

# ДЕРМАТОЛОГИЯ

## Справочник по дифференциальной диагностике

Томас П. Хэбиф  
Джеймс Л. Кэмпбелл мл.  
М. Шейн Чэпман  
Джеймс Г.Х. Динулос  
Катрин А. Зуг



Москва  
«МЕДпресс-информ»  
2020

УДК 616.5  
ББК 55.83  
Х99

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

*Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.*

*Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.*

*Перевод с английского: В.П.Адаскевич.*

**Перевод с английского, оформление  
и предпечатная подготовка выполнены  
издательством ООО «МЕДпресс-информ»**

**Хэбиф, Томас П.**

**Х99** Дерматология. Справочник по дифференциальной диагностике / Томас П. Хэбиф, Джеймс Л. Кэмпбелл мл., М. Шейн Чэпман, Джеймс Г.Х. Динулос, Катрин А. Зуг ; пер. с англ. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2020. – 350 с. : ил.

ISBN 978-5-00030-701-4

УДК 616.5  
ББК 55.83

ISBN 978-0-323-08079-8

© 2013, Elsevier Inc. All rights reserved. This edition of *Dermatology DDX Deck, 2<sup>nd</sup> edition* by **Thomas P. Habif, MD, James L. Campbell, Jr., MD, MS, M. Shane Chapman, MD, James G. H. Dinulos, MD and Kathryn A. Zug, MD** is published by arrangement with Elsevier Inc.

ISBN 978-5-00030-701-4

© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2014

---

**Хэбиф Томас П., Кэмпбелл мл. Дж.Л.,  
Чэпман М.Ш., Динулос Дж.Г.Х., Зуг К.А.**

**ДЕРМАТОЛОГИЯ**

**Справочник по дифференциальной диагностике**

*Перевод с английского*

Редактор: *Д.Н.Логинов*

Ответственный редактор: *Н.Ю.Соколова*

Корректор: *К.В.Резаева*

Компьютерный набор и верстка: *С.В.Шацкая*

ISBN 978-5-00030-701-4



9 785000 307014

Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.

Подписано в печать 14.11.19.

Бумага мелованная. Печать офсетная.

Гарнитура Mugiad Pro. Тираж 2000 экз.

Издательство «МЕДпресс-информ».

121069, г. Москва, ул. Поварская, д. 31/29,

подвал. пом. VI, ком. 2, оф. 15

e-mail: office@med-press.ru

www.med-press.ru

www.03book.ru

Отпечатано в Китае

**THOMAS P HABIF MD**

Adjunct Professor of Dermatology  
Department of Surgery  
Geisel School of Medicine at Dartmouth  
and Dartmouth-Hitchcock Medical  
Center  
Hanover and Lebanon, NH, USA

**JAMES L CAMPBELL Jr MD MS**

Adjunct Associate Professor  
of Dermatology  
Department of Surgery  
Geisel School of Medicine at Dartmouth  
and Dartmouth-Hitchcock Medical  
Center  
Hanover and Lebanon, NH, USA

**M SHANE CHAPMAN MD**

Associate Professor of Dermatology  
Department of Surgery  
Geisel School of Medicine at Dartmouth  
and Dartmouth-Hitchcock Medical  
Center  
Hanover and Lebanon, NH, USA

**JAMES G H DINULOS MD**

Adjunct Professor of Surgery and  
Pediatrics (Dermatology)  
Department of Surgery and Pediatrics  
Geisel School of Medicine at Dartmouth  
and Dartmouth-Hitchcock Medical  
Center  
Hanover and Lebanon, NH, USA

**KATHRYN A ZUG MD**

Professor of Dermatology  
Department of Surgery  
Geisel School of Medicine at Dartmouth  
and Dartmouth-Hitchcock Medical  
Center  
Hanover and Lebanon, NH, USA

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

<b>C<sub>1</sub>-INH</b>	ингибитор C <sub>1</sub> -эстеразы
<b>КОН</b>	гидроксид калия
<b>АК</b>	актинический кератоз
<b>АКД</b>	аллергический контактный дерматит
<b>АНО</b>	ангионевротический отек (отек Квинке)
<b>АтД</b>	атопический дерматит
<b>БКР</b>	базальноклеточный рак
<b>в/в</b>	внутривенно
<b>в/м</b>	внутримышечно
<b>ВДП</b>	верхние дыхательные пути
<b>ВИЧ</b>	вирус иммунодефицита человека
<b>ВПГ</b>	вирус простого герпеса
<b>ВПЧ</b>	вирус папилломы человека
<b>ГЧЗТ</b>	гиперчувствительность замедленного типа
<b>ГЧНТ</b>	гиперчувствительность немедленного типа
<b>ЗППП</b>	заболевание, передаваемое половым путем
<b>ЗСТ</b>	заболевания соединительной ткани
<b>ИАПФ</b>	ингибитор ангиотензинпревращающего фермента
<b>ИКД</b>	ирритантный контактный дерматит
<b>ИЛ</b>	интерлейкин
<b>КОК</b>	комбинированные оральные контрацептивы
<b>КС</b>	кортикостероид
<b>КТКЛ</b>	кожная Т-клеточная лимфома
<b>МКС</b>	местные кортикостероиды
<b>НПВС</b>	нестероидные противовоспалительные средства
<b>НИФ</b>	непрямая иммунофлуоресценция
<b>ОАК</b>	общий анализ крови
<b>ПИФ</b>	прямая иммунофлуоресценция
<b>ПКР</b>	плоскоклеточный рак
<b>ПУВА</b>	псорален + ультрафиолет А
<b>РМЖ</b>	рак молочной железы
<b>р-р</b>	раствор
<b>СКС</b>	системные кортикостероиды
<b>ТХК</b>	трихлоруксусная кислота
<b>УФ</b>	ультрафиолет
<b>УФА</b>	ультрафиолет А
<b>УФБ</b>	ультрафиолет Б
<b>ФНО</b>	фактор некроза опухоли

# Содержание

## МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

1. Базовые принципы лечения
2. Местные кортикостероиды

## ЭКЗЕМА

3. Острое экзематозное воспаление
4. Сухожолочный дерматит
5. Подострое экзематозное воспаление
6. Хроническое экзематозное воспаление
7. Простой хронический лишай
8. Экзема кистей рук
9. Сухая (астеатотическая) экзема
10. Трещины на коже стоп
11. Аллергический контактный дерматит
12. Ирритантный контактный дерматит
13. Экзема кончиков пальцев
14. Эксфолиативный кератоз
15. Монетовидная (нуммулярная) экзема
16. Дисгидроз (помфоликс)
17. Узловатое пруриго
18. Застойный дерматит
19. Венозные язвы голеней
20. Атопический дерматит
21. Обыкновенный ихтиоз
22. Волосяной кератоз
23. Белый лишай

## КРАПИВНИЦА

24. Острая крапивница
25. Хроническая крапивница
26. Физическая крапивница
27. Ангионевротический отек (отек Квинке)
28. Мастоцитоз (пигментная крапивница)
29. Пруритические уртикарные папулы и бляшки беременных

## АКНЕ, РОЗАЦЕА И СВЯЗАННЫЕ С НИМИ НАРУШЕНИЯ

30. Комедоновое акне
31. Пустулезное акне
32. Кистозное акне
33. Периоральный дерматит
34. Розацеа
35. Гнойный гидраденит

## ПСОРИАЗ И ДРУГИЕ ПАПУЛОСКВАМОЗНЫЕ НАРУШЕНИЯ

36. Псориаз: кисти и стопы
37. Псориаз: очаги
38. Псориаз: ногти
39. Псориаз: особые формы
40. Себорейный дерматит
41. Болезнь Гровера (транзиторный акантолитический дерматоз)
42. Розовый лишай
43. Плоский лишай
44. Склеротический лишай
45. Острый лихеноидный и оспенновидный парapsoriasis

## БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

46. Импетиго
47. Флегмона (воспаление подкожной жировой клетчатки)
48. Фолликулит
49. Псевдофолликулит области бороды и усов
50. Фурункулы и карбункулы
51. Псевдомонадный фолликулит
52. Наружный отит

## ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

53. Сифилис
54. Шанкرويد
55. Генитальные бородавки
56. Простой генитальный герпес
57. Лобковый педикулез
58. Контагиозный моллюск

## ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

59. Бородавки (*verruca vulgaris*)
60. Плоские бородавки
61. Подошвенные бородавки
62. Контагиозный моллюск
63. Простой герпес
64. Ветряная оспа
65. Опоясывающий лишай
66. Вирусная пузырчатка кистей рук, стоп и полости рта

## ГРИБКОВЫЕ ИНФЕКЦИИ

67. Кандидоз
68. Кандидозный баланит
69. Кандидоз (пеленочный дерматит)
70. Кандидозное интертриго
71. Разноцветный лишай
72. Дерматофития ногтей
73. Ангулярный хейлит
74. Кожные грибковые инфекции (дерматофития)
75. Дерматофития стоп
76. Дерматофития паховой области
77. Дерматофития гладкой кожи
78. Дерматофития кистей рук
79. Дерматофития нераспознанная
80. Дерматофития волосистой части головы
81. Дерматофития области бороды и усов

## ЭКЗАНТЕМЫ И РЕАКЦИИ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

82. Неспецифические вирусные экзантемы
83. Инфекционная эритема
84. Медикаментозная токсидермия

## СИНДРОМЫ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И ВАСКУЛИТЫ

85. Многоформная эритема
86. Синдром Стивенса–Джонсона
87. Узловатая эритема
88. Васкулит мелких кожных сосудов
89. Геморрагический васкулит (пурпура Шенлейна–Геноха)
90. Болезнь Шамберга (пурпура Шамберга)
91. Болезнь Свита

## ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И УКУСЫ НАСЕКОМЫХ

92. Чесотка
93. Педикулез (головной)
94. Ужаливания пчел и ос
95. Болезнь Лайма
96. Пятнистая лихорадка Скалистых гор
97. Укусы блох
98. Кожная мигрирующая личинка

## ВЕЗИКУЛЕЗНЫЕ И БУЛЛЕЗНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

99. Герпетиформный дерматит
100. Вульгарная пузырчатка
101. Листовидная пузырчатка
102. Буллезный пемфигоид

## **ДИФФУЗНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

- 103.** Хроническая кожная волчанка
- 104.** Острая кожная красная волчанка
- 105.** Дерматомиозит
- 106.** Системная склеродермия
- 107.** Ограниченная склеродермия (морфеа)

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ НЕИОНИЗИРУЮЩИМ ИЗЛУЧЕНИЕМ, И НАРУШЕНИЯ ПИГМЕНТАЦИИ**

- 108.** Фотостарение кожи
- 109.** Полиморфный фотодерматит
- 110.** Поздняя кожная порфирия
- 111.** Витилиго
- 112.** Идиопатический каплевидный гипомеланоз
- 113.** Lentigo, ювенильное lentigo, солнечное lentigo
- 114.** Мелазма (хлоазма, маска беременных)

## **ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ**

- 115.** Себорейный кератоз
- 116.** Мягкие фибромы (акрохордоны)
- 117.** Дерматофиброма
- 118.** Келоиды и гипертрофические рубцы
- 119.** Кератоакантома
- 120.** Невус сальных желез
- 121.** Узелковый хондродерматит завитка ушной раковины
- 122.** Эпидермальная киста
- 123.** Волосяная киста
- 124.** Гиперплазия сальных желез
- 125.** Сирингомы

## **ПРЕДРАКОВЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НЕМЕЛАНОМНЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ**

- 126.** Базальноклеточный рак
- 127.** Актинический кератоз
- 128.** Плоскоклеточный рак
- 129.** Болезнь Боуэна
- 130.** Лейкоплакия
- 131.** Кожная Т-клеточная лимфома
- 132.** Рак Педжета
- 133.** Экстрамаммарная болезнь Педжета
- 134.** Метастазы в кожу

## **НЕВУСЫ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ МЕЛАНОМА**

- 135.** Невусы, меланоцитарные невусы, родинки
- 136.** Синдром атипичных родинок (диспластических невусов)
- 137.** Злокачественная меланома, злокачественное lentigo
- 138.** Имитаторы меланомы
- 139.** Врожденные меланоцитарные невусы

## **ВАСКУЛЯРНЫЕ ОПУХОЛИ И МАЛЬФОРМАЦИИ**

- 140.** Младенческие гемангиомы
- 141.** Сосудистые мальформации
- 142.** Вишневая ангиома
- 143.** Ангиокератома
- 144.** Венозные озера
- 145.** Пиогенная гранулема
- 146.** Саркома Капоши
- 147.** Телеангиэктазии
- 148.** Паукообразная ангиома (nevus araneus)

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ ВОЛОС И НОГТЕЙ**

- 149.** Андрогенетическая алопеция
- 150.** Андрогенетическая алопеция у женщин
- 151.** Гнездная алопеция

- 152.** Трихотилломания
- 153.** Грибковые инфекции ногтя
- 154.** Заболевания ногтей:
  - a. Псориаз
  - b. Паронихия, псевдомонадная онихия, белые пятна и полосы ногтей
  - c. Продольные бороздки и бугорки, деформации ногтей, онихолизис
  - d. Мукоидная киста пальцев, невусы, меланома, гематома ногтей

### **ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

- 155.** Токсическая эритема новорожденных
- 156.** Потница
- 157.** Мраморная кожа

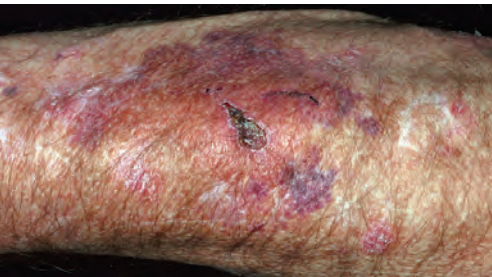
### **КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ**

- 158.** Приобретенные кожные паранеопластические синдромы
- 159.** Наследственные кожные паранеопластические синдромы
- 160.** Черный акантоз
- 161.** Нейрофиброматоз
- 162.** Туберозный склероз
- 163.** Кольцевидная гранулема
- 164.** Липоидный некробиоз
- 165.** Гангренозная пиодермия
- 166.** Лазеры в дерматологии
- 167.** Лейшманиоз
- 168.** Лепра (болезнь Хансена)

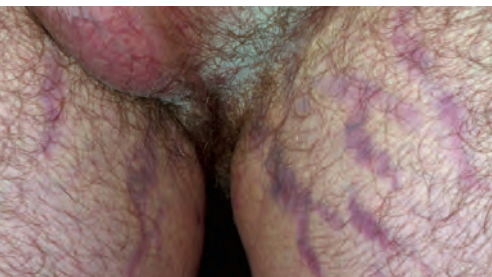




Стероидная атрофия. Атрофия с выступающими венами и гипопигментацией после применения сильнодействующего кортикостероида (КС) ежедневно в течение 3 мес. для лечения псориаза.



Длительное применение местных кортикостероидов (МКС) может привести к истончению кожи, на которой легко образуются синяки.



Стрии в паховой области после длительного применения МКС группы V для лечения зуда. Такие изменения необратимы.



Неуместное применение МКС привело к обострению грибковой инфекции (нераспознанная дерматофития).

## НОРМАЛИЗАЦИЯ БАРЬЕРНОЙ ФУНКЦИИ КОЖИ

• **Функции кожи:** поддержание водного баланса, защита от инфекций, абсорбция токсинов, терморегуляция, защита от ультрафиолетового (УФ) облучения. • **Первостепенная цель местного или системного лечения** – восстановление и поддержание в норме барьерной функции кожи.

### ОЧИЩЕНИЕ КОЖИ

Пользуйтесь увлажняющим мылом и мягкими очищающими средствами (Cetaphil, Dove, Keri или Aveeno). Ограничьте применение жестких щеток и ароматизированного мыла. Умывайтесь теплой, но не горячей водой.

### УВЛАЖНЕНИЕ КОЖИ

Увлажняйте кожу сразу после умывания. При очень сухой или поврежденной коже пользуйтесь мазями на жировой основе. Для сохранения здоровья кожи используйте лосьоны. Для осторожного устранения чешуек применяйте мягкие отшелушивающие средства (эмоленты), содержащие гликолевые кислоты (молочную, салициловую) и мочевины.

Примеры смазывающих и смягчающих кожу кремов и лосьонов:

• **Жирные мази и кремы:** вазелин, мазь Aquaphor, CeraVe. • **Смягчающие кремы:** Acid Mantle, Cetaphil, DML, Moisturel, Vanicream. • **Лосьоны:** Cetaphil, DML, Nutraderm, Curél, Aveeno, CeraVe.

### МЕСТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Эффективность местных препаратов определяют 2 основных фактора: действующее вещество и основа (наполнитель). Основа способствует лучшему проникновению действующего вещества и сама обладает лечебными свойствами. •

**Примеры основ:** порошки (подсушивают), мази (увлажняют, образуют защитный слой, улучшают проникновение лекарства в кожу), кремы (охлаждают, нет эффекта окклюзии), пасты (подсушивают, менее жирные), растворы и лосьоны (подсушивают, эффективны для зон оволосения), гели/пенки (не содержат жира).

### СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗИРОВКА

Местные препараты бережно втирают в кожу, нанося их тонким слоем. 1 г крема покрывает площадь 10 см<sup>2</sup>. Количество крема, нанесенного на указательный палец взрослого человека (от дистальной складки до кончика пальца), – 0,5 г. Крем наносят 1–2 раза в сутки. На каждом анатомическом участке степень проникновения лекарства в кожу различна. Участки кожи в порядке понижения степени проникновения: слизистые оболочки > мошонка/вульва > веки > лицо > туловище > конечности > ладони и подошвы.

### ВЛАЖНЫЕ КОМПРЕССЫ

Эффективны для подсушивания при экссудативных кожных заболеваниях (мокнущих) или санации инфицированных ран. • Погрузите чистую мягкую ткань размером немного больше, чем обрабатываемый участок, в прохладный (для достижения противовоспалительного эффекта) или теплый раствор (вода, р-р Бурова и т.д.). • Осторожно отожмите и приложите влажную ткань к коже. Оставьте компресс на коже без герметизации на 30 мин. • Повторяйте процедуру 2–4 раза в сутки. Прекратите применение компрессов, когда кожа станет сухой.



Полимерная пленка (например, пленка для упаковки пищевых продуктов), закрепляемая клейкой лентой, – эффективный способ улучшения проникновения местных препаратов в кожу.



Эластичный биндаж можно применять поверх полимерной пленки для ее закрепления на месте.



Герметизация всей поверхности тела. Виниловый спортивный костюм – удобный способ применения окклюзии на все тело.



Герметизация в течение длительного времени может привести к вторичному инфицированию с образованием пустул и явлениями стафилококкового фолликулита. В этом случае герметизацию снимают, а пациенту назначают системные антибиотики.

**ОПИСАНИЕ**

Монетовидные очаги экзематозного воспаления, часто хронические и устойчивые к лечению. Причина неизвестна, иногда имеет значение контакт с аллергенами. Сопровождается сильным зудом.

**ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

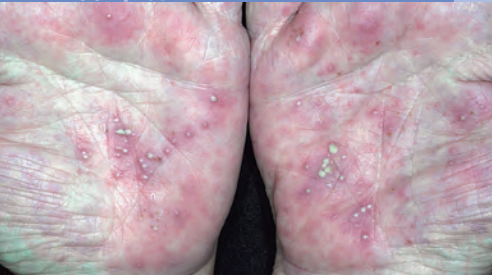
• Обычно встречается у взрослых, чаще у мужчин. • Начало, как правило, постепенное, без явных указаний на аллергию и экзему в анамнезе. • Часто начинается с нескольких изолированных очагов на голенях, хаотично распространяющихся со временем. • Часто наблюдается ремиссия на применение МКС и рецидив после их отмены. Заболевание может стать устойчивым даже к МКС максимальной силы действия. • Течение переменное и непредсказуемое, может длиться годами и периодически рецидивировать. • Сформировавшись, очаги сохраняют свои размеры и вновь возникают на ранее пораженной коже. • Дифференциальная диагностика включает псориаз, дерматофитию, кожную Т-клеточную лимфому (КТКЛ).

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

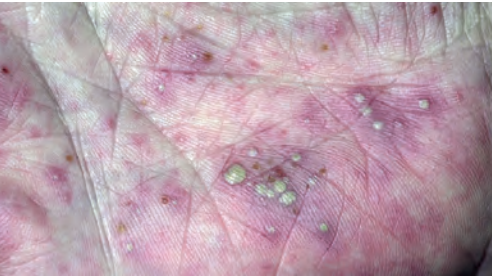
• Круглые экзематозные бляшки с четкими границами на туловище и конечностях. • Для обострения характерны мокнутие и везикулы. • Вторичная инфекция может привести к обострению. • Корки медового цвета указывают на вторичную импетигнизацию. • Кожные пробы дают значимый положительный результат лишь в 1/4–1/3 случаев. • Культуральный анализ может выявить *S. aureus*. Антибактериальная терапия приводит к улучшению, но не к окончательному выздоровлению.

**ЛЕЧЕНИЕ**

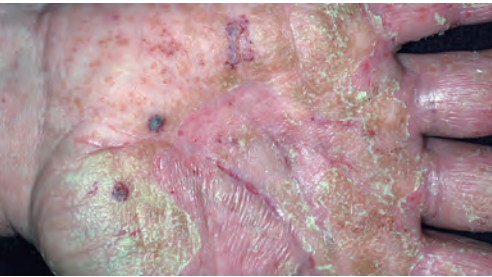
• Стандартное, как при подостром или хроническом экзематозном воспалении. • В устойчивых к лечению случаях применяют кожные пробы. • Как минимум на 3–4 мес. отменяют необязательные для применения вещества: лекарства, пищевые добавки, местные увлажняющие средства. • Следует исключить активную дерматофитию стоп; при необходимости провести лечение антимикотиками. • Применение МКС средней силы действия и простых эмолентов должно быть агрессивным. • МКС применяют 2 раза в сутки 2–3 нед. Лечение проводят на 1 нед. дольше, чем обычно необходимо для разрешения очага. • Эффективность МКС увеличивают герметизация или увлажнение кожи перед нанесением лекарства. • При вторичной инфекции назначают системные антибиотики в соответствии с результатами посева на чувствительность (например, диклоксациллин 250 мг 4 раза в сутки, цефалексин 250 мг 4 раза в сутки). • При сильном зуде можно назначать антигистаминные препараты. • СКС не должны применяться длительно. • При устойчивых к лечению случаях требуется углубленное дерматологическое обследование. • Фототерапия может помочь в разрешении очагов, если МКС оказались неэффективными. Лучшими методами фототерапии считается узко- и широкополосная УФВ-терапия. При неэффективности УФВ-терапии можно применить ПУВА (псорален + УФА). • Местные аллергены, такие как ароматизаторы и медикаменты (бацитрацин, неоспорин, гидрокортизон), могут в некоторых случаях спровоцировать развитие монетовидной экземы. Применение указанных препаратов нежелательно.



Везикулы, рассеянные билатерально на ладонях, развились в пустулы. Обычно возникают сразу множественные везикулезные высыпания, которые могут сопровождаться зудом.



Везикулы и пустулы при дисгидрозе на разных стадиях развития. Высыпания часто появляются также на стопах.



Тяжелая экзема кистей рук: выраженная эритема, везикулы и шелушение. Следует исключить АКД и провести кожные пробы с обширным набором аллергенов.



Последствия эпизода дисгидроза: несколько болезненных пятен на зажившем эпидермисе, диффузное шелушение и эритема, а также подсыхающая везикула в стадии разрешения.

**ОПИСАНИЕ**

Острая крапивница разрешается в течение 6 нед. В противном случае она считается хронической. Острая крапивница проявляется отечными бляшками/волдырями, не образующими ямки при нажатии. Зуд интенсивный, длится до 24 ч. Уртикарный васкулит – болезненный вариант крапивницы с пурпурой, очаги сохраняются более 24 ч. Диагноз подтверждается биопсией. Возможные причины крапивницы: лекарства, вирусные инфекции, пищевые продукты, инъекции/вакцины, укусы/ужаливания.

**ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

- Крапивница встречается в любом возрасте, чаще у лиц, страдающих АтД.
- Начало внезапное, часто сопровождается сильным зудом.
- Распространенные причины: лекарства, пищевые продукты, шерсть животных и аэроаллергены. Часто причина остается неизвестной.
- Лабораторные исследования проводят только при отклонении показателей от нормы в анамнезе или при осмотре.
- Причинами физической крапивницы могут быть вибрация, холод, давление, солнечный свет.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

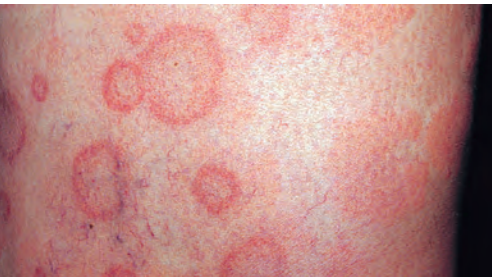
- Отечные бляшки розового, красного или телесного цвета, не образующие ямки при нажатии; могут появиться на любом участке кожной поверхности. Центр очагов может быть розового, телесного или синюшного оттенка. Границы очага окружены белым или красным ободком. Очаги самых разных размеров; круглой, овальной или полициклической формы.
- Размер и форма бляшек изменяются при распространении по периферии и разрешении; кроме того, бляшки могут мигрировать.
- По мере разрешения старых очагов появляются новые.
- При интенсивном отеке развиваются пузыри или пурпура.
- В случае пищевой, медикаментозной или вирусной этиологии процесс обычно генерализованный, но может ограничиваться участком контакта, например, с латексом натуральной резины, частичками кожи животных или некоторыми веществами, используемыми при приготовлении пищи.
- Линейные очаги указывают на дермографизм (физическая крапивница).

**ЛЕЧЕНИЕ**

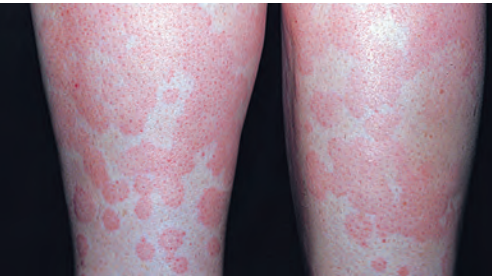
- Исключают провоцирующие факторы (лекарства, пищевые продукты, аэроаллергены).
- Вначале назначают H<sub>1</sub>-антигистаминные препараты. Наиболее эффективен гидроксизин (10–25 мг каждые 4 часа), но он обладает седативным действием. Быстрее действует жидкий гидроксизин в дозе 10 мг/5 см<sup>3</sup>. Можно применять до 100 мг каждые 4 часа. Многие пациенты через несколько дней лечения адаптируются к седативному эффекту.
- Лоратадин 10 мг применяется ежедневно.
- Другие варианты лечения: дезлоратадин 5 мг ежедневно, цетиризин 5–10 мг ежедневно и фексофенадин 60 мг 2 раза в сутки или 180 мг ежедневно.
- Если антигистаминные препараты неэффективны, можно применить преднизолон (например, 60 мг 2 дня, 40 мг 5 дней и затем по 20 мг 7 дней).
- Адреналин назначают при тяжелом течении заболевания.
- Прохладные ванны с коллоидным овсом облегчают зуд. Горячий душ временно облегчает зуд, но затем он усиливается.
- МКС в большинстве случаев малоэффективны.



Картина крапивницы может сильно варьировать. Наиболее типичны красные округлые волдыри с темной кожей в центре. Края очагов приподняты, центр плоский.



Количество очагов колеблется от единичных до сотен бляшек, расположенных локально или занимающих обширные участки поверхности тела. Очаги могут быть разрозненными или густо расположенными и сливающимися.



Круглые бляшки распространились и стали сливаться. Вся голень отекала, развились зуд и болезненность. Крупные, тесно расположенные бляшки иногда дают синюшную окраску в центре.



Из бляшек, существующих более 24 ч, берут биопсию для исключения уртикарного васкулита, для очагов которого более характерна боль, чем зуд.

**ОПИСАНИЕ**

Редкое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся высыпаниями зудящих папул на груди и животе. Может персистировать несколько месяцев/лет.

**ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

- Разрешается самостоятельно.
- Чаще встречается у мужчин среднего возраста со светлой кожей.
- Зуд периодический, различной выраженности, усиливается при жаре или потении.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

- Грудная клетка, область нижних ребер, верхняя часть спины, поясничная область.
- Красно-коричневые кератотические папулы, часто со ссадинами.
- Может распространяться на латеральные участки шеи, лопатки и верхнюю часть бедер.
- У пожилых пациентов высыпания обычно более распространенные и персистируют дольше.
- Очаги разрешаются с поствоспалительной гипер- или гипопигментацией.
- Для уточнения диагноза может потребоваться биопсия.

**ЛЕЧЕНИЕ**

- В некоторых случаях зуд слабый, и требуется только симптоматическое облегчение лосьонами с ментолом. Коллоидные овсяные ванны могут уменьшить зуд. Следует избегать интенсивной физической нагрузки, продолжительных водных процедур и пребывания на жаре.
- **МКС групп II–V:** умеренно эффективны, применяются по мере необходимости.
- **Витамин А внутрь:** 50 000 МЕ 3 раза в сутки 2 нед., затем 50 000 МЕ ежедневно, применяют не более 12 нед.; эффективен при распространенном поражении и значительно выраженном кожном зуде.
- **Изотретиноин:** 40 мг ежедневно до достижения эффекта (2–12 нед.), затем при улучшении состояния пациента дозу постепенно снижают до 10 мг ежедневно и продолжают прием препарата в течение 12 нед.
- **Преднизолон:** 20 мг 2 раза в сутки купирует распространенное воспаление и зуд; после отмены препарата часто происходит рецидив.
- **Антигистаминные препараты, пероральные антибиотики, дапсон:** неэффективны.





Первичный элемент – округлая розовая бляшка размером 1–10 см, которая образует в центре овальный «воротничок» чешуек.



Высыпания расположены на туловище; лицо и конечности, как правило, не поражаются.



Количество очагов сильно варьирует. Бляшки могут распространяться на шею и проксимальные участки конечностей.



Возможны множественные высыпания. Концентрация очагов в паховой области и нижней части живота – очень характерное явление, особенно у детей.

**ОПИСАНИЕ**

Экзофитная куполообразная папула, состоящая из пролиферирующих капилляров, разделенных толстыми фиброзными тяжами и окруженных воротничком эпителия. Называется также дольчатой капиллярной гемангиомой.

**ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

• Чаще встречается у детей и лиц молодого возраста, реже – у пожилых. • Причина неизвестна, но очаги появляются на травмированных участках и во время беременности, что указывает на важную роль механического повреждения и гормонов. • Часто наблюдается у пациентов с акне, получающих изотретиноин. • Пиогенные гранулемы возникают внезапно, приобретают стабильный размер и без лечения персистируют, хотя некоторые очаги спонтанно регрессируют в течение 6 мес. При проведении лечения более крупные, глубоко расположенные очаги могут рецидивировать. • Изредка могут появляться множественные сопутствующие очаги.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

• Желтые или темно-красные, блестящие, куполообразные или полипоидные папулы размером 3–10 мм. • Очаги быстро растут, сильно кровоточат и могут покрываться желтой коркой, окруженной воротничком чешуек. Корки могут отпадать, а затем нарастать повторно. • Очаги на деснах, возникающие во время беременности, называют эпюлисами беременности (*epulis gravidarum*). • Чаще всего очаги встречаются на голове, шее и пальцах рук.

**ЛЕЧЕНИЕ**

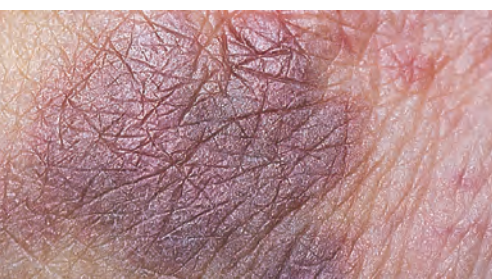
• Лечение заключается в биопсии с последующей электродесикацией и кюретажем основания и границы очага. • Большинство пиогенных гранулем разрешаются с единичным кратерообразным рубцом; иногда встречаются рецидивы. • Изредка на месте предыдущего лечения пиогенной гранулемы и вокруг него появляются множественные сопутствующие очаги. Это чаще всего случается в области плеч и на туловище у молодых пациентов.



Очаги саркомы Капоши могут иметь различную морфологию, в том числе множественные лиловые папулы и бляшки; заболевание может быть распространенным.



Классическая саркома Капоши развивается на ногах. У этого пациента очаги расположены на ступне. Свежие очаги могут быть похожи на злокачественную меланому.



Саркома Капоши в сочетании со СПИДом. Свежие очаги в форме плоских папул.



Саркома Капоши на фоне СПИДа встречается чаще всего. Очаги на нижних конечностях могут выглядеть экзематозными. У этого пациента фиолетовые папулы сливаются в бляшки.

**ОПИСАНИЕ**

Постоянное выдергивание собственных волос, которое приводит к значительной их утрате. Позыв к выдергиванию волос непреодолимый, после чего тревожность временно отступает. Выдергивание волос или мысли об этом могут занимать ежедневно по несколько часов. Часто человек не признает за собой эту привычку.

**ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

- Трихотилломания – привычка, которая чаще всего встречается у маленьких детей. Она также наблюдается у подростков и взрослых.
- У женщин отмечается в 2,5 раза чаще.
- Пациент накручивает волосы на палец, пока не вырывает или не обламывает их.
- Наиболее частая локализация – участки, которые легко достать: лобно-теменная область, брови, ресницы.
- Впервые проявляется в моменты бездействия, иногда при просмотре телепередач или перед засыпанием.
- Родители редко замечают это отклонение в поведении.
- Заболевание часто связано со скрытой тревожностью, депрессией, низкой самооценкой.
- Может стать хронической проблемой, но часто разрешается спонтанно.
- Пораженный участок имеет неправильные, угловатые границы, волосы заметно редют, но участок никогда не бывает полностью лысым, как при гнездной алопеции.
- Многократные посещения врачей и специалистов для установления диагноза типичны для этого состояния. Биопсия помогает подтвердить диагноз.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

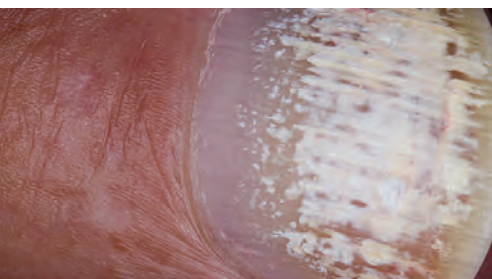
- Имеется участок потери волос с неправильными, угловатыми границами.
- Густота волос существенно снижена, но пораженный участок не полностью лысый и гладкий, как при гнездной алопеции.
- На участке поражения произвольно распределены короткие, обломанные волосы различной длины.
- Исследование с КОН помогает исключить невоспалительную форму дерматофитии.
- У выщипанных волос отсутствуют телогеновые корни (100% их находится в активной анагеновой фазе роста).
- Осторожное подергивание не приводит к дальнейшей потере волос.
- Биопсия кожи выявляет значительное увеличение волос в фазе катагена.

**ЛЕЧЕНИЕ**

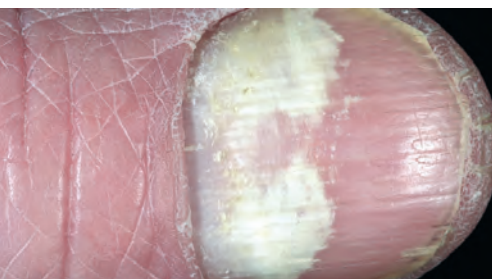
- Лечение часто запаздывает, к врачу стесняются обращаться.
- Комбинированное лечение, включающее медикаментозные средства, психотерапию и поведенческую терапию (например, метод замещения привычки), эффективнее, чем одна только психотерапия.
- Необходимо отвлекать внимание ребенка в тот момент, когда он начинает выдергивать волосы.
- Родители и врач должны проявлять понимание и поддержку, а не осуждать и наказывать пациента.
- Обширное поражение или стойкость привычки требуют обследования у психиатра.
- Трихотилломания имеет общие черты с обсессивно-компульсивным расстройством, в том числе и в реакциях на лекарственные средства.
- Эффективны могут быть кломипрамин, флуоксетин и пимозид.



Дистальный подногтевой онихомикоз. Подтвердить диагноз до начала лечения помогают микроскопия с КОН (соскоб из дистального отдела под ногтевой пластинкой) и культуральное исследование.



Белый поверхностный онихомикоз. Соскоб мучнисто-белого цвета, взятый с поверхности ногтя, при микроскопии с КОН положительный.



Проксимальный подногтевой онихомикоз. Поверхность ногтя гладкая. Инфекция развивается под ногтевой пластинкой.



Множественное поражение ногтей на пальцах рук при онихомикозе. Перед лечением рекомендуется провести тест с КОН или культуральное исследование. В результате расчесов инфекция может распространиться на кожу.



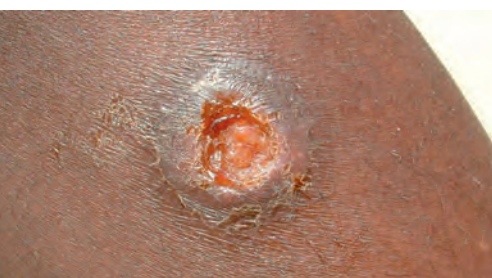
Москит рода *Phlebotomus* – переносчик лейшманиоза в Старом Свете (Африка, Азия и Европа). (Печатается с разрешения Центра по контролю и профилактике заболеваний, США.)



Небольшие единичные неглубокие изъязвления с валикообразной границей у края слизистой оболочки носа, вызванные *L. braziliensis*. (Цит. по: *Dermatology* / J.L.Bolognia, J.L.Jorizzo, J.V.Schaffner (eds). – 3<sup>rd</sup> ed. – London: Saunders, 2012. С разрешения Kalman Watsky, MD.)



Воспаленное и изъязвленное ухо (возбудитель *L. mexicana*), или язва чиклеро. Процесс может привести к разрушению хряща. (Цит. по: *Andrew's Diseases of the Skin* / W.D.James, T.Berger, D.M.D.Elston (eds). – 11<sup>th</sup> ed. – London: Saunders, 2011.)



Типичная картина очага лейшманиоза, вызванного *L. major*: неглубокая язва с валикообразным краем. (Цит. по: *Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases* / A.J.Magill, E.T.Ryan, D.R.Hill, T.Solomon (eds). – 9<sup>th</sup> ed. – London: Saunders, 2013.)

## ОПИСАНИЕ

Паразитарная протозойная инфекция, которую вызывают несколько видов *Leishmania* и передают москиты. Приобретается в странах с тропическим и субтропическим климатом. Клиническая картина вариабельна.

## ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

• Внутриклеточные простейшие рода *Leishmania* эндемичны в тропиках и субтропиках Южной Америки, Азии и Африки, а также стран Средиземноморья. • Чаще встречается в развивающихся странах. • Обычно болеют дети. • Укус москитов (*Phlebotomus* или *Lutzomyia*) – основной способ передачи. • Лейшмании в стадии жгутиковых промастигот находятся в верхних отделах кишечника москита и передаются человеку при укусе насекомого. Инкубационный период с момента укуса до появления симптомов продолжается 1–24 мес. • Заболевание классифицируется в зависимости от географической зоны, специфических видов возбудителя и клинической картины. • Лейшмании Старого Света: *L. tropica*, *L. major*, *L. infantum*, *L. donovani*. • Лейшмании Нового Света: *L. mexicana*, *L. amazonensis*, *L. braziliensis*.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

• Основные клинические формы: кожный лейшманиоз (поражена только кожа), слизисто-кожный лейшманиоз (кожные и слизистые поверхности), диффузный кожный и висцеральный лейшманиоз. • Клинические проявления зависят от типа возбудителей и реакции клеточного иммунитета хозяина.

## КОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ

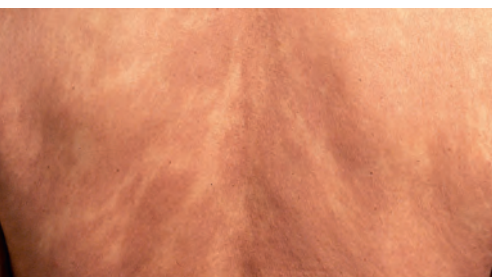
**Кожный лейшманиоз.** Самая распространенная форма, типичная для Старого Света. • На месте укуса – красные безболезненные папулы размером 2–4 мм. • Возможны множественные очаги. • Папула медленно увеличивается в течение 2–3 мес. до покрытой коркой бляшки размером 2–4 см, изъязвляющейся, образующей твердую фиолетовую границу и персистирующей многие месяцы. • Язва может спонтанно заживать, иногда с рубцеванием. • **Слизисто-кожный лейшманиоз.** Типичен для Нового Света. • Распространенное поражение кожи и носоглотки. • Воспаление слизистой с геморрагиями и болезненными выделениями. • **Диффузный кожный лейшманиоз.** Многочисленные паразиты в коже, слабый иммунный ответ организма на паразитов. • Многочисленные неэрозивные узлы развиваются из сателлитных папул вокруг исходного очага. • **Висцеральный лейшманиоз (кала-азар).** Поражение костного мозга, печени и селезенки. • Лихорадка, боль, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия и панцитопения. • Прогресс вариабельный, прогноз неблагоприятный.

## ЛЕЧЕНИЕ

• Зависит от вида лейшманиоза и локализации инфекции. • Важно своевременно установить диагноз, классифицировать заболевание и выявить наличие системных поражений. • *L. major* (например, в Ираке) может разрешиться без лечения в течение 1 года. • *L. tropica* (например, в Афганистане) может вызвать агрессивное/хроническое заболевание и требует системного лечения. • Системная терапия, в том числе препараты сурьмы (меглумина антимонат, натрия стибоглюконат) – лечение I выбора. • Другие варианты лечения: амфотерицин В, азоловые противогрибковые препараты, дапсон, рифампицин и аллопуринол. • Необходим контроль токсичности данных препаратов. Лечение назначается совместно с врачом-инфекционистом.



Пограничная лепра: лишенные чувствительности гипопигментированные пятна с воспалительной границей локализируются на голених. (Цит. по: *Peters W., Pasvol G. Atlas of Tropical Medicine and Parasitology. – 6<sup>th</sup> ed. – Mosby, 2007.*)



Пятна диффузной лепроматозной лепры с незначительным воспалением. (Цит. по: *Andrew's Diseases of the Skin / W.D.James, T.Berger, D.M.D.Elston (eds). – 11<sup>th</sup> ed. – London: Saunders, 2011.*)



Утрата пальцев вследствие хронической анестезии, травмы, нейротрофической атрофии, приведших в итоге к резорбции кости и мягких тканей. (Цит. по: *Peters W., Pasvol G. Atlas of Tropical Medicine and Parasitology. – 6<sup>th</sup> ed. Mosby, 2007.*)



Инфильтрированные узлы на лбу и на лице – картина «львиного лица» при лепроматозной лепре. (Цит. по: *Peters W., Pasvol G. Atlas of Tropical Medicine and Parasitology. – 6<sup>th</sup> ed. – Mosby, 2007.*)



## ОПИСАНИЕ

• Хроническое инфекционное бактериальное заболевание, поражающее кожу и нервы. Возбудитель – *Mycobacterium leprae*. Болеет в основном бедное население в слаборазвитых странах. Из всех болезней лепра имеет практически самую негативную репутацию. • Существует несколько клинических вариантов болезни с разной степенью активности; тяжесть заболевания варьирует в зависимости от количества микобактерий и клеточного иммунитета организма-хозяина. • Комбинированное лечение с применением сульфаниламидов может привести к полному выздоровлению.

## ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

• Эта инфекция известна на протяжении всей истории человечества, начиная с античных культур Египта, Индии и Китая. • Поражает миллионы людей в мире, в основном бедное население, живущее в условиях скученности в развивающихся странах. • Заболевание названо по имени норвежского ученого Хансена, который в 1870-х годах проводил обширные клинические, эпидемиологические и микробиологические исследования *M. leprae*. • Существует много классификаций, в том числе классификация Ridley и Jopling, основанная на полярности (1966), и классификация ВОЗ, которая учитывает мульти- или олигобациллярный характер заболевания (1997). Лечение системными сульфаниламидами изменяет типичную картину заболевания.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

• Зависит от стадии инфекции и иммунитета организма-хозяина. • Выделяют лепроматозную, погранично-лепроматозную, погранично-пограничную, погранично-туберкулоидную и туберкулоидную формы. • **Лепроматозная лепра.** Наиболее интенсивное воспаление, мультибациллярность, плохой клеточный иммунитет. Пятна, папулы и узлы симметрично расположены на лице, ушных раковинах, запястьях, локтях, коленях и ягодицах. Очаги могут быть гипопигментированными и лишенными чувствительности. • «Львиное лицо», седловидный нос, выпадение ресниц и разрастание мочек ушных раковин. • **Пограничная лепра:** самая распространенная форма. Могут развиваться большие бляшки и узлы; поражает периферическую нервную систему. Нестабильный вариант: развивается в сторону лепроматозной или туберкулоидной формы. • **Туберкулоидная лепра:** меньших размеров; меньшее количество пятен/бляшек на туловище и конечностях, которые не так явно выступают над поверхностью, лишены чувствительности, гипо- или гиперпигментированы. Инвазия в нервную ткань может привести к болям, мышечной слабости, потере пальцев на кистях и стопах, а также к слепоте. • **Внекожные признаки:** увеличенные периферические нервы, в том числе большой ушной, локтевой, лучевой, общий малоберцовый, задний большеберцовый. Обычно ослаблены болевые, температурные и тактильные ощущения.

## ЛЕЧЕНИЕ

• Эффективного средства для лечения лепры не было до внедрения в практику дапсона в 1940-х годах. • К монотерапии развилась резистентность, и в 1960-х годах появилось комбинированное лечение: клофазимин, рифампицин и дапсон. • В комбинации с вышеназванными лекарствами могут применяться другие препараты, такие как миноциклин и офлоксацин.