический мир воспалительных, инфильтративных и инфекционных болезней кожи были достаточно спорными и рассматривались как сомнительные и даже ненужные. Позже, десятилетия спустя, как это обычно и бывает, дерматоскопия начала применяться в обыденной практике врача. Многочисленные болезни кожи были исследованы с помощью этого метода с дальнейшей публикацией результатов. Все больше и больше врачей стали применять дерматоскопию подобно стетоскопу для врачей общей

практики, как базовый клинический инструмент и один из методов диагностики патологии кожи.

Эта книга может быть полезна тем, кто чувствует необходимость улучшить свои клинические навыки и получить дополнительную информацию о субмикроскопической морфологии болезней кожи. Она содержит результаты многолетних трудов анализа различных заболеваний кожи, которые были как положительными, так и отрицательными. Безусловно, книга не была бы возможна без участия большого числа пациентов, которые добровольно позволили осветить их проблемы. Мы невероятно благодарны нашей так называемой «семье дерматоскопистов» по всему земному шару, начиная с пациентов, которых осматривали на заре развития метода, до исследователей наших дней, результаты которых также включены в книгу. Кроме того, выражаем благодарность нашим коллегам по всему миру, которые потратили личное время, пытаясь улучшить свои знания и помочь пациентам. Мы в долгу перед нашими друзьями и коллегами за вклад в создание книги как авторов некоторых глав. Наконец, перед вами наш труд — книга «Роль дерматоскопии в общей дерматологии»! Мы надеемся, что вам понравится.

**Аймилиос (Aimilios)**  
**Энцо (Enzo)**  
**Димитриос (Dimitrios)**

## ВВЕДЕНИЕ

*Аймилиос Лаллас и Энцо Эрричетти (Aimilios Lallas and Enzo Errichetti)*

### Предисловие

Дерматоскопия (английские термины — dermoscopy или dermatoscopy) — неинвазивная быстрая и эффективная диагностическая процедура, которая является незаменимой во время осмотра пациента с пигментными и беспигментными новообразованиями кожи [1]. Имеющиеся научные факты подтверждают, что применение дерматоскопии значительно увеличивает точность диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей кожи врачами [2]. В некоторых странах дерматоскопия является обязательным методом осмотра пациента не только для дерматологов, но и для врачей всех специальностей, проводящих скрининговые обследования с целью ранней диагностики рака кожи. С течением времени благодаря накоплению клинического опыта и результатов научных исследований дерматоскопия находит все более широкое применение в диагностике неопухолевых изменений кожи, включая воспалительные, аутоиммунные, инфекционные заболевания, алопецию и патологию ногтей, а также как метод оценки результата проводимого лечения или косметических процедур [3]. С уверенностью можно сказать, что поскольку дерматоскопия позволяет оценивать морфологические критерии, не видимые невооруженным глазом, теоретически ее можно использовать для диагностики любых сыпей. В последние десятилетия клиницисты и ученые стали использовать дерматоскопию с целью диагностики воспалительных и инфекционных заболеваний кожи и публиковать свои результаты. Таким образом, можно считать, что началась эра исследования субмакроскопического морфологического мира болезней кожи [4, 5]. Тем не менее большинство описанных критериев базируется на описании единичных случаев или серий случаев. Поэтому, несмотря на новизну и увлекательность таких новых областей диагностики, как «инфламмоскопия», «паразитоскопия», «трихоскопия» и дерматоскопия

ногтевого ложа, они до сих пор некоторыми врачами рассматриваются с осторожностью относительно надежности их применения в клинической практике. Безусловно, еще несколько лет назад не проводилось высококачественных научных исследований роли дерматоскопии в диагностике заболеваний кожи, не связанных с новообразованиями. Однако в последние годы начали проводить исследования с хорошим дизайном и публикацией результатов, подтверждающих обоснованно ожидаемое: надежные критерии диагностики действительно существуют, однако нуждаются в надлежащем исследовании и валидации, как и критерии диагностики новообразований кожи, изученные в предыдущие десятилетия [4–6].

### Базовые правила

В начале книги мы хотели бы подчеркнуть два фундаментальных правила дерматоскопии. Первое правило применимо в равной степени для всех показаний к дерматоскопии, включая новообразования, воспалительные заболевания, алопецию или любую другую патологию кожи. Второе правило также валидно при диагностике любого заболевания кожи, но более применимо в общей дерматологии (неопухолевая патология).

- Правило 1. Данные дерматоскопии, изолированные от другой информации, не имеют смысла в клинической практике. Несмотря на то что в образовательных курсах, или в переписке, или при использовании приложений в смартфонах пользователи часто работают только с дерматоскопическими изображениями, в реальных клинических условиях этот метод диагностики применяется только после клинического, макроскопического осмотра пациента. Искусство диагностики в дерматологии представляет собой многофакторный сложный процесс сбора и анализа информации из разных источ-

ников: макроскопическую морфологию сыпи, характер симптомов, анамнез заболевания и жизни пациента, пальпацию, диаскопию, поскабливание пораженного участка, осмотр с помощью лупы и дерматоскопа. При сборке пазла клинического диагноза важна каждая деталь, и такой деталью является дерматоскопия — и она не более, но и не менее важна, чем все остальные составляющие.

- **Правило 2.** В общей дерматологии диагноз, как правило, устанавливается уже при осмотре пораженного участка кожи. Даже в случаях, когда точный диагноз неясен, дифференциальный диагноз проводится на основании характера морфологических элементов и локализации сыпи. Данные любого дополнительного диагностического метода (дерматоскопии или даже гистологического исследования) должны всегда интерпретироваться в пределах этого специфического дифференциального диагноза, сформулированного уже при клиническом обследовании. Поэтому применение дерматоскопии в общей дерматологии необходимо рассматривать как второй этап двухэтапной процедуры, которому всегда предшествует формулировка дифференциального диагноза на основании макроскопической морфологии сыпи. Другими словами, врач, использующий дерматоскоп, должен начинать с формулировки клинического дифференциального диагноза и далее при дерматоскопии стараться сужать его, по возможности до одной нозологии. Критерии дерматоскопии, которые обычно считаются неспецифическими, поскольку могут быть обнаружены при разных заболеваниях, могут стать очень информативными в рамках определенного дифференциального диагноза. Например, линейные сосуды могут наблюдаться при многих опухолях кожи, воспалительных и инфекционных заболеваниях, и даже в здоровой коже. Поэтому они не могут считаться специфическим критерием диагностики какой-либо одной патологии. Тем не менее при дифференциальной диагностике дерматита и грибовидного микоза линейные сосуды становятся более специфичным признаком, поскольку типичны только для одной из указанных патологий — грибовидного микоза.

## **Выбор подходящего оборудования**

При дерматоскопии новообразований кожи основные дерматоскопические структуры формируются в результате отложения пигмента в разных слоях кожи. Также наблюдаются сосудистые структуры и другие признаки, но они обычно считаются менее значимыми по сравнению с пигментными признаками. Напротив, при воспалительных и инфекционных заболеваниях кожи основные патоморфологические изменения связаны не с отложением пигмента, а с клеточной инфильтрацией, формированием сосудистых структур, изменением толщины или анатомического строения эпидермиса. Поэтому выбор оборудования, которое позволит увидеть сосуды и улучшить их визуализацию, более важен при исследовании неопухолевых высыпаний, чем при оценке новообразований. Ручные дерматоскопы старого образца с использованием неполяризованного света требуют непосредственного контакта оптической линзы с поверхностью кожи, что может изменить морфологию или даже способствовать исчезновению подлежащих сосудистых структур. Использование в качестве иммерсионной среды ультразвукового геля вместо жидкости позволяет прикладывать меньшее давление на поверхность кожи и сохранять строение сосудов при исследовании. Проблема визуализации сосудов нашла радикальное решение после внедрения ручных дерматоскопов II поколения, использующих поляризованный свет и не требующих прямого контакта с кожей. Кроме исключения давления на поверхность кожи, дерматоскопы II поколения позволяют лучше визуализировать сосуды и белые блестящие полосы, которые сложно или вообще невозможно увидеть в неполяризованном свете. Таким образом, в общей дерматологии при проведении дерматоскопии мы настоятельно рекомендуем использовать бесконтактные дерматоскопы II поколения.

## **Основные категории дерматоскопических критериев**

В целом каждое заболевание кожи квалифицируется по одному или двум ведущим дерматоскопическим признакам. «Преобладающим» является признак, наблюдаемый на большей части пораженного участка кожи, доминирующий над остальными сопутствующими при-



знаками. Наиболее частыми структурами при воспалительных дерматозах являются сосуды, чешуйки или корочки и признаки, связанные с изменениями волосяных фолликулов. Поэтому при дерматоскопии следует оценивать следующие самые важные параметры.

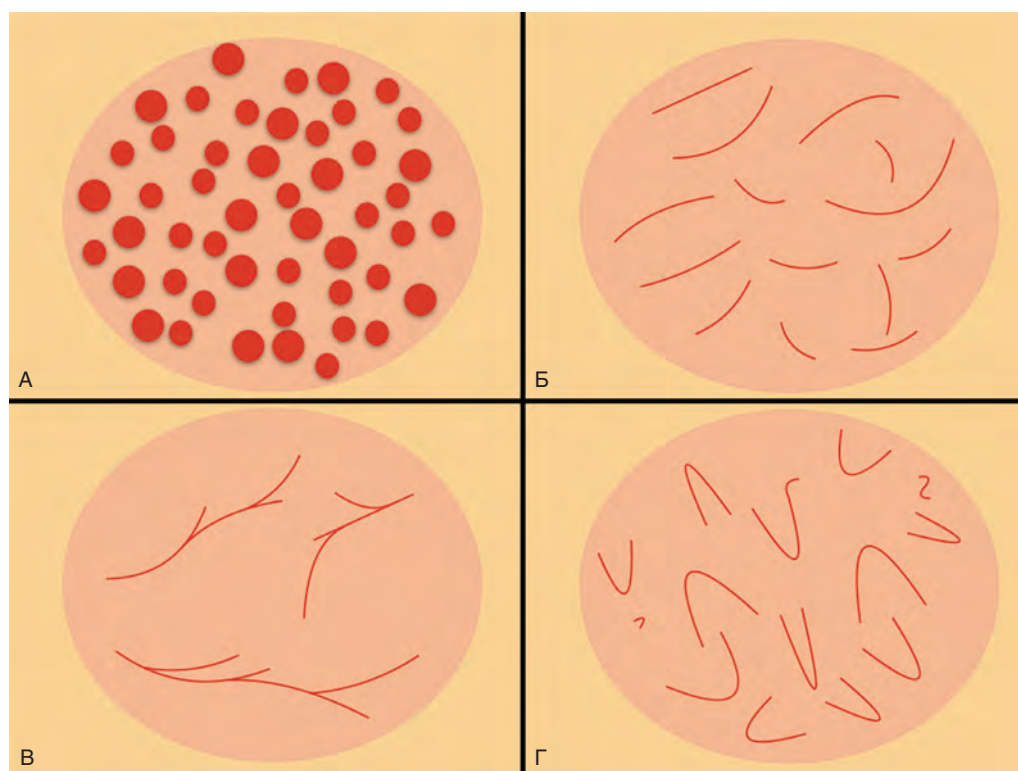
## Сосуды

### Строение сосудов

Описаны различные морфологические типы сосудов, которые можно увидеть во время дерматоскопии: точечные, гломерулярные, в виде запятой, шпилькообразные, ветвящиеся, неправильные линейные, штопорообразные и др. [8]. Некоторые из этих вариантов строения сосудов ассоциированы с новообразованиями кожи (например, ветвящиеся сосуды встречаются при базальноклеточной карцине, а сосуды в форме запятой характерны для невуса) [9]. Однако согласованность заключений разных специалистов при оценке сосудистых структур оценивалась как низкая [10]. И действительно, есть очевидное наложение друг на друга некоторых из перечисленных ранее терминов, в особенности при описании линейных сосудов — неправильные линейные сосуды с ветвящимися или сосуды в виде запятой с сосудами в форме шпильки

и др. По этой причине и поскольку для многих вышеупомянутых морфологических типов сосудов не описано диагностической значимости ни при одном воспалительном или инфекционном заболевании кожи, мы предлагаем упрощенный вариант категоризации при применении дерматоскопии в общей дерматологии (рис. 0.1).

- А. Точечные сосуды. Эта категория включает округлые сосуды любого размера (крупного или мелкого, вне зависимости от их диаметра). Точечная форма сосудов разного диаметра встречается при разных заболеваниях. Их можно увидеть при большинстве воспалительных дерматозов. Первоначально точечная форма сосудов описывалась как ведущий признак псориаза, но позже была обнаружена и при других воспалительных заболеваниях, включая дерматиты (все виды), красный плоский лишай (КПЛ), розовый лишай, порокератоз и др. [11].
- Б. Линейные сосуды (не изогнутые и без ветвей) наиболее часто встречаются на фотоповрежденной коже. Их также можно видеть в очагах поражения при дерматозах, которые длительно лечили топическими стероидами. Самым часто



**Рис. 0.1.** Разные морфологические типы сосудов: точечные сосуды разного диаметра (А), линейные без ветвей и изгибов (Б), линейные ветвящиеся (В) и линейные изогнутые (Г)

встречающимся заболеванием кожи, для которого характерны линейные сосуды, является розацеа, когда сосуды располагаются упорядоченно в виде многоугольников («полигональные сосуды») [12].

- В. Ветвящиеся линейные сосуды. Они напоминают сосуды при базальноклеточной карциноме. Могут встречаться при гранулематозных дерматозах (саркоидоз, туберкулез) и на поздней стадии дискоидной красной волчанки (ДКВ) [13, 14].
- Г. Изогнутые линейные сосуды напоминают сосуды в форме запятой и часто встречаются при невусах. Кроме того, их можно обнаружить при КПЛ, гранулематозных дерматозах и грибковидном микозе [11, 15].

#### Расположение сосудов (рис. 0.2)

- А. Правильное расположение — сосуды равномерно и гомогенно распределяются по поверхности пораженного участка кожи, что наиболее характерно для псориаза [11].
- Б. По периферии — сосуды располагаются на периферии пораженного участка кожи, что наиболее характерно для КПЛ [11].
- В. Очаговое («пятнами») — сосуды располагаются без какой-либо упорядоченности, что также характеризуется как асимметричное или неспецифическое распределение сосудов. Встречается при

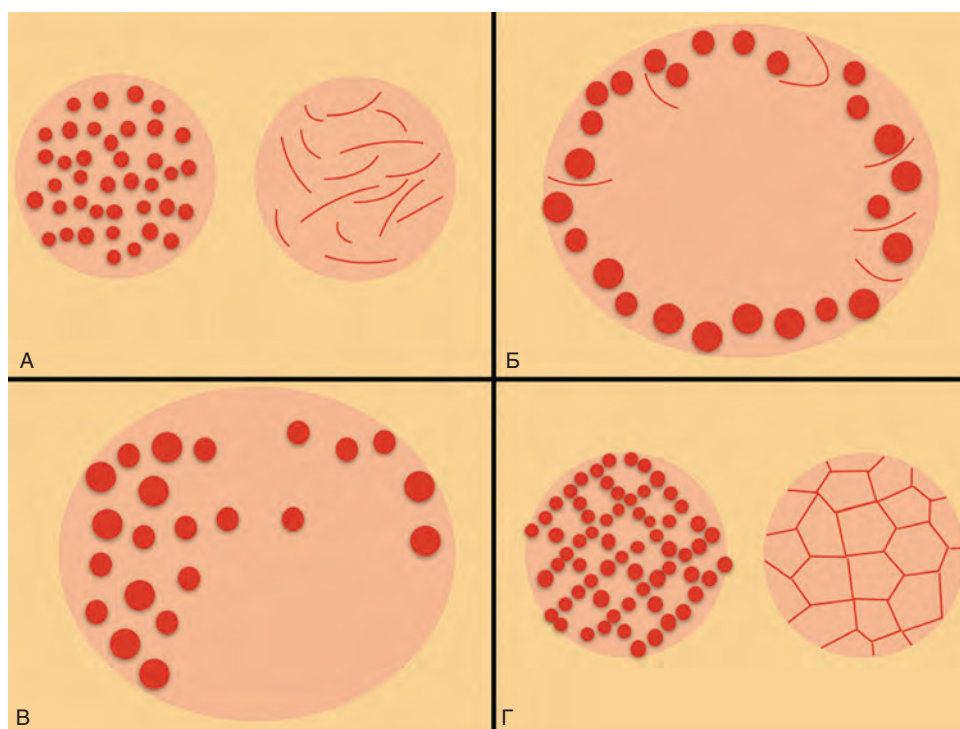
многих заболеваниях, таких как дерматит и розовый лишай [11].

- Г. Сетчатые — сосуды образуют своеобразную сеть. Такое распределение сосудов можно наблюдать при псориазе (точечные сосуды) и достаточно часто при розацеа (линейные сосуды) [12,16].

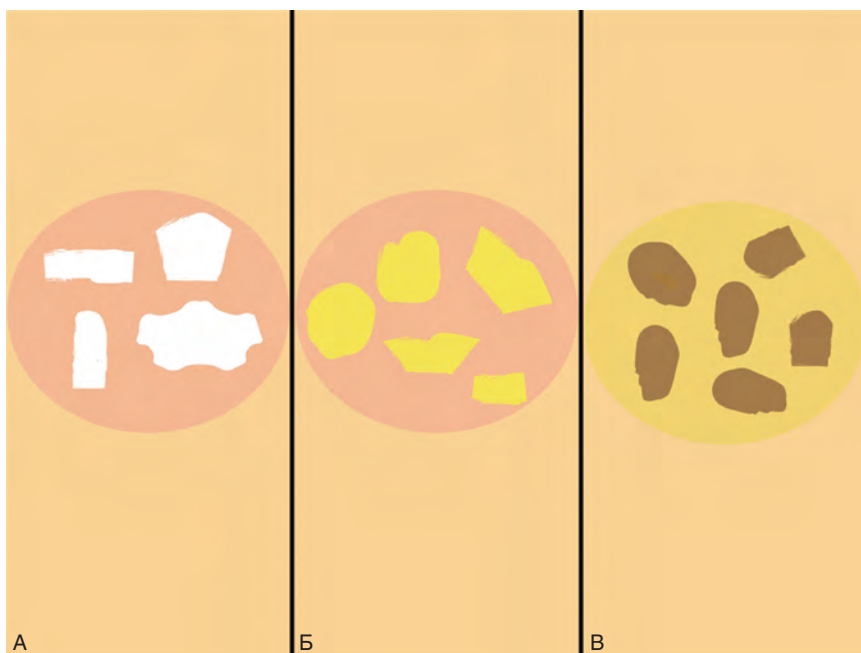
#### Чешуйки

##### Цвет чешуек (рис. 0.3)

- А. Белый цвет — встречается наиболее часто при многих эритематозно-сквамозных и папулосквамозных дерматозах, таких как псориаз или КПЛ [4].
- Б. Желтый цвет — корки этого цвета образуются в результате экстравазации плазмы крови на поверхность пораженного участка, а желтые чешуйки являются результатом пропитывания плазмой роговых масс. Желтые корочки и чешуйки являются характерным признаком всех видов дерматитов, сопровождающихся явлениями спонгиоза [11].
- В. Коричневый цвет — признак пигментного паракератоза, который может встречаться при разных дерматозах с образованием чешуек коричневого цвета. Экзогенное окрашивание кожи является второй причиной образования чешуек коричневого цвета.



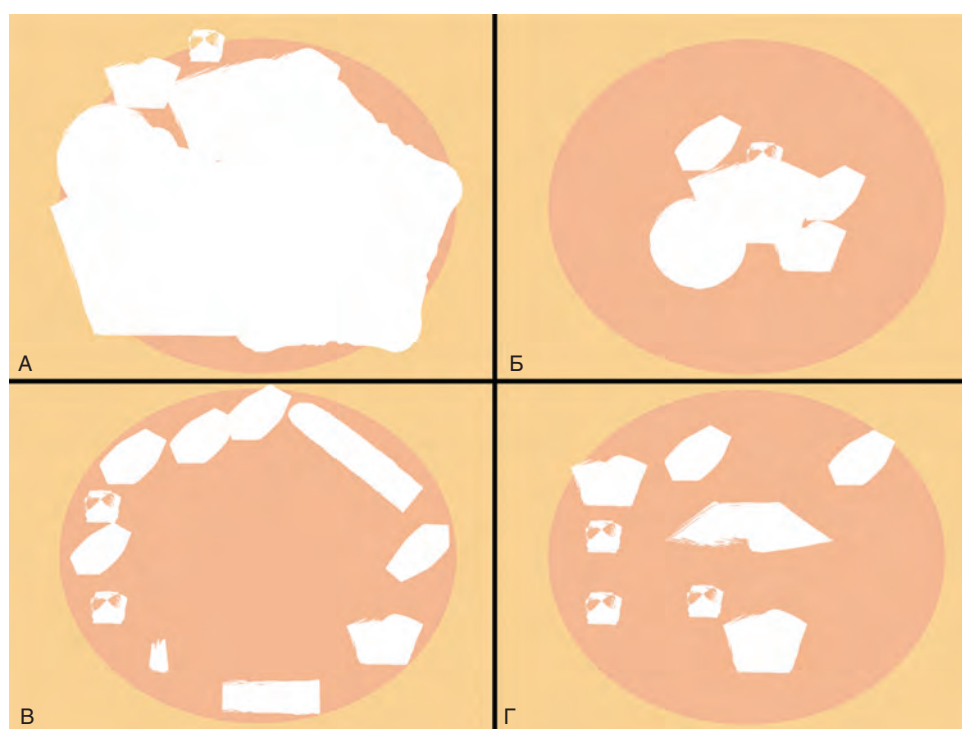
**Рис. 0.2.** Возможное расположение сосудов: правильное (А), по периферии (Б), асимметричное (В), в виде сети (Г)



**Рис. 0.3.** Цвет чешуек: белые чешуйки (А), желтые корочки и чешуйки (Б), коричневые чешуйки (В)

*Расположение чешуек (рис. 0.4)*

- А. Диффузное расположение — чешуйки равномерно покрывают всю поверхность пораженного участка кожи. Этот признак нельзя рассматривать как специфический, поскольку может встречаться при дерматозах с явлениями гиперкератоза эпидермиса.
- Б. Центральное расположение — чешуйки скапливаются в центре очага поражения. И вновь этот признак не является специфическим, несмотря на то что достаточно часто встречается при псориазе.
- В. Периферическое расположение — чешуйки по большей части располагаются по периферии с незначительным числом



**Рис. 0.4.** Возможное расположение чешуек: диффузное (А), центральное (Б), периферическое (В), асимметричное (Г)

в центре очага. Этот признак является классическим для розового лишая, но может встречаться при микозе гладкой кожи и других заболеваниях.

- Г. Очаговое («пятнами») — неспецифическое или асимметричное расположение чешуек может встречаться при разных заболеваниях кожи.

#### Диагностические признаки, обусловленные изменениями фолликулов

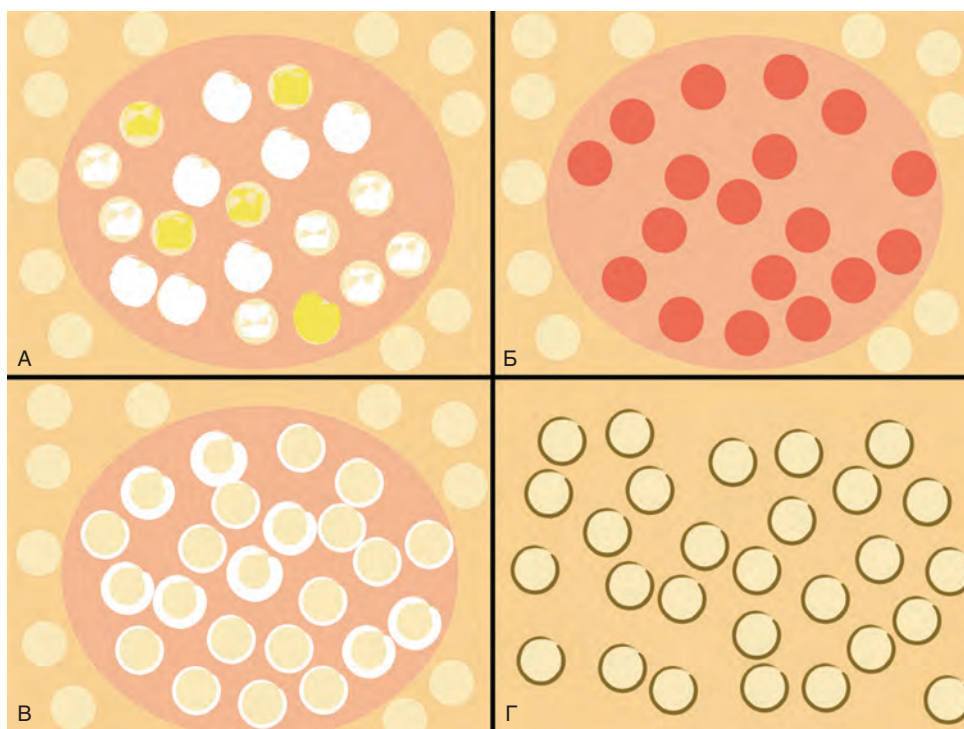
Существуют воспалительные заболевания кожи, первоначально поражающие волосяные фолликулы. И при этих заболеваниях главными критериями, определяющимися при дерматоскопии, являются признаки поражения фолликулов. Основные критерии, связанные с поражением волосяных фолликулов (рис. 0.5), следующие.

- А. Фолликулярные пробки — роговые пробки белого или желтого цвета, заполняющие выходное отверстие фолликула, могут встречаться при разных заболеваниях, но являются ведущим признаком ранней стадии ДКВ [14].
- Б. Красные фолликулярные точки — результат перифолликулярного воспаления и вазодилатации. Обычно встречаются при ДКВ, но могут наблюдаться и при муцинозе кожи.

- В. Перифолликулярная белая зона — округлые участки белого цвета вокруг каждого фолликула и/или белые зоны в межфолликулярном пространстве. Этот признак бывает обусловлен явлениями фиброза (например, при ДКВ), гиперплазией эпидермиса (например, при гипертрофическом КПЛ) или перифолликулярной депигментацией (например, при витилиго) [3, 14, 17].
- Г. Перифолликулярная пигментация — скопление пигмента вокруг фолликулов. Может встречаться при некоторых видах алопеции, но также является первым признаком восстановления пигментации кожи при витилиго [3].

#### Другие структуры

Помимо сосудов, чешуек и фолликулярных структур, при воспалительных, инфильтративных и инфекционных заболеваниях кожи могут наблюдаться и другие признаки. Они возникают в результате различных патоморфологических изменений, включая изменение строения эпидермиса, формирование клеточного инфильтрата или отложения меланина либо других веществ. Эти структуры можно классифицировать по цвету и форме следующим образом.



**Рис. 0.5.** Волосяные фолликулы: фолликулярные пробки (А) и красные точки (Б), перифолликулярные белые зоны (В) и пигментация (Г)



### Другие структуры — цвет

- А. Белый цвет — гистологически может соответствовать явлениям фиброза, уменьшению числа меланоцитов или меланина, гиперплазии эпидермиса (акантоз, гипергранулез) либо отложению кальция.
- Б. Коричневый цвет — соответствует наличию отложений меланина в базальном слое эпидермиса или поверхностном слое дермы.
- В. Серый цвет — соответствует наличию отложений меланина или пигмента при охронозе в сосочковом слое дермы.
- Г. Голубой цвет — появляется в результате отложения пигмента в сетчатом слое дермы.
- Д. Оранжевый цвет — согласно гистологическим исследованиям, соответствует наличию гранулем в дерме, плотным клеточным инфильтратам или отложениям гемосидерина в дерме.
- Е. Желтый цвет — обычно обусловлен отложением липидов в дерме.
- Ж. Фиолетовый (пурпурный) цвет — связан с экстравазацией эритроцитов (пурпура).

### Другие структуры — форма (рис. 0.6)

- А. Бесструктурные участки — могут располагаться диффузно, создавая относительно гомогенный фон, или в виде очага неправильной формы определенного цвета без каких-либо видимых структур.
- Б. Точки или глобулы.
- В. Линии, которые могут располагаться параллельно, перпендикулярно, под углом или неспецифично.
- Г. Кольца.

### Специфические признаки

Специфическим признаком считают тот, наличие которого сильно ассоциировано только с одним возможным диагнозом. Поэтому специфические признаки — это характеристики, которые встречаются только при одном заболевании и не могут быть обнаружены при любом другом дерматозе, особенно среди нозологий, с которыми требуются проведение дифференциальной диагностики. При многих заболеваниях кожи предполагались те или иные специфические признаки, но только немногие из них были изучены в исследованиях с надлежащим дизайном, включающих контрольные группы. Примерами специфических признаков являются пересекающиеся белые линии при

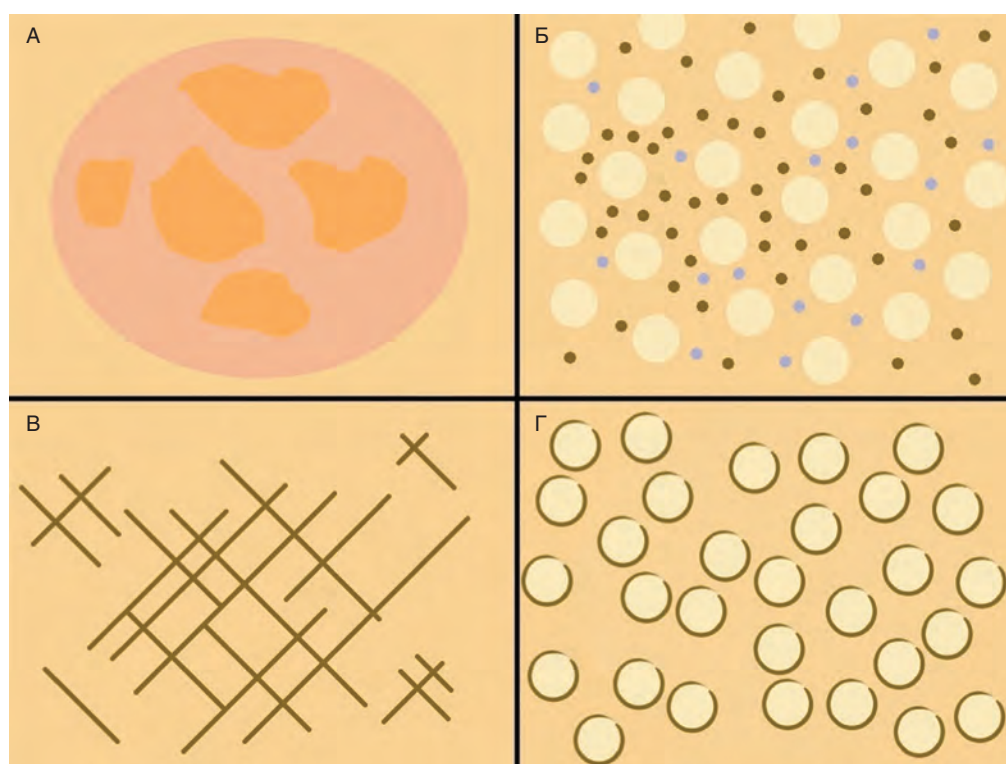
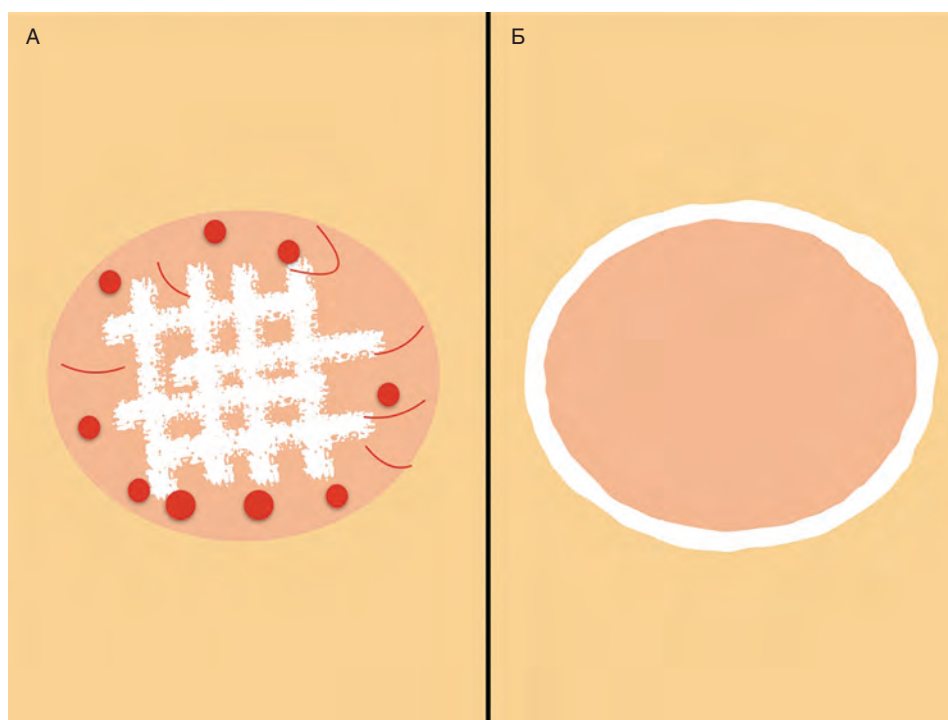


Рис. 0.6. Формы других структур: участки бесструктурных зон (А), точки (Б), линии (В) и кольца (Г)





**Рис. 0.7.** Примеры специфических признаков: сетка Уикхема при красном плоском лишае (А) и белый роговой ободок при порокератозе (Б)

КПЛ (сетка Уикхема) и периферический роговой ободок при порокератозе (рис. 0.7) [18–21].

#### Список литературы

1. Zalaudek I., Lallas A., Moscarella E. et al. The derma-tologist's stethoscope — traditional and new applica-tions of dermoscopy. *Dermatol Pract Concept* 2013; 3: 67–71.
2. Vestergaard M.E., Macaskill P., Holt P.E., Menzies S.W. Dermoscopy compared with naked eye examina-tion for the diagnosis of primary melanoma: a meta-analysis of studies performed in a clinical setting. *Br J Dermatol* 2008; 159: 669–76.
3. Lallas A., Argenziano G. Dermatoscope — the derma-tologist's stethoscope. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2014; 80: 493–4.
4. Lallas A., Zalaudek I., Argenziano G. et al. Dermoscopy in general dermatology. *Dermatol Clin* 2013; 31: 679–94.
5. Vazquez-Lopez F., Kreusch J., Marghoob A.A. Dermo-scopic semiology: further insights into vascular fea-tures by screening a large spectrum of nontumoral skin lesions. *Br J Dermatol* 2004; 150: 226–31.
6. Zalaudek I., Argenziano G., Di Stefani A. et al. Dermoscopy in general dermatology. *Dermatology* 2006; 212: 7–18.
7. Lallas A., Giacomel J., Argenziano G. et al. Dermoscopy in general dermatology: practical tips for the clinician. *Br J Dermatol* 2014; 170: 514–26.
8. Zalaudek I., Kreusch J., Giacomel J. et al. How to diag-nose nonpigmented skin tumors: a review of vas-cular structures seen with dermoscopy: part II. Nonmelanocytic skin tumors. *J Am Acad Dermatol* 2010; 63: 377–86.
9. Argenziano G., Zalaudek I., Corona R. et al. Vascular structures in skin tumors: a dermoscopy study. *Arch Dermatol* 2004; 140: 1485–9.
10. Argenziano G., Soyer H.P., Chimenti S. et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meet-ing via the Internet. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48: 679–93.
11. Lallas A., Kyrgidis A., Tzellos T.G. et al. Accuracy of der-moscopic criteria for the diagnosis of psoriasis, derma-titis, lichen planus and pityriasis rosea. *Br J Dermatol* 2012; 166: 1198–205.
12. Lallas A., Argenziano G., Longo C. et al. Polygonal ves-sels of rosacea are highlighted by dermoscopy. *Int J Dermatol* 2014; 53: e325–7.
13. Pellicano R., Tiodorovic-Zivkovic D., Gourhant J-Y. et al. Dermoscopy of cutaneous sarcoidosis. *Dermatology* 2010; 221: 51–4.
14. Lallas A., Apalla Z., Lefaki I. et al. Dermoscopy of discoid lupus erythematosus. *Br J Dermatol* 2012; 168: 284–8.
15. Lallas A., Apalla Z., Lefaki I. et al. Dermoscopy of early stage mycosis fungoides. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2012; 27: 617–21.
16. Vázquez-López F., Zaballos P., Fueyo-Casado A., Sánchez-Martín J. A dermoscopy subpattern of plaque-type pso-riasis: red globular rings. *Arch Dermatol* 2007; 143: 1612.
17. Coelho de Sousa V., Oliveira A. Inflammoscopy in the diagnosis of hypertrophic lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 2015; 73: e171–3.

18. Vázquez-López F., Manjón-Haces J.A., Maldonado-Seral C. et al. Dermoscopic features of plaque psoriasis and lichen planus: new observations. *Dermatology* 2003; 207: 151–6.
19. Delfino M., Argenziano G., Nino M. Dermoscopy for the diagnosis of porokeratosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004; 18:194–5.
20. Errichetti E., Stinco G. The practical usefulness of dermoscopy in general dermatology. *G Ital Dermatol Venereol* 2015; 150: 533–46.
21. Errichetti E., Stinco G. Dermoscopy in general dermatology: a practical overview. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2016; 6: 471–507.

# Глава 1

## Папулосквамозные дерматозы

Аймилиос Лаллас и Энцо Эрричетти (Aimilios Lallas and Enzo Errichetti)

### 1.1. ПСОРИАЗ

#### 1.1.1. Введение

Псориаз является частым хроническим рецидивирующим воспалительным заболеванием кожи наследственного генеза с фенотипической вариабельностью проявлений и возможной ассоциацией с псориатическим артритом и метаболическим синдромом. Псориаз рассматривается как дерматоз с гиперпролиферацией клеток, но активация пролиферации кератиноцитов развивается в результате каскада иммунологических реакций, запускаемых клеточными медиаторами воспаления и цитокинами [1–3].

#### 1.1.2. Клиническая картина

Псориаз характеризуется появлением на коже очагов поражения в форме эритематозных бляшек разного размера с четкими границами, покрытых чешуйками серебристо-белого цвета (рис. 1.1). Наиболее часто поражается кожа волосистой части головы, локтевых и коленных суставов, несколько



**Рис. 1.1.** Классический очаг псориаза: эритематозная бляшка с четкой границей, покрытая рыхлыми серебристо-белыми чешуйками

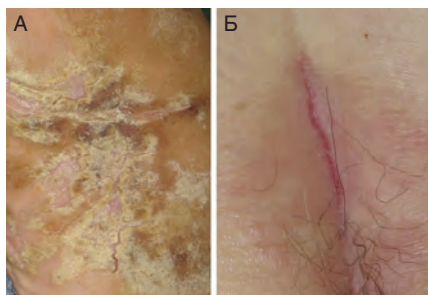
реже — на коже нижней части спины, ягодиц, в области ногтей, вокруг пупка, на коже туловища, ладоней и подошв. Однако псориатические высыпания могут появляться на коже любой части тела. Степень тяжести проявлений может варьировать от очень мелких бляшек до поражения большей части кожного покрова (эритродермия) [1–3].

#### 1.1.2.1. Бляшечный псориаз

Бляшечный псориаз, также известный как вульгарный псориаз, является наиболее часто встречающимся видом и проявляется очагами поражения, описанными выше. Вначале псориатические высыпания имеют вид папул красного цвета, покрытых чешуйками, которые растут и сливаются с образованием овально-округлых бляшек, покрытых толстыми чешуйками серебристого цвета (рис. 1.2). Степень выраженности гиперкератоза зависит от анатомической области и проявляется наиболее активно на коже волосистой части головы, ладоней и подошв и практически отсутствует в интратригинозных зонах (рис. 1.3). Чешуйки обычно более плотно прилежат в центре очага поражения и легче отделяются по периферии. После удаления чешуек на поверхности бляш-



**Рис. 1.2.** Псориатические бляшки часто сливаются с образованием более крупных очагов



**Рис. 1.3.** Ладонный псориаз характеризуется ярко выраженным гиперкератозом (А). Псориаз в межъягодичной складке протекает практически без явления гиперкератоза (Б)

ки возникает точечное кровотечение (симптом Ауспитца). Излюбленная локализация высыпаний при этом виде псориаза описана выше. Кроме того, псориатические высыпания могут формироваться на месте травмы (феномен Кёбнера). В целом заболевание протекает без активных жалоб со стороны пациента. Тем не менее некоторые пациенты могут жаловаться на зуд в области высыпаний [1–3].

#### 1.1.2.2. Каплевидный псориаз

Каплевидный псориаз характеризуется острым появлением множественных мелких папул красного цвета, часто после бактериальной инфекции, например стрептококкового фарингита (рис. 1.4). Каплевидный псориаз может являться дебютом псориаза или фазой обострения существующего бляшечного псориаза [1–3].

#### 1.1.2.3. Инверсный псориаз

Клинический подвид псориаза, избирательно поражающий области складок (например, паховых, ягодичных, под молочными железами,

подмышечных) и гениталий. Инверсный псориаз чаще возникает у пациентов с ожирением. Очаги поражения имеют вид красных бляшек с четкими границами без видимых чешуек с тенденцией к прекращению прогрессирования за пределами области складки [1–3].

#### 1.1.2.4. Пустулезный псориаз

Известно несколько видов пустулезного псориаза. Генерализованный пустулезный псориаз (фон Цумбуша) представляет собой самую тяжелую форму заболевания с системными проявлениями. Как правило, эта форма возникает у пациентов с длительным псориазом в анамнезе после отмены системных стероидов, используемых для лечения сопутствующей патологии. Первые симптомы генерализованного пустулезного псориаза возникают остро и сопровождаются образованием стерильных пустул по краям эритематозных пятен с локализацией на ладонях и околоногтевых валиках (рис. 1.5). Пустулы могут быстро увеличиваться в размерах и воспаляться, образуя озерца гноя. Характерно также поражение слизистых оболочек с формированием так называемого «географического» языка. Системные симптомы включают лихорадку, диарею, артралгию и озноб [1–3].

Ограниченный пустулезный псориаз может возникать на ладонях и подошвах, известен как ладонно-подошвенный пустулез (рис. 1.6). Этот вид псориаза характеризуется развитием на ладонях и подошвах бляшек красного цвета с пустулами на поверхности. Со временем пустулы подсыхают с образованием корочек, под которыми обнажается болезненная сплошь эрозированная поверхность. Особой формой



**Рис. 1.4.** Каплевидный псориаз в виде новых высыпаний мелких папул/бляшек, расположенных главным образом на коже туловища



**Рис. 1.5.** Для генерализованного пустулезного псориаза характерно образование множественных мелких пустул на поверхности эритематозных пятен





**Рис. 1.6.** Ладонно-подошвенный пустулез характеризуется наличием эритемы, корочек и пустул на поверхности ладоней и подошв

ладонно-подошвенного пустулеза является пустулезный акродерматит Аллопо, который проявляется тяжелым поражением кончиков пальцев и ногтевого ложа [1–3]. Другими, реже встречающимися формами пустулезного псориаза являются кольцевидный пустулезный псориаз Милиана–Катчура и пустулезный псориаз беременных (герпетиформное импетиго) [1–3].

#### 1.1.2.5. Эритродермическая форма псориаза

Это острая, тяжелая форма псориаза, которая характеризуется генерализованной эритемой и активной десквамацией эпидермиса с поражением более 90% поверхности тела. Обычно у пациентов с этой формой имеются такие системные проявления, как лихорадка, озноб, судороги и артралгии. Наиболее угрожающими жизни осложнениями данной патологии являются электролитный дисбаланс и сепсис [1–3].

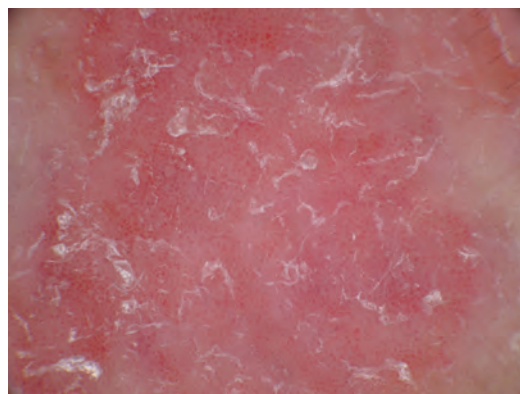
#### 1.1.2.6. Другие формы псориаза

Были описаны некоторые другие формы псориаза, имеющие особые признаки, не типичные для псориаза. В частности, устрицеобразный; рупиоидный; фигурный; складчатый; дискоидный; кольцевидный; фолликулярный псориаз и др. Изображения пациентов с этими формами псориаза представлены на рис. 1.14, А,–1.20, А и 1.21 [1–3].

### 1.1.3. Дерматоскопия

Дерматоскопическую модель строения псориаза, впервые описанную 10 лет назад, в последнее время активно исследовали для определения ее значимости для дифференциального диагноза с другими эритематоз-

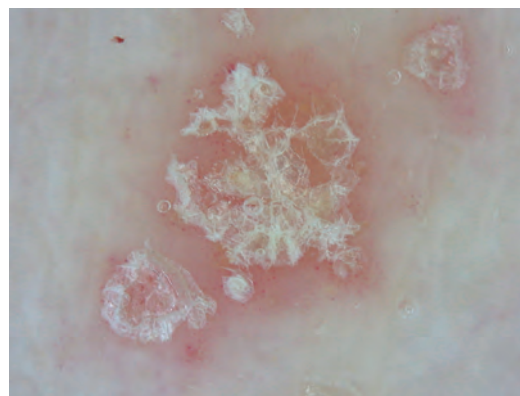
но-сквамозными дерматозами [4–6]. Точечные сосуды являются самым частым дерматоскопическим признаком псориаза, характерным для каждой псориатической бляшки (рис. 1.7). Выявление сосудов другой формы определенно исключает диагноз псориаза [6–8].



**Рис. 1.7.** Равномерно распределенные красные точки являются ведущим дерматоскопическим признаком всех видов псориаза

Равномерно распределенные точечные сосуды могут не визуализироваться в псориатических бляшках только в случае образования толстых поверхностных чешуек, препятствующих осмотру подлежащих структур (рис. 1.8). Даже в последнем случае удаление гиперкератотических чешуек позволяет увидеть характерную для псориаза модель строения сосудов (точечные сосуды), иногда одновременно с точечным кровотечением, что принято обозначать как дерматоскопический феномен Ауспитца (рис. 1.9) [5].

Для описания феномена Ауспитца используется термин «красные глобулы» [4, 5]. Различаются точечные сосуды и красные глобулы их диаметром (точечные сосуды меньше), и это очень важно при дерматоскопии меланокитарных новообразований. При псориазе



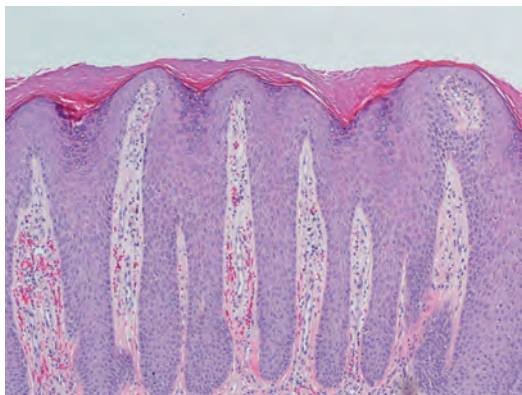
**Рис. 1.8.** Толстый слой чешуек препятствует визуализации главного дерматоскопического признака псориаза (точечных сосудов)





**Рис. 1.9.** Удаление чешуек с псориатического очага позволяет увидеть не только точечные сосуды, но и точечное кровотечение, что соответствует дерматоскопическому феномену Ауспитца

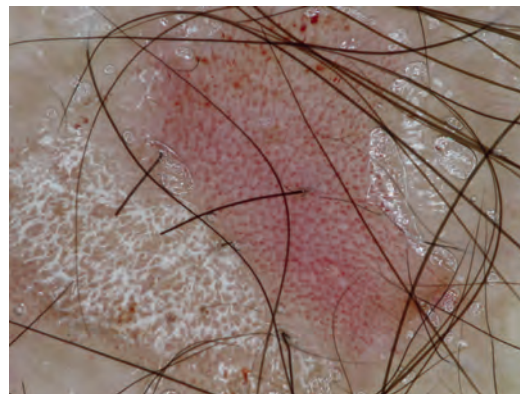
оба термина применимы, поскольку округлые сосуды могут быть разного диаметра, несмотря на то что обычно они одного размера в пределах одной бляшки. При увеличении в 100–400 раз сосуды в псориатических очагах поражения выглядят как расширенные, удлинённые и скрученные капилляры [10]. Гистологически красные точечные сосуды соответствуют петлям вертикально расположенных сосудов в пределах удлинённого сосочка дермы (рис. 1.10).



**Рис. 1.10.** Основные патоморфологические изменения в коже при псориазе включают акантоз эпидермиса и папилломатоз с выраженным удлинением дермальных гребней. Сосудистые петли в пределах сосочков дермы под истонченным эпидермисом являются гистологическим коррелятом красных точек, видимых при дерматоскопии

Хотя красные точечные сосуды являются самым частым признаком псориаза, их выявления недостаточно для исключения других эритематозно-сквамозных дерматозов, поскольку многие из них также имеют этот признак [6]. Что делает красные точечные сосуды специфическим маркером псориаза, так это особое одинаковое или равномерное распре-

деление в пределах пораженного очага, что связано с симметричной гиперплазией эпидермиса (удлинением дермальных гребней и сосочков дермы). Своеобразная группировка точечных сосудов в кольца при дерматоскопии (красные шарообразные кольца) также описана как признак псориаза (рис. 1.11) [11]. Позже было показано, что последняя модель строения высокоспецифична при диагностике псориаза, но является относительно не чувствительным признаком [6]. Другие типы распределения сосудов в псориатических очагах встречаются крайне редко.



**Рис. 1.11.** Красные точечные сосуды, расположенные в виде колец, являются специфическим, но нечувствительным признаком псориаза при дерматоскопии

Ярко-красный цвет фона и поверхностные чешуйки белого цвета представляют собой два дополнительных дерматоскопических признака псориаза. Согласно последним исследованиям диагностической точности, цвет чешуек является ценным критерием при дифференциальной диагностике псориаза и всех видов экземы [6]. Дерматоскопические признаки в очагах поражения при псориазе волосистой части головы, инверсном или ладонно-подшвенном псориазе практически не отличаются. Фактически дерматоскопическая модель строения данного заболевания соответствует бляшечному псориазу и в разных анатомических областях отличается лишь степенью выраженности гиперкератоза (толщиной чешуек) [9]. При псориатическом баланите и инверсном псориазе очаги поражения отличаются практически полным отсутствием чешуек, но при дерматоскопии хорошо виден типичный признак в виде красных точечных сосудов (рис. 1.12). Небольшое количество или полное отсутствие чешуек также характерно для каплевидного псориаза, так как эта форма отличается быстрым (эруптивным)



**Рис. 1.12.** Для псориатического баланита характерны равномерно распределяющиеся точечные сосуды без поверхностных чешуек появлением высыпаний, в силу чего явления гиперкератоза выражены слабо. Напротив, при псориазе волосистой части головы или ладонно-подошвенном псориазе толстый слой чешуек на поверхности бляшек не позволяет увидеть точечные сосуды, которые становятся доступны обозрению после удаления чешуек (рис. 1.13) [9].

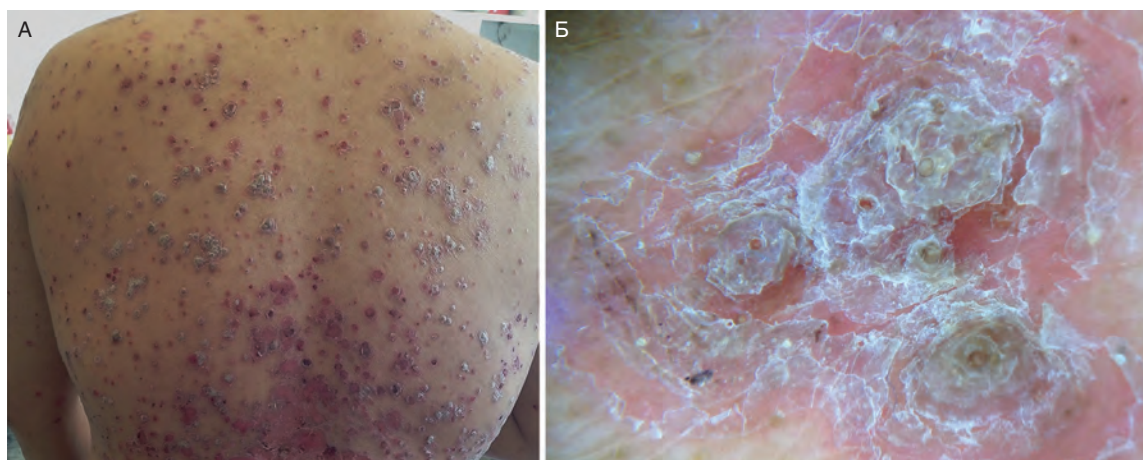


**Рис. 1.13.** Выраженный гиперкератоз может препятствовать визуализации красных точечных сосудов. Они обнаруживаются после удаления чешуек



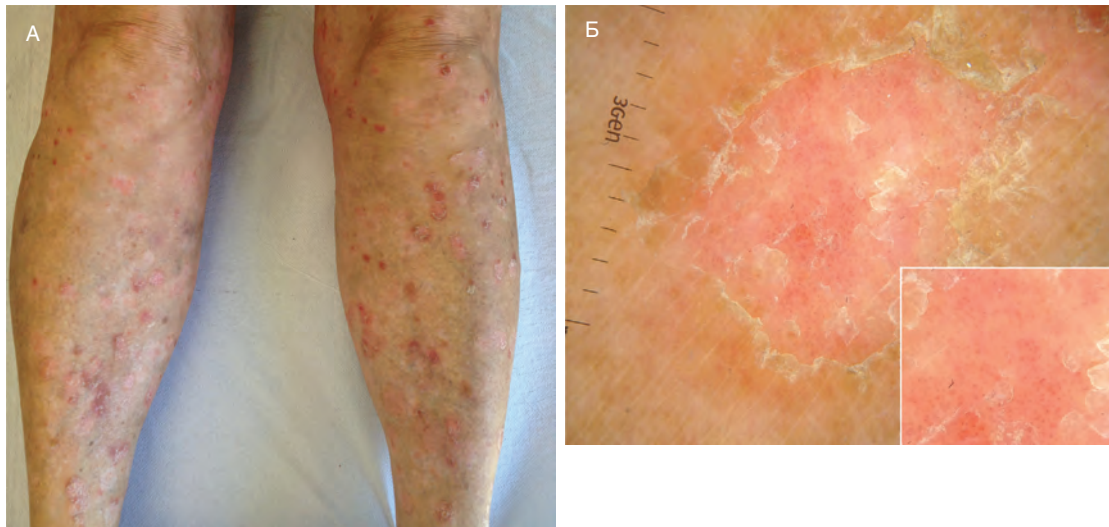
**Рис. 1.14.** Рупиоидный (устрицеподобный) псориаз характеризуется выраженным гиперкератозом (А). Визуализация точечных сосудов невозможна, если не удалить слой чешуек (Б)

Примеры дерматоскопических признаков при разных видах псориаза можно увидеть на рис. 1.14, Б–1.20, Б и 1.21.

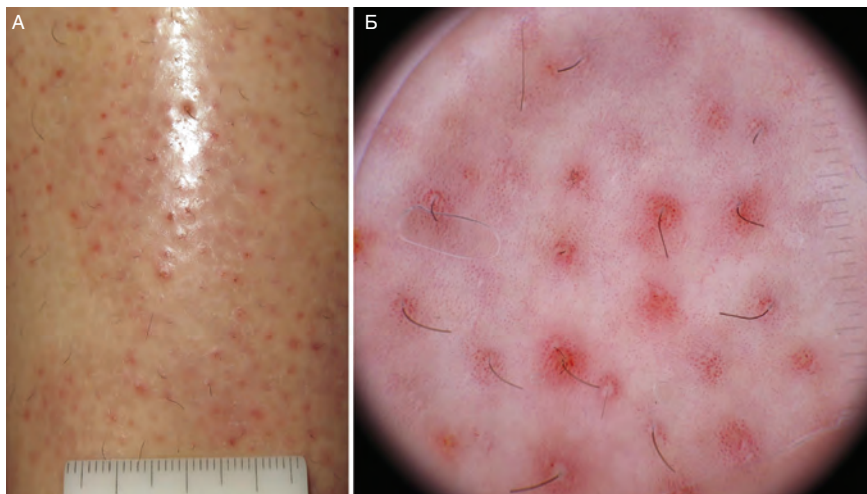


**Рис. 1.15.** Рупиоидный псориаз проявляется образованием конусообразных гиперкератотических папул и бляшек (А). Толстый слой чешуек снова препятствует визуализации точечных сосудов (Б)

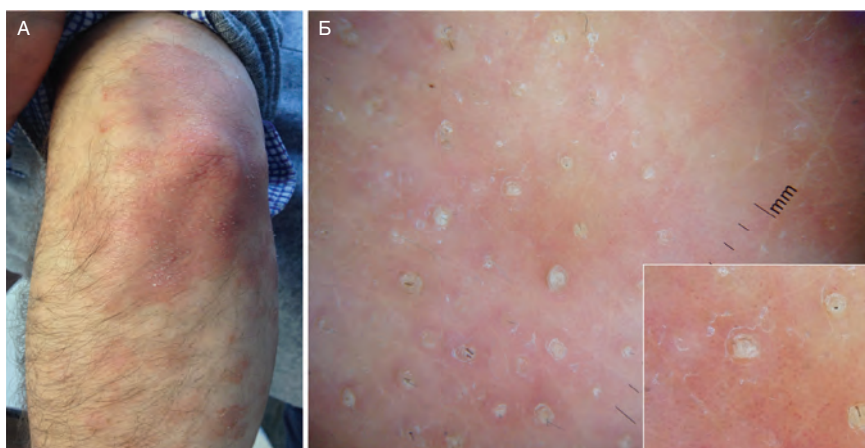




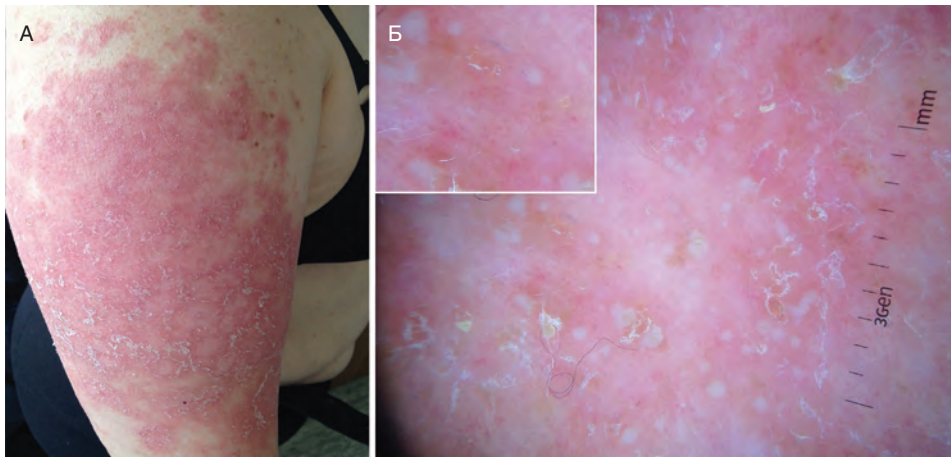
**Рис. 1.16.** Кольцевидный псориаз — своеобразный подтип псориаза, для которого характерно образование чешуек по периферии очага поражения (А). Единичный очаг клинически и дерматоскопически может напоминать очаги при розовом лишае, но равномерное распределение точечных сосудов (лучше видимых на вставке) исключает последний диагноз (Б)



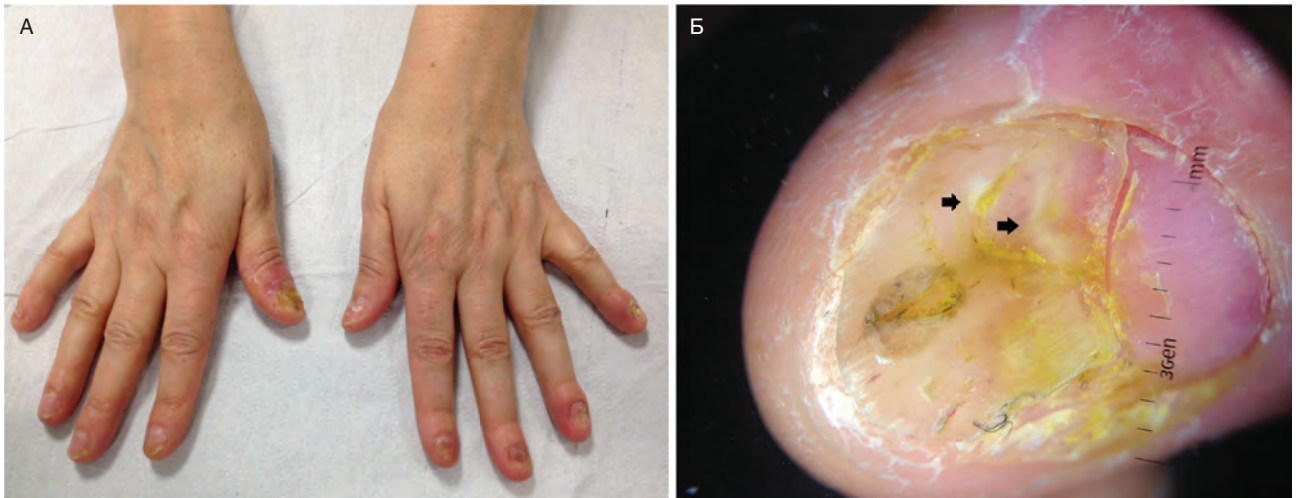
**Рис. 1.17.** Фолликулярный псориаз клинически проявляется образованием папул в области волосяных фолликулов (А), которые на ранней стадии определяются с помощью дерматоскопии по наличию многочисленных точечных сосудов в пределах фолликулов (Б)



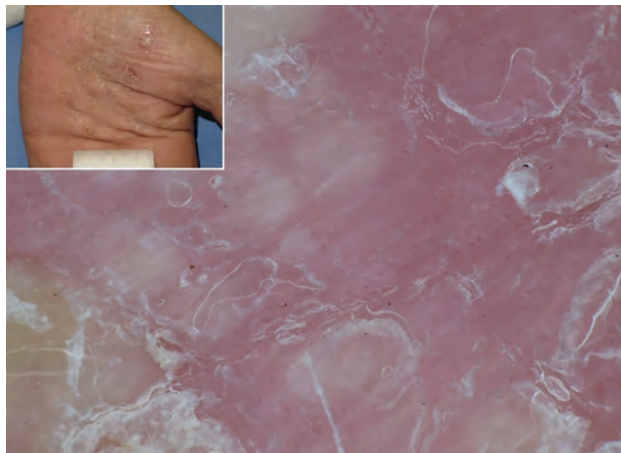
**Рис. 1.18.** Подтвержденные очаги поражения фолликулярного псориаза (А), дерматоскопически характеризующиеся фолликулярными пробками и равномерно распределенными точечными сосудами (лучше видны на вставке) (Б)



**Рис. 1.19.** Генерализованный пустулезный псориаз (А) характеризуется пустулами в дополнение к чешуйкам белого цвета и красным точечным сосудам (лучше видны на вставке) (Б)



**Рис. 1.20.** Ранняя стадия пустулезного акродерматита Аллопо (А). Дерматоскопия может помочь в визуализации крошечных пустул (стрелки), даже если они не видны при клиническом осмотре (Б)



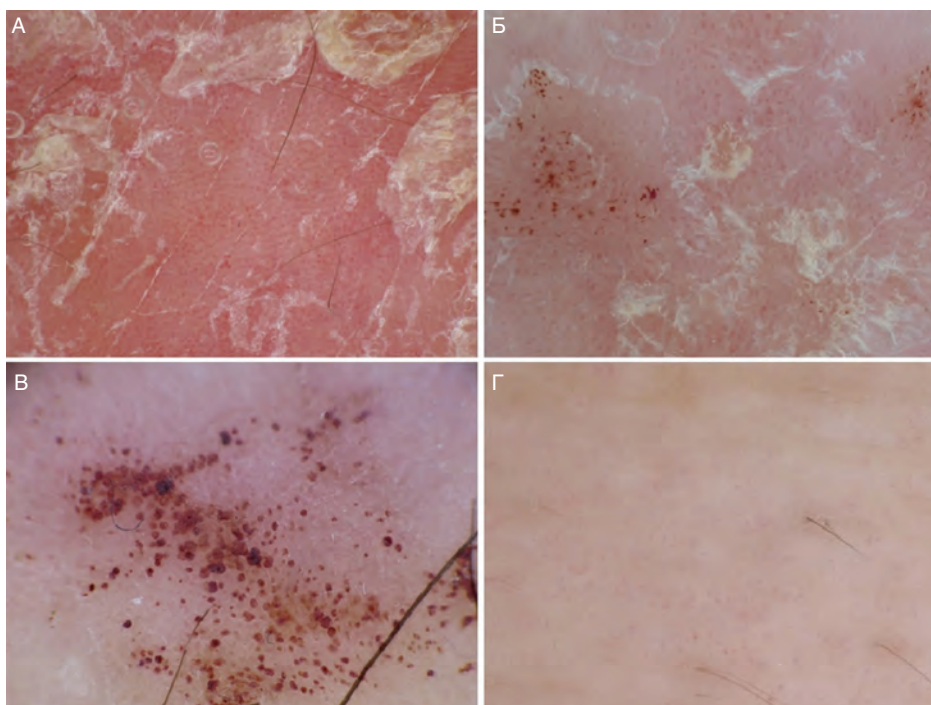
**Рис. 1.21.** Ладонный пустулезный псориаз. Дерматоскопия позволяет увидеть пустулы

#### 1.1.4. Дерматоскопия для мониторинга терапии при псориазе

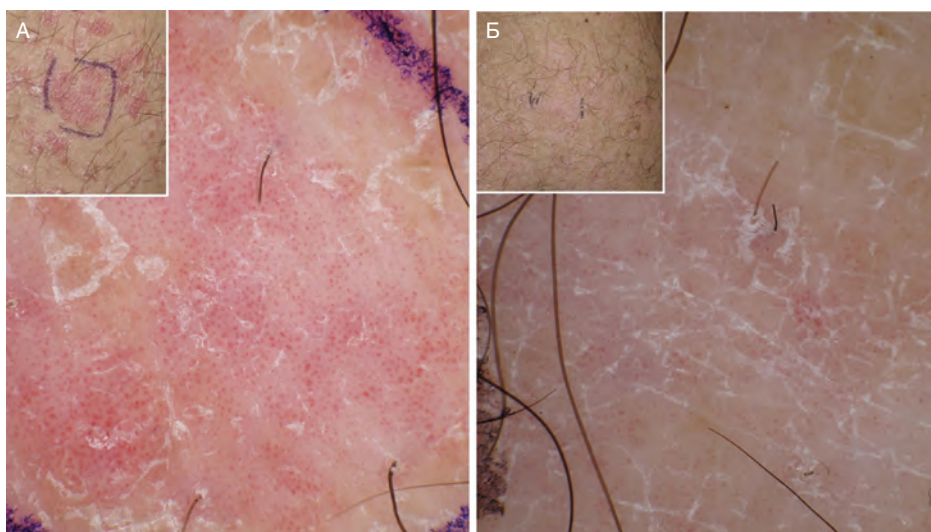
Дерматоскопия не только имеет доказанную ценность при дифференциальной диагно-

стике псориаза и других эритематозно-сквамозных дерматозов, но и помогает отследить динамику заболевания на фоне проводимой терапии (применения топических стероидов или системной терапии). В частности, симптом геморрагических точек, определяемый при дерматоскопии, является надежным предиктором хорошего ответа на терапию с биологическими препаратами и появляется задолго до наступления клинической ремиссии заболевания (рис. 1.22 отражает эволюцию признаков, выявляемых при дерматоскопии у пациента с псориазом, находящегося на лечении биологическими препаратами) [12]. С другой стороны, визуализация глобулярных сосудов при дерматоскопии является предиктором отрицательного ответа на лечение узкополосной ультрафиолетовой-Б терапией (личные данные автора. — Э.Э.). Кроме оценки эффективности проводимой терапии, дерматоскопию можно использовать для ранней





**Рис. 1.22.** Очаг поражения псориазом у пациента на фоне применения биологической терапии. В начале лечения (А) очаг при дерматоскопии характеризуется многочисленными и равномерно распределенными точечными сосудами. Спустя 2 нед после лечения пурпурные точки выявляются в некоторых участках, но точечные сосуды еще сохраняются (Б). После 4 нед лечения пурпурные точки преобладают, а точечные сосуды едва видны (В). Спустя 8 нед от начала лечения все дерматоскопические признаки заболевания исчезли (Г)



**Рис. 1.23.** Очаг псориаза в начале (А) и спустя 4 мес лечения (Б) биологическими препаратами. Клиническая оценка состояния пациента свидетельствует о хорошем ответе на проведенную терапию, но при дерматоскопии сохраняются симптомы в виде точечных сосудов, что является признаком остаточных явлений заболевания

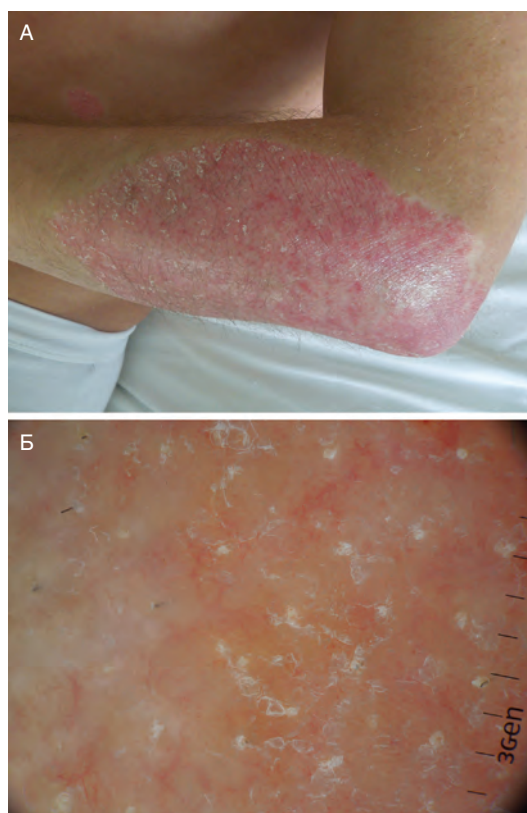
диагностики рецидивов заболевания (рис. 1.23 и 1.24). Ранняя диагностика рецидивов вероятно востребована, поскольку формирование резистентности пациента к проводимой терапии является большой проблемой для дерматологов, занимающихся псориазом [13]. Более того, существует особая методика вы-

явления стероид-индуцированной атрофии кожи на ранней стадии с помощью визуализации линейных сосудов до того, как телеангиэктазии проявятся на коже в полном объеме (рис. 1.25). В этой связи рекомендуется проведение дерматоскопии у пациентов, длительно применяющих топические стероиды.





**Рис. 1.24.** Пациент на фоне биологической терапии с полной клинической ремиссией. Наблюдение пациента с применением дерматоскопии позволяет заподозрить рецидив заболевания до появления соответствующих симптомов на коже



**Рис. 1.25.** Очаг псориаза после длительной терапии топическими стероидами (А). При проведении дерматоскопии видны линейные сосуды, которые с высокой надежностью подтверждают начальную стадию атрофии кожи (Б)

## 1.2. ДЕРМАТИТЫ

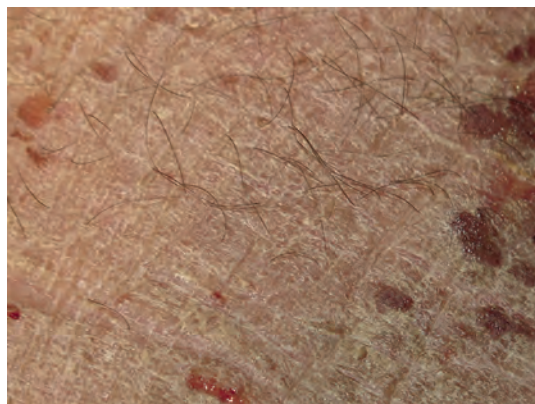
### 1.2.1. Введение

Термин «дерматит» включает болезни кожи, которые имеют различную этиологию и патогенез, но объединяются в одну груп-

пу на основании сходства патоморфологических изменений в коже — явлений спонгиоза в острую фазу болезни и формирования очагов лихенификации при переходе заболевания в хроническую фазу [1]. Термины «экзема» и «дерматит» считаются синонимами. Кроме схожих гистологических изменений, все виды дерматитов имеют аналогичную клиническую картину: в острую фазу заболевания очаги поражения на коже обычно выглядят как красные отечные бляшки, иногда покрытые точечными везикулами (рис. 1.26). В подострую фазу эритематозные бляшки покрыты корочками, тогда как в хроническую фазу в очагах поражения могут определяться сухие чешуйки или лихенификация (рис. 1.27). И наконец, симптомом, встречающимся при всех видах дерматитов, является зуд, представляющий ведущий признак заболеваний, включенных в эту группу [1].



**Рис. 1.26.** Острый дерматит в виде очага эритемы, мелких везикул и выпота экссудата на поверхность



**Рис. 1.27.** Хронический дерматит характеризуется утолщением кожи с явлениями гиперкератоза

### 1.2.2. Клиническая картина

Несмотря на важные клинические и патоморфологические сходства, заболевания,

включенные в эту группу, значительно отличаются по названию, этиологии, патогенезу и клинической картине [1]. Самые часто встречающиеся заболевания, включенные в группу дерматитов, описаны ниже.

#### 1.2.2.1. Себорейный дерматит

Себорейный дерматит характеризуется очагами эритемы с желтыми жирными чешуйками и излюбленной локализацией на коже волосистой части головы, бровей, век и носогубных складок (рис. 1.28). Заболевание обычно имеет хроническое течение, и самой легкой формой является перхоть. Себорейный дерматит сопровождается зудом, который может достигать тяжелой степени. Реже встречается поражение кожи туловища и области гениталий [1].

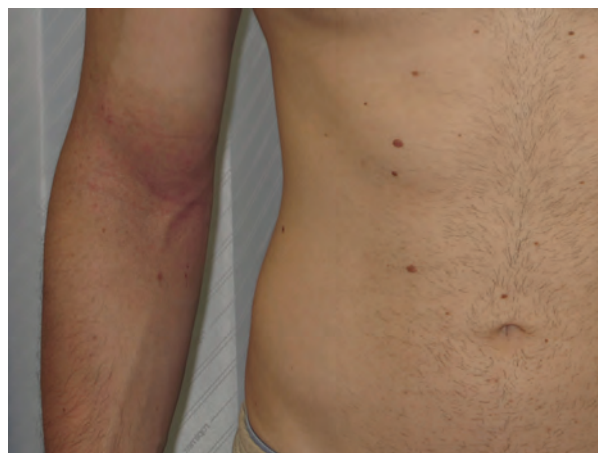


**Рис. 1.28.** Себорейный дерматит с поражением кожи межбровной области и носогубных складок

#### 1.2.2.2. Атопический дерматит

Атопический дерматит представляет собой кожную форму атопии, которая проявляется в виде унаследованной склонности к развитию аллергических реакций на различные антигены. Основным иммунологический путь развития атопического дерматита включает активацию гуморального иммунного ответа (ТН-2-активация). Несмотря на то что атопический дерматит считается заболеванием иммунологического происхождения, нарушение барьерной функции эпидермиса также играет роль в формировании признаков и симптомов болезни. Атопический дерматит может впервые возникнуть в первые месяцы жизни у младенцев или в раннем детском возрасте. У небольшого числа пациентов симптомы могут сохраняться и во взрослом возрасте. Высыпания характеризуются излюбленной локализацией:

кожа лица у младенцев; локтевые и подколенные ямки, внутренняя поверхность запястий и веки у детей; ладони у взрослых (рис. 1.29). Тем не менее в любом возрасте высыпания при атопическом дерматите могут распространяться и достигать степени эритродермии. Клиническая морфология очагов поражения на коже зависит от стадии заболевания: отечные экссудативные бляшки, отечные бляшки с чешуйками или очаги лихенификации [1].



**Рис. 1.29.** Атопический дерматит с характерными очагами поражения на коже локтевой ямки

#### 1.2.2.3. Контактный дерматит

Аллергический дерматит и контактный дерматит от раздражения относятся к дерматитам, связанным с воспалительной реакцией на вещества, которая развивается у ранее sensibilized пациентов (аллергический дерматит) либо у пациентов без предварительной sensibilization (контактное раздражение). Очаги поражения при обоих заболеваниях могут быть острыми, подострыми и хроническими, как и при всех других видах дерматитов. Тем не менее, как правило, контактный дерматит характеризуется более тяжелыми симптомами в острую стадию заболевания (рис. 1.30) [1].

#### 1.2.2.4. Ограниченные формы экземы

Известно несколько форм ограниченной экземы, а именно экзема ушей, век, молочных желез, области подгузника у младенцев и экзема кистей (рис. 1.31). Ограниченные формы экземы могут развиваться в рамках атопического дерматита либо быть формой контактного дерматита или разновидностью нуммулярной (монетовидной) экземы. С точки зрения клинических симптомов выделяют острую, подострую или хроническую формы [1].