

Кожные болезни

Диагностика и лечение

Skin Disease

Diagnosis and Treatment

Second edition

Thomas P Habib MD

Adjunct Professor of Medicine (Dermatology)
Dartmouth Medical School
Hanover, NH
USA

James L Campbell Jr MD MS

Adjunct Assistant Professor of Medicine
(Dermatology)
Dartmouth Medical School
Hanover, NH
USA

M Shane Chapman MD

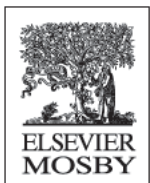
Assistant Professor of Medicine
(Dermatology)
Dartmouth Medical School
Hanover, NH
USA

James GH Dinulos MD

Assistant Professor of Medicine and Pediatrics
(Dermatology)
Dartmouth Medical School
Hanover, NH
USA

Kathryn A Zug MD

Associate Professor of Medicine (Dermatology)
Dartmouth Medical School
Hanover, NH
USA



Кожные болезни

Диагностика и лечение

Томас П. Хэбиф

Перевод с английского

Под общей редакцией акад. РАМН, проф. А.А.Кубановой

3-е издание



Москва
«МЕДпресс-информ»
2008

УДК 616.5
ББК 55.8
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.

Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Издательство и редакторы обращают внимание на то, что при переводе могут допускаться некоторые несовпадения терминологии, использованной авторами оригинального текста, с терминами, принятыми в отечественной медицинской практике.

Перевод с английского: В.П.Адаскевич

Хэбиф Т.П.

X99 Кожные болезни: Диагностика и лечение / Томас П. Хэбиф ; Пер. с англ. ; Под общ. ред. акад. РАМН, проф. А.А.Кубановой. — 3-е изд. — М. : МЕДпресс-информ, 2008. — 672 с. : ил. ISBN 5-98322-407-7

Повседневная клиническая практика, особенно амбулаторная, вызывает у практикующего врача постоянную необходимость совершенствования в области диагностики и лечения кожных заболеваний. В книге дано краткое, но исчерпывающее описание многих распространенных и довольно редко встречающихся форм патологии кожи, сопровождаемое тщательно отобранными и информативными высококачественными иллюстрациями. Наряду с этим уделено внимание лечебной тактике, сведениям о новейших лекарственных средствах, в том числе отпускаемых без рецепта.

Руководство предназначено для практикующих врачей, в том числе дерматологов, косметологов, инфекционистов, а также интернов, клинических ординаторов и студентов старших курсов медицинских вузов.

УДК 616.5
ББК 55.8

ISBN-13: 978-0-323-02753-3
ISBN-10: 0-323-02753-9
ISBN 5-98322-407-7 (рус.)

© 2001, Mosby Inc.
© 2005, Elsevier Inc. All rights reserved.
© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление. Издательство «МЕДпресс-информ», 2008

Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ	8
1. ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ	9
Базовые принципы лечения	9
Топические кортикостероиды	12
2. ЭКЗЕМА	18
Острое экзематозное воспаление (острая экзема)	18
Сумаховый дерматит (ядовитый плющ, ядовитый дуб и ядовитый сумах)	20
Подострое экзематозное воспаление (подострая экзема)	24
Хроническое экзематозное воспаление (хроническая экзема)	28
Хронический простой лишай	30
Экзема ладоней	32
Сухая (астеатотическая) экзема	36
Подошвенные трещины	40
Аллергический контактный дерматит	42
Ирритантный контактный дерматит	46
Экзема кончиков пальцев	52
Эксофолиативный кератоз (Keratolysis exfoliativa)	54
Монетовидная экзема	56
Дисгидротическая экзема	60
Узловатая почесуха	62
Застойный дерматит	64
Язвы нижних конечностей при венозной недостаточности	68
Атопический дерматит	72
Аутосомно-доминантный вульгарный ихтиоз	78
Фолликулярный кератоз	80
Белый лишай (Pityriasis alba)	82
3. КРАПИВНИЦА	84
Острая крапивница	84
Хроническая крапивница	86
Физикальная крапивница	88
Ангиоотек	90
Мастоцитоз (пигментная крапивница)	92
Пруритические уртикарные папулы и бляшки беременных	96
4. АКНЕ И РОЗАЦЕА	98
Акне	98
Периоральный дерматит	104
Розацеа	106
Гнойный гидраденит	110
Гипергидроз	112
5. ПСОРИАЗ И ДРУГИЕ ПАПУЛО- СКВАМОЗНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	114
Псориаз	114
Себорейный дерматит	124
Болезнь Гровера (преходящий акантолитический дерматоз)	128
Розовый лишай	130
Плоский лишай	134
Склеротический лишай	138
Острый лихеноидный оспенновидный лишай	142
6. БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ	144
Импетиго	144
Целлюлит	150
Рожистое воспаление	154
Фолликулит	156
Псевдофолликулит волос бороды (вросшие волосы)	158
Фурункулы и карбункулы	162
Псевдомонадный фолликулит	166
Наружный отит	168
7. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВОМ ПУТЕМ	171
Сифилис	173
Шанкرويد	178
Генитальные бородавки (остроконечные кондиломы, или венерические бородавки)	180
Простой генитальный герпес	184
Педикулез (лобковые вши)	188
Контагиозный моллюск	190
8. ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ	194
Бородавки (Verruca vulgaris)	194
Плоские бородавки	198
Подошвенные бородавки	200
Контагиозный моллюск	202
Простой герпес	206
Ветряная оспа	212
Опоясывающий лишай	218
Заболевание ладоней, подошв и слизистой оболочки полости рта	224
9. ГРИБКОВЫЕ ИНФЕКЦИИ	228
Кандидоз (монилиаз)	228
Кандидозный баланит	228
Кандидоз (пеленочный дерматит)	230
Кандидоз крупных кожных складок	232
Отрубевидный лишай	236

Pityrosporum-фолликулит (Malassezia-фолликулит)	240	Вульгарная пузырчатка	344
Эпидермофития ногтей (онихомикоз)	242	Листовидная пузырчатка	346
Ангулярный хейлит (заеды)	246	Буллезный пемфигоид	348
Грибковые инфекции кожи	248	14. ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	350
Дерматофития стоп (Tinea pedis)	252	Красная волчанка	350
Паховая дерматофития (Tinea cruris)	256	Хроническая кожная волчанка	352
Дерматофития гладкой кожи и кожи лица (Tinea corporis, Tinea faciei)	258	Подострая кожная красная волчанка	354
Дерматофития кистей (Tinea manuum)	262	Острая кожная красная волчанка	356
Нераспознанная дерматофития (Tinea incognito)	264	Дерматомиозит	358
Дерматофития волосистой части головы (Tinea capitis)	266	Склеродермия	362
Дерматофития области бороды (Tinea barbae)	270	Ограниченная склеродермия (морфеа)	366
10. ЭКЗАНЕМЫ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РЕАКЦИИ	272	15. ФОТОДЕРМАТОЗЫ И НАРУШЕНИЯ ПИГМЕНТАЦИИ	368
Неспецифическая вирусная сыпь	272	Поврежденная солнечным излучением кожа. Актинические изменения кожи, старение кожи под воздействием солнечного света	368
Детская розеола (Roseola infantum)	274	Полиморфный фотодерматит	372
Инфекционная эритема (пятая болезнь)	276	Поздняя кожная порфирия	376
Болезнь Кавасаки	278	Витилиго	380
Кожные лекарственные реакции	282	Идиопатический каплевидный гипомеланоз	384
Синдром токсического шока	290	Лентиго (множественное лентиго, юношеское лентиго, солнечное лентиго)	386
11. СИНДРОМЫ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И ВАСКУЛИТЫ	292	Мелазма (хлоазма, маска беременности)	390
Многоформная эритема	292	16. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ	392
Синдром Стивенса–Джонсона	294	Себорейный кератоз	392
Токсический эпидермальный некролиз	296	Мягкие фибромы	402
Узловатая эритема	298	Дерматофиброма	404
Васкулит мелких сосудов кожи (васкулит гиперчувствительности)	300	Келоиды и гипертрофические рубцы	408
Пурпура Шенлейна–Геноха	304	Кератоакантома	412
Болезнь Шамберга (пурпура Шамберга)	306	Невус сальных желез	416
Синдром Свита	308	Узелковый хондродерматит ушной раковины	420
Панникулит	311	Эпидермальная киста	422
12. ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ И УКУСЫ	312	Волосая киста (жировик)	426
Чесотка	312	Гиперплазия сальных желез	428
Вши (педикулез)	316	Сиринома	430
Миаз	320	17. ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И НЕМЕЛАНОМНЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ	432
Укусы пчел и ос	322	Базально-клеточный рак	432
Укус паука «черная вдова»	324	Актинический кератоз	440
Укус коричневого паука-отшельника	326	Плоскоклеточный рак	446
Болезнь Лайма	328	Болезнь Боуэна	452
Пятнистая лихорадка Скалистых гор	330	Лейкоплакия	456
Укусы блох	332	Кожная Т-клеточная лимфома	458
Кожная мигрирующая личинка	334	Рак Педжета соска молочной железы	462
Укусы огненных муравьев	336	Рак Педжета экстрамиллярный	464
Зуд купальщика	337	Метастазы в кожу	466
Укусы животных и человека	338		
13. ВЕЗИКУЛЯРНЫЕ И БУЛЛЕЗНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	340		
Герпетиформный дерматит	340		

18. НЕВУСЫ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ МЕЛАНОМА	470
Невус, меланоцитарный невус, родинки . . .	470
Синдром атипичного родимого пятна (синдром диспластического невуса, В-К-синдром родимого пятна)	476
Злокачественная меланома, злокачественное лентиго	480
Имитаторы меланомы	488
Врожденные меланоцитарные невусы	492
19. СОСУДИСТЫЕ ОПУХОЛИ И ПОРОКИ РАЗВИТИЯ СОСУДОВ	494
Гемангиомы раннего детского возраста . . .	494
Пороки развития сосудов	498
Вишневая ангиома	504
Ангиокератома	506
Венозные озера	510
Пиогенная гранулема	512
Саркома Капоши	514
Телеангиэктазии	518
Паукообразная гемангиома (Nevus araneus)	522
20. ЗАБОЛЕВАНИЯ ВОЛОС И НОГТЕЙ	524
Андрогенетическая алопеция (облысение по мужскому типу)	524
Андрогенетическая алопеция у женщин (потеря волос по женскому типу)	526
Телогеновое выпадение волос	528
Гнездная алопеция	530
Трихотилломания	534
Заболевания ногтей	536
21. ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ	550
Токсическая эритема новорожденных	550
Потница (Miliaria)	551
Мраморная кожа	552
22. КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ	554
Приобретенные кожные неопластические синдромы	554
Наследственные кожные паранеопластические синдромы	560
Черный акантоз	564
Нейрофиброматоз	566
Туберозный склероз	570
Кольцевидная гранулема	574
Липоидный некробиоз	578
Гангренозная пиодермия	580
ПРИЛОЖЕНИЯ	585
А. Здоровье кожи	585
В. Первичные и вторичные очаги и другие элементы	589
С. Дифференциальный диагноз в зависимости от локализации	597
Д. Количество крема, необходимое для нанесения и растирания	603
Е. Дерматологический формуляр	605
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ	648

Предисловие

Изменения в оказании медицинской помощи требуют постоянного совершенствования уровня знаний практического врача во всех медицинских дисциплинах. Дерматология не является исключением, поскольку 10% первичных посещений врача вызваны дерматологическими проблемами.

Эта книга составлена в качестве рабочего руководства по диагностике и лечению распространенных кожных заболеваний. Предполагалось, что ее содержание будет скорее актуальным, лаконичным и последовательным, чем всеобъемлющим. Фотографии были выбраны с целью проиллюстрировать ключевые диагностические признаки специфических заболеваний. Рисунки с цветными фигурками представляют статистику наиболее вероятного распределения очагов на теле.

Во 2-м издании мы усовершенствовали его как рабочий инструмент по определению и лечению распространенных дерматологических заболеваний. Мы бы хотели поблагодарить тех, кто внес свои замечания и предложения и способствовал переработке и усовершенствованию этого издания.

Содержание книги остается сжатым и лаконичным, оно было усовершенствовано согласно новейшим данным. Диагнозы представлены на фотографиях и цветных рисунках локализации кожных очагов. Дерматологический формуляр содержит сведения о новейших препаратах, имеющихся в свободной продаже и выдаваемых по рецепту.

Мы надеемся, что это издание всегда будет у Вас под рукой в Вашей личной медицинской библиотеке.

Thomas P Habif
James L Campbell Jr
M Shane Chapman
James GH Dinulos
Kathryn A Zug

1 Топическая терапия

Базовые принципы лечения

Поддержание кожного барьера

- Кожа участвует в жидкостном гомеостазе и защищает от инфекций, токсинов и вредного воздействия ультрафиолетового излучения.
- Эта защита обеспечивается роговым (наружным) слоем эпидермиса, благодаря непроницаемому барьеру, состоящему из жирных кислот, холестерина и керамидов, прочно скрепленных между плотно прилегающими друг к другу ороговевшими клетками, в которых содержится много белка.
- Целью топической или системной дерматологической терапии является восстановление и поддержание важных функций кожного барьера.

Очистка кожи

- Большинству лиц со здоровой кожей нет необходимости мыть все тело полностью каждый день.
- Пациентам следует пользоваться мягкими мылами и очищающими средствами, такими как «Cetapil», «Dove», «Keri» или «Oil of Olay», и избегать избыточного применения отшелушивающих косметических средств (так называемых «скрабов»), жестких мочалок и щеток.
- Мыла, содержащие ароматизаторы и антибактериальные добавки, могут вызывать раздражение.
- Пациентам не следует использовать для мытья очень горячую воду.

Увлажнение кожи

- Сразу после мытья кожу следует обсушить похлопывающими движениями и увлажнить смягчающим средством (эмоментом).
- Принципиальная разница между различными эмоментами состоит в соотношении содержащихся в них масел и воды. Масляной основой большинства эмоментов является вазелин, вода добавляется для получения кремов и лосьонов. Некоторые растворы и лосьоны имеют спиртовую основу.
- Чистый вазелин эффективно сохраняет влагу в коже, действует как барьер для ее раздражителей и является наименее раздражающим эментомом.

- Густые жирные на ощупь эмоменты, такие как вазелин, могут блокировать фолликулярные и эккринные отверстия, в редких случаях вызывая акне и потницу.
- Лосьоны равномерно распределяются по коже, хотя они не увлажняют и не защищают ее так же хорошо, как более густые кремы или вазелин.
- У некоторых пациентов содержащиеся в кремах и лосьонах консерванты могут вызывать раздражение кожи и аллергический контактный дерматит.
- Пациентам с чувствительной кожей следует пользоваться лосьонами без ароматических добавок.
- Многие кремы и лосьоны содержат добавки, «препятствующие старению» кожи, такие как витамины А, С и Е, но их эффективность не доказана.
- Во многие кремы и лосьоны добавляется солнцезащитный фактор, и это является эффективным способом замедлить старение кожи.
- Крем «Triceram» содержит в своем составе керамиды, которые в норме присутствуют в роговом слое, и считается эффективным эментомом.
- Кератолитические эмоменты, содержащие гликолиевые кислоты (молочную кислоту, салициловую кислоту) и мочевины, обеспечивают мягкий отшелушивающий эффект.
- Лосьоны «Sarna» (камфара и ментол) и «Pramosone» (прамоксин) являются примерами лосьонов с добавками для уменьшения зуда.
- Пациентам следует получить рекомендации по особенностям ухода за своей кожей у лечащего врача.

Примеры смягчающих кремов и лосьонов

Кроме уже упоминавшихся имеется много других эффективных продуктов.

Более густые кремы и мази

- Вазелиновое желе
- Мазь «Aquaphor»
- Крем «Eucerin»

Более легкие кремы

- «Acid Mantle»
- «Cetaphil»
- «DML»

- «Moisture!»
- «Nutraplus»

Более легкие лосьоны

- «Cetaphil»
- «DML»
- «Nutraderm»
- «Curel»
- «Aveeno»

Наружные лекарственные формы

- Два основных фактора влияют на эффективность наружного препарата: действующее вещество и вещество-наполнитель.
- Для того чтобы наружный препарат оказался эффективным, его нужно назначать в соответствующей концентрации и в наиболее подходящей для кожи лекарственной форме.
- Вещества-наполнители не только способствуют поступлению в кожу лекарственного вещества, но и сами обладают терапевтическими свойствами.
- Порошки оказывают подсушивающее действие и эффективны на влажных интритригнозных участках. Они являются наполнителями во многих противогрибковых препаратах.
- Вода, так же как и порошки, может подсушивать мокнущие высыпания, содействовать удалению чешуек и оказывать эффект при лечении кожных заболеваний с распространенным характером поражения (овсяная, дегтярная ванны).
- Мази представляют собой жирные эмульсии типа «вода в масле», которые эффективно доставляют лекарственное средство на сухую кожу. Мази увеличивают потенцию препарата в большей степени, чем кремы (например, мазь «Элокон» действует сильнее, чем крем «Элокон»).
- Кремы представляют собой эмульсии типа «масло в воде». Они могут вызывать охлаждающий эффект и не обладают таким окклюзионным действием, как мази.
- Пасты представляют собой мази, содержащие 20–50% порошка (окись цинка, крахмал). Они обладают большим подсушивающим действием, чем мази, и являются менее жирными.
- Растворы и лосьоны представляют собой прозрачные или молочно-белые жидкости, которые на коже испаряются, оказывая

подсушивающее действие. Они эффективно доставляют лекарственное вещество на волосистые участки кожи, такие как голова, руки и ноги. При их применении на открытых влажных участках кожи или слизистых оболочках пациенты могут испытывать жжение.

- Гели — прозрачные и нежирные лекарственные формы. Они подсушивают кожу при контакте с ней, создавая тонкую пленку. Эффективны при акне и кожных заболеваниях на волосистых участках тела. Нежирными лекарственными средствами также являются пенки.

Местная аппликация и дозировка

- Наружное средство необходимо мягко растереть на коже тонким слоем. Если слой будет толще, проникновение лекарства в кожу от этого не увеличится.
- 1 г крема занимает площадь 10×10 см, для мазей эта площадь немного больше.
- Доза «на кончике пальца» — еще один метод оценки того, сколько крема надо выдавить из тюбика и нанести на кожу. Доза «на кончике пальца» — это количество препарата, выдавленного из тюбика с диаметром отверстия 5 мм, которое занимает на указательном пальце расстояние от дистальной кожной складки до кончика. У взрослого человека вес дозы «на кончике пальца» составляет примерно 0,5 г. В Приложении С показано, сколько таких доз «на кончике пальца» необходимо, чтобы покрыть различные участки тела.
- Частота применения зависит от самого лекарственного средства, однако большинство дерматологических препаратов применяются 1–2 раза в день.
- Способность лекарства проникать в кожу колеблется в зависимости от анатомического участка тела (слизистые оболочки > мошонка > веки > лицо > туловище > конечности > ладони и подошвы).
- Условия, при которых нарушается целостность кожи, способствуют повышенному проникновению в нее лекарственного средства. По мере улучшения барьерной функции кожи перкутанная абсорбция снижается.
- Наиболее быстро кожа впитывает лекарства под окклюзивными повязками или костюмами.

Влажные повязки

- Влажные повязки или компрессы являются ценной помощью в лечении экссудативных кожных заболеваний
- 1. Возьмите чистую мягкую хлопчатобумажную ткань. Она не обязательно должна быть новой или стерилизованной.
- 2. Сложите ткань и обрежьте ее так, чтобы ее размеры слегка перекрывали площадь пораженного участка.
- 3. Смочите сложенную повязку, погрузив ее в раствор, и отожмите ее так, чтобы она была достаточно мокрой (раствор не должен стекать с повязки, она не должна быть и лишь слегка влажной).
- 4. Поместите влажную повязку на пораженный участок. Не следует лить раствор на повязку, чтобы поддерживать ее в мокром состоянии, поскольку такая практика увеличивает концентрацию раствора и может вызвать раздражение кожи. Снимите подсыхшую повязку и замените ее новой.
- 5. Оставьте повязку на пораженном участке на 30 мин. Компрессы можно применять 2–4 раза в день или же непрерывно. Когда кожа становится сухой, компрессы отменяют. Избыточное применение компрессов вызывает растрескивание кожи.
- Температура раствора для компресса должна быть прохладной, если желателен противовоспалительный эффект, и тепловатой, если целью компресса является санация инфицированного, покрытого коркой очага.
- Компресс не следует накрывать полотенцем или полиэтиленовой пленкой. Они препятствуют испарению, способствуют мацерации и увеличивают температуру кожи, что облегчает рост бактерий.

Польза влажных повязок

- Подавление воспаления – вызванное испарением охлаждение способствует сужению

поверхностных сосудов, уменьшая тем самым эритему и продуцирование серозной жидкости. Влажные повязки успокаивают острые воспалительные процессы, такие как острое раздражение, обусловленное воздействием ядовитого плюща.

- Санация раны – повязка способствует мацерации везикул и корочек, помогая удалять их при снятии компресса.
- Подсушивание – повторяющиеся циклы увлажнения и высыхания способствуют подсушиванию мокнущих влажных очагов.



На заметку педиатру

- У детей в возрасте до 1 года площадь поверхности тела значительно больше по сравнению с их весом. В связи с этим они подвержены большему риску побочных системных эффектов и токсичности от наружных лекарственных средств.
- Младенцы, рожденные до срока, имеют компромиссный барьер эпидермальной проницаемости, что способствует увеличению перкутанной абсорбции и системной токсичности от лекарственных и даже от доброкачественных гигиенических средств, таких как мыло и очищающие растворы.
- Новорожденные, содержащиеся под лампами обогрева, и перенесшие младенцы часто имеют сухую чешуйчатую кожу с трещинами, состояние которой улучшает применение успокаивающих мазей и кремов.

Топические кортикостероиды

Описание

- Гидрокортизон был впервые применен в 1952 г., и с тех пор местные кортикостероиды стали основными препаратами для лечения воспалительных дерматозов. Время подтвердило их безопасность и эффективность при условии правильного применения. В дерматологии наружные кортикостероиды применяются благодаря их противовоспалительным свойствам.

Дженерики и брендовые препараты

- Имеются дженерики многих наружных лекарственных форм, содержащих кортикостероиды, что существенно экономит финансовые средства пациентов.
- Хотя дженерики и выгодны с экономической точки зрения, их лекарственные формы могут существенно отличаться от аналогичных брендовых препаратов как по силе противовоспалительного действия, так и по включенным в их состав консервантам.

Фармакологическая эффективность кортикостероидов: группы I–VII

- Кортикостероиды для наружного применения разделены на 7 групп в зависимости от силы их противовоспалительного действия (группа I включает самые сильные из них, а группа VII — самые слабые; см. Приложение E «Дерматологический формуляр»).
- Ссылки на кортикостероиды для наружного применения в данной книге даются с указанием соответствующей группы.

Выбор соответствующей силы действия

- Успех или неудача терапии в большой степени зависят от выбора топического кортикостероида соответствующей силы действия.
- Наиболее существенными факторами, которые при этом следует принять во внимание, являются диагноз, локализация, возраст и финансовые ресурсы пациента.
- Для адекватного контроля за некоторыми высыпаниями, такими как при монетовидной экземе и дискоидной красной волчанке, требуется применение кортикостероидов I или II групп. При себорейном дерматите очень эффективны кортикостероиды V–VII групп.
- Дерматит на веках следует лечить кортикостероидами V–VII групп. Для ладоней и подошв нужны кортикостероиды I–III групп, поскольку толщина кожи снижает их эффективность.
- Пациенты, не реагирующие на терапию в течение 2 нед., нуждаются в переоценке их состояния.

- По традиции топические кортикостероиды мягко втираются в кожу 2 раза в день.
- Концентрации действующего вещества отражают относительную фармакологическую эффективность конкретного кортикостероида (триамцинолон 0,025; 0,05 и 0,1%) и не могут использоваться для сравнения различных кортикостероидов. Например, 0,05% клобетазола пропионат обладает намного более сильным фармакологическим действием, чем 1% гидрокортизон.
- Некоторые кортикостероиды называют фторированными, поскольку в них добавляется атом фтора для увеличения их фармакологической эффективности.
- Фторированные топические кортикостероиды вызывают атрофию, телеангиэктазии и стрии быстрее, чем нефторированные кортикостероиды.

Назначение топических кортикостероидов

Режимы дозирования

- В данном разделе приводятся наиболее общие рекомендации, специфические инструкции, и ограничения устанавливаются для каждого пациента индивидуально.

Топические кортикостероиды очень сильного действия (группа I)

- Пациентам не следует применять более 45–60 г крема или мази в неделю.
- Циклическое дозирование, например применение кортикостероида в течение 2 нед., а затем одна неделя перерыва, может ограничить побочные действия.
- Пациентам следует прописывать ограниченное количество таких сверхмощных кортикостероидов, осуществляя при этом постоянный контроль.
- Трудно поддающиеся лечению воспалительные заболевания, такие как бляшечный псориаз и экзема ладоней, наиболее эффективно реагируют, если топические кортикостероиды группы I назначают 2 раза в день в течение 2 нед., а затем выдерживают 1 нед. перерыва. Такой режим повторяют, пока не достигают желательного контроля за состоянием пациента.

Топические кортикостероиды групп II–VII

- Топические кортикостероиды II–VI групп следует применять 2 раза в день.
- Адекватного ответа на терапию можно ожидать через 2–6 нед.
- Назначение гидрокортизона, слабого топического кортикостероида группы VII, при состоянии интенсивного воспаления кожи

является распространенной ошибкой, которой следует избегать.

Методы аппликации (простые и окклюзионные)

Простые

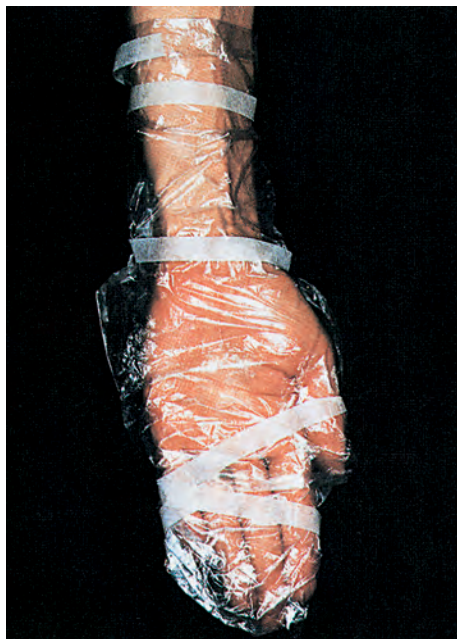
- Под простой аппликацией понимают втирание тонкого слоя топического кортикостероида в кожу без помощи окклюзионной повязки.
- Мыть пораженный участок перед каждой аппликацией не обязательно.
- Различные участки поверхности кожи отличаются по способности абсорбировать топические кортикостероиды.
- Дерматит век быстро реагирует на кортикостероиды VI или VII группы. В этой зоне следует избегать применения кортикостероидов более высокой потенции.
- Кожа на ладонях и подошвах толстая и требует применения кортикостероидов групп I—III («Флуцинар», «Лоринден», «Латикорт»).
- Интертригинозные участки (например, подмышечные впадины, паховая область, промежность и область между молочными железами) быстро реагируют на кортикостеро-

иды V—VII групп, поскольку влага и окклюзия увеличивают чрескожную абсорбцию.

- Топические кортикостероиды быстро впитываются воспаленной кожей и дают быструю первоначальную реакцию.

Окклюзия

- Окклюзионные повязки (например, «Saran Wrap») увлажняют роговой слой и способствуют повышению абсорбции, что позволяет применять менее сильные кортикостероиды.
- Длительное применение окклюзионной повязки может вызвать поверхностную кожную инфекцию (обычно *Staphylococcus aureus*) и/или воспаление волосяных фолликулов. Если развиваются пустулы, следует назначить местные («Бактробан») или системные противостафилококковые антибиотики (цефалексин по 500 мг 2–3 раза ежедневно в течение 7–10 дней), а также возможно применение комбинированных препаратов («Флуцинар N», «Лоринден C», «Латикорт», «Оксикорт»).
- Окклюзионные повязки можно применять днем в течение 2 ч или в течение 8 ч сна. Простые аппликации можно чередовать с аппликациями под окклюзионными повязками.



Окклюзия на ладони. Полиэтиленовый пакет натягивают на ладонь и прижимают к ней, чтобы вытеснить воздух. Пакет плотно обертывают клейкой лентой.



Окклюзия на руке. Полиэтиленовая пленка (например, «Saran Wrap») обмотана вокруг конечности и закреплена на обоих концах клейкой лентой. Можно использовать полиэтиленовый пакет с обрезанным дном в качестве импровизированного рукава и закрепить его на месте клейкой лентой или эластичным бинтом.

Метод окклюзии

- Участок кожи следует очистить водой с мягким мылом. Антибактериальное мыло применять не обязательно.
- Топические кортикостероиды мягко втирают в очаги и покрывают всю зону полиэтиленом (например, полиэтиленовыми пакетами или перчатками).
- Повязку закрепляют клейкой лентой так, чтобы она находилась близко к коже, а ее концы были герметично закрыты. Полиэтилен следует закрепить эластичным бинтом или носком.
- Лучший результат достигается, если повязка остается на месте минимум 2 ч. Многие пациенты считают время сна наиболее подходящим для применения окклюзионных повязок.
- Сразу после удаления повязки, пока кожа еще влажная, на нее еще раз наносят лекарственное средство.
- Виниловые спортивные костюмы (костюмы для сауны) эффективны для окклюзии на больших участках тела.

Системная абсорбция

- При правильном применении кортикостероидов системные эффекты бывают редко.

- Непрерывное бесконтрольное применение топических кортикостероидов на больших участках тела может привести к значительной системной абсорбции.

Комбинации кортикостероидов с антибиотиками

- Некоторые препараты содержат комбинацию антибиотиков и кортикостероидов.
- Большинство реагирующих на кортикостероиды кожных заболеваний можно успешно лечить без применения наружных антибиотиков, что делает комбинацию этих веществ излишней.
- Неомицин является частой причиной аллергического контактного дерматита, поэтому его следует избегать. Препараты, содержащие гентамицин, лишены этого недостатка.
- Комбинации кортикостероидов и противогрибковых средств («Миколог», «Лотризон») очень дорогие, и применение их ограничено. Топический кортикостероид бетаметазон, входящий в состав «Лотризона», слишком сильный для интертригинозных участков и может вызвать перманентные стрии.



14 Стероидная атрофия. Длительное применение клобетазола, топического стероида группы I, вызвало атрофию дермы и хрупкость кожи. Кровотечение и разрывы кожи происходят при малейшей травме.

2

Экзема

Острое экзематозное воспаление (острая экзема)

Описание

■ Острое экзематозное воспаление клинически характеризуется эритемой, отеком и образованием везикул. Типичным является мокнутие очагов в острой стадии. Зуд часто тяжелый.

История заболевания

- Существует множество причин острой экземы. К ним относятся контактная сверхчувствительность к специфическим растительным аллергенам, таким как ядовитые плющ, дуб или сумах, и другим аллергенам.
- Никель, наружные лекарственные средства, такие как бацитрацин, неомицин и бензокаиновые ароматизаторы, консерванты в продуктах личной гигиены и органические вещества в добавках также являются распространенными причинами острого экзематозного воспаления. Дерматит раздражения обычно возникает после повторяющихся контактов с водой, растворами или растворителями.
- При так называемой «id»-реакции острая экзема с везикулами возникает в месте (например, на ладонях), удаленном от активной грибковой инфекции (например, на подошвах).
- Застойный дерматит, чесотка, реакции раздражения, а также дисгидротическая и атопическая экземы могут проявляться в виде острого экзематозного воспаления.

Клиническая картина

■ Клинические признаки включают эритему, отек, образование везикул и мокнутие. Воспаление может быть от умеренно выраженного до сильного. На поверхности кожи наблюдаются маленькие прозрачные, наполненные жидкостью везикулы. Могут развиться пузыри.

Лабораторная диагностика

■ Следует провести лоскутный тест для оценки гиперчувствительности замедленного типа, если локализация экземы предполагает контакт, если заболевание рецидивирует и не поддается лечению или известно о контакте с кожными аллергенами на работе или при иных привычных занятиях.

■ При свежей или недавней экземе проведите тест на чесотку. Исследуйте соскоб чешуек в растворе гидроксида калия для исключения дерматофитной грибковой инфекции. Анализ крови практически не поможет в оценке острой экземы.

Течение и прогноз

- Если провоцирующих факторов можно избежать, высыпания улучшаются за 7–10 дней, к 3-й неделе кожа становится полностью чистой.
- Экскориация предрасполагает к инфекции и вызывает скопление серозной жидкости, корок и гноя. Результатом эксскориации может стать вторичная стафилококковая инфекция, а также ухудшение дерматита и увеличение его продолжительности.



Острая экзема. Везикулы расположены линейно, что предполагает контактный дерматит.



Наиболее типичное проявление кожных метастазов – скопление одиночных твердых неболезненных узлов цвета кожи, которые появляются внезапно, растут быстро, достигают определенного размера (часто 2 см) и остаются стабильными.



Вторая по частоте картина кожных метастазов – воспаление с эритемой, отеком, горячей поверхностью кожи и болезненностью.



Биопсия этого твердого узла выявила метастазирующую аденокарциному.

18 Невусы и злокачественная меланома

Невус, меланоцитарный невус, родинки

Описание

- Невусы – это доброкачественные опухоли кожи, состоящие из производных от меланоцитов невусных клеток; невусы классифицируют в зависимости от времени их появления и расположения невусных клеток.

Анамнез

- Невусы повсеместно распространены у людей и встречаются одинаково часто как у мужчин, так и у женщин.
- Невусы, присутствующие при рождении или возникшие в период раннего младенчества, называются врожденными.
- Распространенность приобретенных невусов достигает пика в подростковом периоде, лишь немногие невусы приобретаются после 30 лет.
- Невусы, которые приобретаются или меняются после 30 лет, должны вызывать подозрение.
- Воздействие солнца является стимулом для роста невусных клеток.
- Большинство приобретенных невусов появляется на открытых действию солнца участках кожи.
- Приобретенные невусы, которые появляются на защищенных от воздействия солнца участках, должны считаться подозрительными.
- У большинства взрослых имеется от 12 до 20 невусов; большее количество невусов может быть семейной особенностью.
- Существующие невусы могут увеличиваться в размерах и приобретать более сильную пигментацию в период полового созревания или во время беременности.
- Невусы обычно бессимптомны, хотя иногда возможно раздражение одеждой или вследствие внешней травмы.

Эволюция очагов

- Приобретенные невусы вначале появляются в виде плоских, круглых, равномерно окрашенных папул.
- Во время фазы роста невусы распространяются латерально, оставаясь плоскими и симметричными.
- Невусы могут быть лишь немного темнее кожи по цвету и слегка приподнятыми в центре, оставаясь стабильными по размеру и внешнему виду в течение нескольких лет.
- С течением времени невусы продолжают оставаться слегка приподнятыми, сохраняя однородность окраски, оттенок которой становится более светлым.
- Иногда невус выглядит как папула цвета кожи и в более позднем возрасте может полностью исчезнуть.
- После 70 лет остаточные невусы наблюдаются редко.

- Наиболее типичная локализация
- Нетипичная локализация
- Типичная локализация



На заметку практикующему врачу

■ Доброкачественные невусы имеют однородный внешний вид и предсказуемый жизненный цикл.

- Невусы, которые отклоняются от этой картины, должны вызывать подозрение и подвергаться биопсии.
- При оценке пациентов с невусами помогает дерматоскопия. Требуется знание этой методики и опыт оценки ее результатов.



Пятнистые лентигозные невусы представляют собой распространенные безволосые коричневые очаги, покрытые темно-коричневыми или черными пятнышками. Эта особая форма невуса является доброкачественной.



Типичное проявление дермального невуса на лице. Куполообразная папула имеет телеангиэктазии на поверхности и напоминает базально-клеточную карциному. Очаг оставался стабильным в течение лет.



Это типичное проявление невуса на волосистой части головы. Пигмент отсутствует, а поверхность невуса дольчатая.



Дермальный невус без пигмента. Пациенты часто полагают, что родинки должны быть пигментированные. Эта гладкая белая папула оставалась неизменной в течение многих лет.



Этот дермальный невус имеет консистенцию мягкого мешочка. Биопсия показывает избыток соединительной ткани и очень немного невусных клеток.

Синдром атипичного родимого пятна (синдром диспластического невуса, В-К-синдром родимого пятна)

Описание

- Синдром атипичного родимого пятна включает множественные клинически атипичные невусы и повышенный риск меланомы. Синдром носит семейный характер, но может встречаться и спорадически.

Анамнез

- Впервые был описан Кларком и соавт. в 1978 г. под названием «В-К-синдром родимого пятна».
- Имеются крупные неправильной формы невусы в различных цветовых вариациях и пальпируемый компонент в дерме.
- Был обнаружен в повышенном количестве в 6 семьях, которые были обследованы Кларком в 1978 г., причем многие члены семей имели в анамнезе меланому.
- Невусы стали считаться фенотипичными маркерами для членов семей с повышенным риском развития меланомы.
- Этот синдром известен как синдром атипичного родимого пятна, или синдром меланомы.
- Наследуется синдром по аутосомно-доминантному типу с различной степенью экспрессивности.
- Эти клинически и гистологически характерные меланоцитарные невусы возникают как единичные очаги, как множественные очаги в спорадических случаях и как множественные очаги при семейном синдроме.
- Во всех трех случаях атипичные невусы считаются предвестниками меланомы, чаще всего поверхностно-распространяющегося типа.
- Более 90% пациентов с семейной меланомой имеют атипичные невусы.
- В терминологии и критериях с течением времени возникло много путаницы.
- В настоящее время предпочитают термин «атипичный невус».
- С учетом применяемых критериев атипичные невусы являются частым явлением, распространенность составляет 5–20%.
- Хотя единичные атипичные невусы встречаются довольно часто, семейный синдром наблюдается редко.
- Распространенность спорадических (не семейных) множественных атипичных невусов неизвестна.
- Мужчины и женщины поражаются одинаково часто.

- Атипичные невусы при рождении отсутствуют, а начинают развиваться в течение периода раннего детства.
- Характерные признаки атипичного невуса наблюдаются в период полового созревания.
- В отличие от распространенных меланоцитарных невусов, которые перестают появляться после 30 лет, атипичные невусы продолжают возникать в более взрослом возрасте.
- Воздействие солнечного света не влияет на возникновение атипичных невусов, очаги развиваются как на открытых солнцу, так и на защищенных от него участках поверхности тела.
- Атипичные невусы лучше всего считать частью спектра кожных явлений от доброкачественных невусов до меланомы.
- У пациентов с множественными атипичными невусами количество невусов различно.
- У большинства пациентов имеется более 50 меланоцитарных невусов, некоторые из них по внешнему виду атипичны.
- Разница между отдельными невусами может быть весьма значительной.
- Невусы обычно бессимптомны.

Клиническая картина

- Атипичные невусы отличаются от обычных приобретенных меланоцитарных.
- Атипичные невусы обычно крупнее, их размер составляет от 6 до 15 мм в диаметре.
- Граница атипичных невусов имеет неправильные очертания и незаметно переходит в окружающую кожу.

- Наиболее типичная локализация
- Нетипичная локализация
- Типичная локализация



- Цвет очага различен и представляет собой причудливую смесь розового, желтого, коричневого и черного оттенков.
- Поверхность очага неровная, часто с центральной или эксцентричной папулой, которую окружает выраженное пятно.
- Атипичные невусы могут появляться на любом участке кожи, но чаще встречаются на туловище и верхних конечностях.
- Часто невусы располагаются на защищенных от солнца участках тела, таких как волосистая часть головы, паховая область, ягодицы, молочные железы у женщин, а также ладони и подошвы.

Другие признаки

- У пациентов имеется повышенный риск развития меланомы глаза.

Лабораторная диагностика

- Терминология и гистологические критерии диагноза атипичного невуса остаются противоречивыми.
- Существует консенсус по поводу следующих признаков:
 - асимметрия структуры;
 - внутриэпидермальные меланоциты выходят за пределы дермального компонента субэпидермальной фиброплазии;



Пигментация атипичных невусов варьирует как у папулезного, так и пятнистого компонентов. Отличить их от меланомы бывает трудно.



Картина «яичницы» при атипичном невусе. Центр очага темного цвета и приподнят. Пигментация пятна на периферии постепенно беднеет и сливается с окружающей кожей.

- Эпштейна–Барра вирус, 272, 457
- Эритема
 акральная вследствие химиотерапии, 285, 288
 некротическая мигрирующая, 558–559
 опосредуемая токсинами, 273
- Эритема инфекционная, 276–277
- Эритема мигрирующая, 328, 329
- Эритема многоформная, 292–293
- лекарственная, 284, 285, 287
 рецидивирующая при простом герпесе, 211, 292, 293
- Эритема токсическая новорожденных, 550
- Эритема узловатая, 283, 298–299, 311
- Эритема, опосредуемая токсинами, 273
- Эритразма, 232, 250–251, 252
- Эритродермия
 эксфолиативная, 283, 285
 при синдроме Сезари, 458, 460
- Эритромицин, 612
 при акне, 100, 101, 609
 для профилактики целлюлита, 151
 при гнойном гидрадените, 110
 при периоральном дерматите, 104
 при лихеноидном лишае, 143
 при розовом лишае, 132
 при розацеа, 108
 при инфекциях, передающихся половым путем, 172, 178
- Эритроплазия Кейра, 448, 452, 454, 455
- Эритроплакия, 456, 457
- Эрозии, 593
 в области подгузников, 230
 при вульгарной пузырчатке, 344, 345
- Этанерсепт (Энбрел), 123
- Эуцерин, 9, 621
- Эфализумаб (Раптива), 123
- Эфлорнитин гидрохлорид, 158–160
- Юношеское лентиго, 386, 387–388
- Ягодицы, 598
- Ядовитый дуб, 20–22
- Ядовитый плющ, 19, 20–23, 45
- Ядовитый сумах, 20–22
- Язвы ног
 дифференциальный диагноз, 68
 при венозной недостаточности *см.* Венозные язвы конечностей
- Язвы, 593
 гемангиомы первых лет жизни, 494, 496, 497
 конечностей при венозной недостаточности
см. Венозные язвы конечностей
 меланомы очаги, 486, 487
 некробиоз липоидный, 578
 пиодермия гангренозная, 580, 581, 583
 шанкرويد, 178, 179
- «Ясневый лист», гипопигментированное пятно, 570, 573

Томас П.Хэбиф

КОЖНЫЕ БОЛЕЗНИ
Диагностика и лечение

Перевод с английского

Под общ. ред. акад. РАМН, проф. А.А.Кубановой

3-е издание

Главный редактор: *В.Ю.Кульбакин*

Ответственный редактор: *Е.Г.Чернышова*

Редакторы: *М.Н.Ланцман, Н.Л.Пиганова*

Корректор: *Л.Ю.Шанина*

Компьютерный набор и верстка: *С.В.Шацкая, Д.В.Давыдов, А.Ю.Кишканов*

ISBN 5-98322-407-7



Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.

Подписано в печать 09.04.08. Формат 70×100/16.

Бумага мелованная. Печать офсетная. Объем 42 п.л.

Гарнитура Таймс. Тираж 5000 экз. Заказ №Т-442

Издательство «МЕДпресс-информ».

119048, Москва, Комсомольский проспект, д. 42, стр. 3

Для корреспонденции: 105062, Москва, а/я 63

E-mail: office@med-press.ru

www.med-press.ru

Отпечатано в ОАО ПИК «Идел-Пресс»

в полном соответствии с качеством предоставленных материалов.

420066, г. Казань, ул. Декабристов, 2