

М. А. Мукаррамов

Кожные и венерические болезни

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН УЧЕБНО- МЕТОДИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ ПО
ВЫСШЕМУ И СРЕДНЕМУ МЕДИЦИНСКОМУ ОБРАЗОВАНИЮ
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

Кожные и венерические болезни

(учебная разработка для студентов медицинских институтов)

**Тошкент
«ТИВ- КИТОВ»
2007**

Составитель:

Мукаррамов М.А – доцент кафедры дерматовенерологии ТашПМИ

Рецензенты:

1. Арифов С.С. – д.м.н., профессор, зав. Кафедрой дерматовенерологии ТашИУВ МЗ РУЗ
2. Шахабиддинов Т.Т.- д. м. н., профессор кафедры дерматовенерологии ТашПМИ.

Предисловие

С целью создания в высших медицинских учебных заведениях второй ступени образования- магистратуры и выполнения задач постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан об образовании, национальной программе по подготовке кадров и программы реформирования системы здравоохранения, решено разработать учебное пособие по специальности – дерматовенерологии.

Кожные и венерические болезни чрезвычайно многообразны по клиническим проявлениям. За последнее десятилетие резко возросла заболеваемость ими среди детского населения. С кожными и венерическими заболеваниями приходится сталкиваться врачам всех клинических специальностей.

Дерматологию и венерологию давно уже не считают сугубо узкими специальностями. Напротив, знание основ этих дисциплин стало необходимым повседневной деятельности врача любого профиля, и изложение их должно считаться одним из обязательных этапов подготовки врача любой специальности.

Подход к преподаванию дерматовенерологии имеет своих характерные особенности на каждом клиническом факультете – лечебном, педиатрическом и др. Так специфика преподавания на педиатрическом факультете обусловлено особенностями течения детской патологии, проявлениями кожных болезнями и сифилисом у детей.

Эти обстоятельства побудили к созданию отдельных программ для преподавания, как для студентов, так и для магистров медицинских институтов.

При создании данного учебного пособия были учтены все требования МЗ РУз дл того, чтобы читатель мог без особого труда найти и изучить нужный по программе раздел, получив ответ на все вопросы по характеру избранной специальности.

В данном учебном пособии описана группа заболеваний кожи, объединенных по первичным морфологическим элементам высыпаний. Они включают розеолезно – пятнистые, папулезные, пустулезные, буллезные и уртикарные дерматозы. В описании каждой формы заболевания кратко дается этиологическая характеристика. Подобный нетрадиционный подход с одной стороны позволяет правильно установить диагноз болезни.

За основу настоящего руководства были взяты данные медицинской литературы, посвященной основным вопросам дерматовенерологии с учетом требования сегодняшнего дня. Руководство проиллюстрировано таблицами. Для самоконтроля полученных знаний предложенный 80 тестовых вопросов.

Данное учебное пособие с большим успехом может служить как для студентов 6-7 курсов, так и для врачей – магистров, клинических ординаторов и врачей-дерматовенерологов.

Заведующий кафедрой дерматовенерологии
ТашПМИ, член Европейской академии
дерматологии и венерологии,
д. м. н., профессор Шадиев Хаким Каюмович

ТЕМА-1

РОЗЕОЛЕЗНО-ПЯТНИСТЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

Группа заболеваний кожи, для которых характерны разнообразные воспалительные пятнистые высыпания.

Различают заболевания, когда воспалительное пятно (эритема, розеола) является основным (или единственным) проявлением поражения кожи. К таким заболеваниям относятся следующие дерматозы:

1. Многоформная экссудативная эритема;
2. Центробежная кольцевидная эритема;
3. Гирляндобразная мигрирующая эритема;
4. Хроническая мигрирующая эритема;
5. Фиксированная сульфаниламидная эритема;
6. Ревматическая эритема Лендорфа-Лейнера;
7. Стойкая фигурная эритема Венде;
8. Наследственная эритема ладоней и подошв;
9. Скарлатиноформная десквамативная рецидивирующая эритема Фереоля-Бенье;
10. Подострая генерализованная эксфолиативная эритродермия Вильсона-Брока;
11. Десквамативная эритродермия Лейнера-Муссу;
12. Эризипеллоид Розенбаха.

Кроме того воспалительные пятна могут быть одним из компонентов полиморфной сыпи при:

1. Розовом лишае;
2. Токсикодермии;
3. Дерматитах;
4. Розацеа.

Пятна являются одним из проявлений инфекционных заболеваний: кори, скарлатины, сыпного тифа, краснухи, сифилиса, а также могут быть проявлением грибковых поражений кожи.

Многоформная экссудативная эритема

Клинически различают 2 формы заболевания: идиопатическая и симптоматическая

Идиопатическая	Симптоматическая
-инфекционно-аллергический генез (с очагами хронической инфекции; тонзиллит, кариес зубов, отит, гайморит)	- аллергический генез (на лекарственные препараты; антибиотики, сульфаниламидные препараты, вакцины)
- вирусная природа	-нет вирусной природы и связи с инфекционными факторами
-рецидивирующее течение	-рецидивы связаны с повторным приемом препаратов
-обострение в весеннее и осеннее время года	-начало и рецидивы не связаны с сезонами года

Х а р а к т е р и з у е т с я:

- Многолетним течением;
- Болеют чаще дети, лица молодого и среднего возраста;

К л и н и к а:

- Субфебрилитет, недомогание;
- Развивается на фоне ОРВИ, ангины;
- Симметричное, распространенное поражение кожи;
- Локализация на разгибательной поверхности (кисти, предплечья), при 4 степени - поражаются лицо, шея, голени, тыл стопы, нередко слизистые оболочки рта, губ;
- Морфологические элементы – воспалительное пятно с резкими границами. Пятно (или отечная папула), округлых очертаний, диаметром 3-15мм, розово-красного или ярко-красного цвета (обычно с цианотичной каймой). Центробежный рост с западением в центральной части, в результате чего возникают кольцевидные элементы. По краю очага образуется периферический валик, а центр элемента, западая, приобретает цианотичный оттенок;
- Пятна склонны к слиянию и образуют фигуры с полициклическими очертаниями (гирлянды, дуги);
- В разгар заболевания могут быть уртикарии, реже пузырьки, пузыри (в связи с этим отмечают: пятнистую, папулезную, пятнисто-папулезную, везикулезную, буллезную или везикуло-буллезную разновидности заболевания);
- Новые высыпания появляются в течении первых нескольких дней и сопровождаются температурой, недомоганием, головными болями и болями в области сыпных элементов;
- Длительность заболевания 10-15 дней и заканчивается бесследно, может сохраняться нестойкая гиперпигментация.
- Гистопатология: спонгиоз, внутриклеточный отек.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

Центробежная кольцевидная эритема Дарье; фиксированная сульфаниламидная эритема; узловатая эритема.

Озноблиение:

- Болезненные при пальпации узлы ярко-красного цвета, со сменой окраски по типу «цветного синяка» (а не пятен);
- Схожесть по сезонности и рецидивам;
- Локализация - дистальные отделы конечностей;
- Отличие - нерезко ограниченные эритематозные пятна и узелки;
- Нет западения в центре;
- Отсутствует вдавление в центре;
- Локализация: на передней поверхности голени;
- Зуд при переходе в теплое помещение;

Центробежная кольцевидная эритема Дарье (ЦКЭД)

Встречается чаще у людей среднего возраста. Этиология - неизвестна (инфекционно-аллергическая; токсико-аллергическая). Развивается заболевание остро, продолжается много месяцев (появление новых элементов). Могут быть рецидивы.

К л и н и к а:

Морфологические элементы - нешелушащиеся желтовато-розового цвета отечные пятна, превращающиеся в приподнятые гирляндобразные кольцевидные элементы (пальпаторно в виде шнура). За счет эксцентрического (центробежного) роста диаметр

может достигать 5см. Центральная часть их разрешается и слегка пигментируется, иногда в центре могут быть новые высыпания. Локализация - туловище, проксимальные отделы конечностей. Субъективные симптомы отсутствуют, иногда зуд и жжение.

А т и п и ч н ы е ф о р м ы:

1) *шелушащаяся форма* – шелушение появляется у наружного края в виде тонкой белой каймы;

2) *везикулезная форма* – по краям высыпных элементов периодически появляются и быстро проходят везикулы;

3) *простая гирляндобразная эритема* – отличается от типичной формы кратковременным существованием пятен и стойкой микрогирляндобразной эритемой, небольшими размерами элементов, диаметром 1 см.

Гистологически – меж - и внутриклеточный отек мальпигиевого слоя, дермальная инфильтрация.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

<p>1. Хроническая крапивница -уртикарные высыпания, зуд, жжение, эфимерные элементы</p>	<p>ЦКЭД -нешелушащиеся желтовато-розового цвета отечные пятна, превращающиеся в приподнятые гирляндобразные кольцевидные элементы</p>
<p>2. Кольцевидная гранулема –локализация- дистальные отделы конечностей, область суставов, отсутствует эксцентрический рост и выраженные воспалительные явления –периферическая кайма очага составлена из отдельных округлых, блестящих розовых узелков –гистологически - некробиоз, дегенерация коллагена с некрозом</p>	<p>-локализация - проксимальные отделы конечностей, имеется эксцентрический рост и выраженное воспаление –периферическая зона элемента-уртикарная розовая полоска, напоминающая «длинный шнур» –гистологически межклеточный отек, инфильтрация</p>
<p>3. Многоформная экссудативная эритема -локализация – разгибательные поверхности дистальных отделов конечностей, лицо, шея, слизистые оболочки рта -медленный рост морфологических элементов, цианотичная кайма по краю -полиморфные элементы на высоте развития (пятно, папула, уртикарии) -общие явления (температура, недомогание, головные боли)</p>	<p>-локализация- туловище проксимальные отделы конечностей –быстрый рост, пигментация в центре –пятна отечные –общие явления отсутствуют</p>
<p>4. Герпетиформный дерматит Дюринга -эозинофилия в крови -большое количество пузырьков - положительная «йодная проба» -субъективно зуд, жжение</p>	<p>От везикулезной формы болезни -эозинофилия не характерна -единичные везикулы -отрицательная «йодная проба» -субъективных ощущений нет</p>
<p>5. Третичная розеола Фурнье -состоит из крупных колец, дуг, полуколец бледно-красного цвета -одионочные элементы -отсутствуют выраженный эксцентрический</p>	<p>ЦКЭД -кольцевидные –множественные элементы – выраженный эксцентрический рост и</p>

рост и шнурообразные отечные края высыпаний -наблюдается с бугорковым сифилидом -положительные серологические реакции	шнурообразные отечные края высыпаний; -бугорки отсутствуют; -отрицательные серологические реакции
--	---

Фиксированная сульфаниламидная эритема (ФСЭ)

Большинство сульфаниламидных токсикодермий проявляются в виде фиксированной сульфаниламидной эритемы. Но аналогичную картину могут дать антипирин, амидопирин, барбитураты.

Клиника часто напоминает многоформную экссудативную эритему.

Заболевание также может поражать слизистую оболочку полости рта, кожу туловища, конечностей, реже половых органов. Л.Н. Машкиллейсон (1965) отмечает: полость рта, кожу туловища, половых органов как характерную локализацию «триаду». В начале появляется одно, а затем два и более пятен розово-синюшного или буровато-синюшного цвета, округлых очертаний с резкими границами, диаметром 2-7 см. Периферическая зона несколько отечна и более яркая. На поверхности пятен иногда появляются пузыри (буллезная форма). На слизистой оболочке полости рта и половых органов пузыри быстро вскрываются. Субъективно отмечаются зуд, жжение.

Атипичные формы: пелагроидная, экземоподобная, по типу узловых эритемы. Могут быть рецидивы заболевания при каждом новом приеме сульфаниламидного препарата. Новые элементы постепенно «подсыхают» и сменяются стойкой темной гиперпигментацией.

Гистологически: акантоз, спонгиоз, небольшой гиперкератоз, пигментообразование. Дерма - различной степени выраженности воспалительные явления.

Для подтверждения заболевания проводятся иммунологические тесты с сульфаниламидными препаратами (тест бласттрансформации лимфоцитов).

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

Многоформная экссудативная эритема (идиопатическая)	ФСЭ
-сезонность (обострение: весна, осень)	- отсутствие сезонности
-локализация - разгибательная поверхность, чаще дистальные отделы конечностей	-чаще слизистые оболочки, реже конечности
-пятно красного цвета(или папула)	-пятна розово-синюшного, буро-синюшного цвета
-диаметр 3-15мм	-диаметр 2-7 см
-центробежный рост, западение в центре	-отсутствие центробежности, западения в центре, периферическая зона отечна, более яркая
-при даче сульфаниламидных препаратов рецидива нет	-рецидивы
-сыпь при обострении может быть полиморфной	-редко полиморфизм
-пробы с сульфаниламидными препаратами отрицательные	-пробы с сульфаниламидными препаратами положительные

Кольцевидная ревматическая эритема Лендорфа-Лейнера (КРЭЛ-Л)

Проявляется в активной фазе ревматизма одним из вариантов поражения кожи, кроме ревматических узелков.

К л и н и к а:

- Множественные поверхностные кольцевидные и полушаровидные шелушащиеся эритематозные пятна различной величины;
- Расположение: кожа туловища, конечностей, реже лица;
- Характерно: быстрое бесследное исчезновение отдельных элементов;
- Отсутствует центробежный рост.

Диагноз ставится на основании характерной клинической картины - появляются множественные кольцевидные поверхностные нестойкие эритематозные пятна, возникающие у больных ревматизмом в фазе обострения процесса, о чем свидетельствуют ревматоидные пробы.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

1. Центробежная эритема Дарье	КРЭЛ-Л
<ul style="list-style-type: none"> - высыпания характеризуются выраженным центробежным ростом -отчетливо уртикарный, плотный, шнурообразный край элементов -значительная устойчивость элементов (недели) -возможно появление в центре старых очагов новых высыпаний (в форме “ириса”) 	<ul style="list-style-type: none"> -отсутствие центробежного роста -эритематозный край -быстрое бесследное исчезновение отдельных элементов -не бывает
<p>2. Токсикодермии</p> <ul style="list-style-type: none"> -анамнез (аллерген); иммунологические тесты (реакция бласттрансформации лимфоцитов); -сыпь редко бывает мономорфной; -обычно, кроме воспалительных пятен, имеются узелки, везикулы 	<ul style="list-style-type: none"> -не характерно для КРЭЛ-Л, но имеется тесная связь с ревматическим процессом -мономорфная сыпь -нет узелков, везикул
<p>3. Фиксированная сульфаниламидная эритема</p> <ul style="list-style-type: none"> -ее очаги отличаются устойчивостью -гораздо более насыщенного красного или буро-красного цвета с последующей гиперпигментацией 	<ul style="list-style-type: none"> -неустойчивые очаги -красноватые, бесследно исчезающие

Стойкая фигурная эритема Венде (СФЭВ)

Этиология - неизвестна.

К л и н и к а:

- появление на коже туловища или конечностей округлой или овальной формы эритематозных пятен диаметром 5-10 см;
- отсутствие зуда и инфильтрации;
- постепенно центральная часть эритемы слегка пигментируется и шелушится;
- периферическая зона остается красной, на нее тоже распространяется шелушение, но в меньшей степени, чем в центре;

-длительное течение (годы);

Диагноз: появление одного или двух участков поражения, округлых или овальных шелушащихся эритем диаметром 5-10 см со слегка пигментированным центром.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

	СФЭВ
1. Поверхностная трихофития -такиеже округлые или овальные, резкоограниченные, эритематозные пятна с шелушением -не выражена тенденция к распространению очагов по кожному покрову, к слиянию, образованию очагов поражения с фестончатыми краями -по периферии на фоне резкой гиперемии могут быть мелкие, быстро засыхающие везикулы -центр западает и цвет их становится желто-бурым -в центре старого очага могут вновь возникнуть высыпания -микроскопия – обнаруживаются грибы <i>Trichophyton violaceum</i> ; <i>T. Crateriforme</i>	-нет слияния, распространения, фестончатые края -везикулы по периферии -нет гиперпигментации -центр слабо пигментирован -не могут -нет
2. Хроническая мигрирующая эритема Афцелиуса-Липшютца -возникает на месте укуса любого клеща -выражен эксцентрический рост, край очага представлен шелушащейся эритемой, а центр его слегка пигментирован -не столь длительное течение	-нет причины -нет выраженной тенденции к эксцентрическому росту шелушение по краю и по центру -длительное течение
3. Кольцевидная центробежная эритема Дарье -округлые очаги, множественные -не шелушатся -в центральной части очагов могут быть новые высыпания - края очагов отечные	-единичные -шелушатся -в центральной части нет новых высыпаний -края лишь эритематозные
4. Третичная розеола Фурнье -не шелушится и наблюдается одновременно с другими проявлениями сифилиса, положительные серологические реакции	-шелушится, отрицательные серологические реакции

Наследственная эритема ладоней и подошв (НЭЛП)

Причина - врожденная аномалия артериовенозных анастомозов, её относят к родимым пятнам. Преобретенная эритема – результат дисфункции половых желез, интоксикации.

К л и н и к а:

-симметричная малиново-красная диффузная эритема;
-локализация - в зоне фаланг пальцев, тенара и гипотенара;
-границы поражения по боковой поверхности кистей и стоп - резкие, на тыле кистей и стоп эритема не наблюдается;

Диагноз ставится на основании раннего выявления, малиново-красной окраски ладоней и подошв при этом тыл кистей и стоп неизменен, шелушения в области эритемы отсутствует, отмечается наличие признаков у нескольких членов семьи.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

1. Печеночные ладони	НЭЛП
<ul style="list-style-type: none"> -эритема ладоней (иногда подошв) -развивается у больных портальным циррозом печени -обычно у взрослых -отсутствует наследственный характер 	<ul style="list-style-type: none"> -ладоней и подошв - не зависит от функции печени -с детства -наследственный
<p>2. Ладонно-подошвенная форма болезни Девержи</p> <ul style="list-style-type: none"> -более позднее появление -желтый цвет, мелкопластинчатое шелушение -другие проявления болезни Девержи -эритема носит диффузный характер, поражая ладони и подошвы сплошь 	<ul style="list-style-type: none"> -с раннего детства -малиново-красный цвет, нет шелушения -поражение не затрагивает тыл, поражается кожа области тенара, гипотенара, фаланг
<p>3. Ладонно-подошвенная форма псориаза</p> <ul style="list-style-type: none"> -нет малинового оттенка, шелушение, инфильтрация, трещины -наблюдается поражение ногтей -границы очагов могут заходить на тыл кистей и стоп -псориатические папулы -положительная псориатическая триада и феномен Кебнера -не характерно начало проявлений в раннем детском возрасте или с рождения 	<ul style="list-style-type: none"> -малиновый цвет, нет шелушения -нет поражения ногтей -не поражается тыл -нет псориатических папул -отрицательная псориатическая триада и феномен Кебнера -проявления с рождения, в раннем детском возрасте
<p>4. Рубромикоз ладоней и подошв</p> <ul style="list-style-type: none"> -диффузное поражение кожи ладоней и подошв, мелкопластинчатое шелушение, поражение ногтей -розово-красный цвет -возбудитель <i>trichophyton rubrum</i> 	<ul style="list-style-type: none"> -не характерно -малиновый -отсутствие возбудителя

**Скарлатиноформная десквамативная рецидивирующая эритема
Фереоля-Бенье (СДРЭФ)**

Это остро протекающее рецидивирующее заболевание кожи аллергического генеза. Развивается после – медикаментозной интоксикации, переохлаждения, нервных потрясений, на фоне гриппа и других инфекций.

К л и н и к а:

- внезапно или после небольшого продромального периода (головные боли, недомогание, повышение температуры в течении 2-3 дней);
- сыпь - мономорфная, ярко-красная, различной величины (от точечных - до крупных), очаги могут сливаться;
- исчезает через 2-3 дня, при этом появляется крупнопластинчатое шелушение по всему кожному покрову, на ладонях и подошвах роговой слой отходит наподобии перчаток;
- может быть зуд, жжение;

- поражение слизистых оболочек рта (покраснение глотки, языка), конъюнктивы;
- может быть поражение ногтей (поперечные борозды-линии Бо);
- рецидивы продолжаются несколько лет (интенсивность заболевания с каждым рецидивом уменьшается);
- наблюдается эозинофилия.

Гистологически - паракератоз, гиперкератоз, расширение просвета сосудов сосочкового слоя дермы с утолщением стенок.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

	СДРЭФ
<p>1. Скарлатина</p> <ul style="list-style-type: none"> -более выраженные общие явления (продромальные); выраженная интоксикация, температура, ангина -сыпь вначале появляется – на шее, затем на лице, туловище, конечностях, имеется бледный скарлатинозный треугольник -в крупных складках имеются петехии-симптом Пастиа; -сыпь исчезает в легких случаях на 2-4 день, тяжелых на 6-8 неделе -мелкопластинчатое шелушение на туловище крупнопластинчатое – на ладонях и подошвах -отсутствие рецидивов 	<ul style="list-style-type: none"> -менее выражены общие явления -нет этапности -нет -через 2-3 дня -крупнопластинчатое шелушение, симптом “перчатки” -рецидивы продолжаются несколько лет
<p>2. Сифилитическая розеола</p> <ul style="list-style-type: none"> -доминирующая локализация - на коже туловища, сгибательная поверхность конечностей, бедра, редко на лице -наблюдается одинаковый размер розеол (0,5-1см), отсутствие слияния -нет шелушения (при атипичных формах– мелкопластинчатое) -положительные серологические реакции 	<ul style="list-style-type: none"> -езде -ярко-красные, различной величины, могут сливаться -крупнопластинчатое шелушение -отрицательные серологические реакции
<p>3. Корь</p> <ul style="list-style-type: none"> -цвет темно-пурпурный, мелкие пятна -начинается с заушной области, переходит на 3-й день на кожу лица, груди, захватывает весь кожный покров и слизистые оболочки -лишь после 4-го дня болезни высыпания бледнеют, преобретая буроватый оттенок -на слизистой оболочке пятна Бельского-Филатова-Коплика (мелкие, белые, окружены красным венчиком) 	<ul style="list-style-type: none"> -ярко-красный, различной величины -высыпания везде -исчезают через 2-3 дня с крупнопластинчатым шелушением -отсутствуют
<p>4. Краснуха</p> <ul style="list-style-type: none"> -сыпь крупная (3-10 мм), обильная, бледно-розовая, округлая -быстро исчезает, без шелушения -кровь – лейкопения, лимфопения, уменьшение плазмоцитов -общее состояние при краснухе не изменяется 	<ul style="list-style-type: none"> -сыпь различная, ярко-красная -исчезает на 2-3 день с крупнопластинчатым шелушением -эозинофилия -общее состояние изменяется

<p>5. Сыпнотифозные экзантемы</p> <p>-характеризуется помимо пятнистой сыпи, петехиями, которые появляются на 4-6-й день болезни</p> <p>-тяжелое состояние (головные боли, лихорадка, бессонница, слабость, тахикардия, нервное возбуждение или заторможенность, бред, энцефалитные явления)</p>	<p>-пятнистая сыпь исчезает на 2-3 день</p> <p>-умеренное нарушение общего состояния, средне тяжелое течение</p>
---	--

Генерализованная эксфолиативная эритродермия Вильсона-Брокка (ГЭЭВ-Б)

Этиология неизвестна. Редко встречающееся и тяжело протекающее заболевание кожи, проявляется диффузным поражением кожи и общими явлениями (слабость, бессонница, лихорадка, диспепсия).

-характерны рецидивы;

-возникает после интоксикаций, охлаждения, алкогольного отравления, нервно-психических травм, иногда заканчивается летально.

К л и н и к а:

-ярко-красные, пятнистые высыпания в складках кожи;

-через 5-10 дней в результате их распространения и слияния развивается эритродермия, вся кожа приобретает ярко-красный цвет, утолщается, покрывается крупнопластинчатыми чешуйками;

- пластинчатое шелушение на ладонях и подошвах (роговой слой сходит пластами);

- эктропион, выпадение и дистрофия волос и ногтей;

-слизистые оболочки - конъюнктивит, ринит, эрозивный стоматит, увеличение лимфоузлов; температура тела 38-39 С, понос, рвота;

-через 3-4 месяца, после 2-3 вспышек наблюдается выздоровление.

-отмечается зуд;

Гистологически- паракератоз, гиперкератоз, акантоз. Дерма – отек, расширение сосудов.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

<p>1. Эритродермическая форма грибовидного микоза</p> <p>-эритематозно-сквамозные пятна, сливающиеся в сплошную эритродермию, с характерными островками непораженной кожи</p> <p>-застойно-сиреневатый цвет эритродермий с коричневым оттенком переходит в затяжные формы с темными тонами</p> <p>-гистологически - “микроабсцесс Потрие”, митотическая активность клеток эпидермиса, “микозные” клетки</p>	<p style="text-align: center;">ГЭЭВ-Б</p> <p>-отсутствие «островков»</p> <p>-ярко-красный</p> <p>-гистологически- паракератоз, гиперкератоз, акантоз, микозные клетки</p>
<p>2. Эритродермическая форма болезни Девержи</p> <p>-первичные элементы-папулы, фолликулярно расположенные</p> <p>-“феномен терки” (на разгибательной поверхности конечностей)</p> <p>-роговые наслоения, сероватый оттенок, как при ихтиозе</p>	<p>-пятно</p> <p>-отсутствие феномена</p> <p>-пластинчатый характер роговых наслоений</p>

- “конусы Бенъе” -дистрофия ногтевых пластинок (утолщение, желтоватого цвета, покрыт бороздами, точечные углубления), не выпадают ногти и волосы	-отсутствуют -характерно выпадение и дистрофия волос и ногтей
3. Листовидная пузырчатка -дряблые поверхностные пузыри, быстро вскрываются сливаются друг с другом, тенденция к генерализации -крупнопластинчатое шелушение -повторное появление пузырей на предшествующих эрозивно-корковых участках кожи -симтом Никольского положительный	-пятна -крупнопластинчатые чешуйки и мелкопластинчатое шелушение на ладонях и подошвах -нет -симптом Никольского отрицательный

Десквамативная эритродермия Лейнера-Муссу (ДЭЛМ)

Заболевание проявляется на 1-4 месяце жизни ребенка с аутоинтоксикацией организма (энтерококковая и стрептококковая инфекция, нарушение обмена витаминов).

К л и н и к а:

- зудящие, эритематозные или эритематозно-сквамозные высыпания;
- опрелость в области ягодиц, пахово-бедренных складок, волосистой части головы, быстро (через 24-48 часов) распространяется на кожу живота, спины, шеи;
- формируется яркая эритродермия с мелкими островками непораженной кожи;
- на участках эритродермии выраженное шелушение в виде слоистых жирных желтоватых чешуек;
- кожа ладоней, подошв гладкая, блестящая;
- общее состояние- понос рвота, отеки, гипохромная анемия;

Гистологически - паракератоз, акантоз. Дерма-инфильтрация.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

1. Себорейная экзема -интенсивный зуд -локализация - волосистая часть головы, лицо медленное распространение на другие участки кожного покрова	ДЭЛМ -зуд умеренный -по всему телу, быстрое распространение
2. Эксфолиативный дерматит Риттера -в первые дни жизни -начало - пузыри наполнены серозно-гнойным экссудатом, быстро вскрываются образуя эрозии -положительный симптом Никольского -возможен сепсис и летальный исход	-на 1-4 месяце жизни -эритематозные или эритематозно-сквамозные высыпания, отсутствие пузырей -отрицательный симптом Никольского -менее тяжелое состояние

Эризипелоид

Э т и о л о г и я: Вызывается микроорганизмом *Erysipelotrix Rhsipothiae*. Часто встречается у рабочих мясной, рыбной промышленности, разделывающих свиные туши, рыбу и травмирующих костями кожу. Инкубационный период- 1-3 дня.

К л и н и к а:

- чаще поражаются кисти верхних конечностей;
- ограниченная краснота, припухлость;
- субъективно: чувство жжения, зуд, боль;
- краснота приобретает багрово-красный оттенок в центре очага в первые дни может наблюдаться след от повреждений (геморрагическая корочка), через несколько часов эритема распространяется на окружающие ткани в проксимальном направлении на 1-3 см в сутки, на 3-5-й день болезни центральная часть приобретает цианотичный оттенок бледно-голубого цвета;
- края остаются ярко-красными, отечными, выступая над здоровой тканью - как блюдце;
- эритема разрастается по периферии, рост пятен продолжается 3-5 дней, после чего края сглаживаются и эритема распадается на отдельные очаги;
- по мере продвижения эритемы, на здоровых участках краснота приобретает цианотичный оттенок;
- нередко в процесс вовлекаются межфаланговые суставы (они становятся тугоподвижны); болезненность регионарных лимфоузлов, недомогание, озноб, субфебрильная температура;
- отмечается отсутствие гнойных осложнений в пределах очагов поражения;
- гистологически –серозный отек, расширение капилляров, инфильтрация.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

1. Рожь	Эризипелоид
-выраженные общие явления (озноб, температура)	-общие явления умеренной тяжести
-яркая гиперемия, отек, болезненность в пораженных тканях	-изменение цвета
-кровь: лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, крупные зерна в нейтрофилах	-лимфоцитоз, мелкая зернистость в нейтрофилах
2. Паронихии и подкожный панариций	
-наличие гнойных явлений	-отсутствие гнойных осложнений в пределах очагов поражения
-резкая болезненность (симптом «бессонной ночи»)	-отсутствие симптома и резкой болезненности

Розовый лишай Жибера (РЛЖ)

Эритематозно - сквамозный дерматоз, чаще всего наблюдается осенью. Чаще отмечается у лиц среднего возраста, редко страдают дети. Чаще болеют несколько членов семьи.

Этиопатогенез - неизвестен (инфекционный - грипп, ангина).

Начало с первичной материнской бляшки через 7-10 дней распространяется по телу. Характерно циклическое течение.

К л и н и к а: В начале на коже в области груди или спины, появляются пятна розово-красного цвета, в центре имеется легкое шелушение, поверхность как бы атрофична (“материнская бляшка”). Затем на туловище и конечностях, особенно в области подкрыльцовых впадин, пахово-бедренных складок, возникают пятнистые или пятнисто-папулезные, пятнисто-уртикарные элементы;

-симметрично на коже туловища, конечностей по линиям Лангера;
 -кожа лица, волосистой части головы, кистей, стоп не поражается;
 -пятнисто-папулезные элементы бледно-розовой окраски, несколько вытянутые (от 0,5 x 1 см до 1 x 2 см и более) резкие границы, округлые, реже овальные, в центре окраска менее интенсивная;
 -более яркая окраска красной каймы губ, поверхность высыпаний покрыта мелкими отрубевидными чешуйками;
 -наблюдается слияние, зуд редко, слизистые оболочки поражаются редко;
 -высыпания постепенно бледнеют, чешуйки опадают, пигментные пятна исчезают бесследно;
 -продолжается 6-8 недель, рецидивов нет;
 -атипичные формы: уртикарные, везикулезные, папулезные, цирциарный окаймленный лишай Видаля (больше в диаметре, розово-оранжевый, слабое шелушение).
 Гистология - акантоз, паракератоз, отек, микроабсцессы, инфильтрация, межклеточный отек.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

1. Себорейная экзема	РЛЖ
-нет материнской бляшки -поражение лица, волосистой части головы -нет элементов по линиям Лангера -чешуйки сальные	-имеется материнская бляшка -не поражается лицо, волосистая часть головы, кисти, стопы -по линиям Лангера -чешуйки мелкоотрубевидные
2. Псориаз -отсутствует материнская бляшка -на голове, лице, кистях, стопах -медленный регресс высыпаний -положительная псориатическая триада	-имеется материнская бляшка -нет на голове, лице, кистях, стопах -быстрый регресс -отрицательная триада
3. Каплевидный параспориоз -шелушение в виде облатки -точечные геморрагии, скрытое шелушение	-мелкие отрубевидные чешуйки -отсутствие геморрагий и скрытого шелушения
4. Сифилитическая розеола -равномерная величина -менее яркий цвет, отсутствие шелушения	-неравномерная величина -розово-красный цвет (ярче), шелушение отрубевидное, мелкое
5. Папулезный сифилид -наличие инфильтраций в основании папулезных элементов -медно-красного цвета -шелушение в виде воротничка Биетта	-отсутствие инфильтраций в основе -розово-красные -единичные отрубевидные чешуйки
6. Трихофития -отсутствие материнской бляшки -более выраженное воспаление -отсутствие резких границ -обнаружение патогенного гриба	-материнская бляшка -менее выраженное воспаление -резкие границы -патогенный гриб
7. Бляшечный параспориоз -цвет бляшек различный, как правило, более темный -шелушение незначительное	-яркий цвет -отрубевидное шелушение

Токсикодермия

Остро развивающееся диссеминированное воспалительное поражение кожи, аллергического характера. Возникает в результате воздействия аллергена (пища, лекарства).

Причины: антибиотики, сульфаниламидные препараты, витамины группы В.

К л и н и к а:

- полиморфизм (воспалительные пятна, папулы, уртикарии, везикулы);
- воспалительные пятна различной величины, различных оттенков красного цвета, распространенные по всему кожному покрову;
- симметричное или беспорядочное расположение;
- зуд;
- в тяжелых случаях сливаются в сплошные эритемы, диффузного характера;
- на эритематозном фоне наблюдаются уртикарии, пузырьки, пузыри (прозрачные), эрозии, корки, гиперпигментации;

П р и м е р ы:

- Сульфаниламиды – стойкая фиксированная эритема;
- Салицилаты –эритематозные скарлатиноформные эритемы;
- Барбитураты - эритема, уртикарии, кореподобные и скарлатиноформные;
- Мышьяк-сальварсанные эритродермии;
- Антибиотики – эритема, уртикарии, пурпурозные и буллезные высыпания;
- Алиментарные – пятнистые, уртикарные высыпания, желудочно-кишечные расстройства, лихорадка;

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

1. Многоформная экссудативная эритема (инфекционно-аллергического генеза)	Токсикодермия
<ul style="list-style-type: none"> -кольцевидные элементы с западением в центре -центробежный рост, воспалительные пятна или папулы -локализуются на конечностях -рецидивы в осенне-зимний период 	<ul style="list-style-type: none"> -пятна без западения -сливаются (в тяжелых случаях), отсутствие центробежного роста -локализуется везде -отсутствие сезонности
<p>2. Корь</p> <ul style="list-style-type: none"> -начало заболевания не связано с приемом лекарств или аллергизирующей пищи -цвет темно-пурпурный, мелкие пятна -начинается с заушной области, переходит на 3-й день на кожу лица, грудь, захватывает весь кожный покров и слизистые оболочки -лишь после 4-го дня болезни высыпания бледнеют, приобретая буроватый оттенок -на слизистой оболочке пятна Бельского-Филатова-Коплика (мелкие, белые, окружены красным венчиком) 	<ul style="list-style-type: none"> -начало и обострение связано с приемом лекарств или аллергизирующей пищи -цвет ярко-красный или розовый, размером от чечевицы до ладони ребенка -может начинаться с любого участка кожного покрова, но чаще с кожи лица, верхних и нижних конечностей -срок регресса высыпных элементов зависит от выраженности сенсibilизации и от устранения аллергена -на слизистой могут быть красные пятна без побледнения в центре

<p>3. Розовый лишай</p> <p>-эритематозно-сквамозные, пятнисто-папулезные несколько втянутые элементы, расположенные на коже туловища вдоль линии Лангера</p> <p>-с шелушением в виде “смятой папиросной бумаги”</p> <p>-продолжительность 6-8 недель, исчезает бесследно</p> <p>-не связан с приемом лекарств</p>	<p>-полиморфные, воспалительные пятна, различной величины, располагающиеся по всему телу</p> <p>-шелушение может наблюдаться в стадии обратного развития процесса</p> <p>-продолжительность процесса зависит от силы сенсибилизации и от устранения аллергена</p> <p>-связан с приемом лекарств</p>
<p>4. Розеолезная сыпь при сифилисе</p> <p>-не шелушится</p> <p>-нет слипания и зуда</p> <p>-положительные серологические реакции</p>	<p>-может шелушиться</p> <p>-может быть сильный зуд</p> <p>-отрицательные серологические реакции</p>

Простой контактный дерматит (ПКД)

Проявляется активной эритемой и может быть вызван химическими, механическими, физическими факторами (трением, давлением, холодом, теплом, лучевой энергией).

1. *Механический дерматит* – возникает при трении и характеризуется покраснением кожи на месте воздействия агента, в тяжелых случаях образуются крупные пузыри, эрозии, изъязвления в зоне эритемы. После прекращения действия травмирующего агента поражение быстро регрессирует. В местах тесного соприкосновения наблюдаются опрелости (отек, мацерация, эрозии) и чувство жара, саднение и зуд. Способствующий фактор - потливость осложнение присоединение вторичной инфекции. Дифференцируют – от отморожения и ознобления – для которых характерно воздействие температуры, а не механических факторов.
2. *Холодовой дерматит* – развивается на открытых участках кожи под воздействием температуры. Отморожение - стойкое побледнение кожи, после согревания кожа сине-бурого цвета, имеется жжение, боль, зуд. Заболевание стихает. На пораженном участке длительно сохраняется повышенная чувствительность к температурным воздействиям.

Отморожение II и III степени – некроз эпидермиса с пузырями (геморрагическое содержимое) или полный некроз кожи и подлежащих тканей.

При повторном воздействии температуры наступает ознобление. Поражения локализуются на открытых участках тела (нос, уши, кисти, стопы).

- возникают ограниченные участки эритемы, багрово-красного или синюшного цвета
- отек тканей (акроцианоз);
- жжение, боль, зуд (при согревании);
- длительное течение заболевания;
- частые рецидивы после воздействия холода.

3. *Эритроцианоз голени у девушек* - покраснение кожи конечностей в холодное время года

- кожа синюшной окраски, края нерезкие;
- фолликулярный гиперкератоз, телеангиэктазии, петехии;
- патогенез – эндокринопатии (дисфункции яичников).

4. Акроасфиксия

Расстройство сосудистой иннервации и проявление стойкого покраснения кожи конечностей. Кожа синюшно-красная, холодная на ощупь. На холоде и при опускании конечностей наступает акроасфиксия.

Патогенез-расстройство питания, сердечно-сосудистая патология, заболевания легких.

5. *Солнечный дерматит* - на отдельных участках кожи у лиц, злоупотребляющих УФ облучением, с чувствительностью к солнечным лучам.

а) Ранние дерматиты –проявляются разлитой эритемой, отеком кожи, резкой болезненностью, чувством жжения, зудом (I степени). Затем появляются многокамерные пузыри, располагающиеся на отечной и покрасневшей коже. Через 2-3 дня наблюдаются воспалительные явления, субъективные симптомы отсутствуют. Кожа шелушится, пигментирована.

б) Хронические дерматиты – кожа сухая, пигментированная, инфильтрирована, рисунок резко выражен, атрофические рубчики, гемангиомы, ангиомы.

Гистологически – расширение сосудов, меж- и внутриклеточный отек, везикулез.

в) Солнечная стойкая эритема – чаще у людей 20-30 лет, поражаются открытые участки. Развивается разлитой солнечный дерматит, отек и инфильтрация, значительное воспаление. На поверхности очагов-шелушение, мелкие узелки, геморрагические корочки.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

	ПКД
1. Рожистое воспаление кожи лица	
-температурная реакция	-нет
-граница поражения типа языков пламени	-с четкими границами, чаще имеет округло-овальную форму
-воспалительный отек	-незначительный отек
-болезненность	-нет
-увеличение регионарных лимфоузлов, лейкоцитоз, ускорение СОЭ	-лимфоузлы не увеличены, нет лейкоцитоза, ускорения СОЭ
-не связан с пребыванием на солнце	-связан с солнцем
2. Красная волчанка типа центробежной эритемы	
-располагается в виде бабочки	-такой тенденции нет
-LE клетки	-LE клетки не обнаруживаются
-антиядерный фактор	-нет

Розацеа

Часто встречающаяся кожная патология лица.

Патогенез - ангионевротические расстройства (за счет нарушения периферического кровоснабжения, из-за инсоляции, переохлаждения, патологии желудочно кишечного тракта, железистой секреции, алкоголя).

К л и н и к а:

-стойкая эритема захватывает кожу шеи, лба и носа;

-на отечном и гиперемированном фоне обнаруживается большое количество угревых элементов, узелков, пустул (розовые угри) и телеангиэктазий.

Имеется 4 стадии: эритематозная, эритематозно-папулезная, папуло-пустулезная, узловая (ринофима).

Диагноз основывается на типичной локализации, характерных клинических симптомах (эритемы, узелки, телеангиэктазии).

При эритематозной стадии - расширяются мелкие сосуды (телеангиэктазии).

При папулезной и пустулезной стадиях - в дерме выявляются очаговые лимфоплазмочитарные инфильтраты, гиперплазия сальных желез.
Узловая стадия - прогрессирует склероз и резко выраженный гиперэластоз.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

1. Синдром Хабера	Розацеа
<p>-наследственная розацеаподобная сыпь, интраэпидермальные эпителиомы, чувствительные к солнечным лучам, аутосомно-доминантный тип наследования</p> <p>-появление с детства стойкой эритемы в области щек, носа, лба, подбородка, после пребывания на солнце</p> <p>-легкий зуд</p> <p>-легкий гипертрихоз (область щек и подбородка)</p> <p>-на фоне эритемы- мелкие, фолликулярные красного цвета папулы -участки шелушения, вдавленные мелкие рубчики, телеангиэктазии</p> <p>-на закрытых участках (спина, грудь) формируются бородавчатые участки гиперкератоза, без субъективных ощущений</p>	<p>-не связан с наследственностью, отсутствуют эпителиомы</p> <p>-появление не связано с возрастом, располагается в области шеи, лба, носа</p> <p>-отсутствует зуд</p> <p>-отсутствует гипертрихоз</p> <p>-отсутствует шелушение, вдавленные рубцы</p> <p>-нет</p>
<p>2. Периоральный дерматит</p> <p>-чаще возникает у молодых людей;</p> <p>-вокруг рта, носо-губных складок, на подбородке, области щек, переносицы, шеи, лба образуются эритематозные пятна с вишневым оттенком, на фоне которых группируются узелки и псевдопустулы не связанные с волосяными фолликулами. Папулезные высыпания располагаются на эритематозном фоне, плоской или конусовидной формы, розово-желтого цвета</p> <p>-нередко покрываются желтыми чешуйками, после отпадения корочек появляется желто-красная окраска кожи “медная кожа”</p> <p>Патогенез: связан с применением косметических средств содержащих химические агенты (губная помада) или после применения кортикостероидных кремов, мазей</p>	<p>-средний возраст; пожилые люди</p> <p>-шея, лоб, нос, папулы и пустулы размером с зерно маша розового цвета, имеет полушаровидную или полуконусовидную форму</p> <p>-отсутствуют чешуйки, корки и “медная кожа”</p> <p>Патогенез: -ангионевротические расстройства первично пораженные сосуды (телеангиэктазии)</p>

Тестовые вопросы:

1. Заболевание, при котором пятно является основным проявлением поражения кожи:
 - А. Псориаз
 - В. Красный плоский лишай
 - С. Фиксированная сульфаниламидная эритема
 - Д. Лепра
 - Е. Атопический дерматит
2. Длительность заболевания при многоформной экссудативной эритеме:
 - А. 10-15 дней

- В. 3-5 дней
 - С. 3 месяца
 - Д. 30 дней
 - Е. 6 месяцев
3. Морфологический элемент характерный для центробежной кольцевидной эритемы Дарье:
 - А. Розеола
 - В. Плоские папулы
 - С. Телеангиэктазии
 - Д. Нешелушащиеся желтовато-розового цвета отечные пятна
 - Е. Гипопигментированные шелушащиеся пятна
 4. При фиксированной сульфаниламидной эритеме наблюдается следующая сезонность:
 - А. весне - летняя
 - В. отсутствие сезонности
 - С. осенне - зимняя
 - Д. зимняя
 - Е. летняя
 5. Токсикодермия проявляется следующими элементами (укажите неправильный ответ):
 - А. Пузырь
 - В. Волдырь
 - С. Узелок
 - Д. Узел
 - Е. Пузырек
 6. Причиной возникновения токсикодермии является
 - А. антибиотикотерапия
 - В. электротоки
 - С. ожоги
 - Д. сдавливания
 - Е. кварцевание
 7. Десквамативная эритродермия Лейнера-Муссу проявляется в следующем возрасте:
 - А. 4-5 лет
 - В. 8-12 лет
 - С. 14-15 лет
 - Д. 1- 4 месяца
 - Е. 8-12 месяцев
 8. Розовый лишай Жибера начинается с образования:
 - А. Пузыря на неизменном фоне
 - В. «материнской бляшки»
 - С. точечных геморрагий
 - Д. узелков покрытых чешуйками
 - Е. шелушения в виде воротничка Биетта
 9. Токсикодермии встречаются в виде (найдите неправильный ответ):
 - А. псориаз
 - В. крапивница
 - С. многоформная эритема
 - Д. розовый лишай
 - Е. дискоидный эритематоз
 10. При розацеа не наблюдается следующей стадии:
 - А. эритематозная
 - В. эритематозно-папулезная
 - С. папуло-пустулезная
 - Д. волдырная
 - Е. узловая

ЛИТЕРАТУРА:

1. Арифов С.С., Эшбаев Э.У. Тери ва таносил касалликлари. Ташкент 1997. – 350с.
2. Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н. Атопический дерматит у детей. М.: Медицина. 1999. -240с.
3. Бухорович М.Н. Некоторые аспекты взаимоотношения многоформной экссудативной эритемы, синдромов Стивенса-Джонсона и Лайелла. Вестн. дерматол. венерол. 1980.-33-34с.
4. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для врачей. /Под ред. Б.А. Беренбейна, А.А.Студницина. - М.: Медицина. 1989. – 672с.
5. Йегер Л. Клиническая иммунология и аллергология. М.: Медицина. 1986. –212с.
6. Капкаев Р.А., Селицкий Г.Д., Адо А.Д. Диспансеризация при кожных и венерических заболеваниях. М.: Медицина. 1989. –184с.
7. Мордовцева В.Н., Цветкова Г.М. Патология кожи. М.: Медицина. 1993.- 105с.
8. Машкиллейсон Л.Н. Частная дерматовенерология. М.: Медицина. 1965. – 522с.
9. Пыцкий В.И, Андриянова Н.В, Артомасова А.В. Аллергические заболевания. М.: Медицина. 1999. –197с.
10. Скрипкин Ю.К., Зверькова Ф.А., Шарапова Г.Я., Студницин. Руководство по детской дерматовенерологии. М.: Медицина. 1983. –184с.
11. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей в 4 томах. М.: Медицина. 1996.
12. Трапезников Н.Н., Шадиев Х.К. Паранеопластические дерматозы. Ташкент: Медицина. 1986. – 123с.
13. Туранов П.Л, А.А. Студницин, И.С. Смелова. Кожные и венерические болезни. Атлас. М.: Медицина. 1977. – 88с.
14. Barnet J., Estes S. Erysipeloid J. Amer. Acad. Dermatol. 1983. - 116-123.
15. Champion R. Disorders affecting small blood vessels: erythema and teleangiectasia In: Textbook Rook. Oxford – London 1979. - 955-980.
16. Hammar H., Ronnerfalt L. Annular erythemas in infants associated with autoimmune disorders in their mother. Dermatologica 1977; 2: 115-127.
17. Kirly J., Darby C. Erythema multiforme associated with a contact dermatitis to tepens. Cont. Dermatitit. 1970. - 238-239.

ТЕМА-2

ПАПУЛЕЗНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

Узелок или папула - первичный бесполостной морфологический элемент, встречающийся при многих дерматозах.

В данном разделе рассмотрены дерматозы, характеризующиеся:

- 1) эпидермальными папулами - к ним могут быть отнесены - псориаз, парапсориаз, красный отрубевидный волосяной лишай, бородавки, болезнь Дарье;
- 2) эпидермодермальными папулами - красный плоский лишай, нейродермит, хронический экссудативный дискоидный лихеноидный дерматоз Сульцбергер-Гебры, шиповидный и блестящий лишай;
- 3) дермальными папулами – красная зернистость носа, фолликулярный муциноз, болезнь Фокса-Фордайса, болезнь Кирле, болезнь Крости-Джанотти, узелковый хондродерматит ушной раковины, кольцевидная гранулема, псевдосифилис папулезный, папулонекротический туберкулез и другие.

Псориаз

Этиопатогенез окончательно не выяснен. Из многочисленных гипотез его развития (инфекционная, наследственная, неврогенная, обменная и другие), основными в настоящее время являются наследственная и инфекционная (вирусная). Для наследственной теории характерно - концентрация больных в семьях лиц, страдающих этим дерматозом, превышающая распространенность псориаза в популяции и более высокая конкордантность монозиготных близнецов по сравнению с дизиготными. Вопрос о типе наследования псориаза окончательно не решен, но больше данных о том, что псориаз является мультифакториальным заболеванием с долей генетического компонента.

Что касается инфекционной гипотезы, то хотя и получены некоторые косвенные доказательства (обнаружение иммунных комплексов, включений, напоминающих вирусные, наличие цитоплазматического эффекта в тканевых культурах и у куриных эмбрионов под влиянием предполагаемого вируса) возможной роли вирусов в возникновении псориаза, до сих пор инфекция не воспроизведена в эксперименте, не идентифицирован вирус, не описаны достоверные случаи заражения псориазом.

К л и н и к а:

Первичным морфологическим элементом псориаза является папула розовато-красноватого цвета или насыщенно-красного, покрытая обильными рыхлыми серебристо-беловатыми чешуйками, при поскабливании которых обнаруживаются диагностически важные феномены стеаринового пятна, “терминальной пленки” и точечного кровотечения. В начале заболевания высыпаний бывает немного. Постепенно, в течение несколько недель, месяцев, реже лет, число их увеличивается. Редко сыпь обильна с самого начала (после инфекционных заболеваний, тяжелых нервных потрясений, лекарственной непереносимости), занимает обширные участки тела. В этих случаях цвет высыпаний более яркий, высыпания отежные, с менее резкими границами, довольно быстро увеличиваются, нередко сопровождается незначительным зудом.

В прогрессирующей стадии характерно появление папул на месте травм, расчесов (феномен Кебнера). Вновь появляющиеся высыпания мелкие, но за счет периферического роста они, в зависимости от остроты болезни, постепенно или довольно

быстро сливаются в бляшки различных очертаний. Расположение обычно симметричное, реже одностороннее в виде линий.

В стационарной стадии интенсивный периферический рост высыпаний прекращается, границы очагов поражения становятся более резкими. Сыпь может располагаться на любом участке тела, но наиболее часто первоначальные элементы появляются в области разгибательных поверхностей крупных суставов и на волосистой части головы.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

<p>1. Вторичный папулезный сифилис -более темная окраска (темно-красная) -более плотные папулы за счет большей инфильтрации -шелушение по периферии элементов в виде так называемого воротничка Биетта -папулы обычно имеют более или менее одинаковую величину, за исключением располагающихся в складках -увеличение периферических лимфатических узлов -положительные серологические реакции</p>	<p>Псориаз -более яркая окраска -поверхностное расположение папул -обильное шелушение -склонность к периферическому росту и слиянию бляшек -псориатические феномены -отсутствие увеличения периферических лимфатических узлов -отрицательные серологические реакции</p>
<p>2. Красный плоский лишай -изолированные блестящие полигональные папулезные элементы с пупкообразным вдавлением в центре, характерного сиреневатого цвета, со слабо выраженным шелушением -частое поражение слизистых оболочек -предпочтительная локализация на сгибательных поверхностях конечностей, в области живота -отрицательные феномены псориаза -положительный симптом Уикхема</p>	<p>-сливающиеся в бляшки папулы, покрытые серебристо-белыми чешуйками в детском возрасте часто локализуется в естественных складках кожи, волосистой части головы. В грудном возрасте в основном встречаются экссудативные формы заболевания -слизистые оболочки поражаются редко -при упорном течении поражаются суставы (psoriasis artropatica); -положительные феномены -отрицательный симптом Уикхема</p>
<p>3. Себорея -чаще покрывает всю голову, наличие себороеидов, желтых корок -наличие выраженных воспалительных изменений на коже. -возможно повреждение волос или облысение</p>	<p>Псориаз волосистой части головы -может существовать изолированно длительное время -часто первым проявлением его служит обильное шелушение без выраженных воспалительных изменений на коже -отсутствие повреждения волос или облысения, несмотря на многолетнее наличие перхоти и появление бляшечных элементов</p>
<p>4. Себорейная экзема -поражение всей волосистой части головы -может быть повреждение и выпадение волос -обнаружение муфтообразного наложения</p>	<p>-поражение при псориазе кожи на границе с волосистой частью головы (“псориатическая корона”) -отсутствие выпадения волос -меньшая склонность к фолликулярному</p>

<p>чешуек на проксимальных концах волос</p> <ul style="list-style-type: none"> -большая склонность к фолликулярному расположению элементов -чешуйки жирные, желтые, себороиды -отрубевидное шелушение 	<p>расположению элементов</p> <ul style="list-style-type: none"> -большая сухость чешуек -редко встречаемое отрубевидное шелушение
<p>5. Пилококковые и сифилитические рупии</p> <ul style="list-style-type: none"> -размытые границы очагов -наслоение чешуйко-корочек происходит на месте пустул -после снятия чешуйко-корочек обнажается гнойная поверхность <p>Сифилитические рупии</p> <ul style="list-style-type: none"> -немногочисленны, часто располагаются ассиметрично -характерно наличие плотного инфильтрата, окружающего по периферии наслоения корок, глубокое проникновение воспалительного процесса в ткани с формированием язвенно-некротического поражения -положительные серологические реакции 	<p>Рупиоидная форма псориаза</p> <ul style="list-style-type: none"> -наличие четких границ -наслоение чешуйко-корочек происходит на инфильтрированном основании -после снятия чешуйко-корочек обнажается влажная, резко покрасневшая с синюшным оттенком поверхность, на которой возможно получение феномена точечного кровотечения -наличие на других участках типичных псориазических или пиококковых высыпаний <p>-отрицательные серологические реакции</p>
<p>6. Микробная экзема</p> <ul style="list-style-type: none"> -обычно предшествуют гнойничковые высыпания -расплывчатые границы, вокруг них наличие везикулезных элементов -после удаления шелушения - наличие влажной с точечным мокнутием поверхности 	<p>Псориаз, эксудативная форма</p> <ul style="list-style-type: none"> -очаги имеют большую инфильтрацию более четко отграничены от здоровой кожи, вокруг них нет везикулезных элементов -после удаления пластинчатого шелушения обнаруживается влажная, но без точечного мокнутия поверхность
<p>7. Кандидоз крупных складок</p> <ul style="list-style-type: none"> -протекает острее, поверхность очагов поражения более яркая, границы их менее четкие, нередко выражено мокнутие -по краю очагов наблюдается отслойка мацерированного рогового слоя -на соседних участках кожи часто наличие многочисленных мелких очагов пятнисто-везикулезного характера (отсевы) 	<p>Псориаз крупных складок</p> <ul style="list-style-type: none"> -более спокойное течение, менее яркая поверхность с четкими границами, без мокнутия -нет отслойки мацерированного рогового слоя -нет отсевов
<p>8. Паховая эпидермофития</p> <ul style="list-style-type: none"> -довольно острое течение, особенно вначале -сопровождается зудом -границы очагов чаще полициклические -наиболее выражены воспалительные явления в зоне сплошного периферического валика, где имеются пузырьки, пустулы, наслоение чешуек и корок 	<ul style="list-style-type: none"> -более спокойное течение -нет зуда (лишь небольшой) -границы четкие
<p>9. Эритродермическая форма грибovidного микоза</p> <ul style="list-style-type: none"> -грибовидный микоз развивается преимущественно у людей старше 40 лет -кожа более отечна и инфильтрирована, 	<p>Псориазическая эритродермия</p> <ul style="list-style-type: none"> - развивается у лиц уже с детства страдающих этим заболеванием в течение нескольких месяцев или лет

<p>цвет не имеет ярких тонов, отчетливо красновато-фиолетовый оттенок, волосы как правило, очень редкие или выпадают</p> <p>-выражена генерализованная лимфаденопатия, интенсивный постоянный зуд</p> <p>-часты ладонно-подошвенные гиперкератозы, шелушение не столь обильное, чаще мелкопластинчатое (на лице и волосистой части головы даже отрубевидное)</p> <p>-со временем развиваются атрофические изменения</p>	<p>-различная степень инфильтрации кожи</p> <p>-резко выраженное пластинчатое шелушение</p> <p>-общее состояние нарушается, особенно при обострении (недомогание, лихорадка)</p> <p>-увеличение периферических лимфатических узлов, выпадение волос, поражение суставов</p> <p>-атрофия не наблюдается</p>
<p>10. Эпидермолитический ихтиоз</p> <p>-развивается сразу после рождения и в отличие от псориатического существует всю жизнь</p> <p>-кожа более влажная за счет повышения функции потовых желез</p> <p>-выраженный гиперкератоз в области складок, высыпание пузырей, папилломатоз в области крупных складок</p> <p>-характерны гиперкератотические изменения на ладонях и подошвах</p>	<p>-развивается в возрасте более года</p> <p>-кожа чаще сухая</p> <p>-складки не поражаются</p> <p>-изменение ногтей, волос, отсутствие гипергидроза</p> <p>-ускоренный рост волос и ногтей, гипергидроз</p>
<p>11. Ревматоидный артрит</p> <p>-мужчины и женщины болеют одинаково часто</p> <p>-поражение всех суставов (как крупных так и мелких)</p> <p>-редко изменение ногтевых пластинок</p> <p>-позвоночник может поражаться весь</p> <p>- симметричное поражение суставов с деформацией и атрофическими изменениями мышц</p> <p>-реакция Ваалера-Розе положительная</p>	<p>Псориатический артрит</p> <p>-чаще болеют мужчины</p> <p>-резко выражены деструктивные изменения в концевых фалангах</p> <p>-изменение ногтевых пластинок, преимущественное поражение, дистальных межфаланговых суставов</p> <p>-более частое вовлечение в процессе межпозвоночных и крестцовых сочленений</p> <p>-реже отмечается симметричное поражение, атрофические изменения мышц, деформации суставов</p> <p>-реакция Ваалера-Розе, как правило отрицательна</p>

Псориаз ладоней и подошв

Может наблюдаться в виде изолированного поражения кожи или развиваться одновременно с поражением других участков кожного покрова. Возникает чаще у лиц, занятых физическим трудом, может проявляться в виде изолированных папулезных элементов, диффузных, бляшечных, гиперкератотических, пустулезных очагов. Характерны: плоские пустулы в зоне резко ограниченных эритематосквамозных очагов.

Парапсориаз

Относительно редко встречающееся хроническое заболевание кожи, описанное в 1902 г. Под этим названием рассматривается дерматоз, имеющий признаки псориаза, красного плоского лишая, себорейной экземы и розового лишая, и в основном проявляющийся папулами и пятнисто-сквамозными элементами. Этиопатогенез невыяснен. Возможно инфекционно-аллергическое происхождение.

У таких больных установлены выраженные изменения проницаемости и резистентности капилляров. Установлено, что возникновению острого парапсориаза предшествуют некоторые инфекционные заболевания: грипп, ангина, стрептококковая инфекция, хронический тонзиллит. Большинство исследователей рассматривают парапсориаз как инфекционно-токсический капиллярит, который нередко возникает при наличии очагов фокальной инфекции.

К л и н и к а:

Отличается большим разнообразием. Различают четыре формы парапсориаза: каплевидный, острый, бляшечный и лихеноидный.

Общее состояние, как правило, не нарушается, отсутствует даже зуд. Однако, острая форма парапсориаза протекает с нарушением общего состояния и повышением температуры.

Очаги парапсориаза у многих больных могут существовать длительное время. Наблюдаются (чаще в летнее время) периоды ремиссий, с дальнейшими рецидивами. У некоторых больных на месте регрессирующих элементов остается псевдолейкодерма.

Каплевидный парапсориаз:

Типичные узелковые высыпания круглой или овальной формы, диаметром 2-5 мм. Цвет светло-розовый, более темный, буро-красный. Поверхность узелка покрыта довольно характерной чешуйкой, которая напоминает плотную облатку, сухую чешуйку, прикрепленную в центре и отстающую по периферии. При осторожном покабливании чешуйка снимается неломаясь, могут быть папулы, не покрытые чешуйками. При покабливании папул, на которых не видно чешуек, наблюдается отрубевидное шелушение – «феномен скрытого шелушения». При более интенсивном покабливании на поверхности высыпаний и вблизи них на видимо здоровой коже, появляются точечные кровоизлияния или возникает симптом пурпуры Брока. Инфильтрат в основании папул очень незначительный и прощупывается с трудом. Зуд, как правило, отсутствует.

Высыпания обычно локализуются на боковых поверхностях туловища, на конечностях и очень редко на волосистой части головы, ладонях и подошвах.

При разрешении папул нередко остаются депигментированные пятна. Одновременно с папулами иногда наблюдается розеолезная сыпь, нередко покрытая пластинчатыми чешуйками. Очень похожа на сифилитическую розеолу.

Высыпания на слизистых оболочках редкие, на слизистой оболочке щеки имеют вид точечных возвышающихся белых папул величиной с булавочную головку.

Дети болеют реже, чем взрослые. Женщины чаще, чем мужчины

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

1. Псориаз	Каплевидный парапсориаз
-эпидермальные папулы различной величины, покрыты серебристыми чешуйками	- узелки более или менее одинаковой величины
-феномены «стеаринового пятна», «терминальной пленки», «точечного	-феномен «облатки» и «скрытого шелушения», симптом «пурпуры»

<p>кровотечения»</p> <p>-высыпания нередко локализуются на волосистой части головы, иногда на лице, часто на разгибательных поверхностях конечностей</p>	<p>-волосистая часть головы и лицо поражаются редко, разгибательные поверхности конечностей в области локтевых и коленных суставов в единичных случаях</p>
<p>2. Папулезный сифилид</p> <p>-цвет папул медно-красный</p> <p>-инфильтрация в основании папул значительно более выражена</p> <p>-шелушение в виде воротничка Биетта по периферии папул</p> <p>-специфический полиаденит (особенно при вторичном свежем сифилисе)</p> <p>-лейкодерма чаще локализуется на шее, реже на верхней части груди и состоит из обесцвеченных пятен правильных округлых очертаний, равномерной величины</p> <p>-положительные серологические реакции</p>	<p>Парапсориаз</p> <p>-цвет папул более светлый</p> <p>-инфильтрация менее выражена</p> <p>-чешуйки покрывают всю поверхность папулы</p> <p>-нет полиаденита и других признаков вторичного сифилиса</p> <p>-лейкодерма является вторичной, имеет иную локализацию и менее правильные очертания</p> <p>-отрицательные серологические реакции.</p>

Острый парапсориаз: (синоним: острый лихеноидный и вариолиформный лишай, болезнь Мухи-Хабермана)

Это разновидность каплевидного парапсориаза, протекающего остро. Заболевание нередко начинается с повышения температуры. Увеличиваются лимфатические узлы, внезапно появляются множественные, отличающиеся истинным и ложным полиморфизмом высыпания. Наряду с обычными для каплевидного парапсориаза папулами и пятнами с феноменами “облатки”, “скрытого шелушения” и “точечного кровоизлияния” возникают папулезные элементы, в центре которых имеются геморрагические пузырьки, быстро подсыхающие в буро-черные корки. Эти элементы обычно появляются в начале болезни. По отпадению корочек остаются гиперпигментные и мелкие оспенноподобные рубчики. Может поражаться и слизистая оболочка полости рта (беловатые папулы на слизистых щек, неба, языка). Длительность заболевания 5-6 недель и дольше, иногда переходит в хроническую форму.

Возникает в любом возрасте, у лиц обоего пола, несколько чаще у юношей, дети болеют реже.

Бляшечный парапсориаз:

Проявляется в виде пятен желтовато-буроватого или коричневатого цвета с резкими границами, иногда неправильными очертаниями. Пятна покрыты мелкими, плотно сидящими чешуйками, часто незаметными, но при поскабливании можно вызвать небольшое шелушение. Феномены точечного кровоизлияния не наблюдаются. Эти бляшки почти не инфильтрованы. Величина от двухкопеечной монеты до ладони взрослого человека. В результате слияния мелких элементов возникают крупные очаги с фестончатыми очертаниями.

Пятна могут существовать долго, исчезая временно летом и снова появляясь осенью. На месте регрессирующих элементов иногда появляется лейкодерма (редко), атрофии обычно не остается.

Локализация – на туловище и нижних конечностях (реже на верхних). Редко – волосистая часть головы, где может возникнуть алопеция. Зуд отсутствует. У мужчин от 25 до 50 лет бляшечный парапсориаз встречается значительно чаще, чем у женщин.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

<p>1. Себорейная экзема -локализация - преимущественно на волосистой части головы, лице, туловище, области грудины и межлопаточной области -зуд -шелушение и воспалительные явления более выражены</p>	<p align="center">Бляшечный псориаз</p> <p>-локализация - туловище и нижние конечности -нет зуда -шелушение и воспалительные явления менее выражены -разнообразие окраски высыпаний.</p>
<p>2. Премикотическая стадия грибвидного микоза -зуд -яркая окраска высыпаний</p>	<p>-нет зуда -более светлая окраска высыпаний</p>
<p>3. Хроническая трихофития гладкой кожи -чаще у женщин -очаги поражения нередко ограничены, имеются своеобразные поражения волос -обнаружение патогенных грибов</p>	<p>-чаще у мужчин -ограниченные поражения, алопеция -грибы не обнаруживаются</p>

**Красный отрубевидный волосяной лишай
(Болезнь Девержи)**

Болезнь Девержи – редкое заболевание детского возраста. Этиология и патогенез неизвестны (наследственный характер, нарушение функции щитовидной железы).

Основными элементами являются папулы величиной с булавочную головку, желто-розового или темно-красного цвета, располагаются в устьях волосяных фолликулов. Папулы имеют коническую форму, плотную консистенцию. Поверхность их отрубевидно шелушится или имеет в центре роговую пробку, после удаления которой остается точечное углубление. В начале заболевания папулы располагаются изолированно, а в дальнейшем сливаются в бляшки, покрытые беловатыми чешуйками. По периферии бляшки видны отдельные типичные папулы красного отрубевидного лишая. Эти бляшки могут напоминать высыпания при псориазе или кератодермии. При проведении рукой по поверхности высыпаний появляется ощущение прикосновения к терке.

Высыпания располагаются симметрично на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, в области локтевых и коленных суставов. Особенно типичны высыпания на тыльных поверхностях пальцев рук. На волосистой части головы высыпания имеют вид диффузного поражения, состоят из серых чешуек, напоминают себорею.

Кожа лица красная покрыта отрубевидными чешуйками, выглядит как бы стянутой. Иногда наблюдается эктропион. На ладонях и подошвах утолщен роговой слой, кожа сухая, трещины, бороздки. Кожа потускневшая, утолщенная, исчерченная, болезненная. Редко наблюдается поражение слизистых оболочек в виде мелких остроконечных узелков на твердом небе.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

<p>1. Псориаз -псориатические феномены -нет диффузных поражений кожи лица со сплошной краснотой и шелушением</p>	<p align="center">Болезнь Девержи</p> <p>-феномены отрицательны -наличие типичных шиповидных конических папул на тыльных поверхностях пальцев кистей</p>
---	--

-нет конических папул	-значительно больше резистенты к терапии и отличаются длительным течением -краснота лица, шелушение
2. Лекарственная болезнь -в результате непереносимости антибиотиков, оспенных вакцин -заболевание развивается быстро и регрессирует в более короткие сроки -выражен зуд	-этиология и патогенез не связаны с лекарствами -заболевание длительное -зуда нет
3. Волосный лишай -чаще у молодых женщин -на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, с акроцианозом	-болезнь возникает чаще в детском возрасте -отсутствие акроцианоза
4. Врожденная ихтиозиформная эритродермия (ламеллярный ихтиоз) -начало с первых дней жизни -выражен гиперкератоз в области складок иногда с явлениями папилломатоза -возможны высыпания пузырей, гипергидроз, ускоренный рост волос и ногтей	-начало в детском возрасте -гиперкератоз ладоней и подошв -нет пузырей, гипергидроза, ускорения роста волос, ногтей -сухость, трещины
5. Фринодерма -при недостатке витамина А -сухость кожи, фолликулярный гиперкератоз выражен на разгибательной поверхности конечностей, ягодицах, спине, вегетирующие бляшки желто-коричневого цвета -нет характерного поражения лица, ногтей и кератозов ладоней и подошв	-этиопатогенез не выяснен -наличие типичных конусовидных папул, слияние их в бляшки -кератоз ладоней, подошв, болезненность и истерченность ногтей, покраснение лица

Бородавки

Вызываются фильтрующимся кариотропным вирусом. Инкубационный период от нескольких недель до полугода. Передача инфекции происходит прямым путем, через предметы.

Предрасполагающими факторами являются акроцианоз, гипергидроз, микротравмы.

Бородавки обыкновенные – чаще всего располагаются на открытых участках тела (тыл кистей, стоп) в виде резко ограниченных, выступающих над окружающей кожей узелков, без признаков воспаления, с неровной, шероховатой или сосочковидной поверхностью, покрытые гиперкератотическими массами. Они плотные, серо-желтого цвета. Бородавки множественные, с наличием «материнской», сливаются. Субъективные жалобы отсутствуют.

Плоские (юношеские) бородавки – множественные, располагаются на лице и тыле кистей в виде мелких округлых или полигональных образований без признаков воспаления, с гладкой поверхностью, незначительно возвышающиеся над кожей. Цвет – нормальной кожи, желтоватый, желто–коричневый, синюшный. Могут сливаться, субъективные симптомы отсутствуют.

Подошвенные бородавки – чаще единичные, резко болезненные глубокие образования на подошве в местах наибольшего давления, покрытые толстыми роговыми наслоениями, после снятия, которых образуется слегка кровотокающая сосочковая поверхность, цвет желтый, диаметр 1-2 см.

Остроконечные кондиломы – мягкие шиповидные, бородавчатые разрастания, локализуются преимущественно на половых органах и вокруг заднего прохода. При их слиянии образуются очаги в виде петушиного гребня.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

1. Ангиокератома Мибелли -цвет темно красный -гистологически – расширение капилляров	Бородавки -желто-коричневый цвет -акантоз, папиломатоз
2. Красный плоский лишай -вдавление в центре папул -сиреневатый цвет	-нет пупковидного вдавления -желто – коричневый
3. Себорейные бородавки -у пожилых людей -на туловище, с приподнятым центром покрытые плотными наслоениями желто-бурого или черного цвета, после удаления обнаруживается бородавчатая поверхность	-дети, женщины, подростки -тыл кистей, стоп
4. Сирингиома - более многочисленны, чем бородавки -у молодых женщин -локализация - нижние веки, внутренний край глаз, щек, передняя часть груди -полушаровидная форма -гистология - кистозные протоки потовых желез	-у лиц обоих полов -тыл кистей, стоп -уплощенная форма -акантоз, папиломатоз

Контагиозный моллюск

Элементы часто расположены на туловище, половых органах, редко, по сравнению с бородавками на тыле кистей и стоп, полушаровидной формы, на поверхности вдавление, из которого, при надавливании с боков, выделяется крошковатая творожистая масса.

Болезнь Дарье

Это наследственный дерматоз, при котором в коже наблюдается доброкачественный дискератоз. Возможна задержка психического развития, дисфункция щитовидной и половых желез.

Заболевание проявляется в детском или юношеском возрасте. Морфологический элемент – папула, диаметром от 2 мм до 0,5 см, сероватого или буроватого цвета. Папулы покрыты твердыми ороговевшими корочками, плотно прикрепленными к поверхности узелков. При снятии корочек обнаруживается углубление в виде воронки – это расширенное отверстие сальноволосяного фолликула, иногда встречаются элементы, не связанные с фолликулами.

Высыпания обычно локализуются симметрично на коже шеи, лица (часто в носогубных складках), области грудины, межлопаточной области, подкрыльцовых впадинах и пахово-бедренных складках. На волосистой части головы даже при обилии

высыпаний алопеция не развивается. На тыльных поверхностях кистей папулы очень похожи на плоские бородавки. На ладонях и подошвах – точечные кератозы. Ногти исчерчены бороздками, легко ломаются. В складках кожи, на шее, вокруг ануса папулы сливаются в бляшки, эрозируются и мокнут, в дальнейшем развиваются вегетации, появляются пузыри, пузырьки, линейные эрозии. Высыпания на слизистых оболочках наблюдаются редко. На слизистых оболочках полости рта, зева, пищевода, вульвы они могут напоминать лейкоплакию. Возможен волосатый язык. Болезнь Дарье, начавшись в детском возрасте, может длительное время протекать абортивно, субъективные ощущения обычно отсутствуют, общее состояние больного не нарушается.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

<p>1. Плоские бородавки -локализация на лице, пальцах, тыльной поверхности кистей и предплечий. Имеют округлые или полигональные очертания, слегка возвышаются -диаметр 2-3 мм, не склонны к ороговению</p>	<p>Болезнь Дарье -характерна себорейная локализация с расположением высыпаний на коже волосистой части головы, в области носогубных складок, грудной, межлопаточной области -диаметр 2мм-0,5 см, склонность к ороговению</p>
<p>2. Верруциформная дисплазия Левандовского-Лутца -имеются плоские узелки мягкой консистенции розовато-серо-коричневого цвета, склонные к группировке и слиянию. Поверхность папул не покрыта корочками -гистология – клеточная вакуолизация</p>	<p>-поверхность папул покрыта корочками -гистология – дискератоз</p>
<p>3. Красный плоский лишай -мелкие полигональные папулы сиреноватого оттенка с блестящими поверхностями и пупковидным вдавлением в центре -нет вегетаций, кератотических корочек -локализация на сгибательных поверхностях, редко на слизистых -зуд</p>	<p>-наличие сероватых папул без вдавлений наличие вегетаций, корочек -нет зуда</p>

Красный плоский лишай (КПЛ)

Природа заболевания точно не установлена. Наибольшее значение имеют инфекция, неврогенные нарушения, токсико – аллергические воздействия.

Основным морфологическим элементом является уплощенная папула диаметром 2 мм – 0,5 см, полигональных очертаний, с вдавлением в центре, красноватого цвета с характерным фиолетовым оттенком, восковидным блеском, более отчетливым при боковом освещении. Шелушение обычно незначительно, чешуйки отделяются трудно. На поверхности более крупных узелков, особенно после смазывания растительным маслом, можно обнаружить сетевидный рисунок (симптом сетки Уикхема). Характерными признаками являются:

- склонность к скученному расположению высыпаний, группировка с образованием колец, гирлянд, линий;
- сыпь расположена симметрично на сгибательных поверхностях конечностей, туловище, половых органах;

- часто на слизистой оболочке полости рта;
- субъективно – зуд.

В период обострения характерна положительная реакция (феномен) Кебнера – появления новых узелков на месте травматизации кожи.

Изменение ногтей. Разновидности заболевания:

Lichen ruber planus pigmentosus – наряду с папулами появление пигментированных узелков. Может сочетаться с типичными высыпаниями красного плоского лишая во рту.

-Образуются за счет первичного расположения узелковых элементов в виде колец или при рассасывания центральной части бляшек. Наиболее характерной локализацией этой формы являются половые органы.

-Развитие атрофических изменений на месте регрессирующих узелковых элементов.

-Наряду с типичными папулами наличие остроконечных фолликулярных узелков с роговой пробкой на поверхности. В случае локализации таких высыпаний на волосистой части головы процесс нередко завершается атрофией и облысением - синдром Литтла – Лассюэра.

-Возникновение пузырьков и пузырей на поверхности типичных папул, редко на нормальной коже.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

<p>1. Амилоидный лишай -узелки не имеют полигональных очертаний, центральные вдавления отсутствуют -цвет желто-коричневый -высыпания более плотные, чаще сливаются с образованием плотных шагреновидных бляшек -более интенсивный зуд -нет высыпаний в полости рта -положительная проба с конго-красным -гистология – амилоидоз</p>	<p>КПЛ -полигональное очертание, пупковидное вдавление в центре -цвет красноватый с фиолетовым оттенком -зуд умеренный -гистология – гиперкератоз, гранулез, акантоз</p>
<p>2. Микседематозный лишай -чаще у женщин пожилого возраста -локализация-туловище, верхние конечности (слизистые оболочки не поражаются) -узелки полушаровидные, не имеют полициклических очертаний -восковидные или цвета нормальной кожи -скупены, могут сливаться в отечные уплотнения, напоминают склеродермические</p>	<p>-локализация на сгибательных поверхностях конечностей, туловища, половых органах (слизистая оболочка полости рта поражается) -полициклические очертания -сереноватый оттенок</p>
<p>3. Узловатая почесуха -заболевание поражает чаще голени -высыпные элементы обычно немногочисленны, более крупные, плотные, имеют полушаровидную, овальную форму -поверхность их покрыта часто геморрагическими корочками -высыпания на слизистой оболочке отсутствуют</p>	<p>Веррукозный красный лишай -заболевание поражает чаще голени -полигональные, многочисленны мелкие папулы -нет геморрагических корочек -наличие высыпаний на слизистых оболочках</p>
<p>4. Бородавчатый туберкулез -тыл кистей, пальцев рук</p>	<p>КПЛ -поражение чаще на голени</p>

-наличие трех зон поражения: центральной-ороговевшей, бородавчатой, средней – инфильтративной, синюшно – красного цвета, периферической – более ярко красной -рубцевание -наличие интенсивного зуда	-отсутствие трех зон поражения -отсутствие рубцевания -умеренный зуд
5. Ограниченный нейродермит (гипертрофическая форма) -зуд интенсивный, мучительный -центральная, резко инфильтрированная и лихенифицированная зона элементов -участки гипер- и депигментации -мелкие рубчики на месте глубоких эскориаций	-зуд умеренный -полигональные папулы с сиреневым оттенком -нет участков гипер- и депигментации. -нет рубчиков на месте эскориаций

Атопический дерматит

Атопический дерматит (АД) относится к наследственным заболеваниям кожи мультифакториальной природы, в основе которого лежит полигенное наследование аддитивных действий генов с пороговым эффектом. Заболевание примерно, в 60-90% случаев начинается у детей в грудном возрасте, при этом более чем у половины детей в первом полугодии. Клинические проявления АД довольно многообразны и зависят от различных факторов, среди которых особое место занимает возраст детей.

В течение АД различают три периода или стадии: младенческая (до 2 лет), детская (2-10 лет), подростково-взрослая (после 12 лет).

Младенческая стадия – обычно начинается в возрасте 7-8 недель жизни, характеризуется острыми и подостровоспалительными изменениями кожи со склонностью к экссудации. Процесс чаще локализуется на лице, щеках и лбу, оставляя свободным от высыпаний носогубный треугольник, иногда процес может захватывать наружную сторону конечностей и ягодиц. Первичные высыпания характеризуются эритематоотечными и эритематосквамозными очагами, папуловезикулами, мокнутием и корками. С возрастом экссудативные явления уменьшаются, а лихеноидные и пруригинозные компоненты поражения усиливаются. Примерно к полутора годам появляются характерные поражения кожи в локтевых и подколенных сгибах, в области кистей. Преимущественно на 2-м году жизни преобладают инфильтративные, лихеноидные, сквамозные изменения, появляются эскориации, воспалительные фолликулярные папулы. К концу 2-го года кожные поражения спонтанно или в результате лечения исчезают или переходят во второй период (стадию).

Детская стадия - характеризуется развитием лихенизации с локализацией высыпаний в складках, экссудативные проявления отсутствуют. Кожа становится сухой. Основными элементами в этой фазе болезни становятся папулы, склонные к слиянию и образованию очагов лихенификации. У части детей формируется “атопическое лицо” т.е. тусклый, серый цвет кожи с периорбитальной гиперпигментацией, развитием дополнительной складки нижнего века – линии Денье-Моргана. На фоне эритематосквамозных поражении кожи вокруг глаз, губ и в носовых отверстиях часто возникают трещины. Патологический процесс в этом периоде часто локализуется в локтевых и подколенных складках, области запястных и голеностопных суставов, тыльных поверхностей кистей, на коже спины, задней поверхности шеи, боковых поверхностях туловища.

Подростково-взрослая стадия - характеризуется изменением локализации высыпаний. На смену поражениям в складках приходит диффузное поражение кожи

лица, шеи. Преобладают лихенифицированные и инфильтрированные очаги, лихеноидные папулы и экскориации. У многих больных отмечаются признаки “атопического лица”. Очаги в основном локализуются в области локтевых и коленных сгибов, шеи. Зудящие папулы располагаются на фоне сухой, инфильтрированной и лихенифицированной кожи. Типичное поражение лица (лба, щек, губ, вокруг глаз), в отличие от детской фазы, бывает более диффузным, больше выражено шелушение.

В зависимости от преобладания тех или иных признаков и морфологических элементов различают следующие клинические формы заболевания: экссудативная, эритематосквамозная, эритематосквамозная с лихенизацией, лихеноидная, пруригинозная.

Для оценки характера течения атопического дерматита пользуются рабочей классификацией, предлагаемой В.Н.Гребенюком, А.М.Маннановым (1987). В ее основу положены клинико-морфологическая картина болезни, степень активности кожного процесса и тяжесть течения заболевания (см. стр 32).

Для постановки диагноза “атопический дерматит” пользуются двумя группами диагностических критериев предложенными Hanifin J.M, Rajka G. (1980) (обязательные или основные и вспомогательные или менее характерные признаки), которые помогают диагностировать заболевание.

Диагностические критерии атопического дерматита

Основные (базисные) признаки:

1. Зуд
2. Типичная морфология и расположение очагов
3. Хронически рецидивирующее течение
4. Наличие атопического заболевания в личном и семейном анамнезе

Малые и менее характерные признаки:

1. Ксероз
2. Ихтиоз
3. Реакции кожного теста немедленного типа (1 тип)
4. Повышенный уровень Ig E в сыворотке
5. Ранний возраст при начале заболевания
6. Тенденция к кожным инфекциям
7. Тенденция к неспецифическому дерматиту кистей рук
8. Экзема в области сосков
9. Хеилит
10. Рецидивирующий конъюнктивит
11. Инфраорбитальная складка Денни-Моргана
12. Кератоконус
13. Передняя субкапсулярная катаракта
14. Потемнение орбит
15. Бледность лица и эритема лица
16. Пityриазис лба
17. Складка по передней части шеи
18. Зуд при потоотделении
19. Интерларантность (непереносимость шерсти и растворителей)
20. Перефолликулярная акцентуация
21. Пищевая непереносимость
22. Влияние на течение заболевания эмоционального фактора и факторов окружающей среды
23. Белый дермографизм и замедленное побеление

При сопоставлении возрастных периодов атопического дерматита с его клинико-морфологическими формами установлено, что в младенческом периоде преобладает экссудативная форма, а в детском периоде чаще встречаются эритематосквамозная форма и эритематосквамозная форма с лихенизацией. Для подростково-взрослого периода характерна лихеноидная и пруригоподобные формы заболевания.

Отмечают многообразие клинической картины этого дерматоза, его возрастную стадийность, в части случаев нельзя исключить различных сочетаний, определяющих вариант клинико-морфологических проявлений.

Исходя из вышеизложенного, диагностика АД ставится по принципу следующей последовательности. Такой подход к диагностике заболевания отражает истинную картину атопического дерматита.

Диагностика атопического дерматита

Диагноз	Стадия болезни	Клинические формы	Острота течения	Тяжесть течения
<ul style="list-style-type: none"> Атопический дерматит 	<ul style="list-style-type: none"> Младенческая стадия (0-2 лет) Детская стадия (2-12 лет) Подростково-взрослая стадия (после 12 лет) 	<ul style="list-style-type: none"> Экссудативная форма Эритемато-сквамозная форма Эритемато-сквамозная с лихенизацией форма Лихеноидная форма Пруригинозная форма 	<ul style="list-style-type: none"> I степени II степени III степени 	<ul style="list-style-type: none"> Легкое Среднее Тяжелое

Нейродерматит

Характерными проявлениями служат папулезные элементы, сопровождающиеся сильным зудом.

В зависимости от распространения процесса нейродермит подразделяется на ограниченный, распространенный и диффузный.

Ограниченный нейродерматит

Характеризуются бляшками, состоящими из узелков, которые располагаются обычно на коже задней и боковых поверхностей шеи, локтевых и подколенных сгибов, промежности и половых органов.

Чаще всего бляшки имеют симметричное расположение, овальные, нерезкие границы. Кожа в области очагов сухая, лихенифицирована. Периферическая часть очага имеет темноватую гиперпигментацию, постепенно переходящую в здоровую кожу. Ближе к центру очага можно различать вторую зону, состоящую из милиарных папулезных элементов. Цвет узелков – от розового до коричнево – красного. Папулы имеют плоскую форму, неправильные, иногда полигональные очертания, блестящую поверхность.

Для нейродермита характерно отсутствие мокнутия. Обычно поверхность очагов покрыта серо-белыми чешуйками и геморрагическими корочками, после отпадения которых могут остаться де- или гиперпигментированные пятна. Нейродермит сопровождается сильным зудом, особенно ночью.

Течение нейродермита хроническое с частыми рецидивами. При проявлении очагов на различных участках кожного покрова заболевание рассматривается как распространенный нейродермит.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

1. Хроническая экзема (с выраженной лихенизацией) -зуд вторичный	Нейродермит
-полиморфизм (пятна, папулы, везикулы)	-зуд первичный признак (еще до появления узелковых высыпаний)
-красный дермографизм	-полиморфизм не выражен, отсутствие везикул и мокнутия (либо недолгое)
	-белый дермографизм
	-типичная локализация: кожа шеи, локтевых и подколенных сгибов

2. Красный плоский лишай -наличие полигональных с пупковидным вдавлением в центре папул, располагающихся рассеянно -нет лихенизации -умеренный зуд	-нет пупковидных вдавлений -наличие лихенизаций -нет поражения слизистых оболочек -интенсивный зуд
3. Хроническая чесуха взрослых -локализация высыпаний на разгибательных поверхностях конечностей -рассеянное расположение сыпи -наличие уртикарных элементов и папуловезикул	-локализация в области сгибов -нет

Диффузный нейродермит (ДН)

Это более тяжелая форма нейродермита с множественными очагами поражения на туловище, лице или конечностях, в области локтевых сгибов, подколенных впадинах. Часто поражаются половые органы, задний проход. Нередко процесс приобретает характер вторичной эритродермии. Очаги поражения, инфильтрированные и лихенифицированные, сливаются между собой. Наблюдается непродолжительное мокнутие (в складках кожи); эксфолиации, геморрагические корочки. При вторичной инфекции – пиодермия, лимфангит, лимфаденит. Характерен белый стойкий дермографизм. Кожа лица нередко отекает, гиперимирована, покрыта мелкими чешуйками.

Диффузный нейродермит часто сочетается с другими аллергическими заболеваниями (крапивница, бронхиальная астма). Рецидивы в зимне-весеннее время.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

	ДН
1. Пруриго Гебры -локализация на разгибательных поверхностях конечностей в виде пруригинозных узелков -без лихенизации -увеличение лимфатических узлов в виде пруригинозных бубонов	-сгибательные поверхности -лихенизация -нет
2. Красный плоский лишай -блестящие полигональные папулы, пупковидное вдавление в центре -рассеянное расположение -нет лихенификации -поражение слизистых оболочек	-нет -наличие излюбленной локализации -выраженная лихенификация -нет поражения слизистой оболочки
3. Премикотическая стадия грибовидного микоза -очаги более инфильтрированы -нет ремиссий -в мальпигиевом слое абсцессы Потрие	-менее инфильтрированы -ремиссия в летнее время -нет абсцессов

Шиповидный лишай (ШЛ)

Причина заболевания точно неизвестна (предполагают – недостаточность витамина А)
Болеют дети, чаще мальчики.

Сыпь, состоящая из мелких фолликулярных папулезных элементов, располагается на слегка покрасневшей коже, наиболее часто появляется на задней поверхности шеи, в области живота, ягодиц, бедер. Характерно наличие на поверхности узелков нитевидного шипика. Высыпания множественные, не сливаются, но группируются. Небольшой зуд. Течение – хроническое.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

1. Лихеноидный туберкулез кожи	ШЛ
-более выраженный воспалительный компонент, менее значительные гиперкератотические изменения -наличие конических и уплощенных папул -положительные туберкулиновые пробы - гистологически наличие эпителиоидных бугорков	-выражены гиперкератотические изменения -конические шиповидные папулы -нет
2. Фолликулярный муциноз -развивается у взрослых - продолжительность течения значительно больше, неблагоприятный прогноз -выпадение волос -гистология – отложение муцина в волосяных фолликулах и сальных железах при фолликулярном муцинозе	-у детей -благоприятный прогноз -нет выпадения волос -гистология – умеренный гиперкератоз с роговыми пробками в устьях расширенных фолликулов
3. Волосяной лишай -у девушек или молодых женщин -на разгибательных поверхностях конечностей, не имеет склонности к группировке -acroцианоз	-у мальчиков -на задней поверхности шеи, живота, ягодиц, бедер -отсутствует акроцианоз

Блестящий лишай (БЛ)

Причина заболевания неизвестна.

Высыпания - множественные изолированные плоские папулы диаметром 1-2 мм, с блестящей шелушащейся поверхностью, округлой формы, бледно – розового или цвета нормальной кожи. Наиболее часто сыпь располагается на коже полового члена, в редких случаях бывает генерализованной. Редко сыпь на слизистых оболочках. Субъективно – симптомов нет. Развивается блестящий лишай преимущественно в детском возрасте. Течение длительное, прогноз благоприятный, так как сыпь самопроизвольно исчезает бесследно.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

1. Красный плоский лишай	БЛ
-пупковидное вдавление, сиреневатый оттенок	-бледно – розовый цвет, центральные вдавления на папулах отсутствуют

-группировка в кольцевидные фигуры -зуд	-нет группировки в кольцевидных фигурах -нет зуда
2. Лихеноидный туберкулез кожи -локализация на боковой поверхности туловища, желто– красной цвет -конической формы, шелушение -при регрессе – атрофия -обнаруживают активные формы туберкулеза внутренних органов или кожи	-бледно – розовый цвет -нет шелушения -при регрессировании бледность
3. Лихеноидные сифилиды -локализация на туловище -красно – коричневый цвет, конические формы -другие проявления сифилиса	-плоская форма
4. Фолликулярный муциноз -у взрослых старше 40 лет -локализация на волосистой части головы, в области бровей, шее, желто–красный цвет высыпаний -слияние узелков в бляшки -выпадение волос в их зоне -отложение муцина в волосяных фолликулах и сальных железах	-детский возраст -локализация на коже полового члена

Красная зернистость носа (КЗН)

Причина заболевания неизвестна (генетический фактор туберкулезная инфекция). Клинически красная зернистость носа проявляется синюшной краснотой, гипергидрозом в области носа, высыпанием мелких, слегка остроконечных узелков от светло-розового до темно-красного цвета, на поверхности которых иногда обнаруживаются пузырьки. Узелки могут группироваться, но не сливаются. Характерным признаком является наличие капелек пота в виде росы на коже носа. Редко аналогичные изменения кожи встречаются на верхней губе и прилегающих к носу участках щек. Болеют, как правило, дети. Прогноз благоприятен: к периоду полового созревания высыпания регрессируют.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

1. Мелко узелковый саркоидоз -преимущественно у взрослых -множественные элементы на лице, рассеянно на коже лба, щек, подбородка -полушаровидная форма, крупный, бурый тон -феномен запыленности -при регрессе - атрофические рубчики -нет гипергидроза и акроцианоза в очагах поражения	КЗН -дети -на носу -заостренная форма -гипергидроз и акроцианоз
2. Розовые (красные) угри -развиваются у взрослых	-у детей

-более яркая окраска, расположение – лоб, щеки, шея -сопровождается пустулизацией -телеангиэктазия без гипергидроза	-локализация – на носу
3. Себорейная экзема -локализация – крылья носа -более позднее начало, желтоватый цвет пятен и узелков, со склонностью к периферическому росту и слиянию в сплошные шелушащиеся очаги -нередко фигурные -нет акроцианоза и гипергидроза	-кончик носа -нет слияния -наличие акроцианоза и гипергидроза
4. Бромистые (йодистые) угри -с более распространенным характером сыпи -локализация – спина, лицо, грудь пустулизация -отмена препаратов брома (йода), как правило, быстро ведет к исчезновению угревидных высыпаний	-нет пустулизации

Болезнь Фокса-Фордайса

Причина заболевания неизвестна. В его развитии придается значение дисфункции потовых желез, нарушению функции яичников, щитовидной железы. Заболевание проявляется симметричным высыпанием в местах локализации апокриновых потовых желез, блестящих полушаровидных, иногда конических папул, округлых очертаний, диаметром 2-3 мм, реже более крупных, плотноватых на ощупь. Узелки располагаются густо, но не склонны к слиянию. Величина их периферического очага постепенно уменьшается. На поверхности папул отмечается явление гиперкератоза.

Цвет красный или цианотичный. В области очагов поражения интенсивный зуд. Часто в очагах поражения обламываются или выпадают волосы. Заболевание наблюдаются почти исключительно у женщин в молодом или среднем возрасте. Течение хроническое, усиление зуда перед менструацией.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

1. Ограниченный нейродермит -локализация очагов поражения не приурочена к зонам расположения апокриновых желез -узелки имеют менее резкие границы и сливаются в сплошные лихенифицированные бляшки	Болезнь Фокса-Фордайса -локализация–приурочена к зонам расположения апокриновых желез -резкие границы
2. Красный плоский лишай -локализация на сгибательных поверхностях конечностей, полости рта, туловище -менее интенсивный зуд -уплощенная форма, полигональные папулы, пупковидные вдавления	-сильный зуд -полушаровидная форма элементов

<p>3. Эластическая псевдоксантома</p> <ul style="list-style-type: none"> -отсутствует зуд -более раннее начало заболевания -возникает примерно с одинаковой частотой у лиц обоего пола -локализация-шея, сетевидное расположение узелков, иногда сливающихся между собой -желтый цвет и мягкая консистенция -возможно развитие атрофии -частое обнаружение изменений глаз 	<ul style="list-style-type: none"> -интенсивный зуд -женщины -сыпь приурочена к зонам расположения апокриновых желез -цвет красный или цианотичный
---	--

Болезнь Кирле

Фолликулярный и парафолликулярный гиперкератоз, проникающий в кожу, или болезнь Кирле.

Причина заболевания неизвестна. Возможна роль наследственных факторов, гиповитаминоза А. Первичным элементом является фолликулярная, реже парафолликулярная плотноватая роговая папула диаметром 2-3 мм, сероватого, коричневатого-красного или желтоватого цвета. Наслоение роговых масс могут придавать поверхности папул бородавчатый характер. Узелки склонны к периферическому росту и слиянию с образованием сухих, резко очерченных бородавчатых бляшек полициклических очертаний. Высыпания наиболее часто располагаются на голених и предплечьях, реже на других участках тела. Но даже при длительном существовании процесса ладони, подошвы, слизистые оболочки и волосистая часть головы остаются не пораженными. После снятия роговых масс обнаруживается слегка влажное или кровоточащее кратерообразное углубление. Течение заболевания хроническое, отдельные высыпания могут разрешаться спустя 6-8 недель с момента возникновения, оставляя гиперпигментированные рубчики, но на смену им появляются новые. Заболевание развивается обычно у взрослых. Субъективно – симптомы отсутствуют.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

1. Веррукозная форма красного плоского лишая	Болезнь Кирле
<ul style="list-style-type: none"> -менее выраженный гиперкератотический характер, менее резкие границы -сиреневый цвет, пупковидные вдавления папул -уплощенная форма -отсутствие рубчиков -локализация-слизистые, ладони, подошвы 	<ul style="list-style-type: none"> -значительно более выраженный гиперкератотический характер, более резкие границы -желто-коричневый цвет -коническая форма -пигментированные рубчики -отсутствие локализации на ладонях, подошвах
<p>2. Красный волосяной лишай Девержи</p> <ul style="list-style-type: none"> -роговые папулы меньших размеров -более яркого красно-желтого цвета, с характерными конусовидными чешуйками на поверхности (особенно выражается на тыле кистей) не носят бородавчатого характера, имеют тенденцию к распространению, слиянию, развитию 	<ul style="list-style-type: none"> -крупные -коричнево-красный, желтоватый цвет -бородавчатый характер -не поражены - ладони, подошвы, слизистые оболочки, волосистая часть головы

диффузных очагов на лице, волосистой части головы, вплоть до эритродермии, гиперкератоза ладоней и подошв -ощущение стягивания кожи и зуд	-субъективных ощущений нет
3. Фолликулярный псориаз -преимущественно у детей -папулы более многочисленны -имеют более яркую окраску, покрыты чешуйками -не оставляют после себя рубчиков -феномены стеаринового пятна, «терминальной пленки», точечного кровотечения	-менее многочисленны -менее яркие, наличие роговых пробок -рубчики -нет симптомов «псориатической триады»

Папулезный акродерматит детей (ПАД) (Синдром Крости-Джанотти)

Заболевание неизвестной этиологии. Предполагают вирусное происхождение синдрома. Заболевание развивается в детском возрасте, чаще ранней весной, проявляется внезапным высыпанием на фоне умеренной лихорадки множественных слегка отечных папулезных элементов розоватого или синюшно-красного цвета со слегка шелушащейся поверхностью. Высыпания локализуются сначала на кистях и стопах, а затем распространяются в проксимальном направлении. Лицо и шея вовлекаются в процесс в последнюю очередь, на туловище сыпи, как правило, не бывает. Из общих реакций, кроме лихорадки, могут наблюдаться общая слабость, диспепсические расстройства, нередко отмечается увеличение периферических лимфатических узлов. Из анализов - изменения функций печени. Зуд не характерен. В большинстве случаев через 1-2 мес, иногда раньше, сыпь исчезает бесследно.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

1. Лихеноидные токсикодермии -редко бывают мономорфными, чаще наряду с лихеноидными высыпаниями появляются пятна, пузырьки -высыпания более яркие, красноватого цвета -не имеют предпочтительных локализаций на конечностях -течение более быстрое, состояние более тяжелое	ПАД -мономорфные -менее яркие -локализация на конечностях -течение длительное, состояние удовлетворительное
2. Инфекционный мононуклеоз -более тяжелое течение -поражение носоглотки, полости рта, наличие ангины -более значительным увеличением уже в первые дни заболевания периферических лимфатических узлов (в первую очередь шейных, подчелюстных) -наличие выраженного лейкоцитоза с более явной мононуклеарной реакцией -полиморфизм	-менее тяжелое течение -отсутствует поражение носоглотки, полости рта, наличие ангины

-менее стойкий характер сыпи (исчезает в течение первых 6-8 дней с момента заболевания)	-стойкий характер сыпи
3. Болезнь Эбта-Литгерера-Сиве (гистиоцитоз) -тяжелое течение и тяжелый прогноз заболевания -высокая септическая лихорадка -гепатоспленомегалия -наличие деструктивных изменений плоских и трубчатых костей -полиморфный характер высыпаний (мелкие пятна, геморрагии, папулезные элементы) -локализация их преимущественно на боковых поверхностях туловища	-менее тяжелое течение, хороший прогноз заболевания - умеренное повышение температуры -увеличение селезенки обычно не отличается, а об изменениях в печени свидетельствует только повышение активности трансаминаз -локализация на конечностях

Узелковый хондродерматит ушной раковины (УХУР)

Причина заболевания неизвестна (роль разнообразных механических, термических воздействий, нарушения кровоснабжения хряща ушных раковин, структурные аномалии ушных раковин). Заболевание наблюдается преимущественно у мужчин старше 50 лет.

По верхнему краю завитка ушной раковины появляется плотный узелок (одиночный), полушаровидной формы, диаметром до 0,5 см, цвета нормальной кожи или слегка синюшно-красноватый, покрытый плотно прилегающими чешуйками, после слияния которых может выявляться поверхностное изъязвление. Узелок спаян с подлежащей хрящевой тканью. Вокруг него могут быть нерезко выраженные воспалительные явления. Характерна сильная болезненность при надавливании.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

	УХУР
1. При кольцевидной гранулеме -локализация – чаще конечности -множественные -чаще у молодых женщин, детей -очаги больших размеров, тесно располагаются, глубоко в дерме -безболезненные -формирование колец, полициклических фигур, с центральной чуть запавшей частью, иногда слегка атрофичные, но без изъязвлений	-уши -единичные -мужчины 50 лет -болезненность -изъязвления
2. Базалиома -без боли, без изъязвления -типичен периферический валик из мельчайших перламутровых опухолевидных узелков	-боль, изъязвления -единичный узел
3. Красная волчанка -эритема (значительно более яркая) -фолликулярный кератоз -наличие шипика на нижней поверхности	-боль, изъязвления -единичный узел -менее яркая

чешуек, атрофия -отсутствует болезненность при давлении -развивается заболевание преимущественно у женщин молодого возраста -четкая зависимость обострений от метеорологических воздействий	-кератоз не носит фолликулярный характер -болезненность -мужчины
--	--

Кольцевидная гранулема (КГ)

Причина заболевания неизвестна (возможна роль инфекции – туберкулез, ревматизм, эндокринопатии – диабета, аллергических реакций). Сыпь мономорфная, состоит из множественных, резко ограниченных, глубоко залегающих в дерме узелковых элементов плотноватой консистенции, диаметром 3-4 мм; округлые, многоугольные. Элементы слегка блестящие, перламутровые, розоватые или цвета нормальной кожи. Локализация – тыльная сторона кистей и стоп, реже высыпания расположены на коже коленных и локтевых суставов, шеи, предплечий, ягодиц. Центральная цианотическая часть элементов несколько запавшая, слегка атрофична. Высыпания возникают одновременно, в связи с чем, наблюдается эволюционный полиморфизм. Субъективно – ощущений нет. Болеют чаще дети. Течение длительное, возможен бесследный спонтанный регресс. Отмечаются рецидивы.

Дифференциальный диагноз:

	КГ
1. Туберкулоидный тип лепры -расстройство чувствительности, потоотделения -выпадение волос в зоне поражения -меньшая плотность высыпаний, их многорядность -утолщение и болезненность при надавливании на нервные стволы -наличие других проявлений лепры -чередование хронического течения с реактивной фазой	-отсутствуют -отсутствуют -узелки, составляющие фигурные бляшки, располагающиеся в один ряд
2. Кольцевидная форма липидного некробиоза -развивается в среднем возрасте (с нарушения углеводного обмена) -локализация – голени	-у детей -тыльная сторона кистей и стоп, коленные и локтевые суставы, шея, предплечье, ягодицы
3. Ревматические узелки -локализация – чаще в области крупных суставов -большая величина, залегают более глубоко, изолированно или группами -не сопровождаются субъективными ощущениями -болезненны при надавливании	-сливаются, менее крупные

Папулезный псевдосифлис (ПП)

Редкое заболевание. Наблюдается у женщин и девушек. Возникает в результате белей и трихомонадной инфекции. На больших половых губах, реже в области поховобедренных складок и на промежности, еще реже на малых половых губах и анальной области, одновременно или через некоторое время, появляются изолированно расположенные плотные папулы до 0,5 см в диаметре. Округлые, слегка возвышаются, в центре их западение (вид пуговицы). Воспалительные явления слабо выражены. Цвет их почти не отличается от цвета кожи. Поверхность папул сухая, не эрозирована, регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

<p>Сифилитические папулы</p> <ul style="list-style-type: none"> -локализация на гребне больших половых губ, наличие мокнущия и бледных трепонем в соскобе с папул -выраженная темно-красная окраска -локализация-в области больших и малых половых губ, промежности, анальной области -лимфатические узлы увеличены, плотные, безболезненные -серологические реакции положительны -существуют длительное время 	<p style="text-align: center;">ПП</p> <ul style="list-style-type: none"> -отсутствует мокнущие -отсутствуют трепонемы -цвет нормальной кожи -большие половые губы - паховые лимфатические узлы в норме -серологические реакции отрицательные -быстро исчезают при соблюдении гигиены
---	--

Папулонекротический туберкулез кожи (ПТК)

Разновидность диссеминированной формы туберкулеза кожи. Микобактерии заносятся гематогенным путем, туберкулезный процесс протекает обычно в виде шейного лимфаденита, костно-суставных поражений и скрофулодермы.

Основным элементом сыпи является плотный узелок диаметром от 2 мм до 0,5 см, бледно-красного цвета. В центре узелка появляется как бы пустула, а затем образуется некротичная коричневая корка, при ее снятии видна округлая, кратерообразная язвочка. В дальнейшем остается белый ровный рубец (либо без рубца).

Локализация – на разгибательных поверхностях конечностей, ягодицах, туловище, лице, реже на волосистой части головы. Высыпания располагаются изолированно, не сливаясь, возникают приступами, иногда рецидивируют. Болеют чаще женщины от 15 до 40 лет.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

<p>1. Некротические угри</p> <ul style="list-style-type: none"> -воспалительные явления более острые -отсутствуют высыпания на волосистой части головы -отсутствие рубчиков 	<p style="text-align: center;">ПТК</p> <ul style="list-style-type: none"> -воспалительный процесс менее выражен -высыпания на волосистой части головы, лба -«штампованные» рубчики -данные анамнеза о туберкулезе
---	--

2. Масленные фолликулиты -острый характер воспаления -наличие комедонов -отсутствие рубчиков	-воспалительный процесс менее выражен -камедоны отсутствуют -«штампованные» рубчики -данные анамнеза о туберкулезе
3. Бугорковый сифилид -диаметр 1 см, резко ограничен от здоровой кожи -темно-красный, бурый цвет -правильные округлые очертания -при их распаде образуются глубокие язвы с плотными круглыми краями -гиперпигментированный фокусный рубец -располагаются группами	-воспалительный процесс менее выражен -высыпания на волосистой части головы, лба -«штампованные» рубчики -данные анамнеза о туберкулезе -располагается рассеяно

Папулезный сифилис (ПС)

Характеризуется высыпаниями дермальных папул различной величины: милиарных, лентикулярных, монетовидных и широких кондиллом.

1. Милиарные папулы (лихеноидный сифилид), располагаются на коже туловища и конечностей. Диаметр 1-2 мм, конусовидной формы; цвет медно- или буровато-красный. Покрываются мелкими чешуйками, появляются вокруг устьев волосяных фолликулов и имеют склонность к группировке. Наблюдаются у ослабленных больных вторичным рецидивным сифилисом; отличаются резистентностью к специфической терапии. Разрешаются с образованием точечных рубчиков.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

Лишай золотушных

- имеет более бледную окраску
- возникает у больных туберкулезом
- папулы располагаются группами
- положительные туберкулиновые пробы
- отрицательные серологические пробы

2. Лентикулярные сифилитические папулы, диаметр 0,5 – 1 см, правильные, округлые, полушаровидные, не обладают периферическим ростом, не сливаются друг с другом. Цвет – ветчины. Поверхность покрыта чешуйками, по периферии – воротничок Бietta. Пальпаторно – инфильтрат. Зуда нет. Располагаются на туловище, конечностях, лице, локализация группами в вид колец, дуг.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

1. Псориаз -псориатическая триада -разгибатели -наклонность к периферическому росту -отсутствие плотного инфильтрата в основании -отсутствие полиаденита	ПС -отсутствие феноменов -равномерные высыпания без четкой локализации -отсутствие склонности к периферическому росту -наличие плотного инфильтрата в основании -полиаденит -положительные серологические реакции
--	--

2. Красный плоский лишай -полигональные очертания, воскообразный блеск, пупковидное вдавление в центре -выраженный зуд	-отсутствие зуда
---	------------------

3. Монетовидный папулезный сифилид – папулы величиной с 15 копеечную монету и больше, круглые, полушаровидные. При вторичном рецидивном сифилисе располагаются группами, но не сливаются вместе.

4. Широкие кондиломы

Большие папулы, располагаются чаще в складках, вокруг заднего прохода, на половых губах, образуются при слиянии отдельных папул в результате постоянного раздражения, трения; величина с 5-копеечную монету, плотной консистенции, расположены на широком основании. Поверхность их часто эрозирована.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

1. Остроконечные кондиломы -дольчатое строение -расположены на узкой ножке -отсутствует плотный инфильтрат -отсутствие других признаков сифилиса (клинических и серологических)	ПС -общность строения -расположена на широком основании -наличие плотного инфильтрата -другие проявления сифилиса
2. Геморроидальный узел -отсутствие плотного инфильтрата на основании -отсутствие эрозивной поверхности -наличие боли, при акте дефекации -сукровичное отделяемое -отсутствие положительных серологических реакций	-наличие инфильтрата на основании -наличие эрозивной поверхности -отсутствие боли -отсутствие сукровичного отделяемого -положительные серологические реакции

Тестовые вопросы:

1. Патогистологические изменения псориазической триады следующие:

- А. гиперкератоз, гранулез
- В. паракератоз, акантоз, папилломатоз
- С. гиперкератоз, акантолизис
- Д. гранулез
- С. акантолизис, гранулез

2. Феномен Кебнера это:

- А. при смазывании растительным маслом появляется сетка
- В. при действии механических и химических агентов на кожу появляются новые папулезные элементы
- С. при соскабливании чешуек появляется сильная боль
- Д. при смазывании йодом пораженных участков, наблюдается их интенсивное окрашивание
- Е. отслоение эпидермиса между эрозированными участками

3. Характер высыпаний при красном плоском лишае:

- А. в центре папул наблюдаются волдыри
- В. фолликулярные папулы, поверхность которых покрыта чешуйками
- С. в центре папул образуются мелкие пузырьки
- Д. нефолликулярные папулы, покрытые серебристыми чешуйками
- Е. блестящие полигональные папулы с углублением в центре

4. К атипичным формам псориаза относятся:
 - А. монилиформный
 - В. кольцевидный
 - С. пузырьный
 - Д. гипертрофический
 - Е. пустулезный
5. Для прогрессивной стадии псориаза характерен симптом:
 - А. «облатки»
 - В. симптом Пильнова
 - С. «сетки Уикхема»
 - Д. «бабочки»
 - Е. симптом Бенъе
6. При парапсориазе наблюдается симптом:
 - А. «облатки»
 - В. «серозных колодцев»
 - С. «бабочки»
 - Д. «дамского каблука»
 - Е. «медовых сот»
7. Бородавки вызываются:
 - А. грибами
 - В. ретровирусами
 - С. фильтрующимися вирусами
 - Д. стрептококками
 - Е. стафилококками
8. Остроконечные кондиломы наиболее часто локализуются на коже области:
 - А. затылка
 - В. живота
 - С. нижних конечностей
 - Д. кистей рук
 - Е. половых органов
9. Наиболее характерным элементом для ограниченного нейродермита является:
 - А. пузырь
 - В. узел
 - С. лихенификация
 - Д. бугорок
 - Е. гнойничок
10. Детская стадия при атопическом дерматите наблюдается в возрастном промежутке:
 - А. 2-12 лет
 - В. 4-15 лет
 - С. 8-15 лет
 - Д. 10-18 лет
 - Е. старше 12 лет

ЛИТЕРАТУРА:

1. Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н. Атопический дерматит у детей. М.: Медицина. 1999.– 240с.
2. Баринский И.Ф., Шубладзе А.К., Каспаров А.А., Гребенюк В.Н. Герпес (этиология, диагностика, лечение). М.: Медицина. 1986. – 272с.
3. Довжанский С.И., Суворов А.П. Фолликулярный дискератоз (Morbus Darier) Вестн. дерматол. и венерол., 1975. – 4: 40-45с.
4. Зверькова Ф.А., Придвижкин И.Т. Детский папулезный акродерматит (синдром Gianotti-Grosti). Вестн. дерматол. и венерол. 1980. – 11: 34-37с.
5. Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. Клиническая дерматология: Редкие и атопические дерматозы. Ереван.: Айастан. 1989. - 567с.

6. Маннанов А.М. Иммуногенетические факторы предрасположенности к атопическому дерматиту у детей. Журнал теоритической и клинической медицины. 1999. – 2: 116-117с.
7. Потоцкий И.И., Сулейманов К.С. Красная волчанка. Ташкент.: Медицина. 1979. – 308с.
8. Слесаренко Н.А., Довжанский С.И. К патогенезу красного плоского лишая. Тез. докл. УП Российского съезда дерматологов и венерологов. Казань. 1996. – 1: 119с.
9. Торопова Н.П., Синзвская О.А., Христюк В.М., Бахтилин В.Я. Экзема и нейродермит у детей. Иркутск. 1986. - 288с.
10. Шодиев Х.К., Ибрагимов У.К., Шахабиддинов Т.Т. Патогенез и лечение атопического дерматита. Ташкент. 1996. – 162с.
11. Gernot Rassner. Atlas of Dermatology. Urban. Sohwarzenberg, munchen – Baltimore. 1978.- 200.
12. Joseph Kimming, Michael Janner. Taschenatlas der Haut and Geschlechts Kran Kheiten: fur stadium und Praxis 302 farbige Abbildungen 2, unveraderte Auflage. – Stuttgart: Jhime, 1978.- 219.
13. Niels Hjorth, Henning Schmidt. Prastische Venerologie, Die sexuell ubertragenen Krankheiten. Stuttgart: Jhime. 1979. - 93.
14. Proceedings of the Third Symposium of dermatologists of Socialist Countries on Psoriasis. Moscow. 1987. - 263.

ТЕМА-3

БУГОРКОВЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

Бугорки наблюдаются при хронических инфекционных заболеваниях кожи, таких как туберкулез, сифилис, лепра, лейшманиоз, а также при некоторых дерматозах с невыясненной этиологией (саркоидоз и другие).

Туберкулез кожи

Возбудителем туберкулеза кожи является туберкулезная микобактерия (*Mycobacterium tuberculosis*). Поражение кожи развивается, как правило, на фоне общей туберкулезной инфекции (туберкулезное поражение легких, лимфатических узлов, костей) за счет лимфо- или гематогенного проникновения микобактерий туберкулеза в кожу. Проявления заболевания на коже разнообразны и зависят от типа микобактерий, их вирулентности, резистентности организма, а также от условий среды.

Дифференциальная диагностика: в данном разделе рассмотрены вопросы дифференциальной диагностики туберкулезной волчанки, так как дифференциальная диагностика бородавчатого туберкулеза кожи, лишая золотушных, уплотненной эритемы, колликувативного и папулонекротического туберкулеза кожи с различными дерматозами описаны в темах, посвященных узлам, папулам.

Туберкулезная волчанка (ТВ)

Является наиболее часто встречающейся разновидностью туберкулеза кожи. Чаще возникает в детском или юношеском возрасте, располагается преимущественно на лице, реже – на конечностях, в перианальной области, еще реже – на туловище. Высыпания чаще возникают сначала на коже, нередко на слизистой оболочке носа, затем процесс распространяется на соседние участки лица.

В связи с тем, что туберкулезные бугорки (люпомы), располагаются глубоко, в начале они имеют вид желтовато – красных или красновато – коричневых пятен диаметром от 2 мм до 0,5 см, с относительно резкими границами. В течение нескольких месяцев инфильтрация увеличивается и бугорки становятся более заметными, но чаще мало возвышаются над кожей (*lupus vulgaris planus*). Редко очаги поражения заметно выступают над уровнем кожи (*lupus vulgaris tumidus*). При диаскопии цвет элементов меняется на желтовато – коричневый (симптом «яблочного желе»).

Характерна мягкая консистенция бугорков, в связи с чем при надавливании зондом возникает стойкое углубление, а при более энергичном давлении – разрыв элемента, выраженная болезненность, кровотечение (симптом «проваливания зонда»). Люпомы склонны к периферическому росту, слиянию и образованию сплошных очагов различной величины и очертаний. Вначале поверхность очагов гладкая, затем появляются шелушение, иногда значительное, наслоение корок, иногда бородавчатые разрастания, часто изъязвление. Язвочки поверхностные, с мягкими подрытыми, неровными краями, вокруг которых сохраняется светло – коричневатый инфильтрат.

Дно их покрыто гноем, зернистое за счет грануляций. Язвенные поражения могут распространяться по периферии или в глубину с разрушением подкожной клетчатки, хрящевой части носа, ушей, что может привести к значительному обезображиванию.

Течение туберкулезной волчанки длительное, без лечения – многолетнее. На месте язвенных поражений остаются рубцы. Если волчанка не изъязвляется, она оставляет после себя нежную рубцовую атрофию. Характерным является наличие в

зоне рубца или атрофии типичных люпом. При длительном существовании волчанки (чаще у мужчин) может развиваться lupus – carcinoma.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

<p>1. Бугорковый сифилид -наблюдается у взрослых -поражение костной части носа -развитие и распространение в течении нескольких недель с момента высыпания бугорков -существует в течении нескольких месяцев -элементы плотно-эластичные -сифилиды имеют насыщенный темно-красный цвет -располагаются бугорки изолированно -язвы более глубокие, крупно обрезанные края, окружены плотным валиком инфильтрата, дно их покрыто некротическими массами -рубцы неравномерно пигментированные, негладкие, на них нет новых высыпаний -положительные серологические реакции</p>	<p>ТВ -начало в раннем детском возрасте -поражение хрящевой части носа -медленное развитие и распространение очагов поражения (несколько лет) -в течении десятилетий -элементы мягкие -люпомы – бледно-красные с желтоватым оттенком -бугорки сливаются в сплошные очаги поражения -язвы поверхностные, имеют подрывные, мягкие, нависающие края, красное дно, покрытое желто-серым налетом и легко кровоточащими зернистыми грануляциями -рубцы гладкие, обесцвеченные, в зоне их типично наличие “старых” или новых люпом -феномен “яблочного желе” и “проваливания зонда”</p>
<p>2. Мелкоузелковая форма саркоидоза -болеют чаще взрослые -плотные бугорки -синеватый оттенок окраски -при диаскопии наблюдается желтовато-бурая окраска очага, сходная с таковой при волчаночном туберкулезе кожи, но она не сплошная, а пылевидная, точечная -редко склонны к изъязвлению</p>	<p>-чаще дети -значительно меньшая плотность бугорков -желтые бугорки -положительные феномены проваливания зонда и яблочного желе -склонность бугорков к изъязвлению -наличие в области рубца типичных люпом -медленное многолетнее течение -инфильтраты более поверхностные -бугорки более полиморфные</p>
<p>3. Дискоидная красная волчанка -у взрослых -наличие фолликулярного гиперкератоза -яркая окраска высыпаний -симметричное расположение (в виде бабочки) -редкое изъязвление -отсутствие люпом -повышенная фоточувствительность -нет бугорков</p>	<p>-у детей -отсутствует гиперкератоз -высыпания более блеклые -наличие изъязвлений в очагах поражения, наличие люпом в пределах рубца и на здоровой коже -кожа несколько улучшается летом -наличие бугорков</p>
<p>4. Люпоидный сикоз -у мужчин среднего и пожилого возраста -первичный элемент фолликулярная пустула -очаги поражения единичные -располагаются на участках кожи,</p>	<p>-у детей -люпома -множественные очаги -расположение в центральной части лица</p>

покрытых волосами (голова, усы, борода, лобок) -более быстрая динамика эволюции отдельных элементов -рубцевание и гибель волосяных фолликулов	-длительное течение -рубцовая атрофия
---	--

Саркоидоз

Мелкоузелковый саркоидоз – наиболее частая клиническая форма саркоидоза. Излюбленная локализация – кожа лица и конечностей (реже туловища), где появляются резко ограниченные мелкие бугорковые элементы плотноватой консистенции, полушаровидной формы, возвышающиеся над уровнем окружающей кожи. Цвет бугорков – розовато – красный, далее синюшный, желтовато – коричневатый. При диаскопии – выявляется характерный феномен «запыленности» (наличие мелких пылевидных желтоватых и желтовато – бурых пятнышек). Наличие на поверхности бугорков телеангиэктазий, особенно в стадии регресса. Течение длительное, доброкачественное. Если же процесс принимает системный характер (поражение легких, лимфатических узлов, костной ткани, печени, селезенки), прогноз для выздоровления менее благоприятный.

Диагностическое значение при саркоидозе имеет реакция Никерсона – Квеймана, но постановка ее затруднительна.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

1. Розовые угри	Саркоидоз
-характерна яркая разлитая эритема с телеангиэктазиями и пустулизацией -располагаются почти исключительно на лице -преимущественно у людей более старшего возраста (после 40 лет)	-не характерна яркая разлитая эритема с телеангиэктазиями и пустулизации -локализация – кожа лица, конечности, реже туловища -заболевают преимущественные лица до 40 лет
2. Туберкулезная форма лейшманиоза -из анамнеза - пребывание больных в эндемических зонах -наличие изъязвлений -наличие регионарных лимфаденитов -наличие телец Боровского в соскобе из очагов поражения	-отсутствие -отсутствие в большинстве случаев изъязвлений -отсутствие образования регионарных лимфаденитов -отсутствие телец Боровского
3. Красная волчанка -очаги более яркие, больших размеров -фолликулярный гиперкератоз -исход в аторфию	-менее яркие, мелкие -отсутствие гиперкератоза -регрессирует бесследно
4. Бугорковый сифилис -цвет бугорков темно-красный -тенденция к группировке -изъязвляются, оставляя после себя характерные рубцы (мозаичные) -положительные серологические реакции при сифилисе	-светло-красный, затем синюшный, затем желто – коричневый -не группируются -редко изъязвляются - отрицательные серологические реакции

Бугорковый сифилис (БС)

Проявлением третичного периода сифилиса служит бугорковый сифилид, который развивается обычно у нелеченных или плохо леченных больных через 3-4 года и более после заражения.

Также возникновению бугоркового сифилида способствуют интоксикации, хронический алкоголизм, хронические заболевания (туберкулез, анемия и другие), травмы, гиповитаминозы и другие факторы, снижающие сопротивляемость организма.

Излюбленная локализация – кожа лица (нос, лоб), разгибательные поверхности конечностей, спины, слизистые оболочки. В начале бугорки как бы погружены в толщу кожи или слизистых оболочек, не вызывая на их поверхности выраженных изменений. Постепенно они увеличиваются до 1-1,5 см в диаметре, выступают над уровнем кожи в виде полушаровидных образований с четкими границами, округлые, плотные. Цвет вначале темно-красный, затем буроватый.

Поверхность изъязвившихся элементов гладкая, но при длительном существовании может быть покрыта чешуйками. Изъязвившиеся бугорки покрыты корками (бугорки не все изъязвляются). Процесс обязательно завершается образованием рубца или рубцовой атрофией. Характерно – отсутствие склонности бугорков к периферическому росту и слиянию, скученность их расположения, что придает очагу сходство с участком поражения от выстрела дробью, произведенного с близкого расстояния. Типичны мозаичные рубцы, что позволяет по их виду (неровная поверхность, участки здоровой кожи между отдельными рубчиками, неравномерность, пестрота окраски) предположить сифилис даже через много лет после исчезновения других клинических признаков процесса. Элементы существуют в течение нескольких месяцев, затем самопроизвольно или под влиянием лечения исчезают. Но процесс может принимать затяжной характер, если наряду со старыми появляются новые бугорки, что придает очагу поражения серпигинозный характер.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

1. Розовые угри	БС. Если локализация на лице
-симметричные поражения -пустулы -эритемы, телеангиэктазии	-отсутствие симметричности -бугорки -отсутствуют
2. Дискоидная красная волчанка -начало с пятна -симметричность -фолликулярный гиперкератоз -отсутствие склонности к изъязвлению	-бугорки -отсутствие -отсутствие -изъязвление
3. Псориаз ладано-подошвенный -многолетнее течение -розовый, яркий цвет -поверхностное расположение папул, слияние -обильное шелушение бляшек -отсутствие изъязвления -псориатическая триада, изоморфная реакция Кебнера	-месяцы -темно-красный цвет -глубокое расположение бугорков -умеренно покрыты чешуйками -изъязвления -положительные серологические реакции

Лейшманиоз кожи (ЛК)

Является эндемическим инфекционным заболеванием, вызываемым *Leishmania tropica*. Преимущественно наблюдается (из стран СНГ) в Средней Азии и в Азербайджане.

Различают две клинические формы лейшманиоза кожи: зоонозный (остронекротизирующий), антропонозный (поздно изъязвляющийся). В связи с тем, что с описанными бугорковыми дерматозами большее сходство имеет антропонозный тип лейшманиоза кожи, в данном разделе будет рассмотрена только эта форма заболевания.

Поражение кожи при антропонозной форме лейшманиоза кожи может развиваться в любое время года, спустя 3-9 месяцев, а иногда и более после укуса москитов. Высыпания располагаются главным образом на участках кожи, не защищенных одеждой. На месте укусов возникают одиночные или множественные (в зависимости от числа укусов) бугорки диаметром 2-5 мм, плотной консистенции, красно-коричневого или синюшного цвета. На поверхности бугорков небольшое количество плотноприлегающих чешуек. Бугорки длительно существуют, не подвергаясь распаду, постепенно увеличиваются в размерах, иногда сливаются в небольшие плоские бугорки, изъязвляются и покрываются корками. После удаления корок обнаруживаются поверхностные язвочки неправильных очертаний, окруженные валиком нераспавшегося инфильтрата. Наличие регионарного лимфангита (реже, чем при зоонозном лейшманиозе). Течение длительное (около 1-2 лет).

На месте бугорков остается втянутый рубец. Иногда на месте рубца или вокруг появляются новые бугорки (вследствие сохранения лейшманий в туберкулоидных лейшманиозных тканях). Цвет бугорков желтовато-буроватый, при диаскопии обнаруживается феномен яблочного желе. Они могут группироваться, в виде различных фигур. Течение туберкулоидного лейшманиоза многолетнее. Бугорки годами могут существовать практически без изменений, изъязвляясь лишь в чрезвычайно редких случаях.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н а я д и а г н о с т и к а:

1. Волчаночный туберкулез кожи	ЛК
<ul style="list-style-type: none"> -преимущественно в детском возрасте -бугорки значительно плотные -феномен зонда (проваливания) отрицателен -высыпания склонны к изъязвлению -рубец поверхностный 	<ul style="list-style-type: none"> -развивается в любом возрасте -бугорки умеренной плотности -феномен проваливания зонда положителен -высыпания туберкулоидного лейшманиоза не склонны к изъязвлению -рубец глубоко втянутый
<ul style="list-style-type: none"> 2. Бугорковый сифилид -локализоваться может повсеместно (на туловище, лице, конечностях, половых органах) -бугорки плотные -на рубцах элементы не располагаются -феномен «яблочного желе» отрицателен -раннее изъязвление -рубец мозаичный -положительные серологические реакции 	<ul style="list-style-type: none"> -локализация сыпи главным образом на открытых участках тела -менее плотные бугорки -расположение элементов на рубцах -положительный феномен «яблочного желе» -позднее изъязвление -рубец втянутый -отрицательные серологические реакции

Туберкулоидный тип лепры (ТЛ)

Развивается у людей с относительно высокой сопротивляемостью организма к микобактериям лепры. Является доброкачественной по течению формой лепры, при которой наблюдается преимущественно поражение кожи и нервной периферической системы. Микобактерии лепры обнаруживаются с трудом (обычно при обострении заболевания).

Высыпания могут локализоваться на любом участке кожного покрова, обычно немногочисленные мелкие плоские бугорки, красно-синюшного цвета, сливаются в сплошные, незначительно возвышающиеся над кожей очаги поражения, имеющие резкие границы, и несколько возвышающийся периферический валик. Иногда инфильтрация в очагах поражения настолько незначительна, что они производят впечатление пятен. Постепенно за счет периферического роста очаги увеличиваются; в центре инфильтрация уменьшается, возникают кольцевидные, полициклические элементы, гипопигментация. Шелушение обычно нерезко выражено. Характерно наличие в очагах поражения и в непосредственной близости к ним анестезии и отсутствие потоотделения, выпадения волос. Рано обнаруживается поражение периферических нервов (наиболее часто локтевого, радиального, малоберцового и лицевого), что приводит к развитию двигательных и трофических нарушений (парезы, параличи, контрактуры, трофические язвы, атрофии, мутиляции, деформации кистей и стоп лагофтальм). Внутренние органы, лимфатические узлы, глаза при туберкулоидном типе лепры в отличие от лепроматозного поражаются относительно редко.

Течение туберкулоидного типа лепры хроническое, может сменяться остро или подостро протекающей реактивной фазой. Возможен переход в лепроматозный тип лепры. Для диагностики имеют значение бактериоскопическое исследование, пробы с лепромином, никотиновой кислотой, гистамином.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

1. Туберкулезной волчанки	ТЛ
-преимущественная локализация на лице	-нет склонности к преимущественной локализации на лице
-развитие в детском возрасте	-развивается у взрослых
-цвет желтоватый	-преобладает синеватый тон
-очаги незначительно плотнее	-более плотные, чем люпомы
-изъязвляются	-не изъязвляются
-феномены «яблочного желе» и «проваливания зонда» положительные	-феномены яблочного желе и проваливания зонда отрицательные
-чувствительная инервация не нарушается	-положительна лепроминовая реакция
-волосы не изменены	-обнаруживается расстройство чувствительности, потоотделения
-не наблюдается изменений со стороны периферических нервов	-выпадают волосы
-на месте высыпаний остается рубец и на нем новые высыпания	-изменение периферических нервов
	-обнаружение микобактерий лепры
	-на месте высыпаний остается атрофический рубец, но на нем не бывает новых высыпаний

<p>2. Бугорковые сифилиды</p> <ul style="list-style-type: none"> -длительность от 6 месяцев до 1 года -более яркая окраска -изъязвляется -инфильтрация в очаге наиболее отчетлива по периферии -нет полиневритов, расстройств чувствительности -нет реакций обострения -положительные серологические реакции 	<ul style="list-style-type: none"> -более длительно -более темная окраска -без изъязвлений -инфильтрация в очаге поражения более или менее равномерная -наличие полиневритов, расстройств чувствительности -наличие реакций обострения -могут быть «+» серологические реакции (чаще при лепроматозном типе)
<p>3. Мелкоузловой саркоидоз</p> <ul style="list-style-type: none"> -не сливаются -отсутствие расстройства чувствительности, полиневриты -отсутствие реакции обострения -коричневатая окраска бугорков -положителен феномен «запыленности» 	<ul style="list-style-type: none"> -склонность элементов к слиянию в кольцевидные, полициклические фигуры -расстройства чувствительности, полиневриты -реакции обострения -синюшно-красная окраска бугорков -отрицателен феномен запыленности
<p>4. Антропонозный лейшманиоз</p> <ul style="list-style-type: none"> -располагаются на открытых участках тела -не имеют склонности группироваться в фигурные элементы -через 4-6 месяцев после появления лейшманиомы изъязвляются -в течение года процесс заканчивается -наличие по окончанию рубцеваний -не бывает расстройств чувствительности, полиневритов -в соскобе из очагов поражения легко обнаруживаются лейшмании 	<ul style="list-style-type: none"> -на любом участке кожного покрова -склонность к группировке в фигурные элементы -не изъязвляются -длительное течение -атрофический рубец -расстройства чувствительности, полиневритов -в бактериоскопических исследованиях находят микобактерии лепры

Тестовые вопросы:

1. При туберкулезной волчанке наблюдается симптом:
 - А. «терки»
 - В. «облатки»
 - С. «проваливания зонда»
 - Д. «медовых сот»
 - Е. «серозных колодцев»
2. Характерным элементом сыпи для туберкулезной волчанки является:
 - А. узел
 - В. эрозия
 - С. узелок
 - Д. гнойничок
 - Е. бугорок
3. Патогномоничный симптом, наблюдаемый при туберкулезной волчанке:
 - А. «яблочного желе»
 - В. «бабочки»
 - С. «дамского каблука»
 - Д. «перчаток»

- Е. «рыбьей икры»
4. Дифференциальную диагностику туберкулезной волчанки необходимо проводить с:
 - А. псориазом
 - В. красным плоским лишаем
 - С. атопическим дерматитом
 - Д. дискоидной формой красной волчанки
 - Е. склеродермией
 5. Лейшманиоз кожи вызывается:
 - А. стрептококками
 - В. стафилококками
 - С. грибами
 - Д. простейшими
 - Е. вирусами
 6. Различают следующие клинические формы лейшманиоза кожи:
 - А. простой и диспластический
 - В. интертригинозный и скутулярный
 - С. ограниченный и распространенный
 - Д. каплевидный и нуммулярный
 - Е. городской и сельский
 7. Лепра вызывается:
 - А. микобактериями Коха
 - В. микобактериями Ганзена
 - С. вирусами
 - Д. бледной трепонемой
 - Е. диплококками
 8. При лейшманиозе кожи очаги поражения появляются на месте:
 - А. укуса животных
 - В. травмы
 - С. укуса москитов
 - Д. ожога
 - Е. расчесов
 9. Туберкулоидный тип лепры необходимо дифференцировать с:
 - А. атопическим дерматитом
 - В. антропонозным лейшманиозом кожи
 - С. псориазом
 - Д. дерматомиозитом
 - Е. витилиго
 10. Для лейшманиоза кожи характерен симптом:
 - А. «дамского каблука»
 - В. «маскообразное лицо»
 - С. инфраорбитальные складки Дени-Моргана
 - Д. «рыбьей икры»
 - Е. «кровавой росы»

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антоньев А.А., Чайковский В.Т., Сосонкин И.Е. К вопросу об эризипелоиде. Вест дерматол. и венерол. 1974. - 6: 24-30с.
2. Ковалев Г.К. Эризипелоид (эпидемиология, клиника и профилактика) Сов. мед. 1979. - 12: 66-70с.
3. Литовченко О.В., Шаповалов М.И. Особенности туберкулеза кожи у детей. М.: Медицина. 1976. - 133-141с.
4. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. Под редакцией Скрипкина Ю.К., Мордовцева В.Н. М.: Медицина. 1999. - 1: 879с.

5. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. Под редакцией Скрипкина Ю.К., Мордовцева В.Н. М.: Медицина. 1999. - 2: 880с.
6. Ольховский А.М. Туберкулезная волчанка наружного уха. Вестн. дермат. и венерол. 1981. - 7: 53-55с.
7. Потоцкий И.И., Сулейманов К.С. Красная волчанка. Ташкент.: Медицина. 1979. – 308с.
8. Тухватулина З.Г. Клетки Лангерганса: функция и роль в дерматопатологии. Новости дерматол. и венерол. 1999. - 2: 29-34с.
9. Чернуха А.М., Фролов Е.П. Кожа (строение, функция, общая патология) М.: Медицина. 1982. – 342с.
10. James M. Sarcoidosis of the skin . In: Fitzpatrick. Dermatology in general medicine. 2 nd. ed, New York. 1979.
11. Nathan M., Pinsker R., Chase P. Elynerabel Sarcoidosis presenting as lymphedema. Arch. Dermatol. 1974. - 109-114.

ТЕМА-4

УЗЛОВАТЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

Узлы могут быть основным проявлением ряда дерматозов (воспалительных и невоспалительных), различных доброкачественных и злокачественных новообразований кожи или являются одним из проявлений ряда инфекционных заболеваний и синдромов.

К заболеваниям, при которых узел является основным первичным элементом, относятся следующие нозологические формы: спонтанный панникулит, холодовой панникулит, постстероидный панникулит, олеогранулема-парафинома, инсулиновая липодистрофия, узловатая эритема, уплотненная эритема Базена, глубокие саркоидозы Дарье-Русси, глубокая форма красной волчанки Капоши – Ирганга, подагрические узлы, кальциноз кожи, некроз подкожной жировой клетчатки новорожденных.

Узлы служат основным проявлением следующих доброкачественных и злокачественных опухолей: липомы, опухолевидная туберкулезная ксантома, миобластома Абрикосова, псаммома кожи, полиморфно-клеточный множественный саркоматоз, эозинофильная гранулема, доброкачественная плазмоцитома кожи, узловатая форма мастоцитоза.

Узлы могут быть одним из проявлений различных инфекций - сифилиса (сифилитическая гумма), туберкулеза (первичный колликувативный туберкулез кожи), лепры (лепрозные узловатости), глубоких микозов.

Кожные высыпания в виде узлов служат проявлением синдрома Франсуа, синдрома Гейчлендера.

Спонтанный панникулит (СП)

Первичным элементом заболевания (болезнь Вебера-Крисчена) является узел, заложенный на разной глубине в подкожно-жировой клетчатке. Узлы могут локализоваться на любом участке кожного покрова. Они редко бывают единичными, чаще диссеминированны и множественны. Излюбленная локализация – нижние и верхние конечности. У большинства больных узлы имеют смешанную локализацию, располагаясь на нижних и верхних конечностях, ягодицах, еще реже – на груди и молочных железах, животе, кистях, лобке, щеках.

В основе патологического процесса лежат нарушения окислительных процессов в жировой ткани с избыточным накоплением продуктов перекисного окисления (альдегидных и перекисных групп). Последние, из-за своей высокой токсичности приводят к нарушению обменных процессов в жировой клетке и в конечном итоге к ее гибели.

Клиническая картина вначале напоминает острое инфекционное заболевание или так называемую сывороточную болезнь. Болезнь начинается без инкубационного периода с недомогания, головной боли, иногда болей в мышцах и суставах и сопровождается лихорадкой (от 37 до 40⁰ С) различной выраженности. Затем на этом фоне становятся заметные узлы, заложенные в подкожной жировой клетчатке, диаметром от 1мм до 1 см и более. Заболевание протекает приступообразно, ремиссии бывают различной продолжительности. Узлы могут располагаться изолированно или сливаться в различного размера конгломераты, вследствие чего появляются обширные образования с неровной, бугристой поверхностью и расплывчатыми границами. Узлы обычно не вскрываются, и при рассасывании на их месте остаются участки атрофии или западения кожи.

Различают три клинические разновидности заболевания: узловатую, бляшечную и инфильтративную.

При узловатой разновидности узлы располагаются изолированно друг от друга, не сливаются, четко отграничены от окружающей ткани и имеют различную окраску в зависимости от глубины расположения в подкожной жировой клетчатке (от цвета нормальной кожи до ярко-розового). Диаметр узлов от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров.

При бляшечной разновидности отдельные узлы, сливаясь в различного размера конгломерат, занимают обширные зоны, иногда всю поверхность голени, бедра, плеча и т.д., что может приводить к отеку и выраженной болезненности из-за сдавления сосудисто-нервных пучков. Поверхность таких бляшек-конгломератов бугристая, границы их расплывчатые, консистенция плотновато-эластическая, достигающая порой до склеродермоподобной плотности. Цвет конгломератов от розового до синюшно-багрового.

При инфильтративной разновидности в зоне отдельных узлов или конгломератов возникают флюктуации, цвет очагов-ярко-красный или багровый. Очаги имеют вид флегмонозных инфильтратов, но в отличие от последних при вскрытии выделяют не гной, а желтоватую пятнистую массу. Эту форму спонтанного панникулита часто ошибочно диагностируют как абсцесс или флегмону.

При хроническом варианте панникулита независимо от острого начала заболевания дальнейшее его течение носит благоприятный для жизни характер. Общее состояние больных обычно существенно не страдает, а рецидивы не отличаются тяжестью и обычно заканчиваются благоприятно для жизни больных. Ремиссии при хроническом течении длительные. Изменения со стороны внутренних органов, клинически, у больных отсутствуют. Но при хронической форме изменены биохимические показатели крови, отражающие функциональную активность печени.

Подострое течение болезни характеризуется выраженными общими симптомами заболевания (длительная, септическая лихорадка, нарастающая слабость), изменения состава крови (лейкопения, повышение СОЭ), биохимические показатели, указывающие на участие печени в патологическом процессе. При быстрой смене ремиссий и рецидивов, характерной для подострого течения спонтанного панникулита, количество узлов обычно увеличивается. Для подострого течения характерна торпидность, резистентность к различным видам терапии.

Ремиссия продолжается около года.

Редко (острая форма) общие симптомы нарастают, неуклонно прогрессирует слабость (больные не могут приподняться с постели), температура не снижается, несмотря на антибиотико-кортикостероидо-терапию и терапию симптоматическими средствами. Появляются резкие боли в мышцах, суставах, костях, нарастают изменения крови и мочи, биохимических показателей (поражение печени), а в терминальной стадии и в свертывающей системе крови. Ремиссия очень короткая (1-3 мес). Каждый новый рецидив отличается более тяжелым общим состоянием, заболевание принимает острую форму и заканчивается летально в довольно короткие сроки (от 3 мес до 1 года).

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

<p>1. Реактивный панникулит -может сопровождать различные дерматозы -важно знать наличие основного заболевания</p>	<p>СП -спонтанно</p>
<p>2. Холодовой панникулит -узлы возникают от холода</p>	

-локализованы в подкожно-жировой клетчатке	-разная глубина расположения в подкожно-жировой клетчатке
3. Постстероидный панникулит -развивается после прекращения приема кортикостероидных гормонов -при рассасывании узлов не остается атрофии кожи с западением в центре после назначения небольших доз кортикостероидов	-спонтанно -остается атрофия с западением в центре

Олеогранулема и парафинома (ОГ)

Возникают спустя некоторое время после введения под кожу масляных растворов лекарственных веществ, парафина, вазелина и др. На местах введения перечисленных веществ появляются узлы в подкожной жировой клетчатке, чаще множественные, плотные, хрящевой консистенции, спаянные с фасциями. Узлы, сохраняясь довольно длительное время, могут постепенно рассосаться или инкапсулироваться.

Различают три вида олеогранулем: 1) искусственные, или инъекционные; 2) травматические, образующиеся в результате разрушения жировой ткани с последующим освобождением из жировых клеток жира; 3) околоспалительные, располагающиеся непосредственно около очага воспаления.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н а я д и а г н о с т и к а:

Спонтанный панникулит -узлы повсеместно на местах локализации заболевания -при исследовании жир – собственный жир больного	ОГ -узлы располагаются на месте действия этиологического фактора и никогда не возникают в отдалении от первичного очага -осумкованные узлы, жир растительного происхождения
---	--

Инсулиновая липодистрофия (ИЛ)

Возникает на местах инъекции инсулина у больных сахарным диабетом, характеризуется узлами в ПЖК в виде плотных плоских ограниченных образований с диаметром от 2 до 17 см, с западением в центральной их части. Кожа в этой области спаяна с узлом и при пальпации не смещается. Узлы могут возникать и в отдаленных от мест инъекции участках (лицо, шея, подбородок, грудь), что связано с трофоангиопатическими нарушениями и с тем, что инъекции производят не в мышцу, а в подкожно-жировую клетчатку.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

Спонтанный панникулит -начало не связано с другими заболеваниями -узлы не плоские, расплывчаты	ИЛ -наличие заболеваний поджелудочной железы (диабет, панкреатит и др) -узлы плоские, резко отграниченные от окружающей ткани, склероподобной консистенции, на местах инъекции инсулина
---	--

Уплотненная эритема базена (ЭБ)

Узлы, диаметром 3-5 см, с нечеткими границами, чаще одиночные. Локализация – задняя поверхность голени в области икроножных мышц. Поражение симметричное. Течение вялое. Цвет очагов бледно-синюшный. Заболевание протекает хронически, рецидивирует в холодное и сырое время года. Болеют чаще женщины молодого возраста, работающие преимущественно стоя. Уплотненная эритема может сочетаться с озноблением. Нередко у больных обнаруживают различные признаки туберкулезной интоксикации и сочетание с другими формами туберкулеза. Общее состояние страдает редко. В части случаев (до 40%) узлы могут изъязвляться в центре (форма Гетчинсона). Заживают язвы с образованием рубца.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

Спонтанный панникулит	ЭБ
-множественные узлы	-единичные узлы
-локализация - преимущественно верхние и нижние конечности	-икроножные мышцы, симметрично
-течение острое; подострое; хроническое	-течение вялое
-спонтанное заболевание	-заболевание связано с холодной и сырой погодой
-не связано с другими заболеваниями	-могут быть признаки туберкулезной интоксикации

Подкожные саркоиды Дарье-Руси

Клинически проявляются в виде узлов, расположенных в подкожно-жировой клетчатке, безболезненные, до 3 см в диаметре. Сливаясь, узлы, могут образовать большие уплотнения с бугристой, неровной поверхностью, спаянные с кожей. Цвет кожи над узлами по виду напоминает апельсиновую корку. Излюбленной локализации, как правило, нет, но чаще узлы располагаются на бедрах, животе и боковых поверхностях туловища.

Глубокая форма красной волчанки Капоши – Ирганга

Проявляется узлом в виде глубокого инфильтрата, заложенного в подкожной жировой клетчатке, располагающегося ассиметрично на лице (гораздо реже-на верхних и нижних конечностях). Процесс заканчивается образованием рубца.

Дифференциальная диагностика заболевания и спонтанного панникулита основана на клинической картине и патоморфологических признаках.

Подагрические узлы

Локализуются в подкожно-жировой клетчатке и характеризуются вначале мягкой, а затем плотной, каменистой консистенцией. Узлы могут быть единичные и множественные, изолированные или слившиеся в отдельные группы. Цвет кожи над ними не изменен или синюшно-розовый. Узлы чаще локализуются вокруг межфаланговых суставов, на ушных раковинах и могут существовать неопределенно долгое время, самопроизвольно рассасываться или, истончая кожу над собой, прорываться с выделением гипсообразной массы, что и отличает их от спонтанного панникулита.

Первичный кальциноз кожи

Связан с нарушением обмена кальция (гиперкальциемия) и поражением параситовидной железы. Узлы при кальцинозе очень твердые, малоподвижные, различной величины, почти безболезненные, расположены в подкожно-жировой клетчатке. Кожа над ними не изменена. При распаде узлов выделяется кашицеобразное содержимое. После заживания образуются рубцы. Особым проявлением кальциноза служит разновидность наследственного липоидтезауриемоза с аутосомно-рецессивным наследованием – прогрессирующий внутримышечный липокальциогранулематоз (син: синдром Гейчлендера). Характеризуется образованием плотных узлов в подкожно-жировой клетчатке, располагающихся вблизи суставов и костей в мышечных фасциях, сумках больших суставов.

Узлы могут вскрываться с выделением кашицеобразных фосфатов кальция. Периодически отмечается лихорадка, часто развивается мышечная дистрофия, гиперхолестеринемия, остеопороз. Болеют лица в возрасте до 20 лет.

Таким образом, при перечисленных заболеваниях (подагрические узлы, кальциноз кожи), поражающих гиподерму, редко приходится сталкиваться с трудностями в случае дифференциальной диагностики со спонтанным паникулитом, клинически и морфологически эти болезни легко различить.

Некроз подкожной жировой клетчатки новорожденных

Характеризуется появлением в подкожно-жировой клетчатке узлов, склонных к разрастанию и увеличению их количества. Узлы имеют выпуклые края и отличаются незначительной болезненностью. Локализуются на щеках, спине, плечах, груди, ягодицах, конечностях.

Заболевание продолжается 3-4 месяца, а затем узлы самопроизвольно рассасываются. Общее состояние не страдает.

Липома

Это доброкачественная опухоль, состоящая из нормальной жировой ткани. Встречается в нескольких клинических формах. Единичные или множественные липомы располагаются обычно на животе, спине, конечностях. Они мелкие на ощупь, безболезненные, подвижные, диаметром 1-10 см, цвета нормальной кожи. Различают несколько разновидностей липоматозов.

Симметричный липоматоз типа Lannois – Vensaude отличается локализацией липоматозных узлов на передней и задней поверхностях шеи и в подчелюстной области. Множественный шейный симметричный липоматоз характеризуется симметрично расположенными липомами шеи, образующимися за счет диффузной гиперплазии подкожно-жировой клетчатки шеи. Липоматоз развивается на фоне гипопитарных нарушений.

Липомы типа Verneuil-Potain отличаются локализацией липоматозных узлов в надключичных областях.

Диффузный симметричный липоматоз Muna Leri характеризуется множественными липомами, локализующимися симметрично на верхних конечностях, в области ягодиц и реже на других участках кожного покрова.

Гипертрофический псевдомышечный липоматоз Maronon – симметричный генерализованный липоматоз, развивающийся в мышцах. Липомы спаиваются с мышцами и придают больному вид Геркулеса.

Ладонный липоматоз Firi – Langmead_отличается локализацией липом на ладонях.

Липоматоз Pasteur – Valleri – Radot – Blamontier отличается сегментарным расположением липом.

Болезнь Деркума – липоматоз, характеризуется опухолями, состоящими из жировой ткани, расположенными в ПЖК на спине, бедрах, ягодицах, животе, верхних конечностях, в областях молочных желез, болезненными при пальпации, травме или давлении. Характерны также астения, психическая неустойчивость, нервно-психические расстройства, очаговые гиперпигментации, зуд кожи. При гистологическом исследовании в зоне липом выявляют изменения нервных волокон.

Подкожный гипертонический гипогранулематоз Готтрона – заболевание, развивающееся у тучных женщин, страдающих гипертонической болезнью и характеризующееся диссеминированными узлами в подкожно-жировой клетчатке.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н а я д и а г н о с т и к а:

<p>Спонтанный панникулит</p> <p>-плотные -болезненные -нарушение общего состояния незначительно</p>	<p>Липомы, локализующиеся на животе, крестце и бедрах</p> <p>-мягкие -безболезненные -хорошее общее состояние</p>
--	--

Опухолевидная, туберкулезная ксантома

Проявление гиперхолестеринемического ксантоматоза – характеризуется узлами шаровидной формы, диаметром от 1 до 3 см, склонных к слиянию с образованием конгломератов с бугристой поверхностью. Узлы локализуются на разгибательных поверхностях локтевых, коленных суставов, плечах, ягодицах, реже на других местах. Вначале узлы мягкой консистенции, затем прорастая фиброзной тканью, становятся плотными. Цвет узлов чаще желтый, могут быть бурыми или синюшно-красными. Могут поражаться слизистые оболочки. Характерны гиперлипемия и гиперхолестеринемия без изменений соотношения свободной и эфирсвязанной фракцией холестерина. Отличается раннее поражение кровеносных сосудов, суставов и костей. Часто в процесс вовлекаются печень и селезенка. Заболевание начинается с рождения или в первые месяцы жизни, протекает медленно, толчкообразно. Обнаруживают ранние проявления атеросклероза.

Особая разновидность ксантоматоза – синдром Франсуа, или дермато-хондрокорнеальная дистрофия с аутосомно-доминантным типом наследования. Синдром служит проявлением липоидоза с поражением кожи, костей, роговицы. Характеризуется узлами желтоватого цвета (ксантомами) локализуется на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, вокруг суставов, на ягодицах и других участках туловища, нарушением процессов окостенения эпифизов мелких костей и дистрофией роговицы. Печень и селезенка не увеличена.

Миобластома абрикосова

Плотная, круглая, резко ограниченная ненапряженная мелкая опухоль (диаметр 0,5-2 см), возникающая в подкожно-жировой клетчатке, а также на языке. Опухоли более крупных размеров обычно одиночные. Могут быть метастазы в лимфатические узлы.

Псаммома кожи – характеризуется узлами, расположенными глубоко в подкожно-жировой клетчатке, линейной формы, плоскими, плотноватой консистенции, клинически очень трудно отличимыми от липом и гиподерматитов. Для псамомы свойственны концентрические разрастания эндотелия, гиалинизация стромы и закупорка сосудов.

Полиморфно – клеточный множественный саркоматоз

Характеризуется безболезненными множественными узлами округлой формы, тестоватой консистенции, диаметром 1-5 см и более. Опухоли склонны к распаду и образованию язв. Они метастазируют в лимфатические узлы и внутренние органы, чего никогда не наблюдается при липомах и спонтанном панникулите.

Эозинофильная гранулема встречается в трех формах: 1) инфильтративно-эрозивной, локализующейся в анальной и перианальной области; 2) ограниченной инфильтративной, локализующейся на лице и на других участках; 3) подкожной, характеризуется узлами до 3 см в диаметре, расположенными в подкожно-жировой клетчатке. Узлы полуподвижны, безболезненны, кожа над ними не изменена. Локализуются в области ягодиц, на бедрах и других участках тела.

Доброкачественная плазмоцитома

Характеризуется узлами в подкожно-жировой клетчатке в виде ограниченной безболезненной, плотной, отежной опухоли фиолетового цвета. Протекает доброкачественно; лишь в случаях рентгенотерапии может наступить злокачественное перерождение.

Дифференциальный диагноз всех перечисленных опухолей, локализующихся в подкожно-жировой клетчатке, проводится главным образом на основании морфологических особенностей в каждом отдельном случае, так как каждая опухоль имеет свои патогномичные гистологические признаки.

Сифилитическая гумма

Гумма – глубокий узловатый сифилид – развивается в ПЖК. Вначале гумма не определяется на поверхности кожи, но постепенно увеличиваясь, приподнимается над уровнем кожи в виде опухоли шаровидной или овальной формы, диаметром 3-4 см, плотноэластической консистенции, безболезненной при пальпации и свободно подвижной по отношению к окружающим тканям. По мере увелечения специфического инфильтрата гумма теряет свою подвижность, спаиваясь с окружающими тканями. Цвет кожи над ней становится розовым, затем багровым, поверхность – приплюснутой, границы – резкими. В дальнейшем гумма может рассосаться без распада или подвергнуться творожистому некрозу. Реже гумма инкапсулируется за счет разрастаний соединительной ткани и остается в виде плотной инкапсулированной опухоли неопределенно долгое время. Наконец, гумма может размягчиться в центральной части и вскрыться с выделением содержимого распавшейся гуммы. Образовавшаяся над полостью гуммы язва имеет округлые очертания, правильную геометрическую форму. Дно язвы постепенно очищается от гуммозного распада, подвергается грануляциям, и с периферии язвы начинается ее рубцевание, по направлению к центру. Рубец в начале имеет буровато-коричневую окраску, постепенно светлеет и депигментируется. Течение гуммозной язвы длительное. Субъективные ощущения ничтожны, за исключением гумм, расположенных в области нервных стволов и сплетений, суставов (околосуставные узловатости) и другие, что иногда вызывает резкие боли, а также приводит к нарушению функции органа. Обычно гуммы одиночные, но описано существование до 6 элементов одновременно.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

Вначале гумма может напоминать фибролипому. Отличительным признаком является характер течения процесса. В течение всего времени своего существования фибролипома остается узлом овоидной формы, подвижным, безболезненным, плотноэластической консистенции, никогда не изъязвляется. Отсутствуют признаки этапного развития узла, характерные для сифилитической гуммы.

Атерома – длительно существующее образование, годами не изменяющее своего первоначального вида в отличие от сифилитической гуммы, подвергающейся распаду. Гуммозные язвы труднее дифференцировать от туберкулезной язвы.

В дифференциальной диагностике помогают следующие признаки, характерные для туберкулезной язвы: края язвы подрытые, истонченные, тестоватой консистенции, нависают над дном, под ними имеются фистулезные ходы. Дно язвы покрыто легко кровоточащими грануляциями. Отсутствует гуммозный стержень и уплотнение в основании дна язвы, характерные для сифилитической гуммы. Туберкулезные язвы сочетаются с другими проявлениями туберкулеза, болезненны. Положительный результат реакции Вассермана и особенно РИБТ и РИФ говорят в пользу сифилиса.

От остронекротизирующегося лейшманиоза кожи гуммозная язва отличается отсутствием островоспалительной реакции вокруг язвы и циркулярно расположенных лимфангитов, характерных для болезни Боровского, а также отсутствием телец Боровского в отделяемом язвы.

Раковые язвы также могут вызывать диагностические трудности. Язва неправильной формы, с изрытым бугристым дном, с твердыми вывернутыми краями, болезненная, инфильтрирует окружающую кожу. Кроме того, характерны метастазы в регионарные лимфатические узлы, чего не наблюдается при сифилитической гумме. Другие проявления сифилиса, положительная реакция Вассермана, но чаще положительные РИБТ и РИФ помогают уточнить диагноз в сомнительных случаях.

Колликувативный туберкулез кожи (Скрофулодерма)

Характеризуется узлами, заложенными глубоко в подкожно-жировой клетчатке, шаровидной формы, диаметром от 1 до 3 см. Часто узлы располагаются по ходу лимфатических сосудов. Количество их может варьировать от единичного до нескольких. Узлы плотноватой консистенции, подвижные, безболезненные. Кожа над ними вначале не изменена, в дальнейшем приобретает синюшно-багровый оттенок.

Узлы спаиваются с кожей, становятся неподвижными, приподнимаются над уровнем кожи. В центральной части узлов появляется флюктуация, кожа истончается и вскрывается; при этом образуются язвы с глубоко подрытыми мягкими краями. На дне язв образуется грануляционная ткань желтоватого цвета. Процесс протекает вяло и заканчивается появлением «рваных» рубцов с перемычками и сосочковыми разрастаниями.

Дифференциальная диагностика в большинстве случаев не представляет трудностей. Типичная локализация процесса в области подчелюстных и шейных желез, характер рубцов, наличие туберкулезного процесса в лимфатических узлах, суставах и других органах, серологические реакции на сифилис позволяют отличить колликувативный туберкулез от сифилитической гуммы.

Актиномикоз

Заболевание вызывается различными видами лучистого гриба *Actinomyces*, характеризуется узлами в виде плотных, «деревянистых» инфильтратов, располагающихся в подкожно-жировой клетчатке в виде валиков. Кожа над ними вначале не изменяется, а со временем становится красной, или синюшно-багровой. При

вскрытии инфильтратов образуются свищи с серозно-гнойным отделяемым, в котором находят актиномицеты. Заживление происходит путем рубцевания. Излюбленной локализацией при заболевании является – область шеи, головы, языка. В процесс могут вовлекаться мышцы, кости, внутренние органы.

При дифференциации от сифилитической гуммы кроме указанных клинических особенностей, решающее значение имеют выделение возбудителя актиномикоза и результаты серологических специфических реакций на сифилис.

Лепроматозный тип лепры

Характеризуется узлами, которые могут захватывать не только подкожно-жировую клетчатку, но и кости, сливаясь в диффузные инфильтраты, что ведет к застою, слоновости. В носовой слизи в соскобе с инфильтрата при окраске препарата по Цилю – Нильсену находят возбудителя лепры – палочки Ганзена.

Различают поверхностные и глубокие лепрозные инфильтраты. Поверхностные, почти не возвышаются над уровнем кожи и заметны лишь при пальпации или по измененному багрово-синюшному цвету кожи. Кожа над ними напоминает апельсиновую корку. Со временем эти инфильтраты становятся более глубокими, мощными и располагаясь на лице, придают ему вид львиной морды. Волосы в области бровей выпадают, кожа утолщается и собирается в мощные складки, нос, губы, ушные раковины также утолщаются. Сильно выражены носогубные складки.

При глубоких инфильтратах в процесс вовлекаются не только кожа и подкожно-жировая клетчатка, но и кости. Застойные явления в лимфатической и кровеносной системе ведут к хроническим отекам, слоновости. Характерны специфические бедренно-паховые адениты. Глубокие инфильтраты склонны к изъязвлениям, последующее рубцевание которых ведет к различным функциональным расстройствам и дефектам. У больных отличаются расстройства чувствительности.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

При дифференциации от гуммозного сифилида необходимо учитывать своеобразие и стойкость инфильтратов при лепре, расстройства чувствительности, анамнестические данные (пребывание в зоне эндемических очагов) и нахождение в отделяемом палочек Ганзена. Эти признаки не характерны для сифилитических гумм. Изъязвление лепромы следует отличать также от проникающей эктимы.

Тестовые вопросы:

1. Первичным элементом сыпи при спонтанном панникулите является:
 - А. узел
 - В. узелок
 - С. гнойничок
 - Д. волдырь
 - Е. пузырек
2. Инкубационный период при спонтанном панникулите составляет:
 - А. 10 дней
 - В. 20 дней
 - С. 1 месяц
 - Д. инкубационного периода не бывает
 - Е. 4 месяца
3. Различают следующие клинические формы спонтанного панникулита:
 - А. узловатая, бляшечная и инфильтративная
 - В. распространенная и ограниченная
 - С. дискоидная, диссеминированная, центробежная, глубокая
 - Д. интертригинозная, сквамозная, дисгидротическая

- Е. болезнь белых пятен, бляшечная, линейная
4. Олеогранулемы возникают после:
- А. введения подкожно никотиновой кислоты
 - В. укуса насекомых
 - С. подкожного введения масляных растворов лекарственных веществ
 - Д. после ожогов
 - Е. после расчесов
5. Уплотненная эритема Базена локализуется:
- А. на лице
 - В. на задней поверхности голени
 - С. на верхних конечностях
 - Д. на шее
 - Е. на всей поверхности кожи
6. Липома это:
- А. доброкачественная опухоль
 - В. злокачественная опухоль
 - С. язва
 - Д. полостное образование
 - Е. уплотнение кожи
7. Сифилитическая гумма разрешается путем образования:
- А. гиперпигментации
 - В. депигментации
 - С. мозаичного рубца
 - Д. звездчатого рубца
 - Е. следов не остается
8. Дифференциальная диагностика сифилитической гуммы проводится с:
- А. псориазом
 - В. красным плоским лишаем
 - С. контагиозным моллюском
 - Д. скрофулодермой
 - Е. чесоткой
9. Липома состоит из:
- А. эпителиальной ткани
 - В. нормальной жировой ткани
 - С. лейкоцитов и эпителия
 - Д. эпителия и жировой ткани
 - Е. соединительной ткани
10. Для лепроматозного типа лепры характерен симптом:
- А. «дамского каблука»
 - В. «облатки»
 - С. «львиной морды»
 - Д. «яблочного желе»
 - Е. «серозных колодцев»

Л И Т Е Р А Т У Р А:

1. Бухарович М.Н., Остропянец С.С., Баграчева А.И. Случаи симметричной прогрессирующей липодистрофии. Вест. дерматол. и венерол. 1981. - 1: 37-40с.
2. Гребенников В.А., Гавриленко В.Е. Особенности клиники хронической красной волчанки в резко континентальном климате. Вестн. дерматол. и венерол. 1984. - 20-24с.
3. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для врачей. /Под ред. Б.А. Беренбейна, А.А.Студницина. - М.: Медицина. 1989. – 672с.
4. Добренрахов В.Н. Липоидный некробиоз больных диабетом Урбаха. М.: Медицина. 1964. - 3: 441-453с.
5. Каламкарян А.А. Редкие и атипичные дерматозы. М.: Медицина. 1989. - 459с.
6. Коляденко В.Г. О распространенном кальцинозе кожи. Вестн. дерматол. и венерол. 1982. -

- 3: 47-49с.
7. Каламкаряна А.А., Тимошина Г.Г. Случаи множественного пуберозного ксантоматора. Вестн. Дерматол. и венерол. 1977. - 5: 41-44с.
 8. Машкиллейсон А.Л. Красная волчанка М.: Медицина. 1984. - 204-215с.
 9. Попхристов П.А. Кожные болезни в детском возрасте. София. 1963; 430-431.
 10. Справочник дерматовенеролога. /Под. ред. Капкаева Р.А., Ю.К. Скрипкина, К.К. Борисенко. М.: Медицина. 1992. - 288с.
 11. Amroliwalla F. Vaccination scar with self-tissue atrophy restored by localinsulin treatment Brit. Med. J. 1977. - 1: 1389-1390.
 12. Jaixes D. et al. A world wide review of sarcoidosis Ann N.X. Acad. Sci. 1976. - 278: 321-333.
 13. Koltzen B. Pedersen L. Calsinosiscutis and renal faiture Arch. Dermatol. 1974. - 110: 2: 256-257.

ТЕМА-5 ВЕЗИКУЛЕЗНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

Наиболее типичными представителями этой группы являются экзема, аллергический дерматит, потница, дисгидроз и герпес.

Экзема

Под термином «экзема» понимают аллергическое воспалительное заболевание кожи, склонное к хроническому течению и обострениям, вызываемое различными экзогенными и эндогенными причинами, характеризующиеся полиморфизмом элементов, среди которых на первое место выступают пузырьки. Различают несколько видов экземы.

Истинная экзема:

Характеризуется хроническим течением, склонна к частым обострениям, проявляется развитием островоспалительных очагов, располагающихся симметрично чаще на открытых участках кожных покровов. Основными симптомами служат гиперемия, отек, везикуляция и резко выраженное мокнутие. В пределах очагов большое количество мелких пузырьков (везикул), располагающихся группами. Они наполнены прозрачным содержимым. После их вскрытия образуются типичные для экземы микроэрозии («серозные колодцы»). По периферии очага можно обнаружить единично расположенные узелковые высыпания и пузырьки. В дальнейшем, количество вновь образующихся пузырьков уменьшается, отделяемое на поверхности микроэрозий ссыхается в корки, после их заживления наличие мелкого отрубевидного шелушения. Характеризуется полиморфизмом. При хроническом течении воспалительного процесса клиническая картина характеризуется застойной гиперемией, инфильтрацией кожи в очаге поражения, подчеркнутым рисунком и гиперпигментацией.

Диагноз экземы не труден. Острое начало, излюбленная локализация (лицо, конечности), симметричность очагов поражения, наличие характерных признаков заболевания (отек, гиперемия, везикуляция, истинный полиморфизм элементов, выраженное мокнутие) дают основание распознать экзему.

Микробная экзема:

Характеризуется ассиметричным расположением очагов, главным образом на нижних конечностях и в складках кожи. Границы поражения неровные. Кожа в пределах очагов поражения синюшно-красного цвета, инфильтрирована. Встречаются мокнутие и гнойные корки. По периферии очагов единичные пустулезные высыпания, папуловезикулезные высыпания.

Себорейная экзема:

Поражения располагаются на волосистой части головы, в естественных складках, за ушными раковинами, на коже лба, в носогубных складках, подмышечных впадинах, вокруг пупка, а также на коже груди, спины и сгибательных поверхностях конечностей. На волосистой части головы сухость, гиперемия, серые отрубевидные чешуйки. Границы поражения резкие. Иногда присоединяется экссудация и кожа головы покрывается серозными и серозно-гнойными корками, после их снятия наличие мокнувших поверхностей. В складках выраженный отек, гиперемия, мокнутие, глубокие болезненные трещины. По периферии очагов серовато-желтые чешуйки и чешуйко-корки. На туловище и конечностях четко очерченные, желтовато-розовые шелушащиеся пятна, в центре которых встречаются мелкоузелковые высыпания.

Нейродермит – в отличие от экземы: отсутствует везикуляция и выражена лихенизация очагов поражения, которые имеют излюбленную локализацию в сгибах (локтевые, подколенные, лучезапястные).

Аллергический дерматит

Аллергические дерматиты являются следствием повторного контакта с химическими агентами (скипидар, ДНХБ, синтетический клей, лаки, краски), косметическими средствами (урсол, парафенилендиамин), лекарственными препаратами (аминазин, инсектициды), полусинтетическими антибиотиками, стиральными порошками и растениями (примула, осока, дягиль, пастернак).

Аллергические дерматиты возникают только у sensibilizированных больных. Заболевание чаще имеет скрытый период. Имеется четкая специфичность ответной реакции на воздействие аллергенов. Состояние повышенной чувствительности можно выявить методом аллергологических кожных проб с производственным аллергеном или реакцией торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ). При повторных обострениях и наличием контакта с несколькими аллергенами может развиваться поливалентная sensibilизация. Известно, что на производстве при контакте с одним и тем же аллергеном профессиональный аллергический дерматит развивается не у всех, а только у отдельных рабочих, что объясняется различиями в реактивности организма, которые могут носить генетический (конституционный) или приобретенный характер.

Клиническая картина профессионального аллергического дерматита весьма напоминает истинную экзему: отек, гиперемия, папулезные и везикулярные высыпания, склонные к группировке. Наличие эрозий, мокнутия, серозные и серовато-желтые корки, появляющиеся в случае присоединения вторичной инфекции. Субъективно - зуд, жжение, чувство жара в очагах поражения.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

С экземой – необходимо учитывать, что аллергический дерматит протекает более благоприятно и при устранении контакта с веществом – sensibilизатором заболевание полностью регрессирует. Если больной профессиональным аллергическим дерматитом продолжает работать, заболевание переходит в профессиональную экзему, что удается констатировать при повторных осмотрах, наблюдая за клиническим течением болезни в динамике и применяя дополнительные исследования.

Аллергический дерматит от урсолола – возникает чаще, на лице после использования косметических средств для окраски волос, бровей, ресниц (черная краска) и характеризуется появлением выраженной эритемы, быстро усиливающимся отеком век, ушных раковин, лица, появлением везикулярных высыпаний, а нередко и крупных пузырей. Заболевание сопровождается жжением, зудом и болью в очагах поражения.

Дерматит от бутилмета крилатного клея характеризуется полиморфными высыпаниями, причем может наблюдаться значительная воспалительная реакция кожи в местах контакта с клеем, содержащим бутлиматакрилат (кисти, предплечья, кожа, шея, веки). Заболевание может осложниться ринитом и конъюнктивитом.

Аллергический дерматит вызываемый растениями – вызывают эритематозно-везикулярные высыпания локализуются преимущественно на коже кистей, голеней, реже лица и носят полосовидный, линейный вид, имеют также значение повышенное потоотделение, механическое воздействие на кожу, увлажнение кожи росой и избыточное солнечное облучение, при этих дерматитах может развиваться фотосensibilизация.

Потница

Частое заболевание потовых желез у детей, связанное с гипергидрозом. Потница чаще наблюдается в жаркие дни, когда высокая температура воздуха сочетается с повышенной влажностью. Усиленное выделение пота и замедленное его испарение вызывают образование большого количества пузырьков в тех областях, где много потовых желез (спина, шея, конечности). Пузырьки имеют 1-2 мм в диаметре, наполнены прозрачной жидкостью. Заболевание сопровождается жжением и зудом. У детей грудного и младшего возраста встречаются разновидности потницы: кристаллическая, красная, белая, желтая.

При кристаллической потнице мельчайшие пузырьки с прозрачным содержимым располагаются в роговом слое эпидермиса на коже туловища и конечностей. Пот задерживается в выводных протоках потовых желез. Кожа в окружности пузырьков не изменена. Высыпания появляются одновременно. Через нескольких дней пузырьки высыхают и покрываются чешуйками и чешуйко-корками.

Красная потница – сопровождается появлением красных узелков, окруженных воспалительным венчиком. Возникает после резкого перегрева организма ребенка или в период лихорадки при детских инфекциях. В центре воспалительных узелков имеются небольшие пузырьки с мутным (гнойным содержимым). Излюбленная локализация – на туловище, шее, в складках кожи.

Белая потница – отличается от перечисленных выше молочно-белым цветом пузырьков, что связано с вторичным инфицированием стафилококками содержимого пузырьков. Чаще эта форма встречается у детей.

Желтая потница – отличается образованием истинных интраэпителиальных пузырьков с желтоватым гнойным содержимым.

Дифференциальный диагноз:

Потницу, особенно желтую, следуют дифференцировать от экзантем при скарлатине, которые возникают на фоне инфекционного заболевания и сопровождающегося повышением температуры, слабостью, недомоганием, наличием розеолезных высыпаний. Отличие потницы от экземы очевидно, так как при потнице высыпания мономорфные, а при экземе – полиморфные.

Дисгидроз

Это группа различных по этиологии состояний, которые могут быть самостоятельными заболеваниями или симптомом, встречающимся при разных кожных заболеваниях.

Основным элементом при дисгидрозе является пузырек, локализующиеся чаще на ладонях и подошвах. Могут быть и на тыльной поверхности кистей. Этиология не установлена. Возникает весной и летом. В патогенезе имеет значение роль нервно-эндокринных факторов. Различают истинный дисгидроз и дисгидротическую экзему.

Для истинного дисгидроза характерна локализация только в области ладонной поверхности кистей. Пузырьки имеют размер булавочной головки; сквозь плотную покрывку просвечивает прозрачное содержимое. Длительность существования пузырьков при истинном дисгидрозе невелика (от нескольких дней до 10 дней), после чего они регрессируют. Содержимое их ссыхается, и они западают; в других случаях покрывка их лопается и изливается небольшое количество серозной жидкости. На месте вскрывшихся пузырьков образуются поверхностные эрозии. Заболевание сопровождается зудом и болью, особенно, после того как больной пытается отрывать остатки покрывок пузырей и травмирует кожу. Появление добавочных пузырьков, как правило, не бывает, что служит отличием дисгидроза при экземе.

Дисгидротическая экзема характеризуется острым началом, после нервных потрясений, контакта с раздражающими кожу веществами (стиральные порошки и другие). На слегка покрасневшей и отечной коже кистей появляется большое количество мелких пузырьков, расположенных группами или изолированно. Содержимое прозрачное. Количество пузырьков все время увеличивается. Покрышки их вскрываются, и появляется мокнутие. Заболевание приобретает островоспалительный характер, нарастает отек. Нередко присоединяется вторичная инфекция. Локтевые и подмышечные лимфатические узлы припухают, температура повышается до 38⁰С. Больные испытывают чувство жжения, боли и зуда. Ухудшается общее состояние, появляются головные боли, слабость. Дисгидротическая экзема часто обостряется без особых на то причин, плохо поддается лечению.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

От дисгидротических высыпаний, которые возникают у лиц, страдающих грибковыми заболеваниями (дисгидротическая эпидермофития стоп). В этих случаях на стопах заболевших можно обнаружить опрелости в межпальцевых складках, поражение ногтевых пластинок (онихомикоз), гиперкератоз и трещины на пятках, эритемато-везикулярные высыпания на своде стоп. Дисгидроз кистей может подвергаться регрессу после начала антимикотического лечения стоп. Дополнительное лечение не требуется: после регресса микотического дисгидроза сохраняется шелушение в виде кругов и виньеток.

Герпес

Простой герпес – вызывается фильтрующимся вирусом простого герпеса, который находится в организме заболевшего в латентном состоянии. Развитию болезни способствуют различные причины (переохлаждение, лихорадочные заболевания, травмы, нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта, психические расстройства, менструации и другие).

На слегка покрасневшей и отечной коже появляется группа мелких пузырьков, которые плотно прилегают друг к другу и наполнены прозрачным содержимым. Пузырьки полусферической формы, величиной с просыное зерно, реже крупнее. Светлое содержимое пузырьков через 24-72 часа мутнеет, нередко становится гнойным или геморрагическим. Количество высыпаний в первые дни может несколько увеличиваться, но новые высыпания возникают в непосредственной близости от первых герпетических пузырьков. Содержимое пузырьков ссыхается в плотные, серовато-желтые или темно-бурые корочки, которые плотно удерживаются на слегка гиперемированной и инфильтрированной коже. Насильственное отделение корочек может привести к образованию глубоких эрозий округлой или овальной формы, расположенных группами, имеющих фестончатые контуры. Тогда заболевание может сопровождаться выраженной воспалительной реакцией окружающих тканей и регионарным лимфаденитом.

Локализация – на различных участках кожного покрова, но чаще всего высыпания возникают на красной кайме губ, на коже лица.

В зависимости от локализации высыпаний различают герпес губ, щек, конъюнктивы, носа, гениталий.

Герпес половых органов – отличается упорным, рецидивирующим течением. Локализация пузырьков на половых органах, промежности. У мужчин – небольшое количество мелких пузырьков на внутреннем листке препуциального мешка, реже на головке полового члена, в ладьевидной ямке мочеиспускательного канала. У женщин – на внутренней поверхности больших и малых половых губ, в области клитора, редко на стенках влагалища или шейки матки. При механической травме (coitus) покрышки

пузырьков лопаются и обнажается эрозивная поверхность с четкими краями. Нередко присоединяется вторичная инфекция и развивается баланит, фимоз, уретрит.

Субъективные ощущения при простом пузырьковом лишае непостоянны. Чаще больные жалуются на локальный зуд и жжения, редко – боль в месте, где позднее появляются герпетические высыпания. Общая слабость, чувство разбитости, повышение температуры (субфебрилитет), что объясняют активацией вирусной инфекции. При регрессе пузырьков герпеса остаются слегка гиперемизированные пятна, на месте которых может возникать гиперпигментация.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

От опоясывающего герпеса – более легкое течение простого герпеса. При простом герпесе высыпания находятся около естественных отверстий, а при опоясывающем лишае носят односторонний характер, располагаясь по ходу нервных стволов. Пузырьки при опоясывающем герпесе более крупные, сливаясь, они нередко образуют крупные очаги. Содержимое чаще носит геморрагический характер, нередко развиваются некротические поражения, болевые ощущения резко выражены.

От эрозивного твердого шанкра – необходимо внимательно изучить анамнез, осмотреть кожные покровы и слизистые, результаты лабораторных исследований. При сифилисе шанкры могут иметь более крупные размеры, чем эрозии при герпесе. Они более яркого (мясо-красного) цвета. Очертания округлые, овальные, края плотноэластичные. В основании выраженная инфильтрация, при ощупывании не выходит за пределы эрозий или поверхностных изъязвлений.

Увеличение лимфатических регионарных узлов при простом пузырьковом лишае, осложненном вторичной инфекцией, имеют тестовидную консистенцию в отличие от безболезненных плотноэластических лимфатических узлов при сифилисе. При сифилисе обнаруживаются и другие признаки – розеолезные, папулезные высыпания. Важным дифференциальным диагностическим признаком является наличие положительных серологических реакций (РВ); РИТ и РИФ.

Опоясывающий герпес – острое вирусное заболевание, поражающее нервную систему, кожу, слизистые оболочки, протекающее с выраженным болевым синдромом. Некоторые авторы доказали возможность заражения опоясывающем лишаем от больных, страдающих ветряной оспой. Толчком к развитию болезни служит снижение иммунной защиты к вирусной инфекции, что приводит к активизации процесса. Вирусы быстро размножаются, вызывая гибель клеток и поражая новые клетки.

Из-за быстрого распространения возбудителей в организме (кровь, ликвор, периневральные влагища) заболевание нередко протекает по типу инфекции центральной и нервной периферической системы. Чаще болеют женщины и лица старшей возрастной группы. Кульминационным признаком болезни служит появление группы пузырьков, которые располагаются чаще всего на одной стороне поверхности груди, живота, поясницы, плеча, или затылочной и височных областей головы. Пузырьки с прозрачным содержимым. Заболевание сопровождается довольно сильным болевым синдромом, парестезиями и гиперестезиями. Заболеванию предшествуют общее недомогание, слабость, повышение температуры тела (38-39С). Содержимое пузырьков быстро ссыхается, они покрываются плотными корками, при отделении которых остаются пигментации, а при некротической форме-изолированно расположенные рубчики, вокруг которых заметна легкая гиперпигментация кожи. Во многих случаях в начале заболевания нет высыпаний на коже, но больные предъявляют четкие жалобы на опоясывающий характер болей (колющие, дергающие, ноющие, жгучие). Через 48-72 часа появляются группы пузырьков на коже в зоне локализации болей. Пузырьковые элементы могут высыпать одновременно или толчкообразно, обычно на 3-7-й день болезни. Могут увеличиваться регионарные лимфатические узлы, болезненные при пальпации.

Характер болевого синдрома зависит от уровня поражения нервной системы. Описаны случаи, когда герпетическая инфекция становится основой развития менингоэнцефалитов, стволового энцефалита, менингеальных явлений, межпозвоночного ганглиита грудных, поясничных нервов.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

От экземы – отличие опоясывающего лишая основано не ассиметричных болях (при экземе – зуд), герпетиформном расположении пузырьков в отличие от рассеянного при экземе.

От ветряной оспы – опоясывающий лишай отличается как характером основных первичных элементов, так и их расположением: локализованным по ходу нерва при герпесе и диссеминированным при оспе. При ветряной оспе первичными элементами являются мелкие высыпания, переходящие в пузырьки с центральным вдавлением, а не герпетиформные пузырьки. Высыпания покрываются тонкими корочками, при отпадении которых остаются слегка розоватые пигментные пятна и атрофические рубчики. Высыпания появляются толчкообразно, на фоне температурной реакции организма, поэтому на лице и туловище можно встретить высыпания в разных стадиях развития, что не характерно для опоясывающего лишая.

Тестовые вопросы:

1. Характерный симптом для экземы:
 - А. «медовых сот»
 - В. «дамского каблука»
 - С. «серозных колодцев»
 - Д. симптом Бенъе-Мещерского
 - Е. «воротничок Биетта»
2. Потница – это заболевание:
 - А. сальных желез
 - В. эккринных потовых желез
 - С. сальных и потовых желез
 - Д. апокриновых потовых желез
 - Е. эндокринных желез
3. Красная потница развивается после:
 - А. перегрева организма
 - В. переохлаждения организма
 - С. водных процедур
 - Д. вторичном инфицировании стафилококками
 - Е. вторичном инфицировании стрептококками
4. Белая потница развивается после:
 - А. перегрева организма
 - В. переохлаждения организма
 - С. водных процедур
 - Д. вторичном инфицировании стафилококками
 - Е. вторичном инфицировании стрептококками
5. Основным элементом сыпи при дисгидрозе является:
 - А. узелок
 - В. узел
 - С. пузырек
 - Д. пузырь
 - Е. гнойничок
6. Простой герпес вызывается:
 - А. папилломавирусами
 - В. простейшими
 - С. стафилококками
 - Д. фильтрующимися вирусами

- Е. грибами
7. Наиболее частой причиной возникновения простого герпеса является:
 - А. перегревание
 - В. переохлаждение
 - С. переедание
 - Д. вторичное инфицирование стафилококками
 - Е. нарушение диеты
 8. Опоясывающий лишай характеризуется поражением:
 - А. печени
 - В. костной ткани
 - С. нервной ткани
 - Д. сердца
 - Е. соединительной ткани
 9. Простой герпес характеризуется:
 - А. образованием мелких пустул
 - В. образованием крупных пузырей
 - С. образованием мелких сгруппированных пузырей
 - Д. образованием обширных эрозий
 - Е. образованием узелков
 10. Герпес половых органов необходимо дифференцировать с:
 - А. эрозивным твердым шанкром
 - В. язвенным твердым шанкром
 - С. папулезными сифилидами
 - Д. бугорковыми сифилидами
 - Е. гуммозными сифилидами

Л И Т Е Р А Т У Р А:

1. Адо В.А., Зябкова Н.М. Экология и аллергия. Воронеж. 1992. - 297.
2. Владимиров В.В., Курьянова О.Н., Зудин Б.Н. Исследование уровня общего иммуноглобулина Е при некоторых дерматозах методом иммуноферментного анализа. Вестн. дерматол. 1987. - 4: 16-18с.
3. Дифференциальная диагностика кожных болезней. /Под ред. Беренбейн Б.А., Студницын А.А. - М.: Медицина. 1989. - 672с.
4. Клиническая иммунология и аллергология. Т. 2: Пер. с нем. /Под ред. Л.Йегера. М.: Медицина. 1986. - 512с.
5. Каламкарян А.А. Патогенез и терапия распространенных и хронических дерматозов. Киев. 1983. - 43с.
6. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей в 4 томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. М.: Медицина. 1996.
7. Пыцкий В.И., Андриянова Н.В., Артомасова А.В. Аллергические заболевания. М.: Медицина. 1999. – 197с.
8. Руководство по детской дерматовенерологии. /Под ред. Скрипкина Ю.К., Зверьковой Ф.А., Шараповой Г.Я., Студница А.А. - М.: Медицина. - 1983.
9. Скрипкин Ю.К., Сомов Б.А., Бутов Ю.С. Аллергические дерматозы. М.: Медицина. 1975. – 247с.
10. Студницын А.А., Скрипкин Ю.К. Классификация экземы. Вестн. дерматол. 1979. - 5: 3-10с.
11. Kirly J., Darby C., Erythema multiforme associated with a contact dermatitis to tepens.- Cont. Dermatitis. 1970. - v.4: 238-239.
12. Voigtlander V. Allergology. 1984. - 17: 9: 329.

ТЕМА-6 ПУСТУЛЛЕЗНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

Пиодермии

По частоте занимают первое место среди всех дерматозов.

По частоте заболеваемости инфекции кожи и подкожной клетчатки стоят на 4-ом – 5-ом месте по отношению ко всем дерматозам.

Все пиодермии классифицируют на две группы:

- 1) нормергические пиодермии-заболевания с нормальной реактивностью кожи, острым коротким течением и выраженной тенденцией к излечению антимикробными средствами;
- 2) патергические пиодермии-заболевания, развивающиеся на фоне измененной реактивности организма. Для них характерны аллергические и гиперергические реакции, нарушение иммунологической защиты организма.

Выделяют дерматологические (стрептостафилодермия, фолликулиты, фурункулы, гидроаденит и другие) и хирургические (абсцессы, панариции, флегмоны и другие) формы пиодермии.

К числу наиболее частых экземных факторов, предрасполагающих к развитию пиодермии, относятся микротравмы, мацерация, загрязнение кожи, перегревание и переохлаждение организма, изменения кислотного барьера и ряда биохимических показателей кожи.

В патогенезе глубоких, хронических, рецидивирующих форм пиодермии имеют значение нарушения обмена веществ, особенно углеводного, заболевания внутренних органов (печень, желудок, кишечник и другие), нервной системы, недостаточность витамина С и витаминов группы В. Большое значение в возникновении пиодермии имеют характер реакций организма на инфекционный агент, активность его иммунологических процессов.

Стрептококковое импетиго

Это контагиозное заболевание, возбудителем которого является стрептококк. Наиболее часто наблюдается у детей, а также у женщин с нежной кожей. В развитии заболевания имеют значение мелкие травмы, мацерация, загрязнения кожи.

Характеризуется появлением мелких плоских пузырьков с вялой крышкой фликтен с прозрачным или слабо мутным содержимым, окруженных розовато-красным воспалительным ободком. Фликтены либо подсыхают в соломенно-желтые или буроватые корочки, которые, отпадая, оставляют розоватое пятно, либо вскрываются, обнажая эрозию, покрытую серозно-гнойным содержимым, засыхающим в корочки. Эта эволюция элементов происходит в течение 5-6 дней. Вследствие аутоинокуляции наблюдаются перенос инфекции на здоровые участки кожи и появление множественных высыпаний. Заболевание чаще локализуется на коже лица, кистей и других открытых участках кожи.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

От стафилококкового импетиго - стрептококковое импетиго отличается отсутствием, приуроченных к волосу конической или полушаровидной формы пустул, наполненных желтовато-зеленого цвета гноем, пронизанных в центре волосом, образующих после ссыхания корочки грязно-зеленого или желто-коричневого цвета.

От вульгарного импетиго – стрептококковое импетиго отличается отсутствием массивных крошковатых корок желто-зеленого цвета и увеличения регионарных лимфатических узлов, характерных для вульгарного импетиго.

Импетигозный сифилид – он служит проявлением чаще вторичного свежего сифилиса и локализуется преимущественно на коже волосистой части головы и лица. Стрептококковое импетиго всегда начинается с появлением фликтен, а не с папул величиной с горошину темно-красного цвета, на поверхности которых вскоре появляются пустулы, как при импетигозном сифилиде. Имеют значение неострый характер высыпаний, наличие инфильтрата в их основании и другие проявления вторичного сифилиса, положительный результат серологических реакций.

Эпидемическая пузырчатка новорожденных – обычно наблюдается в виде эпидемий в роддомах. В отличие от стрептококкового импетиго фликтены и пузыри, появляющиеся у больных пузырчаткой, более крупных размеров (диаметр 0,5-2см) и локализуются преимущественно на туловище и конечностях (а не на лице), на неизменном или слегка гиперемизированном основании и сопровождаются тяжелыми общими явлениями – повышением температуры, нарушением деятельности желудочно-кишечного тракта. При несвоевременном или нерациональном лечении возможно развитие сепсиса со смертельным исходом, чего обычно не наблюдается при стрептококковом импетиго.

При стрептококковом импетиго в отличие от буллезного дерматита не имеется четкой связи возникновения высыпаний с воздействием раздражителя и локализации на месте травмы. Пузыри при импетиго мелкие, а не крупные, как при дерматите.

От простого герпеса: при стрептококковом импетиго нет тенденции к появлению сгруппированных мелких (величиной с булавочную головку или просыное зерно) пузырьков преимущественно около естественных отверстий и на половых губах. При вскрытии пузырьков образуются эрозии с микрополициклическими краями, сопровождающиеся зудом и жжением.

Буллезное импетиго

Разновидность стрептококкового пиодермита. Возбудитель – стрептококк (возможен, стафилококк), проникающий в поврежденную или мацерированную кожу. Чаще наблюдается в летнее время как у взрослых, так и у детей. Факторами, способствующими возникновению болезни, являются нарушение целостности кожного покрова, неправильный уход за кожей, понижение сопротивляемости организма. Заболевание характеризуется напряженными полушаровидными пузырями диаметром 1-2 см с толстой крышкой, наполненными мутноватым, иногда с примесью крови экссудатом; они чаще локализуются на коже кистей, голеней. Процесс может осложняться отеком кожи вокруг очагов, лимфангитом, лимфаденитом, нарушением общего состояния организма (повышение температуры, головная боль, разбитость), в крови лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг, повышение СОЭ.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

От буллезного эпидермолиза, при буллезном импетиго, не отмечается наследственно-семейного генеза, хронического течения заболевания, появления пузырей на месте травмы (на кистях, стопах, в области коленных и локтевых суставов), рубцовых и атрофических изменений, милиумподобных элементов, деформация ногтей, дистрофий зубов, нарушения оволосения, дисхромии, поражения слизистых с атрофическими и рубцовыми изменениями, характерные для буллезного эпидермолиза.

От сифилитической пузырчатки, которая служит проявлением раннего врожденного сифилиса и возникает в первые 2-3 месяца жизни ребенка, буллезное импетиго отличается отсутствием высыпаний на коже ладоней и подошв, сгибательных

поверхностей предплечий, голеней, не наблюдается инфильтрата в основании и по периферии пузырей.

Бледные трепонемы в содержимом пузырей отсутствуют. Другие признаки сифилиса: диффузная инфильтрация кожи вокруг век, на ладонях, подошвах, ягодицах, поражение внутренних органов, сифилитический насморк, остеохондрит, положительные серологические реакции на сифилис, наблюдаемые у больных сифилитической пузырчаткой.

При дисгидрозе кистей и стоп в отличие от буллезного импетиго высыпания наблюдаются на коже ладоней и стоп в виде пузырей с плотной покрывкой, напоминающих саговые зерна, которые существуют длительное время, чем буллезное импетиго.

Поверхностный панариций

Разновидность пузырного импетиго, возбудителем которого является стрептококк, чаще наблюдается у детей. Возникновению заболевания способствуют травмы, царапины, заусенцы. Процесс локализуется на кистях, реже стопах вокруг ногтевых пластинок. Характеризуется фликтенами, подковообразно окружающими одну или несколько ногтевых пластинок. Фликтены обладают периферическим ростом, наполнены серозно-гнойным содержимым. При разрыве покрывки фликтен обнажается эрозия, покрываемая серозно-гнойными корками. При благоприятном течении эрозии быстро эпителизируются, но возможен и переход в глубокий панариций с отторжением ногтевой пластинки, развитием лимфангита, лимфаденита.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

Шанкр – панариций – служит проявлением первичного сифилиса, чаще наблюдается в результате профессионального заражения у акушеров-гинекологов, хирургов, патологоанатомов, локализуется на I или II пальце правой руки. При шанкре – панариции пальцы имеют булавовидную форму, синюшно-красного цвета. Обычно в основании язвы пальпируется плотный инфильтрат. Положительный результат на бледную трепонему. Имеются и другие признаки сифилиса.

От кандидоза ногтевых валиков и ногтей, наблюдающегося чаще у женщин и детей как проявление генерализованного кандидоза, поверхностный панариций отличается сохранением ногтевой кожицы, отсутствием подушкообразных, набухших гиперемированных ногтевых валиков. При кандидозе отмечается выделение гноя из-под ногтевого валика. Ногтевая пластинка буровато-коричневого цвета с поперечной исчерченностью. В отделяемом из - под ногтевых валиков обнаруживаются дрожжеподобные грибы.

Эпидемическая пузырчатка новорожденных

Является разновидностью буллезного импетиго. Возбудителем заболевания ранее считали стрептококк. В настоящее время доказано этиологическая роль стафилококка. Инфекция передается новорожденным детям от мед. персонала, матерей, других детей, болеющих пиодермией, через предметы ухода, белье, ванну.

Заболевание характеризуется появлением на коже туловища и конечностей напряженных или вялых пузырей различных размеров с серозно-гнойным содержимым и воспалительным, розового цвета венчиком по периферии. Пузыри вскрываются, обнажая эрозии. При благоприятном течении заболевание продолжается 2-4 недели. Активное лечение ведет к выздоровлению. При несвоевременном и нерациональном лечении процесс осложняется значительным нарушением общего состояния больных

детей, желудочно-кишечными расстройствами, повышением температуры, иногда сепсисом с летальным исходом.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

От сифилитической пузырчатки – одного из проявлений раннего врожденного сифилиса – при эпидемической пузырчатке нет излюбленной локализации пузырей на коже ладоней и подошв, отсутствует плотный инфильтрат в основании и по периферии пузырей, нет полиморфизма сыпи (пятна, папулы), а также других симптомов врожденного сифилиса – специфического насморка, трещин в углах рта и глаз, диффузных инфильтратов, увеличение селезенки, псевдопаралича Парро и другие. Исследования на бледную трепонему и серологические реакции на сифилис отрицательные.

В отличие от ветряной оспы пузырьки не имеют центрального западения, типичных корочек и рубчиков.

По сравнению с буллезным строфулюсом, возникающим в более поздний период жизни ребенка (после 6 мес), эпидемическая пузырчатка характеризуется отсутствием хронического течения болезни, зуда, локализацией преимущественно на разгибательной поверхности конечностей, ягодицах, нарушением общего состояния ребенка.

Эксфолиативный дерматит Риттера Фон Ритерсхайна

Это тяжелая форма пузырчатки новорожденных. Возникает в первые дни жизни ребенка.

Заболевание начинается с появлением пузырей, быстро увеличивающихся и распространяющихся по периферии. Они наполнены серозно-гнойным экссудатом; быстро вскрываясь, образуют обширные эрозии. При трении видимо здоровых участков кожи отмечается отслойка рогового слоя (симптом Никольского). Общее состояние ребенка нарушается (повышение температуры, появление диспепсических расстройств). Возможны сепсис и летальный исход.

Дифференциальный диагноз:

От сифилитической пузырчатки при эксфолиативном дерматите не отмечается излюбленной локализации на ладонях и подошвах, отсутствует плотный инфильтрат в основании пузырей. Серологические реакции отрицательны. Имеются склонность к быстрому распространению пузырей по периферии, островоспалительные явления, положительный симптом Никольского, что нет при сифилитической пузырчатке.

От буллезного эпидермолиза эксфолиативный дерматит отличается отсутствием тесной связи локализации пузырей с местами травмы (в области локтевых, коленных суставов, кистей, стоп) на видимо неизменной коже, острым, а не хроническим течением, выраженным нарушением общего состояния ребенка, которое обычно при буллезном эпидермолизе не страдает.

В отличие от десквамативной эритродермии Лейнера, возникающей в более поздний период жизни ребенка на фоне гипотрофии (на 2-3-м месяце), процесс начинается с появления пузырей, а не эритематозно-сквамозных высыпаний в области половых органов и волосистой части головы, переходящих в эритродермию.

От токсикодермии эксфолиативный дерматит Риттера помогают дифференцировать анамнестические данные, указывающие на связь появления сыпи после применения медикаментов, нарушения диеты. Сыпь при эксфолиативном дерматите отличается мономорфностью (пузыри), положительным симптомом Никольского, чего обычно не бывает при токсикодермии, за исключением эпидермолиза.

Вульгарная эктима

Глубокое язвенное стрептококковое поражение кожи. Возбудитель – стрептококк, но затем присоединяется стафилококк как вторичная инфекция.

Возникает у людей, ослабленных хроническими инфекциями (туберкулез), при нарушениях деятельности нервной системы, хроническом алкоголизме, пониженном питании, снижении защитных функций организма.

Заболевание начинается с появления пустулы диаметром 1-2 см, с серозно-гнойным или серозно-кровянистым содержимым. Вскрываясь, пустула подсыхает в буровато-коричневого цвета корку, окруженную инфильтративным, синюшно-красного цвета венчиком. При удалении корки обнажается глубокая язва, большей частью округлой формы, с крупными краями, покрытая гнойными и некротическими массами. Заживление происходит с образованием рубца и пигментаций по периферии. Иногда отмечается осложнение лимфангитом, лимфаденитом. Локализация – чаще на коленях, ягодицах, туловище. Заживление эктимы наблюдается через 2-4 недели, но при неблагоприятных условиях течение ее более длительное. Наряду с рубцующимися эктимами наблюдается появление новых.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

Сифилитическая эктима – служит одним из проявлений вторичного периода сифилиса и сопровождается другими клиническими проявлениями сифилиса, положительными серологическими реакциями и наличием бледной трепонемы. Вульгарная эктима окружена островоспалительным, а не инфильтративным, темно-красного цвета венчиком, как при сифилитической эритеме, болезненна.

От скрофулодермы отличается отсутствием узла, характерного для скрофулодермы, локализующегося на коже шеи, в подключичной области, редко на конечностях, отсутствием серпигинизации, образованием фистулезных ходов, грубых бахромчатых, мостикообразных рубцов и туберкулезного строения инфильтрата при гистологическом исследовании.

При трофических язвах не наблюдается плотно сидящей и уходящей вглубь буровато-коричневого цвета корки, края более мягкие, вокруг язвы кожа изменена (пигментирована, с явлениями гемосидероза, часто на фоне варикозного расширения вен).

Стафилококковые пиодермии проникающая эктима

Это тяжело протекающая форма эктимы, редко встречающаяся, чаще у кахексичных детей, но она может наблюдаться и у ослабленных детей более старшего возраста, и у стариков. Возбудителем болезни может быть кроме стафилококка, синегнойная и кишечная палочка, вульгарный протей.

Патологический процесс начинается с появления пустулезного элемента величиной с горошину и больше, который вскоре вскрывается. Обнажается язва, покрытая гнойно-некротическим отделяемым, имеющая тенденцию к увеличению вглубь и по периферии. На коже туловища, ягодицах и бедрах язвенные поверхности могут достигать значительных размеров, гангренизироваться. Может развиваться сепсис.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

От глубокой хронической язвенно-вегетирующей пиодермии при проникающей эктиме не наблюдается полиморфной сыпи (фолликулиты, экземопоподобные образования, инфильтративные бляшки), фистулезных изъязвлений, сосочковых разрастаний на дне язв, свищевых ходов, мостикообразных лохматых рубцов, а сама язва отличается значительной глубиной.

От изъязвившихся лепром – наличие характерного для лепром инфильтративных омоклов краев язв с дном, покрытым серовато-желтым налетом, заживление язв гипохромным неровным келоидным рубцом, наличие других проявлений лепры (расстройства чувствительности и нахождение микробактерий лепры).

Стафилококковое импетиго

Представляет собой гнойное воспаление устья волосяного фолликула. Вызывается золотистым, реже белым стафилококком.

Возникновению заболевания способствуют как экзогенные факторы (механические раздражения, загрязнение кожи, мацерация, мелкие травмы, запыленность кожи), так и эндогенные (понижение иммунологической реактивности организма, перенесенные острые инфекции, нарушения углеводного, белкового, жирового, витаминного обмена, упадок питания).

Остиофолликулиты представляют собой мелкие, величиной с булавочную головку, реже с горошину поверхностные пустулы, наполненные серовато-белым густым гноем; в центре пустулы волос.

Локализация: волосистая часть головы, лицо, разгибательные поверхности конечностей. Пустулы могут быть единичными или множественными. По периферии окружены воспалительным венчиком. Течение их непродолжительное: через 3-5 дней содержимое пустул ссыхается в желтовато-буроватую корочку, которая отпадает, оставляя пигментированные пятна и небольшое шелушение, исчезающие в дальнейшем.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

От узелковых высыпаний, острая воспалительная реакция, отсутствие инфильтрации, коническая форма элемента и наличие гноя обычно свидетельствуют о поверхностных пустулах стафилококкового происхождения.

Фолликулит

Это гнойное воспаление волосяного фолликула с наличием инфильтрата и болезненностью. Вызывается золотистым или белым стафилококком. Возникновению фолликулита способствуют те же экзогенные и эндогенные факторы, что и при остиофолликулитах. Обычно фолликулит развивается из остиофолликулита. При этом увеличивается краснота, появляются инфильтрат и болезненность. Фолликулит обычно величиной с чечевицу, конической формы, в центре, где имеется скопление гноя, пронизан пушковым волосом. После вскрытия и выделения гноя остаётся небольшая язвочка. Язвочка покрывается гнойно-кровянистой корочкой, отпадающей в дальнейшем с образованием пигментного пятна, которое впоследствии исчезает бесследно или оставляет рубчик. Фолликулиты могут быть единичными или множественными. Они развиваются на волосистых участках кожи, чаще у мужчин. При неблагоприятных условиях (несоблюдение гигиенического режима, снижение естественной резистентности организма и другие) могут возникать новые фолликулиты, из которых развиваются фурункулы и карбункулы. Иногда фолликулиты сопровождаются лимфангитами и лимфаденитами и общими явлениями в виде недомогания и повышения температуры.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

От остиофолликулита фолликулит отличается большей величиной, выраженным инфильтратом и болезненностью.

От фурункула фолликулит отличается отсутствием гнойно-некротического воспаления фолликулита, сальной железы и окружающей перифолликулярной ткани. При нем не образуется некротический стержень, что характерно для фурункула.

Фолликулиты следует дифференцировать также от перифолликулярных узелков, возникающих у больных фринодермой, однако отсутствие признаков, характерных для гиповитаминоза А (сухость, шелушение кожи), а также нагноение элементов позволяет поставить правильный диагноз.

Фурункул

Представляет собой острое гнойно-некротическое воспаление фолликула, сальной железы и окружающей перифолликулярной ткани. Возбудители - белый и золотистый стафилококки. Фурункулы нередко развиваются из фолликулитов: сначала появляются остиофолликулит, который превращается в глубокий фолликулит, вокруг последнего возникает разлитая краснота, отечность, болезненность, в центре образуется некротический стержень, который отторгается с выделением густого серо-зеленого гноя. После отделения стержня остается кратерообразная язва, выполняющаяся грануляциями и заживающая с образованием рубца. Фурункулы протекают со значительной болезненностью. Длительность течения 1-2 недели; более крупные протекают дольше. Фурункулы могут протекать без нарушения общего состояния, однако нередко сопровождаются развитием лимфангита, лимфаденита и повышением температуры, чаще при травмировании фурункула («выдавливание» при самолечении).

Частая локализация – шея, лицо, верхние конечности, поясница, ягодицы. Фурункулы, появляющиеся на голове, лице и в особенности верхней губе, представляют наибольшую опасность из-за возможных осложнений (развитие менингита и сепсиса). Фурункулы часто бывают одиночными. Если развиваются множественные, то это называется фурункулез.

Различают острый фурункулез при одновременном появлении нескольких фурункулов, сопровождающихся более или менее одновременным регрессом, и хронический, протекающий более длительно (до нескольких месяцев).

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

Псевдофурункулез (множественные абсцессы у детей), представляющий собой гнойное воспаление эккринных потовых желез, наблюдается у ослабленных, истощенных детей в возрасте до 1 года в виде пустул величиной с булавочную головку в устьях выводных протоков потовых желез на коже головы, туловища и конечностей. Одновременно развиваются абсцессы величиной до нескольких сантиметров, которые в дальнейшем вскрываются с выделением жидкого гноя без образования некротического стержня, чем псевдофурункулез и отличается от фурункула.

Гидраденит – гнойное воспаление апокринных потовых желез – в отличие от фурункула локализуется в подмышечных впадинах, на лобке, в области половых органов и промежности и протекает в виде болезненного инфильтрата диаметром от 0,5 до 2-3 см. В центре абсцесса, имеющего коническую форму, происходят размягчение и вскрытие с выделением сливкообразного гноя. Некротический стержень, имеющийся при фурункуле, отсутствует при гидрадените.

Карбункул

Наиболее тяжелая форма стафилококковой пиодермии, протекающая с гнойно-некротическим воспалением кожи и подкожной клетчатки. Вызывается золотистым и белым стафилококком. Возникновению способствует ряд факторов: пожилой возраст,

истощающие заболевания, нарушения углеводного и жирового обмена (диабет и другие).

Локализация: задняя поверхность шеи, поясница. На ограниченном участке кожи появляется несколько фурункулов, как бы сливающихся между собой. В этом участке кожа резко болезненна и инфильтрирована, багрово-красного цвета. Фурункулы вскрываются с отделением некротических стержней, образуются язвы, увеличивающиеся в размерах. На дне язв видна некротическая ткань, имеется значительное гнойное отделяемое. Некротическая ткань постепенно расплавляется и отделяется оставляя большую глубокую язву, которая медленно рубцуется. Язва заживает звездчатым рубцом.

Карбункулы протекают обычно с нарушением общего состояния : повышается температура, появляются головная боль, недомогание. Течение - 2 – 4 недели; в более тяжелых случаях заживление происходит значительно длительнее. Осложнения – лимфангит и лимфаденит, возможно возникновение пиемии и сепсиса.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

В начале заболевания, когда имеется только болезненный ограниченный инфильтрат, карбункул можно дифференцировать от флегмоны. Далее, при появлении на инфильтрате пустул и фурункулов, вскрывающихся с образованием некротических стержней, диагноз карбункула становится очевидным.

В некоторых случаях, когда на поверхности карбункула возникает некротическая корка, и острые воспалительные явления недостаточно выражены, что бывает редко, заболевание следует дифференцировать от сибиреязвенного карбункула. Для подтверждения диагноза необходимо бактериоскопическое исследование.

От фурункулов, расположенных на ограниченном участке кожи, карбункул отличается выраженным плотным и болезненным инфильтратом, на котором располагаются пустулы и фурункулы. Подобный инфильтрат не наблюдается при наличии фурункулов, расположенных близко друг от друга.

Гидраденит

Острое гнойное воспаление апокриновых потовых желез. Гидраденит вызывается золотистым и белым стафилококком, проникающим в выводные протоки потовых желез и размножающимся там, чему способствуют усиленная потливость, щелочная реакция пота апокриновых желез, недостаточная гигиена тела. Локализация – чаще в подмышечных впадинах, реже на лобке, вокруг сосков, в области половых органов и промежности.

Развиваются чаще в летнее время или у лиц, работающих в жарких помещениях с повышенной влажностью воздуха. В патогенезе – имеют значение нарушения жирового обмена, функций половых желез у женщин. В толще кожи и подкожной жировой клетчатки сначала появляется болезненный инфильтрат величиной с горошину, постепенно увеличивающийся и достигающий величины с грецкий орех и больше. В центре абсцесса, имеющего коническую форму, происходят размягчение и вскрытие инфильтрата с выделением густого гноя из свищевого хода, который в дальнейшем заживает с образованием рубца. Несколько гидраденитов могут сливаться в большой бугристый инфильтрат, занимающий всю подмышечную впадину. Течение может быть длительным. У больных гидраденитами отмечается местная болезненность, повышение температуры, недомогание, головная боль, лейкоцитоз в крови. Процесс может осложниться возникновением лимфангита, флегмоны.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

Колликвативный туберкулез протекает с неострыми воспалительными явлениями; очаг не вызывает большой болезненности. Выделение гноя нерезко выражено. Локализация – в области лимфатических узлов.

Слившиеся гидрадениты могут напоминать флегмону, но поверхность их бугристая, похожая на соски собаки, откуда и произошло название «сучье вымя».

Псевдофурункулез (Фингера; множественные абсцессы у детей)

Является гнойным воспалением эккриновых желез у детей. Возбудитель золотистый или белый стафилококк. Чаще у детей в возрасте до 1 года, очень редко у взрослых. Возникновению заболевания способствуют истощение, плохой уход, чрезмерное укутывание, наличие других форм пиодермии.

Локализация – кожа головы, шеи, туловища, где появляются мелкие пустулы величиной с просыное зерно в устьях протоков потовых желез (перипориты), которые у грудных детей более широкие, чем у взрослых. Пустулы быстро вскрываются и подсыхают в гнойные корочки. Выявляются пустулы небольших размеров, сначала имеющие вид узелков, в дальнейшем превращающиеся в абсцессы величиной с горошину, грецкий орех и больше. Кожа над ними красная, постепенно истончается, и пустулы вскрываются с выделением жидкого сероватого гноя. При этом некротический стержень отсутствует, процесс заканчивается образованием рубца. Высыпания появляются приступами, иногда с нарушением общего состояния (слабость, повышение температуры, понос). Течение длительное, может привести к развитию сепсиса со смертельным исходом.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

Гидраденит имеет определенную локализацию (подкрыльцовые впадины, область сосков, половые органы, промежность) и у маленьких детей не наблюдается.

Колликвативный туберкулез (скрофулодерма) редко бывает в грудном возрасте, протекает без острых воспалительных явлений. Характерны узлы, мягкие при пальпации, медленное течение процесса, постепенно приводящее к их вскрытию, образованию свищевых ходов и изъязвлению. В дальнейшем язвы рубцуются, возникают характерные мостикообразные рубцы. Все эти явления не наблюдаются при псевдофурункулезе, протекающем как острый гнойный процесс.

Обыкновенный сикоз

Это поверхностные фолликулиты, протекающие хронически. Сикоз вызывается золотистым или белым стафилококком. Заболеванию способствуют нарушения деятельности нейроэндокринной системы, функции половых желез, внутренних органов, нервно-психические расстройства. Явления себореи, угри также создают благоприятные условия для развития сикоза. Нередко сикоз начинается со слизистой оболочки носа у лиц, страдающих хроническим ринитом и блефаритом. Локализация – область бороды, усов, могут развиваться и на волосистой части головы, шее, лобке, на ресничном крае век, в подкрыльцовых впадинах. Клиническая картина сикоза довольно характерна: появляются множественные остеофолликулиты и фолликулиты, располагающиеся группами. Очаги возникают на воспалительной и инфильтрированной коже. В дальнейшем пустулы вскрываются, образуются гнойно-кровянистые корочки, отпадающие без образования рубца, но появляются новые высыпания. Процесс протекает многие месяцы, годы. Временами могут возникать

ремиссии, длительность - месяцы. Осложнения – экзематизация, присоединяется зуд, мокнутие, возникает картина сикозиформной экземы.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

От сикозиформной экземы обыкновенный сикоз отличается : протекает с менее выраженными острыми воспалительными явлениями, менее интенсивным зудом и без мокнутия.

От паразитарного сикоза обыкновенный сикоз отличается менее выраженным инфильтратом, отсутствием резко выступающих узлов. Паразитарный сикоз протекает более остро, без рецидивов в связи с развивающимся иммунитетом, чего не бывает при обыкновенном сикозе, для которого характерны хроническое течение и склонность к рецидивам.

В трудных для диагностики случаях возникает необходимость в бактериоскопическом исследовании волос и гноя и в постановке кожных проб с трихофитином.

Вульгарные угри

Это гнойное воспаление сальных желез и волосяных фолликулов. Заболевание возникает чаще в результате стафилококковой инфекции при наличии ряда предрасполагающих факторов наследственной системы с преобладанием андрогенных и недостатком эстрогенных гормонов, себореи, заболеваний желудочно-кишечного тракта, нарушений диеты (употребление избыточного количества жиров, сладостей, острых и пряных блюд), туберкулезная интоксикация. У лиц длительно применяющих кортикостероидные препараты, в результате непереносимости некоторых медикаментов (йод, бром и другие). Угри нередко наблюдаются у юношей и девушек в период полового созревания.

Клиника сыпи отличается разнообразием. Угри обычно появляются на участках кожи с большим количеством сальных желез (лицо, грудь, спина), где сначала в результате закупорки устьев волосяных фолликулов роговыми массами и кожным салом образуются комедоны в виде черных точек. В основании развивается болезненный инфильтрат. Сначала угорь имеет вид конического узелка ярко-красного цвета (папулезное акне). Далее процесс прогрессирует, инфильтрат увеличивается, на верхушке элемента появляется скопление гноя (пустулезное акне). Пустула вскрывается с образованием корочки, которая отпадает, иногда оставляя рубчик. Нередко воспалительный процесс распространяется по периферии вглубь – пустула располагается на значительно уплотненном основании (индуративное акне). В ряде случаев при распространении процесса в подкожно-жировую клетчатку возникают абсцессы, сливающиеся между собой с образованием большого гнойного очага (флегмозное акне). При вскрытии абсцесса обильно выделяется гной. Течение флегмозного акне длительное.

Особая форма – акне нестобіса, при котором в глубине фолликула развивается некроз. Эти высыпания чаще возникают на лбу и висках. На верхушке угря появляется пустула, содержимое имеет геморрагический характер. Далее образуется струп и осповидный рубец.

Акне – келоид (сосочковый дерматит головы, или склерозирующий фолликулит затылка) наблюдается у мужчин в области затылка и задней поверхности шеи. В этих местах появляются группы мелких фолликулярных пустул, которые располагаются в виде тяжа. Кожа вокруг них значительно уплотнена, кожные борозды резко выражены и создают впечатление сосочковых опухолей; волосы растут пучками. При разрешении фолликулитов остаются келоидные рубцы. Процесс протекает длительно без образования изъязвлений.

Абсцедирующий и подрывающий фолликулит и перифолликулит Гофмана

Патологический процесс представляет собой хронические фолликулиты, имеющие склонность к образованию абсцессов. Фолликулиты располагаются на волосистой части головы, протекают со значительной инфильтрацией и сливаются с образованием абсцессов. При вскрытии образуются фистулезные ходы, как бы подрывающие кожу и сливающиеся между собой. В дальнейшем происходит рубцевание с образованием нередко келоидных рубцов.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

От инфильтративно-нагноительной трихофитии, для которой характерны единичные крупные, хорошо очерченные очаги, состоящие из фолликулярных абсцессов. При сдавливании их из отверстий фолликулов выделяется жидкий гной, напоминающий мед, очаги же похожи на медовые соты. Отсутствуют абсцессы и множественные фистулезные ходы, наблюдаемые при абсцедирующем фолликулите. Бактериоскопическое исследование может подтвердить диагноз глубокой трихофитии.

От вульгарных угрей, последние могут возникать также под воздействием препаратов дегтя, машинного масла, хлора, брома, йода. После длительного приема бромистых или йодистых препаратов на лице, груди, спине могут появиться папулопустулезные элементы, имеющие вид вульгарных угрей, - бромистые (йодистые) угри. Они возникают без предварительного образования комедонов. Инфильтрат этих элементов более выражен, уплотнен и имеет более темно-красный цвет, чем у вульгарных угрей. Широкое применение кортикостероидных и других нормальных препаратов при длительном лечении ими также может вызвать образование стероидных угрей, имеющих вид вульгарных. Но возраст больных и применение препаратов дают возможность поставить правильный диагноз.

Белые угри (milium) представляют собой ретенционные кисты сально-волосяных фолликулов, развившиеся в результате скопления в них секрета. Белые плотные узелки величиной с булавочную головку, плотной консистенции, полушаровидной формы появляются на лице, иногда на веках. Эти элементы возникают на нормальной коже и на рубцах после пузырей врожденного эпидермолиза, поздней периферии кожи и других пузырчатых дерматозов.

Розовые угри

Их возникновению способствует ряд факторов, в числе которых наиболее частыми являются эндокринные нарушения (дисфункция половых желез), хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта (ахилия), гиповитаминозы, злоупотребление алкоголем. Не исключена возможность патогенетической роли угревой железницы.

Заболевание начинается с появлением диффузной эритемы на лице и телеангиэктазий обычно у людей старше 40 лет, чаще у женщин. На фоне застойной эритемы при наличии себорейных явлений часто возникают фолликулярные узелки и рассеянные пустулы.

В дальнейшем застойная эритема становится стойкой и процесс протекает хронически, обостряясь по временам. Нередко одновременно развиваются конъюнктивит, блефарит и реже кератит, приводящий к понижению остроты зрения.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

Розовые угри отличаются от вульгарных угрей тем, что появляются в возрасте старше 40 лет только на лице, в то время как вульгарные угри, свойственные

юношескому возрасту, располагаются на спине, груди и сопровождаются комедонами. Разлитая застойная эритема лица и телеангиэктазии, характерные для розовых угрей, при вульгарных угрях отсутствуют.

От дискоидной красной волчанки розовые угри отличаются отсутствием фолликулярного гиперкератоза, инфильтрацией очагов поражения, их склонностью к распространению. Розовые угри не сопровождаются атрофическими изменениями.

Розовые угри могут иметь некоторое сходство с периоральным дерматитом, развивающимся у женщин и поражающим кожу подбородка, носогубные складки, реже щеки. При этом на фоне эритемы видны полушаровидные и конусовидные папулы и пустулы. От розовых угрей периоральный дерматит отличается отсутствием телеангиэктазий.

Розацеподобный туберкулоид лица Левандовского, представляющий собой, по видимому, разновидность диссеминированной милиарной волчанки лица, протекает в виде синюшно-красной эритемы лица и телеангиэктазий у женщин старше 30 лет. Клиническая картина этого заболевания имеет некоторое сходство с таковой розовых угрей, тем более что наряду с волчаночными узелками могут быть элементы, имеющие вид пустул, однако гистологически отмечается туберкулоидное строение. После разрешения высыпаний остаются мелкие рубчики.

Тестовые вопросы:

1. Основным элементом сыпи при стрептококковом импетиго является:
 - А. узел
 - В. пузырь
 - С. фликтена
 - Д. узелок
 - Е. волдырь
2. Возбудителем поверхностного панариция является:
 - А. стафилококк
 - В. папилломавирус
 - С. фильтрующий вирус
 - Д. стрептококк
 - Е. простейшие
3. Эксфолиативный дерматит Риттера – это тяжелая форма:
 - А. эпидемической пузырчатки новорожденных
 - В. сверлящей эктимы
 - С. стрептококкового импетиго
 - Д. поверхностного панариция
 - Е. фурункулеза
4. При эксфолиативном дерматите Риттера наблюдается положительный симптом:
 - А. Кебнера
 - В. Бенъе
 - С. Никольского
 - Д. Пospelова
 - Е. Унны
5. Гидраденит характеризуется поражением:
 - А. эккриновых желез
 - В. апокриновых желез
 - С. ногтевых валиков
 - Д. волосяных фолликулов
 - Е. эпидермиса
6. Фурункул – это:
 - А. пузырек с гнойным содержимым
 - В. наслаившиеся гнойные корки

- С. узел с гнойно-некротическим стержнем
 - Д. узелок покрытый серебристыми чешуйками
 - Е. пузырь с вялой покрывкой и гнойным содержимым
7. Псевдофурункулез Фингера наблюдается у детей в возрасте:
- А. до 1 года
 - В. до 4 лет
 - С. до 12 лет
 - Д. до 10 лет
 - Е. до 6 лет
8. Псевдофурункулез – это поражение
- А. эккриновых желез
 - В. апокриновых желез
 - С. ногтевых валиков
 - Д. волосяных фолликулов
 - Е. сальных желез
9. Сикоз наблюдается у:
- А. девочек
 - В. мальчиков
 - С. женщин
 - Д. мужчин
 - Е. новорожденных
10. Вульгарные угри характеризуются поражением:
- А. эккриновых желез
 - В. апокриновых желез
 - С. ногтевых валиков
 - Д. волосяных фолликулов
 - Е. сальных желез

ЛИТЕРАТУРА:

1. Арифов С.С., Эшбаев Э.У. Тери ва таносил касалликлари. Ташкент. 1997. – 350с.
2. Алимов Б.Д., Ахмедов Д.А. Некоторые аспекты в лечении гнойничковых заболеваний кожи. 3-Съезд дерматовенерологов Узбекистана. 1997.
3. Ашмарян Ю.Я., Крейнин В.М. Фурункулез. М.: Медицина. 1974. – 96с.
4. Беренбейн Б.А. Дифференциальная диагностика кожных болезней. М.: Медицина. 1989. – 672с.
5. Голосовкер С.Я. Пиодермия у детей. Медгиз. 1960.
6. Зверькова Ф.А. Болезни кожи детей раннего возраста. М.: Медицина. 1994. – 230с.
7. Капкаев Р.А., Скрипкин Ю.К. Справочник дерматовенеролога. 1992. – 288с.
8. Машкиллейсон А.А. Лечение кожных болезней. М.: Медицина. 1990. – 560с.
9. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. М.: Медицина. 2000. - 688с.
10. Фицпатрик Т. Дерматология атлас справочник. М.: Медицина. 1999. - 1088.
11. Хоронжак Т. Гнойничковые заболевания кожи. Варшава. 1970. – 191с.
12. Шадиев Х.К., Ахмедов К.Р. Тери ва таносил касалликлари. Ташкент. Ибн Сино. 1993. – 247с.
13. Diseases of the skin in children and adolescents. A. Color atlas. London. 1970. - 233
14. Fitzpatrick T.B., Polano M.K., Suurmond D. Color atlas and synopsis of clinical dermatology. New-York. 1983. - 412

ТЕМА-7

БУЛЛЕЗНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

Заболевания кожи, при которых пузырь является основным морфологическим элементом сыпи

I. Истинная (акантолитическая) пузырчатка

Заболевание, характеризующееся хроническим волнообразным течением, развитием на неизменной коже или слизистых оболочках пузырей, имеющих тенденцию к генерализации и слиянию, нарушением общего состояния больных.

Общий механизм образования пузырей при различных клинических формах истинной пузырчатки сводится к акантолизу. Явления акантолиза лежат в основе важного диагностического признака истинной пузырчатки – симптома Никольского, который заключается в отслойке видимо неизменного эпидермиса при скользящем надавливании на его поверхность. Если потянуть обрывок покрывки пузыря, то эпидермис отслаивается и на прилежащей к нему внешне неизменной коже.

Клинически истинную пузырчатку подразделяют на несколько форм: вульгарную, вегетирующую, листовидную, бразильскую и себорейную.

А) Вульгарная (обыкновенная) пузырчатка

Клиника характеризуется внезапным, без видимых причин, развитием однокамерных пузырей на неизменной коже или слизистых оболочках. Величина может быть различной – от мелких, напряженных, с блестящей поверхностью до крупных (диаметр - 10 см и более), овальной, грушевидной формы или неправильных очертаний пузырей. Покрывка быстро становится дряблой. Содержимое вначале прозрачное, редко с геморрагическим оттенком. Кожа вокруг пузырей не изменена, но может наблюдаться воспалительный эритематозный ободок, реже пузыри возникают на отечном эритематозном основании. Покрывка пузырей в течение 1-2 дней вскрываются, образуя мокнущие, с ярко-красным дном эрозии. По периферии имеются обрывки покрывки пузырей и свежие, еще не вскрывшиеся пузыри.

Эрозии, в дальнейшем, могут покрываться серозно-кровянистыми или импетигозными корками. Длительное время (несколько месяцев) такой очаг поражения может располагаться только на волосистой части головы или в складках молочных желез, на слизистой оболочке полости рта, красной кайме губ, и лишь в дальнейшем происходит генерализация высыпаний.

Определяется положительный симптом Никольского. При присоединении кандидоза поверхность эрозий покрывается беловатым налетом.

Нередко имеет место обширное поражение слизистой полости рта: твердого и мягкого неба, щек, подъязычной области, десен, распространение очагов поражения на заднюю стенку глотки, слизистую гортани, пищевода.

Диагноз вульгарной пузырчатки основывается на наличии мономорфных высыпаний в виде пузырей и эрозий, неуклонно прогрессирующем течении заболевания, нередко приводящем к тяжелому общему состоянию больных, положительном симптоме Никольского, обнаружении акантолитических клеток, в мазках-отпечатках со дна эрозий, внутриэпидермальном, часто подбазальном, расположении пузырей, при гистологическом исследовании и наличии,

фиксированных комплексов IgG в межклеточной субстанции эпидермиса. Чаще встречается у лиц пожилого возраста.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

Буллезная форма герпетиформного дерматита Дюринга отличается прежде всего тем, что поражает лиц любого возраста (часто молодого и среднего) и клинически характеризуется развитием напряженных мелких пузырей преимущественно на отечном эритематозном фоне, имеющих склонность к группировке, циклическому приступообразному развитию, сопровождающихся жжением и зудом. В противоположность вульгарной пузырчатке высыпания при буллезной разновидности гипертрофического дерматита Дюринга очень редко встречаются на слизистых оболочках. В мазках-отпечатках со дна эрозий не обнаруживаются акантолитические клетки, но в большом количестве содержатся эозинофилы. Симптом Никольского отрицательный. В отличие от вульгарной пузырчатки при пузырьной форме герпетиформного дерматита Дюринга проба Ядассона положительная.

Буллезная разновидность многоформной экссудативной эритемы отличается остротой клинического течения, наличием буллезных элементов с зоной эритемы по периферии отечных эритематозных округлых очагов поражения с западением в центре и общими явлениями (недомоганием, подъем температуры, артралгия).

В случае локализации на слизистой оболочке полости рта высыпания при многоформной экссудативной эритеме носят характер болезненных афт, наряду с которыми могут иметь место напряженные пузыри на отечном эритематозном основании. Симптом Никольского отрицательный, акантолитические клетки не обнаруживаются.

Доброкачественная неакантолитическая пузырчатка слизистой оболочки только полости рта отличается от вульгарной пузырчатки длительным, но благоприятным течением, локализацией пузырей только на слизистой полости рта, отсутствием акантолитических клеток и гистологически субэпителиальным расположением пузырей.

Афтозный стоматит отличается развитием ограниченных, часто округлой формы, болезненных эрозий, покрытых серозно-гнойными пленками, локализующихся преимущественно на слизистой щек и твердого неба. В отличие от вульгарной пузырчатки при афтозном стоматите по краю эрозий нет остатков покрывки пузырей и на их поверхности нельзя обнаружить акантолитические клетки.

Б) Вегетирующая пузырчатка

Характеризуется внезапным, без видимой причины возникновением пузырей, наполненных серозно-геморрагическим содержимым, с дряблой, быстро разрывающейся покрывкой.

Локализация – в местах естественных складок (пахово-бедренные, межягодичная, подмышечные, под молочными железами), а также на половых органах и на слизистой оболочке полости рта, преимущественно в местах перехода ее в кожу.

На месте вскрывшихся пузырей образуются эрозии, имеющие тенденцию к периферическому росту, на поверхности которых в ближайшие 4-6 дней развиваются сочные мелкие вегетации ярко-красной окраски, со зловонным отделяемым. Слияясь между собой, эрозии образуют вегетирующие бляшки диаметром 10-15 см, по периферии которых в ряде случаев наблюдаются пустулы. При длительном течении патологического процесса экссудат на поверхности вегетации ссыхается в плотные корки, иногда с бородавчатыми наслоениями. Очаги поражения не имеют тенденции к генерализации и лишь в терминальной стадии, которая без кортикостероидной терапии развивается спустя 6 мес –2-3 года от начала заболевания, возникают множественные

пузыри, клинически неотличимые от таковых при вульгарной пузырчатке. Симптом Никольского у большинства больных вегетирующей пузырчаткой положительный в непосредственной близости от очага поражения, а на неизменной коже-лишь в терминальной стадии. Акантолитические клетки обнаруживаются как в пузырях, так и на поверхности вегетирующих бляшек. Диагноз вегетирующей пузырчатки основывается на наличии вегетирующих бляшек, сопровождающихся зловонным отделяемым, локализованных в местах естественных складок, положительного симптома Никольского в участках кожи, непосредственно прилегающих к очагам поражения, акантолитических клеток и характерной гистологической картины.

Д и ф ф е р е н ц и л ь н ы й д и а г н о з:

Вульгарная пузырчатка отличается от вегетирующей генерализацией высыпаний в виде пузырей и эрозий на коже туловища и слизистой оболочке полости рта, отсутствием развития вегетаций на дне эрозий, положительным симптомом Никольского, как вблизи очагов поражения, так и на видимо неизменной коже.

Хроническая семейная доброкачественная пузырчатка отличается от вегетирующей пузырчатки отсутствием вегетаций в области очагов поражения, длительным доброкачественным течением и гистологически отсутствием внутриэпидермально расположенных эозинофильных абсцессов.

Вегетирующая форма фолликулярного дискератоза Дарье отличается от вегетирующей пузырчатки хроническим длительным доброкачественным течением (часто с детского возраста), распространенностью очагов поражения, отрицательным симптомом Никольского, наличием в гистологическом препарате признаков дискератоза – «круглых телец», «зерен» и «лакун», а также отсутствием внутриэпидермальных эозинофильных абсцессов.

В) Листовидная пузырчатка

Картина начальных проявлений листовидной пузырчатки может напоминать эритемато-сквамозные изменения при экземе, себорейном дерматите, токсикодермии или иметь сходство с герпетиформным дерматитом Дюринга, вульгарной пузырчаткой. Появляются на неизменной или слегка гиперемированной коже поверхностных дряблых пузырей с тонкой покрывкой. Иногда пузыри четко не выражены, а лишь определяются неровные очертания поверхности эпидермиса.

Пузыри быстро вскрываются, обнажая сочные, ярко-красной окраски эрозии с экссудатом, который вскоре ссыхается в слоистые чешуйки-корки. Характерным клиническим признаком листовидной пузырчатки является повторное, иногда непрерывное образование поверхностных пузырей под корками на месте прежних эрозий. Вследствие слияния пузырей образуются обширные эрозивные поверхности, частично покрытые корками, что придает им сходство с эксфолиативной эритродермией. Симптом Никольского положителен. В связи с генерализацией процесса общее состояние больного нарушается, повышается температура, присоединяется вторичная инфекция, развивается кахексия и больные погибают. Однако описаны случаи более благоприятного течения листовидной пузырчатки в продолжение 15-20 лет.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

Вульгарная пузырчатка отличается от листовидной развитием более напряженных пузырей, отсутствием способности повторного образования пузырей на месте старых очагов поражения, покрытых чешуйко-корками, отсутствием диффузного эксфолиативного поражения кожи, характером расположения пузырей в эпидермисе внутри шиповидного слоя при вульгарной пузырчатке, а не под роговым слоем эпидермиса, как при листовидной. Более тяжелое течение, чем при листовидной.

Герпетиформный дерматит Дюринга (пузырная форма).

Отличается полиморфизмом высыпаний, наличием напряженных, сгруппированных пузырей и пузырьков на отечном основании, циклическим течением, отсутствием диффузного эксфолиативного поражения кожи, чувством жжения, эозинофилией в содержимом пузырей, отсутствием симптома Никольского.

Гистологически – пузыри располагаются подэпидермально и в них нельзя обнаружить акантолитические клетки.

Универсальный эксфолиативный дерматит Вильсона-Брока на высоте своего развития может иметь клиническое сходство с листовидной пузырчаткой вследствие диффузной эритродермии, сопровождающейся выраженным шелушением, а в ряде случаев появлением пузырей. Но при эксфолиативном дерматите кожа напряжена, имеет интенсивную красную окраску. В процесс вовлекаются волосы (последние часто выпадают) и ногти. Нередко развиваются экзематизация и фурункулез.

Субъективно зуд, жжение, парестезии. Симптом Никольского отрицателен. Гистологически – нет подроговых пузырей и акантолитических клеток.

Г) Эритематозная (себорейная) пузырчатка

Клиническая картина включает в себя отдельные симптомы эритематозной волчанки, пузырчатки и себорейного дерматита.

Частая локализация – кожа лица, далее – туловище. Обычно в области щек, на спинке носа появляются эритематозные очаги с четкими границами, на поверхности которых имеются тонкие или рыхлые корочки серовато – желтого цвета. В случае мокнутия очаги поражения покрываются серовато – желтыми или коричневатыми корками образующимися вследствие ссыхания экссудата пузырей, которые образуются на очагах поражения или соседних с ними участках кожи. Пузыри дряблые, с тонкой крышкой, быстро вскрываются. В случае генерализации процесса высыпания появляются на коже туловища, груди, межлопаточной области, паравертебральных участков. Очаги поражения покрыты плотными или рыхлыми корками, могут сливаться между собой или длительное время оставаться изолированными. Отторжение корок болезненно, но если удастся отделить плотно сидящую чешуйку, то можно наблюдать на ее поверхности шипики, соответствующие устьям волосяных фолликулов. На волосистой части головы высыпания носят характер себорейного дерматита. Иногда наряду с бляшками на коже туловища могут быть папулоподобные элементы, покрытые плотными сероватыми корочками, или пятнистые высыпания с жирными, легко снимающимися чешуйками.

Диагностика себорейной пузырчатки основывается на особенностях клинической картины: наличии эритематозно-сквамозных очагов поражения на лице в виде бабочки, на туловище в средней части груди, межлопаточной области, эрозивных участков и спавшихся пузырей, положительного симптома Никольского, акантолитических клеток в мазках – отпечатках и данных гистологического исследования (внутриэпидермальные щели, пузыри и фолликулярный гиперкератоз).

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

Красная волчанка – локализация на лице в виде бабочки и наличие эритематозно-сквамозных высыпаний. При себорейной пузырчатке очаги поражения формируются вследствие образования быстро лопающихся дряблых плоских пузырей. Клиническое течение эритематозной пузырчатки не зависит от времени года (при эритематозе обострение наблюдается весной и летом). При распространенной форме себорейной пузырчатки отсутствуют капилляриты и другие симптомы системного эритематоза. При красной волчанке симптом Никольского отрицательный, отсутствие акантолитических клеток; в гистологии нет подроговых щелей и пузырей.

Себорейная экзема - отсутствие положительного симптома Никольского, акантолитических клеток, поражения слизистых оболочек полости рта, а также

гистологических особенностей (при экземе отсутствуют подроговые щели, пузыри и акантолиз).

Доброкачественная хроническая семейная пузырчатка Гужеро-Хейли-Хейли

Сравнительно редкое заболевание, являющееся генодерматозом, наследуемым по аутосомно-доминантному типу. Чаще заболевание возникает в 20-30 и более лет.

Клиника характеризуется буллезными высыпаниями, которые появляются на неизменной коже или на слегка гиперемированном фоне. Излюбленная локализация – места естественных складок: пахово-бедренных, межъягодичных, подмышечных впадин, складок под молочными железами, боковых поверхностей шеи, внутренних поверхностей бедер, половых органов. Нередко высыпания располагаются симметрично. Первичным элементом является пузырь или группа пузырей небольших размеров с серозным содержимым. Субъективные ощущения отсутствуют. Тонкостенная крышка пузырей быстро разрывается. На месте пузырей образуются эрозии, на их поверхности возникают серозно-гнойные слоистые корки.

Диагностика заболевания основывается, на наличии буллезных высыпаний, локализующихся в местах естественных складок, циклическом длительном течении заболевания, и остающимся при этом, удовлетворительном самочувствии больных, сведениях из анамнеза, о возможности заболевания нескольких членов одной семьи, наличии акантолитических клеток, без дегенеративных изменений в мазках-отпечатках со дна эрозии, и данных гистологического исследования (наличие эпидермальных надбазальных щелей и пузырей, образованных путем акантолиза).

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

Герпетиформный дерматит Дюринга может напоминать хроническую семейную доброкачественную пузырчатку в случаях ограниченной локализации высыпаний в складках. Но дерматит Дюринга не имеет семейного характера заболевания, пузыри расположены не внутриэпидермально, а подэпидермально, в них нет акантолиза шиповидных клеток. Кроме того, при герпетиформном дерматите Дюринга имеет место повышенная чувствительность к йоду, на чем основана проба Ядассона, при хронической семейной доброкачественной пузырчатке это не наблюдается.

Микробная экзема в отличие от хронической семейной доброкачественной пузырчатки характеризуется развитием инфильтрации, отека, гиперемии, везикуляции в области очагов поражения, выраженным зудом, отсутствием четкого наследования заболевания и иной излюбленностью локализации.

Кандидоз крупных складок иногда трудно отличить от хронической доброкачественной хронической семейной пузырчатки, особенно тогда, когда кандидоз присоединяется к основному заболеванию, а наличие дрожжеподобных клеток подтверждается лабораторным исследованием. Но правильный диагноз может быть поставлен на основании семейного характера заболевания, наличия акантолитических клеток в мазках-отпечатках со дна эрозий и клинических особенностей (течение доброкачественной хронической семейной пузырчатки длительное, с периодами полной ремиссии).

II. Пузырчатка с неакантолитическим образованием пузырей

Доброкачественный пемфигоид слизистых оболочек

Клиническая картина характеризуется поражением слизистых оболочек полости рта, конъюнктивы и в дальнейшем у ряда больных-кожи. Чаще всего сначала возникает поражение слизистых оболочек полости рта, носа, глотки, пищевода, половых органов и лишь иногда спустя длительное время в патологический процесс вовлекается

конъюнктивы глаз. Позже могут возникнуть высыпания на коже. Обычно пузыри располагаются глубоко, напряжены и имеют плотную покрывку. Они долго не вскрываются. При разрыве покрывки пузыря образуются эрозии, напоминающие язвы, так как располагаются глубже в слизистой оболочке, чем обычные эрозии. Характерной особенностью является способность к возникновению пузырей и эрозий на одних и тех же местах. Это в конечном итоге может привести к развитию рубцовых изменений, а при локализации пузырей на слизистой оболочке глотки, пищевода, ануса, уретры - к развитию спаек и структур.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

От вульгарной пузырчатки отличается отсутствием акантолитических клеток, отрицательным симптомом Никольского, развитием рубцовых изменений на слизистых оболочках полости рта, на коже, и главное, на конъюнктиве, подэпидермальным расположением пузыря, а также результатом иммуноморфологического исследования.

Синдром Стивенса-Джонсона отличается тем, что часто возникает у молодых лиц, протекает остро, с лихорадкой, состояние больных тяжелое. На коже высыпания типичные для экссудативной полиморфной эритемы. Конъюнктивит протекает более остро, с гнойным отделяемым, но не заканчивается рубцово-спаечным процессом и не приводит к слепоте. Высыпания на слизистой оболочке полости рта при синдроме Стивенса-Джонсона сопровождаются болезненностью. На поверхности нередко сливающихся эрозий имеются некротические пленки, что не характерно для доброкачественного пемфигоида слизистых оболочек.

От афтозного стоматита доброкачественный пемфигоид слизистых оболочек отличается длительным течением с неполными ремиссиями, локализацией высыпаний, кроме слизистых оболочек, также на конъюнктиве и на коже, развитием рубцово-спаечного процесса.

Врожденный буллезный эпидермолиз

Различают две основные формы этого заболевания – простую и дистрофическую.

Простая форма является наиболее доброкачественной и более часто встречающейся формой дерматоза, имеющего аутосомно-доминантный тип наследования.

Клиническая картина заключается в очень быстром развитии пузырей на участках кожи и слизистой оболочке полости рта на месте даже незначительных травм. Локализация – локти, колени, стопы, голени, ягодицы, предплечья, кисти. Высыпания могут быть генерализованные и появляются на туловище. Пузыри обычно возникают на неизменном фоне. Они поверхностные, с прозрачным желтоватым или геморрагическим содержимым, диаметром 1-7 см и более. Спустя несколько дней после появления пузыря вскрываются. На месте образовавшейся эрозии возникают корки, по отторжении которых остается гиперпигментация. Симптом Никольского отрицательный. Акантолитические клетки в содержимом пузыря отсутствуют. Заболевание проявляется в первые 2 года жизни.

Дистрофическая форма отличается более тяжелым течением, заканчивается рубцовыми изменениями и приводит к тяжелым дистрофическим поражениям кожи, ногтей, костей, а при локализации пузырей на слизистой оболочке полости рта, глотки, пищевода к развитию рубцово-спаечного процесса вплоть до стеноза. Различают две формы дистрофического буллезного врожденного эпидермолиза: гиперпластическую, характеризуется аутосомно-доминантным типом наследования, и полидиспластическую, наследующую рецессивно.

Гиперпластический аутосомно-доминантный буллезный врожденный эпидермолиз характеризуется спонтанным появлением пузырей на коже, реже на

слизистой оболочке полости рта у детей в возрасте 4-10 лет. Пузыри напряженные, с серозным или геморрагическим содержимым, располагаются подэпидермально. В дальнейшем на месте пузырей развиваются рубцовая атрофия и милиарные эпидермальные кисты. На слизистой оболочке щек образуются очаги лейкокератоза. Обычно у таких больных кожа ихтиотична, отмечается дистрофия ногтей (ногти утолщенные, ломкие, нередко наблюдается подногтевой гиперкератоз). Встречаются также ладонно-подошвенный гиперкератоз, аномалия зубов.

Полидиспластическому рецессивному буллезному врожденному эпидермолизу свойственно появление множественных крупных пузырей с геморрагическим содержимым у детей, иногда в первые дни жизни. Пузыри возникают самопроизвольно и не связаны с предшествующим механическим воздействием. Возникающие на месте пузырей эрозии болезненны, кровоточат, вегетируют. Заканчиваются рубцовой атрофией.

Пузыри могут возникать и на слизистой оболочке полости рта, глотки, пищевода, верхних дыхательных путей, на конъюнктиве. Кожные покровы повышенной сухости, атрофичны, ногти нередко отсутствуют, наблюдаются анкилоз, дистрофия костей.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

Эпидемическая пузырчатка новорожденных отличается бессистемным распространением пузырей, возникновение которых не зависит от механической травмы, отсутствием высыпаний на ладонях и подошвах, гнойным содержимым пузырей и эпидемическим характером заболевания. Кроме того, пузыри не оставляют рубцовых изменений.

Вульгарную пузырчатку легко отличить от эпидермолиза на основании, прежде всего возраста больных, самопроизвольного возникновения пузырей, положительного симптома Никольского, наличия в содержимом пузырей акантолитических клеток и отсутствия способности к рубцовым изменениям.

Энтеропатический акродерматит отличается отсутствием зависимости возникновения пузырей от предшествующей механической травмы, а также локализацией высыпаний (кроме конечностей, часто поражена кожа вокруг естественных отверстий). В отличие от буллезного врожденного эпидермолиза при энтеропатическом акродерматите обязательно поражается желудочно-кишечный тракт.

Кроме того, при данном заболевании развитие пузырей не заканчивается рубцовыми изменениями.

III. Герпетиформные дерматозы

Герпетиформный дерматит Дюринга

Относительно редкое заболевание, наиболее часто болеют лица среднего возраста и пожилые. Высыпания сопровождаются зудом, жжением, покалыванием. Нередко эти ощущения предшествуют появлению сыпи, которая характеризуется истинным полиморфизмом. Среди первичных элементов можно выделить: 1) уртикароподобные эритематозные элементы, которые сливаясь (группируясь) образуют разнообразные очертания и фигуры; 2) напряженные пузырьки на отечном эритематозном основании, имеющие выраженную тенденцию к группировке и герпетиформное расположение. Вскрываясь, они образуют эрозии на отечном фоне, по периферии видны обрывки покровов пузырьков. На поверхности эрозий образуются корки, под которыми быстро наступает эпителизация, оставляя нередко участки гиперпигментации; 3) пузырьную форму дерматита Дюринга, которая возникает чаще у пожилых лиц и характеризуется развитием напряженных пузырей диаметром 0,5-2 см

на фоне описанных выше элементов. Покрышка пузырей плотная. Содержимое их вначале серозное, затем мутное. Пузыри обычно возникают на эритематозном, слегка отечном фоне, но могут развиваться на внешне неизменной коже. После вскрытия пузырей на их месте образуются эрозии с мокнущей поверхностью, корковыми наслоениями, без периферического роста. После отпадения оставляют стойкую гиперпигментацию. Вокруг эрозии нередко на пигментированных участках вновь возникают свежие герпетиформные пузырьки. В содержимом пузырей обнаруживают эозинофиллы (10-30). Акантолитические клетки в содержимом пузырей отсутствуют. Симптом Никольского отрицательный.

Диагностика пузырьной формы герпетиформного дерматита Дюринга основывается на наличии подэпидермальных пузырей в большинстве случаев на гиперемизированном отечном основании, сопровождающихся чувством жжения, зудом, наличием пузырей, уртикароподобных и везикулезных элементов, отличающихся группировкой и герпетиформным расположением сыпи, циклическим хроническим течением, эозинофилией в пузыре и нередко в крови, отсутствием акантолитических клеток и отрицательным симптомом Никольского, повышенной чувствительности к препаратам йода.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

Буллезная многоформная экссудативная эритема. Отличается наличием наряду с везикубуллезными высыпаниями типичных эритематозных элементов застойно-красной, цианотичной окраски с западением в центре, отсутствием группировки и герпетиформного расположения сыпи, отсутствием чувства жжения, зуда, эозинофилии в пузырьках и отрицательной пробой Ядассона.

Энтеропатический акродерматит

Редкое заболевание, встречающееся преимущественно у грудных детей, но может наблюдаться и у более старших детей и у взрослых. Этиология неизвестна.

Клиника характеризуется появлением сгруппированных пузырьков и пузырей на коже локтевых и коленных суставов, дистальных отделов конечностей и вокруг естественных отверстий у лиц страдающих желудочно-кишечными заболеваниями. Дерматит имеет длительное хроническое течение, обострения связаны с обострением желудочно-кишечных заболеваний. Содержимое пузырей серозное или гнойное. Элементы имеют тенденцию к слиянию, образуя очаги поражения наподобие бляшек, развивающихся на месте пузырей, покрытых серозно-гнойными корками. При длительном существовании таких очагов в дистальных отделах нижних конечностей могут развиваться длительно незаживающие эрозивно-язвенные участки. Часто наблюдаются алопеция (нередко тотальная), в ряде случаев – психические расстройства. Симптом Никольского отрицательный. Акантолитические клетки не обнаруживаются.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

Пустулезный стойкий акродерматит Аллопо может иметь сходство с энтеропатическим акродерматитом в тех случаях, когда при последнем выражены дистрофия ногтей и паронихия. Основное отличие акродерматита Аллопо-локализация (кисти, стопы), не сопровождается развитием пузырей пузырьков вокруг естественных отверстий и заболеванием желудочно-кишечного тракта.

Герпетиформный дерматит чаще наблюдается в возрасте от 4 до 10 лет, а не у грудных детей, как энтеропатический акродерматит. При этом, как и у взрослых, отличается истинным полиморфизм высыпаний. Но при герпетиформном дерматите у маленьких детей наиболее частым элементом являются пузыри, иногда крупных размеров, которые не имеют тенденции к локализации вокруг естественных отверстий

и не сопровождаются поражением ЖК тракта, как при энтеропатическом акродерматите.

IV. Заболевания кожи, при которых пузыри являются одним из непостоянных симптомов

Острая пузырчатка

Относительно редкое заболевание, являющееся инфекционно-септическим процессом, возникающее преимущественно у лиц, которые по роду работы имеют контакт с мертвыми животными (мясники, работники боен и т.п.).

Клиническая картина заболевания характеризуется развитием недомогания, высокой температурой, головной болью, появлением на коже (конечностей, туловища) и слизистой оболочке полости рта пузырей на неизменном или эритематозном фоне, с дряблой крышкой и серозно-гнойным или геморрагическим содержимым. Крышка пузырей быстро разрушается, обнажаются болезненные кровоточащие эрозии, имеющие тенденцию к слиянию. Эрозивные очаги частично покрыты геморрагическими корками. Увеличиваются регионарные лимфатические узлы. Без лечения заболевание заканчивается летально.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

Эпидермальный токсический некролиз Лайелла, как и острая пузырчатка, сопровождается тяжелыми общими проявлениями и эпидермальным некролизом. Но при синдроме Лайелла очаги поражения развиваются почти молниеносно и сразу же носят диффузный характер, а в анализе часто выявляется связь заболевания с приемом тех или иных медикаментов. При острой пузырчатке, выражен продромальный период, пузыри на коже и слизистых оболочках возникают спустя некоторое время после развития общей реакции организма на интоксикацию и в анамнезе есть указание на контакт больного с трупами животных.

Буллезная токсикодермия

Заболевание возникает после приема лекарственных препаратов (антибиотики, сульфаниламиды, бром, йод, барбитураты и др.). При сульфаниламидной токсикодермии чаще на коже и слизистой оболочке полости рта возникают фиксированные очаги эритемы. В ряде случаев на поверхности такой эритемы может развиваться напряженный пузырь, вокруг которого видна периферическая зона эритемы.

При токсикодермии, вызванной антибиотиками, развиваются генерализованные высыпания эритематозного и везикулопапулезного характера. В редких случаях в области естественных складок кожи и на слизистой оболочке полости рта можно обнаружить быстро вскрывающиеся пузыри с дряблой крышкой. Нередкая локализация – половые органы.

При токсикодермиях, вызванных приемом брома или йода, наряду с акнеформными пятнистыми элементами могут возникнуть вегетирующие туберозные очаги, в ряде случаев сопровождающиеся пузырями. Пузыри быстро вскрываются, обнажая вегетирующие эрозии.

При токсикодермии, вызванной барбитуратами, пузыри развиваются на фоне ограниченного числа цианотических пятен, возникающих вместе с нарушением общего состояния больного спустя сутки или несколько дней после приема препарата.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

От многоформной экссудативной эритемы буллезные элементы, развившиеся на очагах фиксированной эритемы при сульфаниламидных токсикодермиях, отличаются относительной немногочисленностью высыпаний, наличием наряду с буллезными элементами очагов типичной фиксированной эритемы отечных элементов с западением

в центре, стойкой пигментацией очагов фиксированной эритемы и анамнестическими данными, на основании которых можно установить причинную связь высыпаний с приемом сульфаниламидных препаратов.

Барбитуратовые токсикодермии отличаются от многоформной экссудативной эритемы, тяжелыми симптомами общего отравления и ограниченностью очагов поражения, цианотической их окраской без характерной для многоформной эритемы отечности элементов с центральным западением.

Эпидермальный токсический некролиз Лайелла

Представляет собой токсико-аллергическую реакцию организма на прием различных лекарственных препаратов (сульфаниламиды, антибиотики, барбитураты, аминазин, аспирин, анальгин и другие). Клиника характеризуется внезапным, острым, молниеносным развитием разлитых эритематозных пятен, на фоне которых возникают огромные пузыри, напоминающие ожог кипятком II степени. Покрышка вскрывается, обнажая эрозивные поверхности с серозным отделяемым, по периферии видны обрывки покрышки пузырей. Очаги поражения увеличиваются по периферии. Симптом Никольского положительный. Высыпания могут быть на слизистой оболочке полости рта, глотки, пищевода, гениталий. Общие явления: высокая температура, озноб, слабость, тахикардия, головная боль, мышечно-суставные боли. Заболевание часто заканчивается летально.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

Ожог II степени легко отличить от синдрома Лайелла на основании анамнестических данных и отсутствие высыпаний вне зоны, подвергшейся действию высокой температуры.

Синдром Стивенса – Джонсона нередко трудно отличить от начальной ослабленной формы синдрома Лайелла. Решающим дифференциально-диагностическим критерием является развитие эпидермального некролиза и положительного симптома Никольского при синдроме Лайелла, не характерных для синдрома Стивенса – Джонсона.

Синдром Стивенса – Джонсона

Протекает тяжело, остро, с высоким подъемом температуры, лихорадкой, артралгией. На коже груди, шеи, лица, конечностей и туловища появляются множественные высыпания, характерные для многоформной экссудативной эритемы, папулы, пузырьки и пузыри. На ладонях и подошвах возникают круглой формы, темно-красные пятна с геморрагическим компонентом. Наиболее тяжелые проявления отмечаются на слизистых оболочках полости рта, мягкого и твердого неба, глотки, иногда гортани появляются пузыри, быстро вскрывающиеся и образующие обширные эрозивные, резко болезненные участки. Высыпания имеются вокруг аногенитальной области и отверстия мочеиспускательного канала. Самые тяжелые осложнения могут возникнуть при поражении глаз (блефароконъюнктивит, язвы, роговицы, слепота).

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

При синдроме Бехчета на слизистых оболочках появляются афты и отсутствуют изменения на коже, характерные для синдрома Стивенса-Джонсона. Поражение глаз при синдроме Бехчета – атрофия зрительного нерва, а при синдроме Стивенса-Джонсона – слепота в результате язвенного кератита. Синдром Стивенса-Джонсона нередко сопровождается тяжелыми общими явлениями, лихорадкой, что редко наблюдается при синдроме Бехчета.

При афтозном стоматите в отличие от синдрома Стивенса-Джонсона отсутствуют высыпания на коже и конъюнктивите.

V. Заболевания, обусловленные неблагоприятными воздействиями факторов внешней среды

Буллезный дерматит

Буллезный дерматит от механического воздействия. Характеризуется развитием ограниченных участков гиперемии, в зоне которой образуются различной величины, напряженные подэпидермальные пузыри с серозным или серозно-геморрагическим содержимым. Дифференциальный диагноз не затруднен, так как локализация очагов поражения строго соответствует месту приложения раздражителя (стопы-при плохо пригнанной обуви, ладони-при трении орудия производства).

Буллезный дерматит от действия высоких и низких температур.

Ожоги II степени характеризуются быстрым развитием эритемы и напряженных пузырей с серозным и геморрагическим содержимым, сопровождающихся резкой болезненностью. На месте вскрывшихся пузырей образуются эрозии, частично покрытые кровянистыми или серозно-гнойными корками, по отторжении которых остается стойкая гиперпигментация кожи. В ряде случаев может развиваться рубцовая атрофия.

Отморожение II степени характеризуется сначала спазмом, затем расширением кровеносных сосудов и развитием вследствие этого застойной гиперемии. Затем развивается отек, возникают вялые пузыри с серозным или геморрагическим содержимым, эрозии, корки. Субъективно чувство жжения и болезненности.

При озноблении пузыри возникают редко. Они с дряблой покрывкой, напоминают фликтену и располагаются на сине-красных, блестящих отечных пятнах, незащищенных или недостаточно защищенных областях (пальцы кистей, ушные раковины, щеки, кончик носа, стопы). Часто отмечаются акроцианоз и мраморная кожа.

Солнечный буллезный дерматит развивается спустя 4-6 ч. после инсоляции, но наибольшая интенсивность воспалительного процесса отмечается через 12-24 ч. Клиника зависит от индивидуальной чувствительности к солнечным лучам. Наиболее чувствительны к инсоляции блондины.

На участках подвергшихся воздействию УФ-лучей, появляется эритема, на фоне которой могут возникать пузырьки и пузыри. Вскрываясь они образуют болезненные эрозии, в дальнейшем – корки и гиперпигментации. Субъективно - чувство жжения, жара, боль с общими явлениями (озноб, температура, тахикардия, слабость вплоть до обморочного состояния).

Буллезные дерматиты, возникающие под действием химических факторов.

Часто пузырьные высыпания появляются под влиянием химических, факторов типа урсола, скипидара. Напряженные пузыри образуются на фоне отека и гиперемии. При урсоловом контактном дерматите очаг поражения начинается на участке контакта с урсолом, затем генерализуется. Локализация – лицо (лоб, веки), щеки, шея. Субъективно зуд, жжение. Наряду с напряженными пузырями отмечаются везикулезные элементы. Вследствие выраженного отека глазные щели могут закрыться.

Буллезный дерматит от растений.

Чаще заболевание возникает при контакте с лучевыми растениями (полосовидный лучевой дерматит). Высыпания появляются на открытых участках кожи и соответствуют площади раздражителя. Имеется большое число других растений (более 300 видов), вызывающих эритематозный буллезный дерматит. Одни растения могут быть облигатными раздражителями, другие – факультативными.

Диагностика буллезного дерматита не представляет затруднений, особенно когда больные сами указывают на то, что имели контакт с химическими раздражителями (окраска волос, бровей, растирание тела скипидаром и т.п.) или с растениями (прогулка по лесу, лежание на траве и т.д.). Диагноз помогает поставить локализация очагов поражения, соответствующая месту контакта с раздражителем.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з:

В некоторых случаях заболевание дифференцируют от стрептококкового импетиго (при урсоловом дерматите). В отличие от экземы дерматит развивается остро, сопровождается появлением крупных напряженных пузырей и возникает непосредственно после действия раздражителя.

Тестовые вопросы:

1. Явление акантолизиса лежит в основе симптома:
 - А. Бенъе-Мещерского
 - В. Пospelова
 - С. триады Ауспитца
 - Д. Никольского
 - Е. Ядассона
2. При истинной пузырчатке в мазках-отпечатках обнаруживаются:
 - А. LE-клетки
 - В. акантолитические клетки Тцанка
 - С. лейкоциты
 - Д. эозинофилы
 - Е. бледная трепонема
3. К клиническим формам истинной пузырчатки относятся:
 - А. Каплевидная
 - В. Эритематозная
 - С. Эксфолиативная
 - Д. Сквамозная
 - Е. Дискоидная
4. Для вульгарной пузырчатки характерны:
 - А. сгруппированные пузырьки
 - В. пузыри с вялой крышкой
 - С. пузыри с толстой крышкой
 - Д. волдыри
 - Е. пузырьки с гнойным содержимым
5. Доброкачественная хроническая пузырчатка Гужеро-Хейли-Хейли наследуется по следующему типу:
 - А. аутосомно-рецессивному
 - В. рецессивному
 - С. аутосомно-доминантному
 - Д. доминантному
 - Е. не наследуется
6. Доброкачественная пузырчатка возникает в возрасте:
 - А. до 4 лет
 - В. 10 – 20 лет
 - С. 20-30 лет
 - Д. до 1 года
 - Е. до 2 лет
7. Существуют следующие клинические формы врожденного буллезного эпидермолиза:
 - А. простая и дистрофическая
 - В. вульгарная и вегетирующая
 - С. листовидная и эритематозная
 - Д. дискоидная и глубокая

- Е. сквамозная и дисгидротическая
- 8. При герпетиформном дерматите Дюринга в содержимом пузырей обнаруживаются:
 - А. LE-клетки
 - В. акантолитические клетки Тцанка
 - С. лейкоциты
 - Д. эозинофилы
 - Е. бледная трепонема
- 9. Для герпетиформного дерматита Дюринга характерна положительная проба:
 - А. Унны
 - В. Ядассона
 - С. Бальцера
 - Д. Минора
 - Е. Гистаминовая проба
- 10. К заболеваниям при которых пузырь является одним из непостоянных симптомов относится:
 - А. Крапивница
 - В. Чесотка
 - С. Лепра
 - Д. Токсидермия
 - Е. Лейшманиоз

Л И Т Е Р А Т У Р А:

1. Альбанова В.И. Буллезный эпидермолиз. в кн. Моногенные дерматозы. Йошкар-Ола. 1993. - 104-126с.
2. Бочков Н. П., Мордовцев В. Н. Некоторые направления генетических исследований в дерматологии. Вестн. дерматол. 1976. - 11: 39-46с.
3. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для врачей. /Под ред. Беренбейн Б.А., Студницын А.А. - М.: Медицина. 1989. - 671с.
4. Диспансеризация при кожных и венерических заболеваниях. /Под ред. Капкаев Р.А., Селицкий Г.Д., Адо В.А. - М.: Медицина. 1989. – 184с.
5. Ежов Н.Я., Белецкая Л.В., Романенко Г.Ф. Иммунопатологические реакции при пузырчатке и дифференциальная диагностика данного заболевания. Вестн. дерматол. 1977. - 2: 14-16с.
6. Каламкарян А.А. Редкие и атипичные дерматозы. 1989. - 459с.
7. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей в 4 томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. М.: Медицина. 1996.
8. Кортикостероиды пролонгированного действия в терапии больных истинной пузырчаткой: методические рекомендации МЗ РФ 98/54. Москва. 1998.
9. Лелис И.И., Лелиенс В.А. Наследственный буллезный эпидермолиз и его варианты. Вестн. дерматол. 1977. - 6: 63-65с.
10. Машкиллейсона Л.Н. Частная дерматовенерология. Казань. 1996.
11. Мордовцева В.Н., Цветкова Г.М. Патология кожи. Под ред. М.: Медицина. 1993. – 2: 105с.
12. Пузырные дерматозы. Псориаз. Современные методы лечения. Под ред. Е.В. Соколовского. Санкт-Петербург. 1999.
13. Скрипкин Ю.К., Зверьковой Ф.А., Шараповой Г.Я., Студница А.А. Руководство по детской дерматовенерологии. М.: Медицина. 1983.
14. Горсуев Н.А., Шеклаков Н.Д., Романенко В.М. Буллезные дерматозы. М.: Медицина. 1979. - 294с.
15. Mijuscovich Z.P., Zeceovich R.D. Clinical presentation and treatment of pemphigus/ EADV, Munich. 2001. -282.
16. Matsubara K., Kanuchi B. Coexistence of pemphigus and bullous pemphigoid/J. Dermatology (Japan), January. 1995. - 22: 68-71.

ТЕМА-8

УРТИКАРНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

- Крапивница
- Синдром Леффлера
- Синдром Висслера-Фанкони
- Синдром Шелли-Хорли
- Синдром Макла-Уэльса
- Флюороз
- Паразитарные дерматозы проявляющиеся уртикарной сыпью
- Дерматозы при которых уртикарная сыпь является непостоянным симптомом

Крапивница

Крапивница – заболевание аллергического генеза, характеризующееся уртикарными высыпаниями на коже, реже они возникают на слизистых оболочках.

Этиологические факторы:

- Экзогенные (физические – температурные, механические; химические – лекарственные препараты, пищевые продукты)
- Эндогенные (патология внутренних органов, очаги хронической инфекции)

Этиологические факторы способствуют накоплению биологически активных веществ, например – гистамина. Гистамин повышает проницаемость сосудистых стенок, расширяет капилляры, приводя к капилляриту, следствием чего является отек сосочкового слоя дермы, обуславливающий появление на коже уртикарных элементов.

Роль аллергена могут играть не полностью расщепленные белковые продукты, еще не утратившие специфичности; токсины; токсические вещества образуются в толстом кишечнике при колитах, а также при недостаточности функции почек; бактерии. Крапивница также развивается в результате повышенного образования ацетилхолина.

Острая крапивница:

Внезапное начало с сильным зудом и уртикарными элементами, различных размеров темно-красного цвета. Возникает нарушение общего состояния. Чаще развивается при лекарственной или пищевой аллергии, парентеральном введении сывороток, вакцин, при переливании крови.

Атипичная разновидность – искусственная крапивница, волдыри чаще линейной формы, образуются при механическом раздражении, зуд отсутствует.

Острый ограниченный отек Квинке.

Острый отек подкожно-жировой клетчатки и кожи лица и половых органов.

Субъективно: резкое жжение и зуд.

Наиболее распространенным вариантом крапивницы является фитодерматит от примулы (первоцвет), обладающий выраженным аллергизирующим действием. Крапивница развивается через несколько часов или дней после контакта с растением, в зоне которого появляется яркая, отечная эритема, а на близлежащих участках кожи – уртикарии, реже мелкопузырьковые элементы, нередко на эритематозном фоне. Больных беспокоит зуд и жжение.

Очень редко встречается профессиональная крапивница, как правило, возникающая при ингаляции аллергена (формальдегид, сульфит натрия), реже – при контакте с кожей.

Стойкая папулезная крапивница

Развивается в случае упорно сохраняющихся стойких уртикарных высыпаний, трансформирующихся в папулы в результате присоединения к стойко ограниченному отеку клеточной инфильтрации в дерме, гиперкератоза и акантоза. Узелки красные-бурые, располагаются на разгибательных поверхностях, чаще наблюдаются у женщин. Многие авторы считают, что стойкую папулезную крапивницу следует рассматривать как разновидность чесотки.

Хроническая рецидивирующая крапивница

Развивается на фоне продолжительной сенсибилизации организма, обусловленной наличием очагов хронической инфекции, нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы, непереносимости салицилатов и бензоатов, пищевых продуктов. Рецидивирование заболевания характеризуется появлением волдырей на различных участках кожного покрова, сменяется периодами ремиссии. Длительность рецидивов различная, сопровождается нарушениями общего состояния.

Солнечная крапивница

При заболеваниях печени и нарушении порфиринового обмена с выраженной сенсибилизацией к УФ -лучам. Чаще отмечается в весенне-летнее время года. Локализуются высыпания на открытых участках тела.

Контактная крапивница

Возникает через несколько минут после контакта с некоторыми антигенами и характеризуется появлением волдырей в зоне контакта, а иногда генерализованной уртикарной сыпью.

Стадии:

1. Локализованная контактная крапивница
2. Контактная крапивница и отек
3. Контактная крапивница и астма
4. Контактная крапивница и анафилактическая реакция.

Детская крапивница (син.: детская чесотка, строфулюс)

Заболевание обычно развивается на фоне нерационального питания и перекармливания. В отличие от обычной крапивницы характеризуется высыпаниями мелких волдырей, в центре которых через несколько часов образуется папуловезикула размером с булавочную головку, частично волдырь исчезает, а на месте папуловезикул в результате расчесов образуются кровянистые корочки. Локализация – разгибательная поверхность конечностей. Слизистые оболочки не поражаются.

Синдром Леффлера

Развивается легочная инфильтрация с эозинофилией, наблюдается преимущественно у детей, страдающих аллергическими кожными заболеваниями (крапивница, экзема), а также при гельминтозах, амебиазе, повышении чувствительности к лекарственным препаратам (антибиотикам, сульфаниламидам). Развитие синдрома, по-видимому, обусловлено гиперсенсибилизацией сосудистой системы к различным аллергенам. Шоковым органом при этом являются капилляры и мелкие кровеносные сосуды, увеличение проницаемости которых приводит к образованию транзиторных легочных эозинофильных инфильтратов, выявляемых на рентгенограммах. На коже появляются волдыри, ангионевротический отек, реже пятнисто-папулезные высыпания. Синдром Леффлера сопровождается расстройством

общего состояния больного (повышение температуры, недомогание, кашель, одышка, приступы бронхиальной астмы, артралгии, увеличение лимфоузлов). В крови и моче выраженная эозинофилия (до 70%). Симптомы со стороны органов дыхания являются отличительной чертой от крапивницы.

Синдром Висслера-Фанкони

(син.: аллергический субсепсис) – хроническое заболевание септико-аллергической природы, наблюдается у детей. Характеризуется длительной перемежающейся лихорадкой, появляющейся у детей при развитии аллергической реакции на относительно легкую бактериемию, рецидивирующими высыпаниями на коже лица, груди, конечностей уртикарного характера. Возможны артралгии, артропатии ревматоидного типа со склонностью к деформации суставов, миокардиту, пневмонии. В крови нейтрофилез со сдвигом влево, повышенное СОЭ, посевы крови дают отрицательные результаты.

В отличие от крапивницы наблюдается длительная перемежающаяся лихорадка, полиморфизм сыпи, изменения со стороны крови, наличие поражений сердца (миокардит), легких (пневмония), суставов (артралгии).

Синдром Шелли-Харли

Аутоиммунный синдром, развивающийся в результате образования аутоантител к измененным тканям молочной железы. Наблюдается у молодых женщин, у которых имеется доброкачественная опухоль молочной железы. Клинически характерны: мегаломастия, генерализованная сыпь (за исключением лица, ладоней подошв), имеются уртикарные высыпания типа гирлянд и дуг длиной 3-4 см и шириной 3 см, возвышающихся над уровнем кожи на 2-3 см, быстро мигрирующих, после которых остается диффузная гиперпигментация кожи.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з: красная волчанка – при которой обнаруживаются LE-клетки, не поражаются молочные железы. Отсутствие поражения молочных желез также является отличительным признаком для крапивницы.

Синдром Макли-Уэльса

Характеризуется сочетанием уртикарных высыпаний с артралгиями, прогрессирующей глухотой и амилоидозом почек. Этиология неизвестна. Описаны семейные случаи заболевания. Клинически: в раннем возрасте появляются артралгии с последующим развитием артритов голеностопных, коленных, лучезапястных суставов. Уртикарные высыпания диссеминированные, склонные к слиянию и генерализации, держатся до 24 часов, затем исчезают, зудом не сопровождаются, рецидивируют обычно еженедельно, особенно при переутомлении и переохлаждении. Поражаются органы слуха, почки. Положительный тест «ревматических розеток», увеличение содержания IgG и IgA, повышение СОЭ, лейкоцитоз.

Синдром Макла-Уэльса отличается от других дерматозов типичным поражением органа слуха, развитием артритов, отсутствием температурной реакции.

Флюороз

Заболевание обусловлено употреблением воды с избыточным содержанием (более 1 мг/л) фтора. Клиника: уртикарии, зуд, себорейный дерматит, экзема,

дистрофия эмали зубов и ногтей, нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта и нервной системы, патология костной системы, язвенный стоматит. При этом содержание кальция в сыворотке крови нормальное.

Паразитарные дерматозы, проявляющиеся уртикарной сыпью

Зерновая чесотка

Вызывается пузатым клещом *Pediculoides ventricosus*.

На месте укуса клеща образуются уртикарные высыпания, но через некоторое время на вершине в центре волдырей образуются пузырьки, превращающиеся в пустулы; интенсивный зуд.

Локализация: кожа туловища, конечности, лицо и руки.

В тяжелых случаях наблюдается нарушение общего состояния.

Дифференциальный диагноз: от крапивницы отличается везикулопустулезными элементами, эпидемиологическими данными.

Линейный мигрирующий миоз

Вызывается личинками оводов из семейства *Gastrosilidae* при внедрении в кожу.

На месте внедрения личинки образуется зудящая папуловезикула, которая превращается в пустулу. Через несколько дней появляется отечный валик и формируется подвижный ход личинки, обозначенный темно-красным волдырем в виде полосы. Форма полос часто зигзагообразная, причудливая, длина их зависит от давности заболевания и активности личинки (4-30 см).

Дифференцируется от крапивницы на основании обнаружения личинки.

Шистозоматозный дерматит

Развивается в результате контакта с личинками червей семейства *Shistosomatidae*, паразитирующих на водоплавающих птицах, моллюсках. На месте внедрения цекориев ощущается боль или пощипывание, затем зуд, а через несколько часов или суток появляются мелкие эритематозные пятна, превращающиеся в типичные уртикарные элементы диаметром 2 см и более, которые могут сливаться в крупные полициклические отечные диски. Через 1,5-2 недели высыпания регрессируют, так как через некоторое время после внедрения в кожу человека личинки погибают.

Стронгилоидоз

Вызывается крупным гельминтом *Strongiloides stercoralis*. Гельминт паразитирует в тонкой кишке человека. На коже туловища на фоне субфебрильной температуры появляются волдыри удлиненной и зигзагообразной формы, ярко розового цвета с центральной белой зоной. Характерны рецидивы высыпаний с интервалом 1-2 недели. Описано локальное расположение волдырей вокруг заднепроходного отверстия. Кожная симптоматика сочетается с нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта. В кале обнаруживаются яйца и личинки гельминтов.

Трихинеллез

Вызывается круглыми червями *Trichinella spiralis*. Заражение происходит при употреблении мяса больных трихинеллезом свиней. Заболевание проявляется расстройством деятельности желудочно-кишечного тракта, развитием отека лица, возникновением боли в мышцах, повышением температуры тела. Через 1-1,5 месяца (стадия цистирования) к этим явлениям присоединяются анемия, бронхопневмония, миокардит. Кроме отека лица обычно наблюдаются кровоизлияния под ногтевые пластинки, пятнистая сыпь. Важное значение в диагностике имеют:

Кровь: эозинофилия, лейкоцитоз, гипопропротеинемия, анемия.

Положительная кожная проба, реакции преципитации или агглютинации с трихинеллезными антигенами.

Аскаридоз

Гельминтоз, вызываемый крупными червями *Ascaris lumbricoides*. Независимо от фазы заболевания нередко сопровождается возникновением волдырей на коже, которая особенно часто локализуется на кистях и стопах. Отмечаются симптомы нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта и печени. В кале обнаруживаются яйца аскарид.

Лоаоз

Тропический гельминтоз, обусловленный гельминтом *Loa-loa*. Попадает в кожу человека во время укусов слепней, являющихся промежуточными хозяевами. Заболевание развивается через 1-3 года. Клинически: общая симптоматика, зудящие волдыри, исчезают через несколько недель.

В крови – микрофилярии.

Трихоцефалез

Возбудитель – власоглав. Клиника: уртикарная сыпь, нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта.

Алантохейлонематоз

Клинически: общая симптоматика, гепатоспленомегалия, аллергическая зудящая сыпь типа крапивницы.

Шистосомоз кишечный Мансона

Преимущественно поражается желудочно-кишечный тракт. На месте внедрения цекориев в кожу развивается первичный дерматит, а через 5-8 дней возникают аллергические высыпания типа крапивницы на коже, лихорадка, эозинофильные инфильтраты в легких. Через 6-8 недель появляются признаки поражения кишечника, затем печени.

Дерматозы, при которых уртикарная сыпь является непостоянным симптомом

Уртикарные высыпания при них могут быть атипичными признаками или проявлениями лишь определенной стадии заболевания.

Лекарственные токсидермии

В виде крапивницы отмечены при непереносимости барбитуратов, новокаина, аминазина, антигистаминных препаратов. От острой крапивницы они отличаются полиморфизмом высыпаний, кроме волдырей, наблюдаются папулы, эритема, ролеолы.

Геморрагические васкулиты

Часто начинаются с уртикарных высыпаний на коже туловища и конечностей. Характерные пурпурозные высыпания появляются на фоне уртикарий, присоединяется кишечная симптоматика, гематурия.

Герпетиформный дерматит Дюринга

Характеризуется полиморфизмом высыпаний, наряду с эритематозными пятнами, везикулами, папулами нередко наблюдаются волдыри.

Отличие от острой крапивницы: характерна группировка высыпаний в дуги, кольца, гирлянды, преимущественная локализация на коже туловища, положительная проба Ядассона.

Недержание пигмента

Уртикарные высыпания наблюдаются только в первой, островоспалительной стадии процесса, наряду с эритематозными пятнами и полосами, пузырями и пустулами.

Гемобластозы

Обычно неспецифические уртикарии могут наблюдаться также при гемобластозах и возникают незадолго до появления симптомов поражения кроветворной системы или наблюдаются уже на фоне развернутой клинической картины этого поражения, а исчезают по мере улучшения состояния больного.

Венерическая лимфопатия

Венерическое заболевание, наблюдающееся преимущественно в странах с тропическим климатом, вызываемое фильтрующимся вирусом. Обычно волдыри наблюдаются во вторичном периоде болезни.

Дифференциальная диагностика от острой крапивницы: выявление специфического поражения лимфоузлов и окружающих тканей с явлениями проктита, парапроктита.

Тестовые вопросы:

1. Основным элементом сыпи при крапивнице служит:
 - А. узел
 - В. узелок
 - С. пузырь
 - Д. пузырек
 - Е. волдырь
2. Крапивница часто осложняется:
 - А. вторичной инфекцией
 - В. отеком Квинке
 - С. кандидозом
 - Д. синдромом Лайелла
 - Е. сердечной недостаточностью
3. Для крапивницы характерно:
 - А. белый дермографизм
 - В. розовый дермографизм
 - С. красный дермографизм
 - Д. бледно-розовый дермографизм
 - Е. волдырный дермографизм
4. При синдроме Леффлера наблюдается развитие легочной инфильтрации с:
 - А. лейкоцитозом
 - В. эозинофилией
 - С. моноцитозом
 - Д. тромбоцитопенией
 - Е. анемией
5. Синдром Висслера-Фанкони – хроническое заболевание:
 - А. септико-аллергической природы
 - В. нейро-аллергической природы
 - С. неаллергической природы
 - Д. грибковой природы
 - Е. вирусной природы
6. Синдром Шелли-Харли развивается в результате образования аутоантител к измененным тканям:
 - А. печени
 - В. почек
 - С. молочной железы
 - Д. желудка
 - Е. поджелудочной железы
7. Флюороз обусловлен употреблением воды с избыточным содержанием:
 - А. йода
 - В. хлора
 - С. железа

- Д. фтора
 - Е. меди
8. Синдром Макли-Уэльса характеризуется сочетанием уртикарных высыпаний с:
 - А. артралгиями
 - В. анемией
 - С. остеодистрофиями
 - Д. тонзиллитом
 - Е. миокардитом
 9. Линейный мигрирующий миоз вызывается:
 - А. личинками плоских червей
 - В. клещами
 - С. микобактериями
 - Д. личинками оводов
 - Е. личинками круглых червей
 10. Венерическая лимфопатия вызывается:
 - А. папилломавирусами
 - В. стрептококками
 - С. бледной трепонемой
 - Д. палочками Дюкрея-Унны
 - Е. фильтрующимся вирусом

ЛИТЕРАТУРА:

1. Адо А.Д. Общая аллергология . М.: Медицина. 1978. – 464с.
2. Бабаянц Р.С., Лоншаков Ю.И. Расстройства пигментации кожи. М.: Медицина. 1972. –144.
3. Беренбейн Б.А. Дифференциальная диагностика кожных болезней. М. 1989.
4. Борисенко К.К., Василенко Т.И., Абаева А.С. Серотонин у больных аллергическими дерматозами. Вестн. дерматол. и венерол. 1975. -3: 22-26с.
5. Капкаев Р.А., Скрипкин Ю.К. Справочник дерматовенеролога. 1992. – 288с.
6. Коралев Ю.Ф., Пильтиенко Л.Ф. Медикаментозные токсидермии. Минск. 1978. –143с.
7. Лазовский И.Р. Справочник клинических симптомов и синдромов М.: Медицина. 1981.
8. Машкиллейсон А.А. Лечение кожных болезней. М.: Медицина. 1990. – 560с.
9. Мордавцева В.Н., Цветкова Г.М. Патология кожи. I-II том. 1993.
10. Скрипкин Ю.К., Сомов Б.А., Бутов Ю.С. Аллергические дерматозы. М.: Медицина. 1975. – 247с.
11. Туранова Н.М., Студницин А.А. Атлас Кожные и венерические болезни. М.: Медицина. 1977. - 412с.
12. Фицпатрик Т.Ф., Джонсон Р., Вульф К. Дерматология. Атлас справочник. М.: Медицина. 1999. – 1088с.
13. Шадиев Х.К., Ахмедов К.Р. Тери ва таносил касалликлари. Ибн Сино. 1993. –248с.
14. Шапошников О.К. Крапивница. М.: Медгиз. 1962. – 108с.
15. Diseases of the skin in children and adolescents. A. Color. Atlas. London. 1970. – 233.
16. Fitzpatrick. М.К. Polano. D. Suurmond. Color atlas and synopsis of clinical dermatology. New-York. 1983. - 412.