

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Соавторы | 14 | 1.2.2.4. Ограниченные формы экземы. | 38 |
| Предисловие к изданию на русском языке . . . | 16 | 1.2.2.5. Нуммулярная (монетовидная) экзема. | 39 |
| Предисловие к изданию на английском 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 дифференциальной диагностики дерматитов | 44 |
| Базовые правила. | 18 | 1.2.4.1. Отличия дерматитов, псориаза, розового лишая и красного плоского лишая | 44 |
| Выбор подходящего оборудования | 19 | 1.2.4.2. Отличия хронического дерматита от грибовидного микоза | 45 |
| Основные категории дерматоскопических критериев | 19 | 1.2.4.3. Отличия себорейного дерматита от розацеа, дискоидной красной волчанки и саркоидоза | 45 |
| Сосуды | 20 | 1.3. Красный плоский лишай | 45 |
| Чешуйки. | 21 | 1.3.1. Введение. | 45 |
| Диагностические признаки, обусловленные изменениями фолликулов. | 23 | 1.3.2. Клиническая картина. | 45 |
| Другие структуры | 23 | 1.3.3. Дерматоскопия. | 49 |
| Специфические признаки | 24 | 1.4. Блестящий лишай. | 54 |
| Список литературы. | 25 | 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 | Глава 3. Гранулематозные болезни кожи .. | 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 |
| Глава 2. Другие папулонодулярные дерматозы. | 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 | Глава 4. Патология соединительной ткани .. | 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 |
| Глава 5. Дерматозы лица..... | 114 | 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 | Глава 7. Дерматозы с гиперпигментацией..... | 136 |
| 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 |
| Глава 6. Эритемы..... | 126 | 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 Доулинга-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 Риля | 145 | Список литературы | 160 |
| 7.11.1. Введение | 145 | Глава 9. Воспалительные заболевания кожи смешанного происхождения | 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 |
| Глава 8. Дерматозы с явлениями гипопигментации | 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 | 10.2. Первичная кожная форма В-клеточной лимфомы | 193 |
| 9.5.2. Клиническая картина | 170 | 10.2.1. Введение | 193 |
| 9.5.3. Дерматоскопия | 170 | 10.2.2. Клиническая картина | 193 |
| 9.6. Баланит и эритроплазия Кейра | 170 | 10.2.3. Дерматоскопия | 194 |
| 9.6.1. Введение | 170 | 10.3. Кожная форма псевдолимфомы | 195 |
| 9.6.2. Клиническая картина | 171 | 10.3.1. Введение | 195 |
| 9.6.3. Дерматоскопия | 173 | 10.3.2. Клиническая картина | 196 |
| 9.7. Ограниченный кератоз ладоней и подошв. | 175 | 10.3.3. Дерматоскопия | 196 |
| 9.7.1. Введение | 175 | Список литературы | 197 |
| 9.7.2. Клиническая картина | 176 | Глава 11. Другие инфльтративные болезни кожи. | 198 |
| 9.7.3. Дерматоскопия | 176 | 11.1. Гистиоцитоз | 198 |
| 9.8. Аквагенная кератодермия | 177 | 11.1.1. Введение | 198 |
| 9.8.1. Введение и Клиническая картина | 177 | 11.1.2. Клиническая картина | 200 |
| 9.8.2. Дерматоскопия | 177 | 11.1.3. Дерматоскопия | 204 |
| 9.9. Болезнь Хейли-Хейли | 178 | 11.2. Мастоцитоз | 205 |
| 9.9.1. Введение | 178 | 11.2.1. Введение | 205 |
| 9.9.2. Клиническая картина | 178 | 11.2.2. Клиническая картина | 205 |
| 9.9.3. Дерматоскопия | 178 | 11.2.3. Дерматоскопия | 208 |
| 9.10. Синдром Свита (острый фебрильный нейтрофильный дерматоз) | 179 | 11.3. Кожные формы амилоидоза | 208 |
| 9.10.1. Введение | 179 | 11.3.1. Введение | 208 |
| 9.10.2. Клиническая картина | 179 | 11.3.2. Клиническая картина | 208 |
| 9.10.3. Дерматоскопия | 179 | 11.3.3. Дерматоскопия | 210 |
| 9.11. Подагрические тофусы | 180 | 11.4. Муциноз кожи | 212 |
| 9.11.1. Введение | 180 | 11.4.1. Введение | 212 |
| 9.11.2. Клиническая картина | 180 | 11.4.2. Клиническая картина | 213 |
| 9.11.3. Дерматоскопия | 180 | 11.4.3. Дерматоскопия | 214 |
| 9.12. Пойкилодермия Сиватта | 181 | Список литературы | 220 |
| 9.12.1. Введение | 181 | ЧАСТЬ III | |
| 9.12.2. Клиническая картина | 181 | ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ | 223 |
| 9.12.3. Дерматоскопия | 181 | Глава 12. Бактериальные и паразитарные болезни кожи | 225 |
| 9.13. Ксантомы | 182 | 12.1. Туберкулезная волчанка | 225 |
| 9.13.1. Введение | 182 | 12.1.1. Введение | 225 |
| 9.13.2. Клиническая картина | 182 | 12.1.2. Клиническая картина | 225 |
| 9.13.3. Дерматоскопия | 182 | 12.1.3. Дерматоскопия | 225 |
| Список литературы | 182 | 12.2. Сифилис | 226 |
| ЧАСТЬ II | | 12.2.1. Введение | 226 |
| ИНФЛЬТРАТИВНЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ | 185 | 12.2.2. Клиническая картина | 227 |
| Глава 10. Лимфомы и псевдолимфомы. | 187 | 12.2.3. Дерматоскопия | 228 |
| 10.1. Т-клеточные лимфомы кожи | 187 | 12.3. Лепра | 229 |
| 10.1.1. Введение | 187 | 12.3.1. Введение | 229 |
| 10.1.2. Клиническая картина | 187 | 12.3.2. Клиническая картина | 229 |
| 10.1.3. Дерматоскопия | 189 | 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 | Глава 14. Вирусные инфекции кожи | 259 |
| 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 | ЧАСТЬ IV | |
| 12.12.1. Введение | 243 | БОЛЕЗНИ НОГТЕЙ И ВОЛОС | 267 |
| 12.12.2. Дерматоскопия | 243 | Глава 15. Болезни волос (трихоскопия) | 269 |
| Список литературы | 245 | 15.1. Нерубцовая алопеция | 269 |
| Глава 13. Микозы | 248 | 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 | 16.1.6. Дерматоскопия..... | 289 |
| 15.1.11. Трихоскопия..... | 273 | 16.1.7. Болезнь Дарье — клиническая картина | 289 |
| 15.1.12. Стригущий лишай волосистой части головы — введение | 273 | 16.1.8. Дерматоскопия..... | 289 |
| 15.1.13. Клиническая картина..... | 273 | 16.2. Онихомикоз и другие инфекционные болезни ногтей | 289 |
| 15.1.14. Трихоскопия | 273 | 16.2.1. Вирус простого герпеса — клиническая картина | 289 |
| 15.2. Первичная рубцовая алопеция..... | 274 | 16.2.2. Дерматоскопия..... | 289 |
| 15.2.1. Фолликулярный плоский лишай (фиброзирующая алопеция) — клиническая картина | 274 | 16.2.3. Бородавки — клиническая картина | 290 |
| 15.2.2. Трихоскопия..... | 274 | 16.2.4. Дерматоскопия..... | 290 |
| 15.2.3. Дискоидная красная волчанка — клиническая картина | 274 | 16.2.5. Поражение ногтей синегнойной палочкой — клиническая картина..... | 290 |
| 15.2.4. Трихоскопия..... | 275 | 16.2.6. Дерматоскопия..... | 291 |
| 15.2.5. Декальвирующий фолликулит Кэнко — клиническая картина | 276 | 16.2.7. Онихомикоз — клиническая картина | 291 |
| 15.2.6. Трихоскопия..... | 276 | 16.2.8. Дерматоскопия..... | 292 |
| 15.2.7. Подрывающий фолликулит и перифолликулит Гофмана — клиническая картина | 276 | 16.3. Болезни ногтей травматического генеза..... | 293 |
| 15.2.8. Трихоскопия..... | 276 | 16.3.1. Травматический онихолизис — клиническая картина | 293 |
| 15.3. Детская патология..... | 277 | 16.3.2. Дерматоскопия..... | 293 |
| 15.3.1. Врожденная аплазия кожи — клиническая картина | 277 | 16.3.3. Подногтевая гематома — клиническая картина | 293 |
| 15.3.2. Трихоскопия..... | 277 | 16.3.4. Дерматоскопия..... | 294 |
| 15.3.3. Височная треугольная алопеция — клиническая картина..... | 277 | 16.3.5. Лейконихия ногтей пальцев ног травматического генеза — клиническая картина | 294 |
| 15.3.4. Трихоскопия..... | 278 | 16.3.6. Дерматоскопия..... | 295 |
| 15.3.5. Синдром «потерянного» анагена — клиническая картина | 278 | 16.3.7. Деформация ногтей вследствие привычки грызть ногти — клиническая картина | 295 |
| 15.3.6. Трихоскопия..... | 279 | 16.3.8. Дерматоскопия..... | 295 |
| 15.3.7. Ангидротическая эктодермальная дисплазия — клиническая картина..... | 279 | 16.4. Врожденные нарушения развития ногтей | 296 |
| 15.3.8. Трихоскопия..... | 279 | 16.4.1. Синдром ногтей-надколенника — клиническая картина | 296 |
| Список литературы..... | 280 | 16.4.2. Дерматоскопия..... | 296 |
| Глава 16. Болезни ногтей (онихоскопия) ... | 283 | 16.4.3. Врожденное смещение ногтя большого пальца стоп — клиническая картина | 296 |
| 16.1. Воспалительные заболевания ногтей..... | 284 | 16.4.4. Дерматоскопия..... | 297 |
| 16.1.1. Поражение ногтей при псориазе — клиническая картина .. | 284 | 16.4.5. Синдром желтых ногтей — клиническая картина | 297 |
| 16.1.2. Дерматоскопия..... | 284 | 16.4.6. Дерматоскопия..... | 297 |
| 16.1.3. Поражение ногтей при красном плоском лишае — клиническая картина .. | 287 | Список литературы..... | 297 |
| 16.1.4. Дерматоскопия..... | 287 | | |
| 16.1.5. Трахионихия — клиническая картина | 288 | | |

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 Рилия, 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 |
| Приложение I: Дифференциальный диагноз эритематозно-сквамозных пятен и папул на коже туловища и конечностей | 350 |
| Приложение II: Дифференциальный диагноз пятен и бляшек эритематозного характера на на коже лица. | 353 |
| Приложение III: Дифференциальный диагноз ладонно-подошвенной кератодермии | 356 |
| Приложение IV: Дифференциальный диагноз склеро-атрофических пятен на коже туловища или конечностей | 358 |
| Приложение V: Дифференциальный диагноз гиперпигментированных пятен и папул на коже туловища и/или конечностей | 360 |
| Приложение VI: Дифференциальный диагноз гипопигментированных пятен на коже туловища и/или конечностей | 363 |
| Приложение VII: Дифференциальный диагноз воспалительных папул, расположенных вдоль линий Блашко | 366 |
| Приложение VIII: Дифференциальный диагноз папул воспалительного характера, расположенных вдоль линий Блашко | 369 |
| Приложение IX: Дифференциальный диагноз пятен пурпуры | 371 |
| Приложение X: Дифференциальный диагноз нерубцовой алопеции | 372 |
| Приложение XI: Дифференциальный диагноз рубцовой алопеции | 375 |
| Приложение XII: дифференциальная диагностика волосяных цилиндров | 377 |
| Приложение XIII: Дифференциальный диагноз симптомов онихолизиса. | 378 |
| Приложение XIV: Дифференциальный диагноз симптома точечных вдавлений ногтевой пластинки | 381 |
| Предметный указатель. | 383 |

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 явлений 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 Кебнера). 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 железа-



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

ми, 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. 1.5. 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].

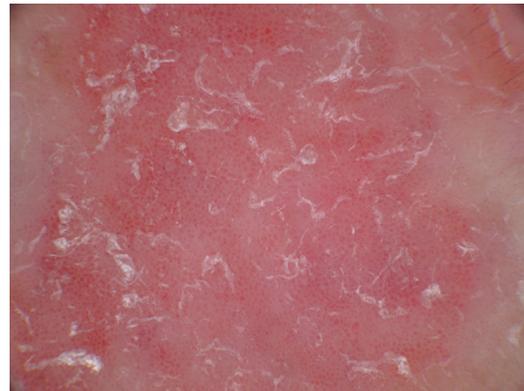


Рис. 1.7. Равномерно распределенные красные точки являются ведущим дерматоскопическим признаком всех видов псориаза

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 меланоцитарных новообразований. При псориазе

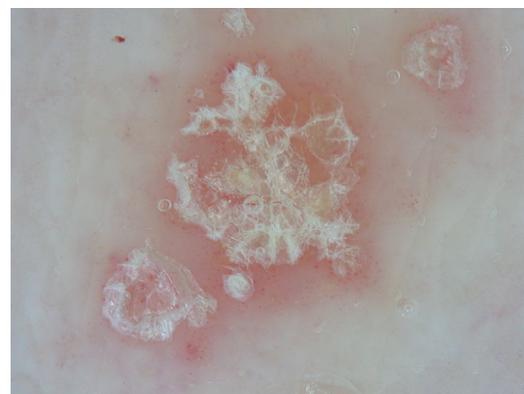


Рис. 1.8. Толстый слой чешуек препятствует визуализации главного дерматоскопического признака псориаза (точечных сосудов)



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, удлинненные и скрученные капилляры [10]. Гистологически красные точечные сосуды соответствуют петлям вертикально расположенных сосудов в пределах удлинненного сосочка дермы (рис. 1.10).

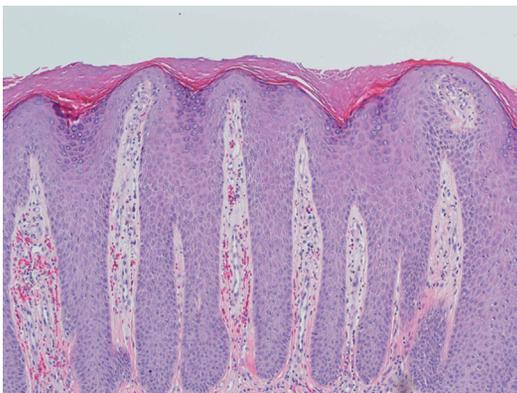


Рис. 1.10. Основные патоморфологические изменения в коже при псориазе включают акантоз эпидермиса и папилломатоз с выраженным удлинением дермальных гребней. Сосудистые петли в пределах сосочков дермы под истонченным эпидермисом являются гистологическим коррелятом красных точек, видимых при дерматоскопии

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.

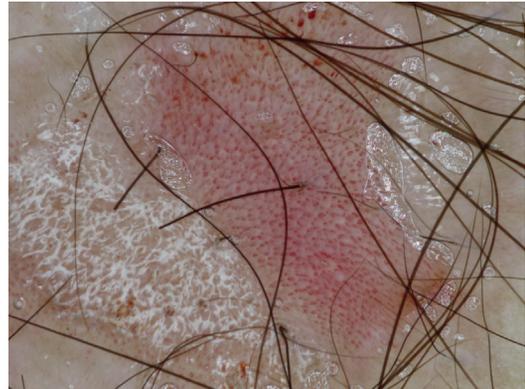


Рис. 1.11. Красные точечные сосуды, расположенные в виде колец, являются специфическим, но нечувствительным признаком псориаза при дерматоскопии

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. Появление 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).

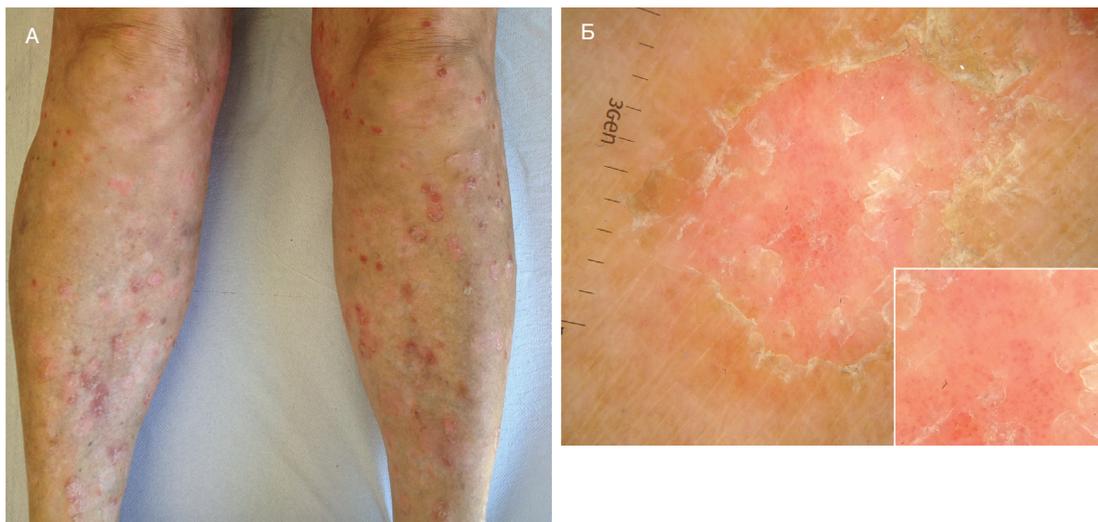


Рис. 1.16. Кольцевидный псориаз — своеобразный подтип псориаза, для которого характерно образование чешуек по периферии очага поражения (А). Единичный очаг клинически и дерматоскопически может напоминать очаги при розовом лишае, но равномерное распределение точечных сосудов (лучше видимых на вставке)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

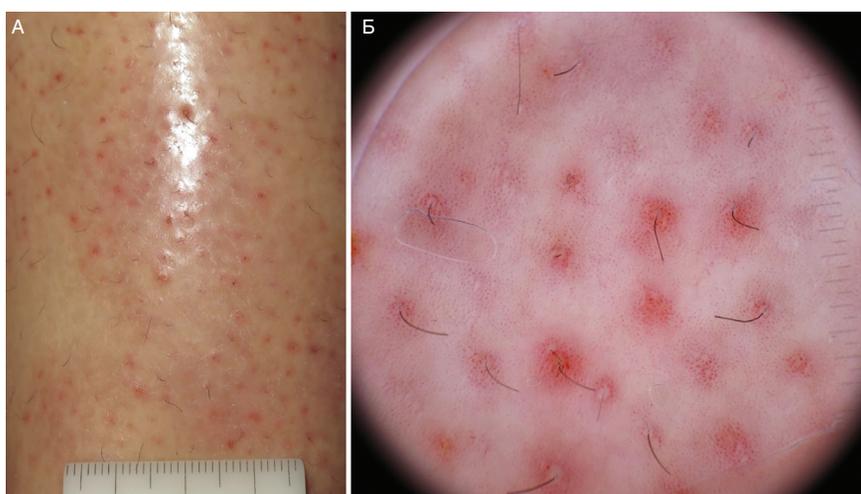


Рис. 1.17. Фолликулярный псориаз клинически проявляется образованием папул в области волосяных фолликулов (А), которые на ранней стадии определяются с помощью дерматоскопии по наличию многочисленных точечных сосудов в пределах фолликулов (Б)

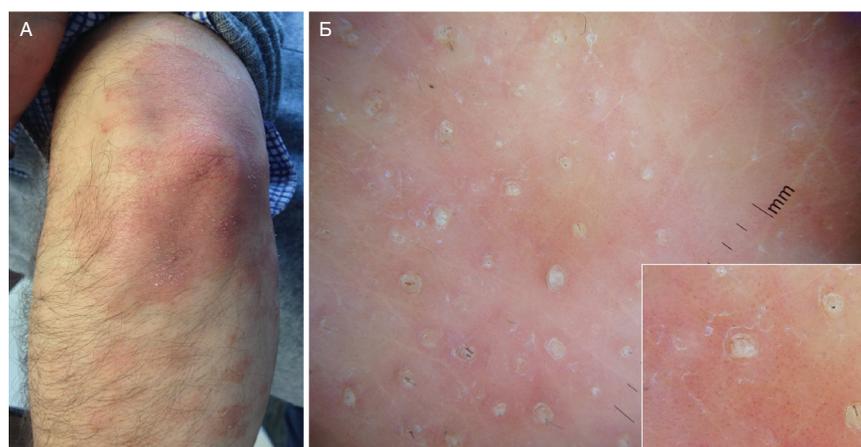


Рис. 1.18. Подтвержденные очаги поражения фолликулярного псориаза (А), дерматоскопически характеризующиеся фолликулярными пробками и равномерно распределенными точечными сосудами (лучше видны на вставке) (Б)

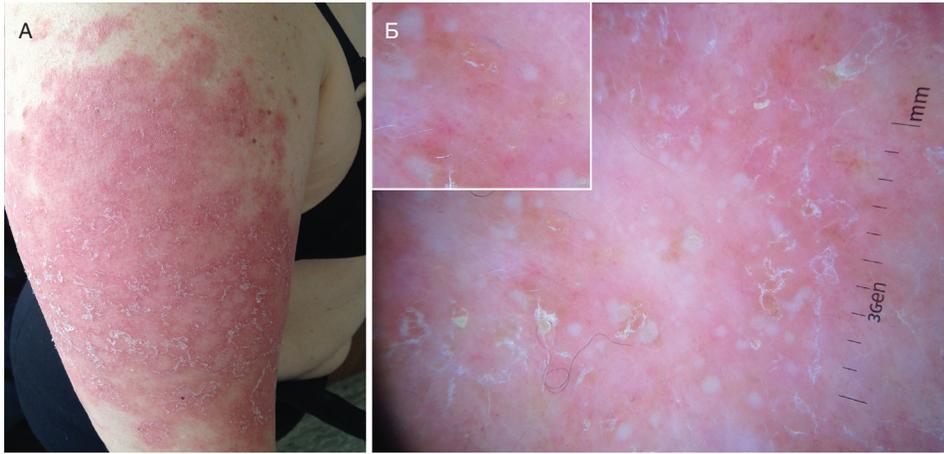


Рис. 1.19. Генерализованный пустулезный псориаз (А) характеризуется пустулами в дополнение к чешуйкам белого цвета и красным точечным сосудам (лучше видны на вставке) (Б)

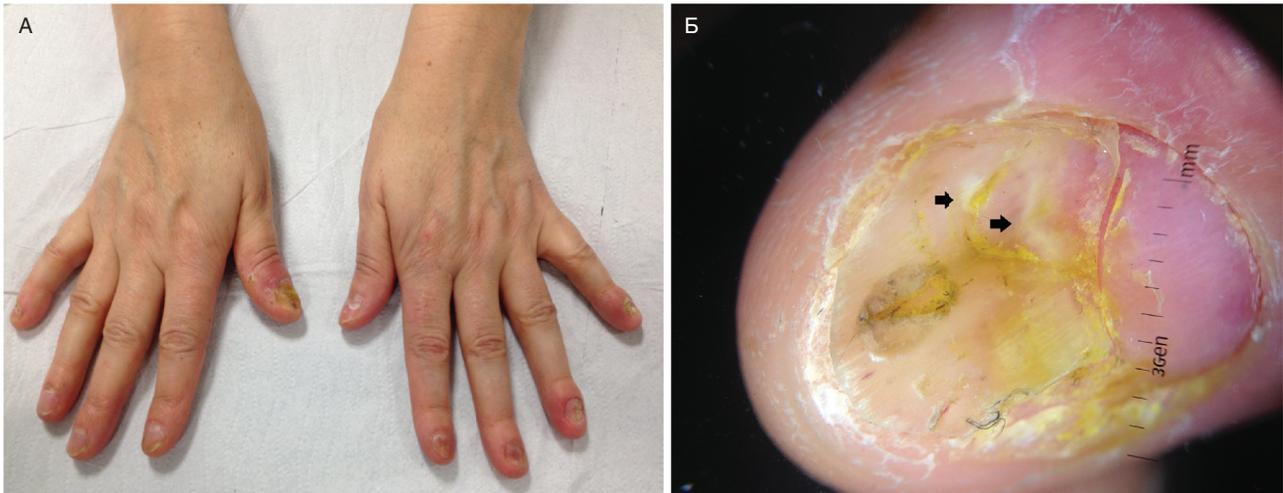


Рис. 1.20. Ранняя стадия пустулезного акродерматита Аллопо (А). Дерматоскопия может помочь в визуализации крошечных пустул (стрелки), даже если они не видны при клиническом осмотре (Б)



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-В терапией (личные данные автора. — Э.Э.). Кроме оценки эффективности проводимой терапии, дерматоскопию можно использовать для ранней

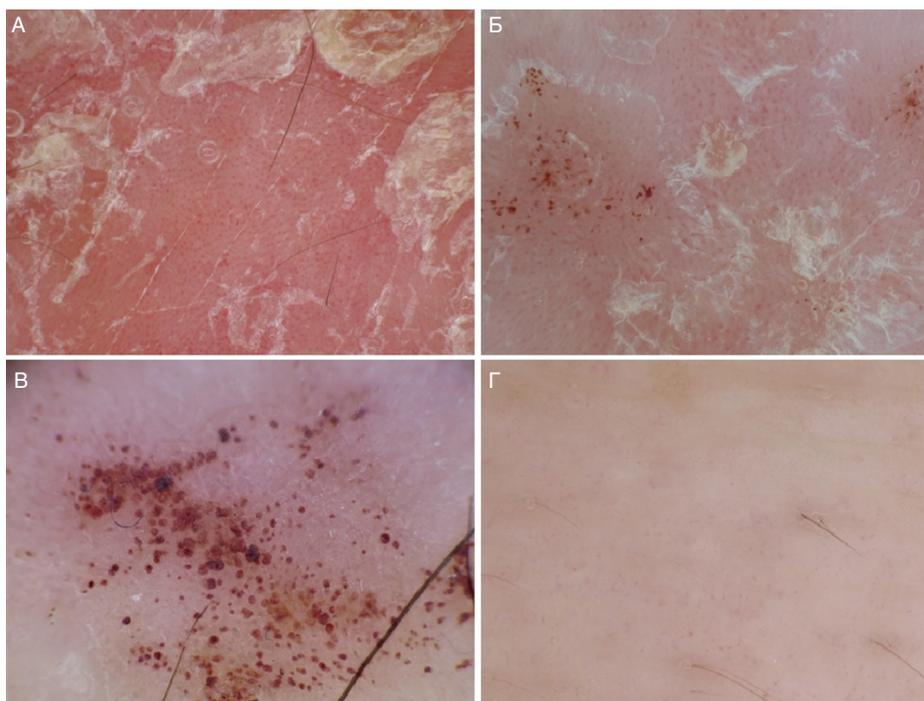


Рис. 1.22. Очаг поражения псориазом у пациента на фоне применения биологической терапии. В начале лечения (А) очаг при дерматоскопии характеризуется многочисленными и равномерно распределенными точечными сосудами. Спустя 2 нед после лечения пурпурные точки выявляются в некоторых участках, но точечные 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)

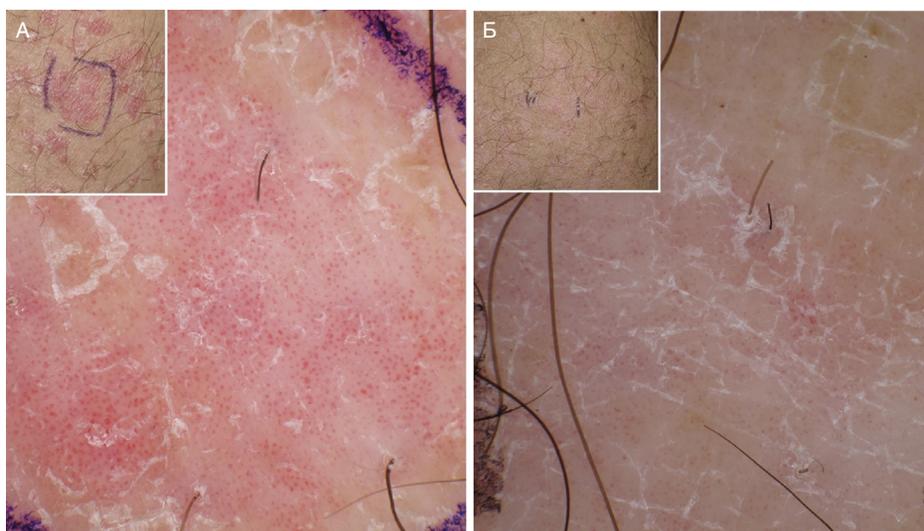


Рис. 1.23. Очаг псориаза в начале (А) и спустя 4 мес лечения (Б) биологическими препаратами. Клиническая оценка состояния пациента свидетельствует о хорошем ответе на проведенную терапию, но при дерматоскопии сохраняются симптомы в виде точечных сосудов, что является признаком остаточных явлений заболевания

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

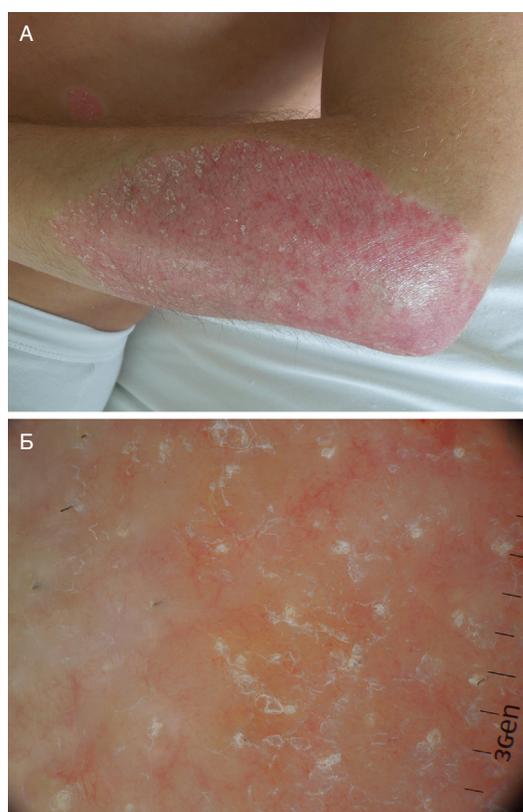


Рис. 1.25. Очаг псориаза после длительной терапии топическими стероидами (А). При проведении дерматоскопии видны линейные сосуды, которые с высокой надежностью подтверждают начальную стадию атрофии кожи (Б)

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. Основной 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: отеочные экссудативные бляшки, отеочные бляшки с чешуйками или очаги лихенификации [1].

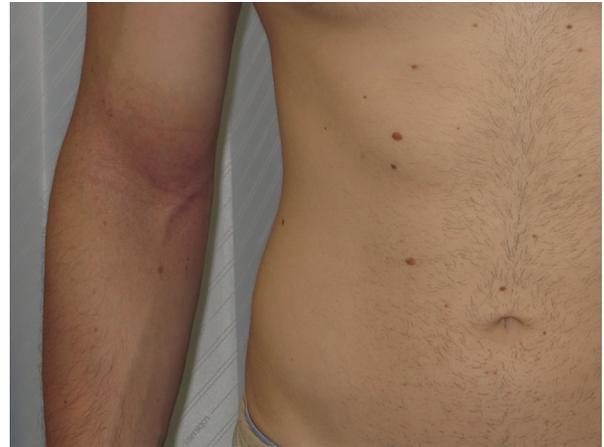


Рис. 1.29. Атопический дерматит с характерными очагами поражения на коже локтевой ямки

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 сенсибилизированных пациентов (аллергический дерматит) либо у пациентов без предварительной сенсибилизации (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].