

CLINICAL FIFTH EDITION

DERMATOLOGY

A COLOR GUIDE TO DIAGNOSIS AND THERAPY

Thomas P. Habif, MD

Adjunct Professor of Medicine (Dermatology)

Dartmouth Medical School

Hanover, NH, USA

Acquisitions Editor: Claire Bonnett

Development Editors: Sven Pinczewski and Louise Cook

Editorial Assistant: Kirsten Lawson

Project Manager and Layout Design: Jeanne Genz

Cover and Page Designer: Charles Gray

Compositors: Graphic World, Inc.

Gary Clark, CSR; Lyn Watts, Michele Margenau, Victoria Brown

Image Processing: Graphic World, Inc.

Mark Lane, Tom Lane

Illustrators: Graphic World, Inc.

Gwen Gilbert, Trese Gloriod, Patty Bassman

Project Organization: Laura A. McCann

Copyeditor: Beth Welch

Proofreader: Denise L. Davis

Production Assistant: Natalie Jackson

Indexer: Razorsharp Communications

Printer: C&C Offset Printing Company, Ltd.

Medical Photography: Alan N. Binnick, MD;

Thomas P. Habif, MD; Lawrence B. Meyerson, MD

Moral Support: Dorothy, David, and Tommy

MOSBY



ELSEVIER

КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ

АКНЕПОДОБНЫЕ И ПАПУЛОСКВАМОЗНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

Томас П. Хэбиф

Перевод с английского



Москва
«МЕДпресс-информ»
2014

УДК 616.5
ББК 55.83
Х99

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

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

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

Перевод с английского: В.П.Адаскевич

Хэбиф Т.П.

Х99 Клиническая дерматология. Акнеподобные и папулосквамозные дерматозы / Томас П. Хэбиф ; пер. с англ. – М. : МЕДпресс-информ, 2014. – 224 с. : ил.
ISBN 978-5-00030-179-1

Данная книга представляет собой практическое руководство, которое может быть также использовано как справочный ресурс и опытными, и начинающими врачами, а также преподавателями и студентами медицинских вузов.

В руководстве подробно рассматриваются акне и акнеподобные заболевания, а также псориаз и другие папулосквамозные дерматозы. В издание включены описания классического течения заболеваний и клинических вариантов, которые наблюдаются на разных стадиях этих болезней, методы диагностики и лечения. Книга содержит большое число цветных иллюстраций, приведены ссылки на базу данных PubMed, дерматологический формуляр лекарственных средств, упоминаемых в книге.

Книгу по достоинству оценят дерматологи, аллергологи, педиатры, средний медицинский персонал, преподаватели и студенты высших и средних медицинских учебных заведений.

УДК 616.5
ББК 55.83

Данное издание представляет собой перевод с английского оригинального издания **Clinical Dermatology**. Перевод опубликован по контракту с издательством «Эльзевир» (Elsevier).



ELSEVIER

Издатель и Elsevier Limited не гарантируют, а также не подтверждают качество или ценность включенных в данное издание рекламируемых товаров или услуг либо достоверность любого из представленных заявлений, сделанных рекламодателями относительно этих товаров или услуг.

ISBN 978-0-7234-3541-9

ISBN 978-5-00030-179-1

© This edition of **chapters 7 and 8 of Clinical Dermatology, 5th edition** by **Thomas P. Habif, MD** is published by arrangement with Elsevier Inc.
© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2014

Содержание

<i>Список сокращений</i>	6
<i>Анатомия кожи и принципы диагностики кожных заболеваний</i>	7
<i>Местное лечение. Местные кортикостероиды</i>	36
<i>1. Акне, розацеа и родственные заболевания</i>	58
<i>2. Псориаз и другие папулосквамозные заболевания</i>	122
<i>Приложение</i>	217

Список сокращений

FDA	Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США
МТХ	метотрексат
АКТГ	адренокортикотропный гормон
АЦЦП	антитела к циклическому цитруллинированному пептиду
ДГТ	дигидротестостерон
ДГЭАС	дегидроэпиандростерона сульфат
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
ИЛ	интерлейкин
КВЛ	красный волосной лишай
МКС	местные кортикостероиды
НПВС	нестероидные противовоспалительные средства
ОЛВЛ	острый лихеноидный и вариолиформный лишай
ПсА	псориазический артрит
ПУВА-терапия	комбинированное лечение псораленом и ультрафиолетом типа А
РА	ревматоидный артрит
УФ	ультрафиолет
ФНО	фактор некроза опухолей
ХЛП	хронический лихеноидный параспориоз
ЦНС	центральная нервная система

Анатомия кожи и принципы диагностики кожных заболеваний

• Анатомия кожи

Эпидермис
Дерма
Нервы и сосуды дермы

• Диагностика кожных заболеваний

План обследования
Процедура осмотра
Принципы лечения
Первичные элементы
Вторичные элементы
Специфические элементы

АНАТОМИЯ КОЖИ

Кожа состоит из трех слоев: эпидермиса, дермы и подкожной жировой клетчатки. На дорсальных и разгибательных поверхностях кожа толще, чем на вентральных и сгибательных.

Эпидермис

Эпидермис, поверхностный слой кожи, состоит из многослойного плоского эпителия. Толщина эпидермиса варьирует от 0,05 мм на веках до 1,5 мм на ладонях и подошвах.

Самый глубокий, однорядный *базальный слой* эпидермиса состоит из базальных клеток. При их делении образуются кератиноциты, составляющие *шиповатый слой*. Клетки этого слоя соединены друг с другом межклеточными мостиками или «шипиками», которые при гистологическом исследовании выглядят как соединительные линии между клетками.

Кератиноциты синтезируют элаидин – нерастворимый белок, который остается

в клетках и в итоге, превращаясь в кератин, становится основным компонентом *наружного (рогового) слоя* кожи. Клетки продолжают уплощаться, а их цитоплазма становится зернистой (*зернистый слой*). Затем клетки достигают поверхности кожи и, в конце концов, отмирают, образуя роговой слой¹.

В эпидермисе выделяют три типа ветвистых (дендритных) клеток: меланоциты, синтезирующие пигмент (меланин); клетки Лангерганса, которые играют ключевую роль в иммунных реакциях кожи; и клетки Меркеля, функция которых пока окончательно не определена².

Дерма

Толщина дермы варьирует от 0,3 мм на веках до 3,0 мм на спине. Она состоит из трех видов соединительной ткани: коллагена, эластической ткани и ретикулярных волокон.

В дерме выделяют тонкий поверхностный сосочковый слой, состоящий из тонких, произвольно расположенных коллагеновых волокон, и толстый глубокий ретикулярный, или сетчатый, слой, который простирается от основания сосочкового слоя до подкож-

¹ Базальный, шиповатый и зернистый слои вместе принято называть мальпигиевым слоем. Над зернистым выделяют *блестящий слой*, состоящий из 3–4 рядов клеток. Он хорошо развит на ладонях и подошвах, но почти отсутствует на красной кайме губ. – *Примеч. ред.*

² Считается, клетки Меркеля выполняют механорецепторную (в волосном диске Пинкуса) и эндокринную (вероятно, по мере внутриутробного развития оказывают трофическое влияние на растущие нервы и придатки кожи) функции. Также предполагают, что клетки Меркеля могут участвовать в нейрогенезе или регенерации нервов, а также в апоптозе кератиноцитов. – *Примеч. ред.*

ной жировой клетчатки и состоит из толстых коллагеновых волокон, расположенных параллельно поверхности кожи.

Гистиоциты кожи представляют собой мигрирующие макрофаги, которые аккумулируют гемосидерин, меланин и медиаторы воспаления. Тучные клетки, расположенные в основном вокруг кровеносных сосудов, производят и высвобождают гистамин и гепарин.

Нервы и сосуды дермы

Ощущения прикосновения и давления воспринимаются тельцами Мейснера и Фатера–Пачини. Ощущения боли, зуда и изменения температуры воспринимаются безмиелиновыми нервными окончаниями в сосочковом слое дермы. Возникшее в ходе воспаления раздражение низкой интенсивности вызывает зуд, в то время как раздражение высокой интенсивности причиняет боль. При расчесах плохо переносимое ощущение зуда трансформируется в более приемлемое и легче переносимое ощущение боли, зуд при этом подавляется.

Моторную иннервацию кожи обеспечивает вегетативная нервная система. Адренергические волокна иннервируют кровеносные сосуды (вазоконстрикция), а также поднимающие волосы мышцы и апокринные железы. Холинергические волокна ведут к эккринным потовым железам. Работа сальных желез регулируется эндокринной системой, при этом они вегетативными волокнами не иннервируются.

ДИАГНОСТИКА КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Что может быть легче, чем диагностика кожного заболевания? Ведь патологию вы видите собственными глазами! Почему же врачи других специальностей с таким трудом интерпретируют то, что они видят на коже?

Это можно объяснить тремя причинами.

Во-первых, существуют сотни кожных болезней.

Во-вторых, клиническая картина одного и того же заболевания может иметь мно-

жество вариаций. При обычном себорейном кератозе, например, кожа может иметь и гладкую, и шершавую, и эрозивную поверхность, а граница очага может быть равномерной или расплывчатой, как у меланомы.

В-третьих, кожные заболевания очень динамичны и на разных стадиях внешне могут сильно различаться. Многие заболевания развиваются эволюционно: простой герпес может начинаться с красной папулы, которая переходит в пузырь, а затем в эрозию, заживающую с рубцеванием.

Если сотни кожных болезней имеют множество вариаций во внешних проявлениях, то для точной диагностики заболевания нужно знать тысячи возможных форм. Именно поэтому простое на первый взгляд может при дальнейшем изучении оказаться крайне сложным.

Дерматология относится к морфологически ориентированным специальностям. Как и в других медицинских дисциплинах, важную роль играет анамнез заболевания, однако способность интерпретировать внешние проявления для врача еще важнее. К диагностике кожного заболевания нужно подходить последовательно и логично, не поддаваясь соблазну сделать быстрые выводы после торопливого осмотра.

План обследования

При системном подходе к обследованию пациента с кожным заболеванием учитывают следующие аспекты:

- **Анамнез.** Краткий анамнез должен включать: продолжительность и частоту эпизодов, локализацию высыпаний, симптомы, семейный анамнез, наличие аллергии, профессию, предыдущие методы лечения.
- **Распределение высыпаний.** Определяют распространенность сыпи на теле полностью раздетого пациента.
- **Первичные элементы.** Определяют первичные элементы. Внимательно их осматривают с помощью лупы – ценного вспомогательного инструмента для изучения кожных поражений. Идентифицируют природу всех вторичных или специфических элементов.

- **Дифференциальная диагностика.** Определяют группу заболеваний для дифференциальной диагностики.
- **Тесты и лабораторные исследования.** Проводят биопсию, лабораторные тесты: исследование биоптата кожи, микроскопию мазка, обработанного гидроксидом калия (при подозрении на грибковую инфекцию), анализ кожных соскобов на чесотку, окрашивание мазка по Граму, посев на грибковые и бактериальные культуры, тест Тцанка, исследование под лампой Вуда, кожные аппликационные пробы, темнопольную микроскопию и анализы крови.

Процедура осмотра

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВЫСЫПАНИЙ.

Необходимо последовательно осмотреть все кожные покровы. Недостаточно бегло окинуть взглядом обширные участки кожи. Наиболее продуктивный способ – разделить мысленно поверхность кожи на несколько секторов и тщательно обследовать каждый из них. Например, при исследовании лица необходимо осмотреть область вокруг каждого глаза, нос, рот, щеки и виски.

Во время обращения к врачу пациент нередко показывает небольшие участки кожи, сообщая при этом, что остальные высыпания выглядят точно так же, после чего ожидает немедленного диагноза. Однако другие высыпания могут выглядеть иначе. При наличии сыпи необходимо осмотреть весь кожный покров, чтобы определить распространенность высыпаний и подтвердить диагноз. Для принятия решения о количестве препарата, необходимого для местного применения, требуется визуальное представление обо всей картине поражения. Многие дерматологи придерживаются правила полностью осматривать кожный покров у всех своих пациентов. Однако осознавая, что некоторые пациенты стесняются полностью раздеваться, когда обращаются с вполне определенной проблемой (например, по поводу лечения подошвенной бородавки), некоторые дерматологи предпочитают индивидуальный подход к осмотру кожного покрова в каждом конкретном случае.

ПЕРВИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ И ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОВЕРХНОСТИ КОЖИ.

Очаги необходимо тщательно исследовать. Объективное наблюдение за тем, как протекает болезнь, позволяет оценить распространенность процесса. Много ценной информации дает внимательный осмотр с помощью лупы. Благодаря этому уже на данном этапе нередко удается определить первичные элементы и подтвердить диагноз. Врачу необходимо знать характеристики поверхности кожи при каждой распространенной кожной патологии и приобретать опыт, изучая картину менее известных заболеваний. К примеру, папула неизмененного цвета может оказаться бородавкой, гиперплазией кожных желез или базальноклеточным раком. Особенности морфологии многих элементов показаны на иллюстрациях данного издания.

Принципы лечения

Большинство кожных заболеваний успешно лечится с помощью многочисленных методов терапии и медикаментов. Однако если диагноз достоверно не установлен, лечение назначать не следует. Это относится, в частности, к назначению местных кортикостероидов (МКС). Некоторые врачи, особенно недерматологических специальностей, экспериментируют с различными медикаментами, и только многократно убедившись в неэффективности лечения, отсылают пациента к другому специалисту. Этот способ медицинской практики не отличается ни логикой, ни эффективностью.

Первичные элементы

Большинство кожных заболеваний начинается с первичных элементов, определение которых – ключ к точной интерпретации и описанию кожного заболевания. Первичные элементы служат начальным ориентиром и позволяют сформулировать правильный диагноз. Виды первичных элементов и их дифференциальная диагностика проиллюстрированы на с. 10–24.

Вторичные элементы

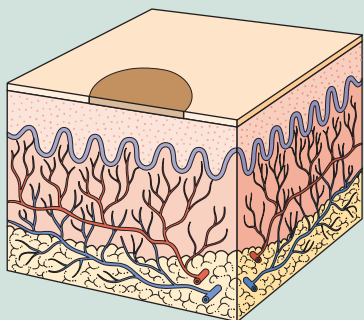
Вторичные элементы возникают либо в ходе развития кожного заболевания, либо вследствие расчесов, либо по причине инфекции. Они могут быть единственным видом присутствующих на коже поражений и в этом случае позволяют сделать вы-

вод о характере первичного заболевания. Дифференциальная диагностика вторичных элементов проиллюстрирована на с. 25–32.

Специфические элементы

Специфические элементы представлены на с. 33–35.

ПЕРВИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ – ПЯТНА



Пятно

Ограниченный плоский участок измененного цвета; пятна могут быть коричневыми, синими, красными или гипопигментированными.

Гипопигментированные пятна

Идиопатический каплевидный гипомеланоз
Анемический неvus
Пибалдизм (неполный альбинизм, пегаля кожа)*
Поствоспалительный псориаз
Радиационный дерматит
Разноцветный лишай
Туберозный склероз
Витилиго

Коричневые пятна

Неvus Беккера
Пятна цвета «кофе с молоком»
Эритразма
Фиксированная лекарственная токсидермия
Веснушки
Пограничный неvus
Лентиго
Злокачественное лентиго
Мелазма

Фотоаллергическая лекарственная сыпь
Фототоксическая лекарственная сыпь
Застойный дерматит
Черный опоясывающий лишай ладоней (черная дерматофития, черный питириаз)

Синие пятна

Чернила (татуировка)
Голубые пятна (при фтириазе)
Монгольское пятно
Охроноз

Красные пятна

Кожные лекарственные реакции
Ювенильный ревматоидный артрит (болезнь Стилла)
Ревматизм
Вторичный сифилис
Вирусные экзантемы

* Piebald – пегий. – Примеч. ред.

ПЕРВИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ – ПЯТНА (ОКОНЧАНИЕ)



Невус Беккера



Эритразма



Лентиго



Идиопатический каплевидный гипомеланоз

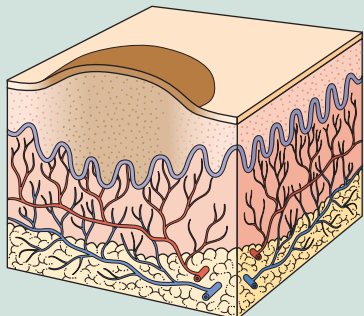


Фототоксическая лекарственная сыпь



Туберозный склероз

ПЕРВИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ – ПАПУЛЫ



Папула

Возвышающийся над поверхностью кожи одиночный очаг размером до 0,5 см в диаметре; цвет различный; папулы могут сливаться и образовывать бляшки.

Папулы неизмененного, желтого или белого цвета

Акрохордон (мягкая фиброма, фиброэпителиальный полип)
 Аденома сальных желез
 Базальноклеточная эпителиома
 Закрытые комедоны (угри)
 Плоские бородавки
 Кольцевидная гранулема
 Блестящий лишай
 Склероатрофический лишай
 Милиумы
 Контагиозный моллюск
 Дермальные невусы
 Нейрофиброма
 Перламутровые папулы полового члена (жемчужные папулы, перламутровое кольцо полового члена)
 Эластическая псевдоксантома
 Сенильная гиперплазия сальных желез
 Мягкие фибромы (акрохордоны)
 Сириngoма

Папулы коричневого цвета

Дерматофиброма
 Меланома
 Невусы
 Себорейный кератоз
 Пигментная крапивница (мастоцитоз)
 Бородавки

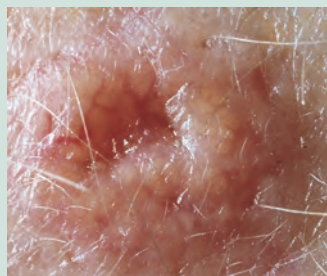
Папулы красного цвета

Акне
 Атопический дерматит
 Болезнь кошачьих царапин (лихорадка от кошачьих царапин, фелиноз, доброкачественный лимфоретикулез, гранулема Моллара)
 Сенильная гемангиома
 Холинергическая крапивница
 Узелковый хондродерматит
 Экзема
 Фолликулит
 Укусы насекомых
 Фолликулярный кератоз
 Лейкоцитокластический васкулит (аллергический васкулит, лейкоцитокластический ангиит)
 Потница
 Полиморфный фотодерматит
 Псориаз
 Пиогенная гранулема (телеангиэктатическая гранулема, ботриомикомма, гемангиома грануляционного типа)
 Чесотка
 Крапивница

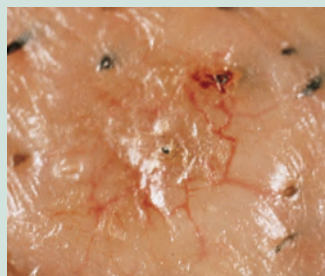
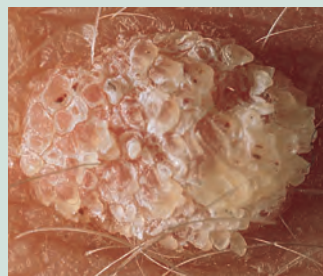
Папулы синего или фиолетового цвета

Ангиокератома
 Голубой невус
 Красный плоский лишай
 Лимфома
 Саркома Капоши
 Меланома
 Грибовидный микоз
 Венозная гемангиома

ПЕРВИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ – ПАПУЛЫ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)



Гиперплазия сальных желез

Базальноклеточная
эпителиомаБородавка (цилиндрические
выступы)

Бородавка (мозаичная)



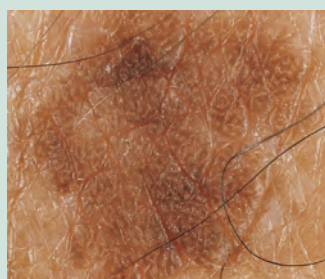
Дермальные невусы



Плоский лишай



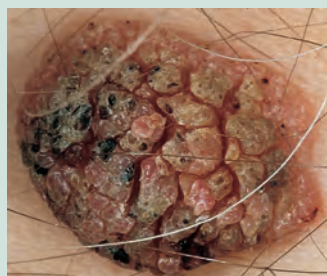
Склеротрофический лишай



Себорейный кератоз



Себорейный кератоз



Себорейный кератоз



Меланома



Кольцевидная гранулема

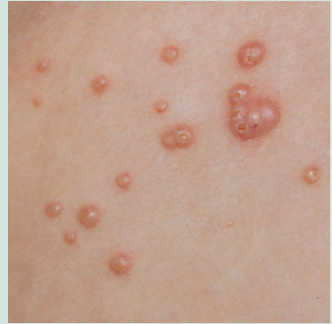
ПЕРВИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ – ПАПУЛЫ (ОКОНЧАНИЕ)



Дерматофиброма



Плоские бородавки



Контагиозный моллюск



Узелковый хондродерматит



Венозная гемангиома

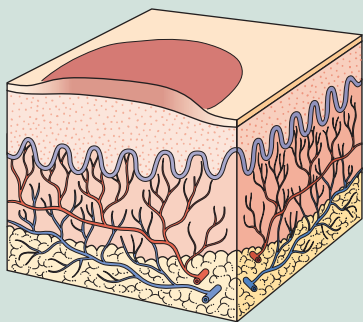


Сенильная гемангиома



Пиогенная гранулема

ПЕРВИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ – БЛЯШКИ



Бляшка

Ограниченное возвышающееся поверхностное одиночное образование свыше 0,5 см в диаметре, часто образуется в результате слияния папул.

Дискоидная красная волчанка (конгестивная себорея, атрофическая эритема)
 Экзема
 Кожная Т-клеточная лимфома
 Красный плоский лишай
 Рак Педжета
 Папулосквамозные (папулезные и шелушащиеся) высыпания

Синдром Свита (острый фебрильный нейтрофильный дерматоз)
 Розовый лишай
 Псориаз
 Себорейный дерматит
 Вторичный сифилис
 Стригущий лишай
 Дерматофития стоп
 Разноцветный лишай



Розовый лишай



Экзема

ПЕРВИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ – БЛЯШКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Себорейный дерматит



Розовый лишай



Вторичный сифилис

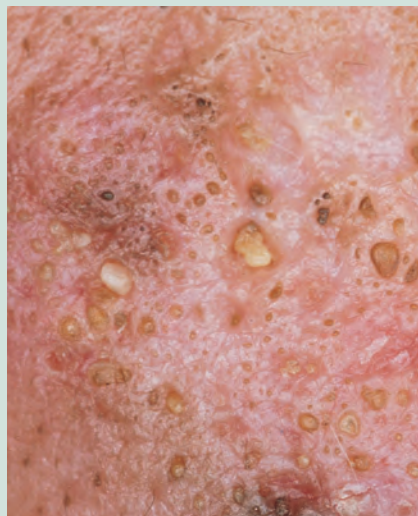


Псориаз

ПЕРВИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ – БЛЯШКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)



Плоский лишай



Дискоидная красная волчанка



Кожная Т-клеточная лимфома



Стригуций лишай



Рис. 2.73 ОЛВЛ. Диссеминированные разрозненные полиморфные красно-коричневые папулы, пустулы и эрозии.

на антигенный провоцирующий фактор может быть зуд. Данные заболевания имеют характерную гистологическую картину. Лихеноидный параспориаз у детей чаще протекает непрерывно, с более обширным распределением очагов и более интенсивной диспигментацией, а также хуже реагирует на традиционные методы лечения. PMID: 17854375.

ОСТРЫЙ ЛИХЕНОИДНЫЙ И ВАРИОЛИФОРМНЫЙ ЛИШАЙ

Болезнь Мухи–Габермана или ОЛВЛ обычно представляет собой доброкачественное самокупирующееся папулосквамозное заболевание. ОЛВЛ относится к лимфопролиферативным болезням с Т-клеточным типом клональной экспансии. Эта форма параспориаза регистрировалась во всех возрастных группах, при этом большинство случаев отмечались во второй и третьей декаде жизни. ОЛВЛ начинается незаметно с легкого зуда или незначительного повышения температуры. Высыпания в форме круглых или овальных красновато-коричневых папул, диаметром обычно 2–10 мм, появляются поодиночке или группами. Они могут возникать на любом участке, но обычно появляются на туловище, бедрах и плечах (см. рис. 2.72). Примерно в 10% случаев от-

мечается поражение лица, волосистой части головы, ладоней и подошв.

Папулы могут иметь фиолетовый оттенок в центре и ободок эритемы по периферии. Иногда наблюдаются слюдянистые чешуйки. Очаги могут стать везикулезными или пустулезными, а затем подвергнуться геморрагическому некрозу, обычно в течение 2–5 нед., после чего нередко остается поствоспалительная гиперпигментация и иногда рубцы (рис. 2.73). Нередко случаются внезапные обострения, и заболевание может протекать волнообразно в течение месяцев или лет. Подъем температуры тела является редким осложнением, но может ассоциироваться с очагами язвенно-некротического типа. К осложнениям относятся самокупирующийся артрит и суперинфекция кожных очагов. Средняя продолжительность заболевания варьирует от 1,6 до 18 мес. Редким тяжелым вариантом у детей является язвенно-некротическая форма (лихорадочная язвенно-некротическая болезнь Мухи–Габермана), которая проявляется крупными сливающимися язвенно-некротическими узлами и бляшками в сочетании с лихорадкой и другими конституциональными симптомами. Дифференциальный диагноз включает ветряную оспу, укусы членистоногих, импетиго, розовый лишай, чесотку, лимфоматоидный папулез и другие вирусные экзантемы.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЛИХЕНОИДНЫЙ ПАРАСПОРИАЗ

ХЛП (вариолиформный пустулез Юлиусберга–Капоши) представляет собой генерализованное высыпание коричневатых папул с мелкими, слюдянистыми, плотно прилегающими чешуйками, которые становятся более заметными при расчесывании. Высыпания могут появиться *de novo* или развиваются из очагов ОЛВЛ. Очаги обеих форм могут сосуществовать. Высыпания ХЛП со временем уплощаются и разрешаются, оставляя после себя гипопигментацию, но без рубцевания. До разрешения любого отдельного очага может пройти несколько недель или месяцев.

В серии случаев с педиатрическими пациентами средняя продолжительность заболевания составляла от 7,5 до 20 мес. Заболевание может персистировать годами. Системные симптомы бывают редко. Чешуйки менее заметны, чем при псориазе. Очаги разрешаются без рубцевания, изменения пигментации носят временный характер. Распределение очагов такое же, как при ОЛВЛ. Дифференциальная диагностика проводится с каплевидным псориазом, розовым лишаем, поствоспалительной гиперпигментацией, вторичным сифилисом и дерматофитией гладкой кожи.

ГИСТОЛОГИЯ

Для ОЛВЛ характерно наличие периваскулярной и диффузной лимфоцитарной и гистиоцитарной инфильтрации в области дермо-эпидермального соединения. Наблюдается экстравазация эритроцитов, эпидермальный некроз, отек и вакуольная дегенерация клеток базального слоя.



Рис. 2.74 Болезнь Гровера. Очаги могут распространяться и захватывать шею, плечи, руки, ноги, верхнюю часть спины и нижнюю часть грудной клетки.



Рис. 2.75 Болезнь Гровера. Высыпания начинаются на передней части груди в форме красновато-коричневых папул, которые остаются разрозненными.

ЛЕЧЕНИЕ

Эритромицин приводил к ремиссии в 73% случаев. *PMID: 3722512*. Для достижения значительного терапевтического эффекта нередко требуется 2 мес. В большинстве случаев сообщалось о разрешении заболевания при приеме внутрь эритромицина в дозах 30–50 мг/кг в день. Дозу эритромицина постепенно снижали в течение нескольких месяцев в зависимости от ответа на терапию. Если дозу снижали слишком быстро, заболевание обычно рецидивировало. Имеется сообщение об успешном лечении взрослого пациента, получавшего азитромицин по следующей схеме: 500 мг в 1-й день и по 250 мг со 2-го по 5-й день в 1-ю и 3-ю недели месяца. Через 3 нед. и 2 курсов азитромицина очаги у пациента исчезли, ремиссия продолжалась в течение 6 мес. Такую же дозу получал пятилетний ребенок, у него заболевание разрешилось через 2 мес. после 4 курсов азитромицина. *PMID: 18280363*. С некоторой эффективностью применялись ПУВА- и УФ-Б-фототерапия, узкополосный УФ-Б, тетрациклин, препараты золота, метотрексат, системные кортикостероиды и дапсон. Бромелаин – неочищенный водный экстракт стеблей и незрелых плодов ананаса – также применялся для лечения ХЛП. Применялась следующая схема дозировки: по 40 мг 3 раза в день в течение 1 мес., затем по 40 мг 2 раза в день в течение следующего месяца и по 40 мг в день в течение еще одного месяца. Все пациенты достигли полной ремиссии. У 2 пациентов наблюдался рецидив через 5–6 мес. после прекращения лечения, но они прореагировали на еще один короткий курс лечения. *PMID: 17671882*.

БОЛЕЗНЬ ГРОВЕРА

Болезнь Гровера, известная также как транзиторный акантолитический дерматоз, чаще всего встречается у мужчин старше 60 лет. Имеется значительная ассоциация с атопией и сухостью кожи, пик заболеваемости приходится на зимние месяцы (см. рис. 2.74 и 2.75).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ. На груди, спине и бедрах появляются зудящие папулы и везикулы. Зуд может быть преходящим и минимальным. Очень распространенной картиной являются стойкие бессимптомные папулы на туловище, которые часто располагаются в области под молочными железами и у мужчин имитируют фолликулит. Очаги персистируют в течение дней и недель, а иногда нескольких лет. Солнечное облучение провоцирует или ухудшает течение очагов. Диагноз подтверждается при обнаружении очагового акантоза в биоптате.

ЛЕЧЕНИЕ. Заболевание часто транзиторное и разрешается без лечения. Необходимо избегать сильных физических нагрузок и воздействия солнечного света. МКС групп II–V могут эффективно контролировать зуд, но не избавляют от высыпаний. Смягчающие ванны со специальными маслами для ванн или коллоидным овсом уменьшают зуд и увлажняют кожу. Может помочь УФ-Б-терапия. Эффективен курс изотретиноина или ацитретина в течение 1 мес.

Приложение

ФОРМУЛЯР ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Местные ретиноиды

Действующее вещество	Коммерческое название	Форма выпуска	Концентрация, %
Третиноин ¹	Ретин-А	Крем	0,05
	Локацид	Крем	0,05
		Раствор спиртовой	0,1
Адапален	Адапален	Гель	0,1
	Дифферин	Гель	0,1
		Крем	0,1
Клензит	Гель	0,1	
Тазаротен*, 2, 3	Tazorac*	Гель	0,1; 0,05
		Крем	0,1; 0,5
Кальципотриол ³	Дайвонекс	Крем	0,05
		Мазь	0,05
		Раствор	0,05
Комбинированные местные препараты с ретиноидами			
Адапален/克林дамицин	Клензит С	Гель	0,1/1
Адапален/бензоила пероксид	Эффезел	Гель	0,1/2,5
Изотретиноин/эритромицин	Изотрексин	Гель	0,25/2
Кальципотриол/бетаметазона дипропионат	Дайвобет	Мазь	0,05/0,5
	Ксамиол	Гель	0,05/0,5

* Здесь и далее: не зарегистрированы в РФ.

¹ На рынок РФ выпускаются средства для топической терапии акне, содержащие изотретиноин: Ретиноевая мазь 0,05%, 0,1% и раствор для наружного применения 0,025% под коммерческим названием Ретасол®.

² На рынок РФ под коммерческим названием Видестим® выпускается мазь для наружного применения, содержащая 0,5% ретинола пальмитата.

³ На рынок РФ под коммерческим названием Радевит®Актив выпускается мазь для наружного применения, содержащая витамин D₃ (холекальциферол), а также витамины А (ретинола пальмитат) и Е (токоферола ацетат).

Системные ретиноиды

Действующее вещество	Коммерческое название	Форма выпуска	Содержание действующего вещества, мг
Изотретиноин ¹	Акнекутан	Капсулы	8; 16
	Роаккутан	Капсулы	10; 20
Ацитретин	Неотигазон	Капсулы	10; 25

¹ На рынок РФ выпускается системный ретиноид – Ретинола пальмитат, раствор для приема внутрь 100000 МЕ/мл.

Местные противомикробные средства

Действующее вещество	Коммерческое название	Форма выпуска	Концентрация, %
Бензоила пероксид	Базирон АС	Гель	2,5; 5; 10
Клиндамицин	Далацин	Гель	1
	Клиндатоп	Гель	1
	Клиндовит	Гель	1
	Зеркалин	Раствор для наружного применения	1
Эритромицин	Зинерит	Порошок для приготовления раствора для наружного применения	4
Метронидазол	Метрогил	Гель	1
Азелаиновая кислота	Скинорен	Гель	15
		Крем	20
	Азелик	Гель	15
Комбинированные антибактериальные препараты			
Сера/сульфацетамид натрия	Plexion*	Суспензия	5/10
Клиндамицин/бензоила пероксид	Индоксил	Гель	1/5
Эритромицин/бензоила пероксид	Бензамин	Гель	3/5

Системные антибиотики

Действующее вещество	Коммерческое название	Форма выпуска	Содержание действующего вещества, мг
Тетрациклин	Тетрациклин	Таблетки	100, 250
Доксициклин	Доксициклин	Капсулы	100
	Кседоцин	Таблетки	100, 200
	Юнидокс Солютаб	Таблетки диспергируемые	100
Миноциклин	Минолексин	Капсулы	50, 100
Эритромицин	Эритромицин	Таблетки	100, 250, 500
Азитромицин	Сумамед	Капсулы	250, 500
		Капсулы	250
		Таблетки	125, 500
		Порошок для приготовления суспензии для приема внутрь	100, 200

Действующее вещество	Коммерческое название	Форма выпуска	Содержание действующего вещества, мг
Ампициллин	Ампициллин	Таблетки	250
Амоксициллин	Амоксициллин	Капсулы	250, 500
		Капсулы	250
		Таблетки	250, 500
	Флемоксин Солютаб	Порошок для приготовления суспензии для приема внутрь	125, 250, 500
Амоксициллин/клавулановая кислота	Аугментин	Таблетки	125, 250, 500, 1000
		Порошок для приготовления суспензии для приема внутрь	250/125; 500/125;
Сульфаметоксазол/триметоприм (ко-тримоксазол)	Бисептол	Таблетки	125/31,25; 200/28,5; 400/57; 600/42,9
	Бактрим	Таблетки	120, 240, 480
		Суспензия для приема внутрь	120, 480, 960
			240

Пероральные контрацептивы для лечения акне

Коммерческое название	Эстроген	Прогестин
Eurostep*	Этинилэстрадиол 20, 30, 35 мкг	Норэтистерон 1 мг
Силест	Этинилэстрадиол 35 мкг	Норгестимат 0,18; 0,125; 0,25 мг
Даилла, Джес, Димиа	Этинилэстрадиол 20 мкг	Дроспиренон 3 мг

Антиандрогенные средства для лечения акне

Действующее вещество	Коммерческое название	Форма выпуска	Содержание действующего вещества, мг
Спиронолактон	Верошпирон	Таблетки	25
		Капсулы	50, 100
Ципротерон	Андрокур	Таблетки	10, 50
	Андрокур Депо	Раствор для в/м введения	300

Местные ингибиторы кальциневрина

Действующее вещество	Коммерческое название	Форма выпуска	Концентрация, %
Такролимус	Протопик	Мазь	0,03; 0,1
Пимекролимус	Элидел	Крем	1

Псоралены

Действующее вещество	Коммерческое название	Форма выпуска	Содержание действующего вещества, мг
Метоксален	Оксорален	Капсулы	10