А Т Л А С
П О
К О Ж Н Ы М
И
В Е Н Е Р И Ч Е С К И М
Б О Л Е З Н Я М

Глава 1. Морфологические элементы

Клиническая картина болезней кожи представляет собой комплекс, складывающийся из субъективных и объективных симптомов. Субъективные симптомы это различные по интенсивности и характеру ощущения больного, проявляющиеся зудом, жжением, болью. Объективные симптомы изменения, выявляемые врачом при обследовании больного.

Объективные изменения кожи принято делить на признаки, которые выявляют состояние кожного покрова в целом и на признаки, которые наблюдаются при осмотре и пальпации кожных покровов. Последние проявляются в виде так называемых морфологических элементов.

Морфологические элементы являются внешним выражением патологических процессов, которые происходят в коже. В зависимости от времени существования, динамики воспалительных проявлений в коже и под влиянием различных причин (расчесы, вторичная инфекция и т.д.) высыпания в ходе своей эволюции могут изменять первоначальный вид. Поэтому необходимо отличать, какие высыпания представляют типичную картину данного заболевания, а какие являются результатом их дальнейшего развития.

Различают первичные и вторичные морфологические элементы.

Первичные морфологические элементы – это высыпания, появляющиеся на неизмененной коже. К ним относят пятно, узелок, бугорок, узел, волдырь, пузырек, пузырь и гнойничок. Первичные элементы подразделяют на полостные и бесполостные. Полостные элементы – это высыпания, имеющие полость, заполненную серозным, кровянистым или гнойным содержимым. К их числу относят пузырек, пузырь и гнойничок. К бесполостным элементам относят пятно, узелок, узел, волдырь, бугорок.

Вторичные морфологические элементы – это высыпания, которые появляются на коже в результате эволюции первичных элементов. К ним относят гиперпигментацию, депигментацию, чешуйку, эрозию, ссадину, язву, трещину, корку, рубец, атрофию, лихенификацию и вегетацию.

Первичные морфологические элементы

Пятно (macula) характеризуется изменением цвета кожи на более или менее ограниченном участке, по плотности не отличается от здоровых участков и не возвышается над окружающими тканями. Различают воспалительные и невоспалительные пятна.

Воспалительные пятна (рис. 1) обусловлены расширением кровеносных сосудов дермы. Они исчезают при надавливании на кожу предметным стеклом или пальцем и вновь появляются на коже по прекращении давления. Воспалительные пятна могут иметь различную окраску от бледно-розоватой до синюшно-красной. В процессе разрешения они покрываются чешуйками и оставляют после себя гиперпигментацию или исчезают бесследно. Воспалительные пятна наблюдаются при вторичном сифилисе, дерматитах и других болезнях (рис. 2).

Невоспалительные пятна характеризуются отсутствием воспалительных явлений в коже. При надавливании на кожу предметным стеклом или пальцем эти пятна не исчезают.

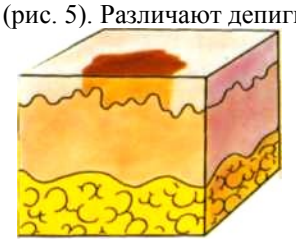
К невоспалительным пятнам относят геморрагические пятна (пурпура) петехии, экхимозы, кровоподтеки, пятна от искусственного введения красок (татуировки, профессиональные стигмы), пятна, связанные с неправильным развитием сосудов (сосудистые родимые пятна, телеангиэктазии), а также гиперпигментированные и депигментированные пятна. Гиперпигментированные пятна (рис. 3) появляются в результате отложения в коже пигмента — меланина. Различают врожденные и приобретенные гиперпигментированные пятна.

Macula inflammatoria 1

Macula inflammatoria (pilyriasis rosea) 2

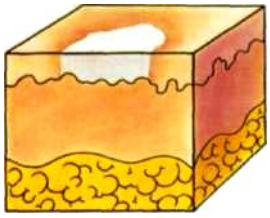
Врожденные гиперпигментированные пятна — это чаще всего невусы. Приобретенные гиперпигментированные пятна встречаются при фотодерматозах, аддисоновой и других болезнях (рис. 4).

При уменьшении содержания в коже меланина или при его исчезновении на коже появляются депигментированные пятна (рис. 5). Различают депигментированные пятна врожденные (альбинизм) и приобретенные (рис. 6).



Macula hyperchromica 3

Macula hyperchromica (pityriasis versicolor) 4



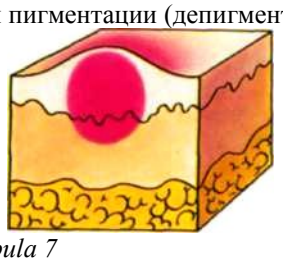
Macula achromica 5

Macula achromica (vitiligo) 6

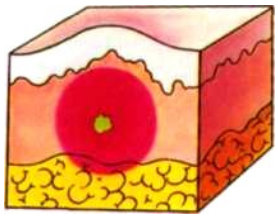
Узелок (papula) небольшое, резко отграниченное, плотное, слегка возвышающееся над поверхностью окружающей кожи, бесполостное образование (рис. 7). Папулы появляются вследствие скопления воспалительного клеточного инфильтрата преимущественно в верхних отделах дермы или в результате чрезмерного разрастания того или иного слоя кожи.

В зависимости от того, в каком слое кожи образовался узелок, различают эпидермальные папулы (плоские бородавки), дермальные папулы (вторичный сифилис) и эпидермо-дермальные папулы (красный плоский лишай, псориаз) (рис. 8).

Узелки могут иметь разнообразную окраску. По форме различают плоские, полушаровидные и конические. Последние иногда называют фолликулярными, так как воспалительный инфильтрат локализуется вокруг устья волосяного фолликула. Величина узелков может быть различной от 2—3 мм до 2 – 3 см и более. Узелки, достигающие больших размеров, называются бляшками. После рассасывания папул на коже иногда отмечаются остаточные явления в виде шелушения или временной пигментации (депигментации).



Papula 7



Tuberculum 9

Papula (lichen ruber planus) 8

Tuberculum (lupus vulgaris) 10

Бугорок (tuberculum) ограниченное, плотное, выступающее над поверхностью кожи бесполостное образование диаметром от 1 – 2 до 5 – 10 мм. Бугорки образуются в результате скопления в дерме воспалительного инфильтрата типа инфекционной гранулемы (рис. 9). Цвет бугорка может варьировать от розово-красного до синюшно-багрового.

Бугорки могут или распадаться, образуя язву, или разрешаться путем замещения инфильтрата соединительном тканью с образованием на их месте стойкого следа в виде рубца или рубцовой атрофии кожи. Встречаются бугорки при таких заболеваниях, как туберкулезная волчанка, лепра, третичный сифилис (рис. 10).

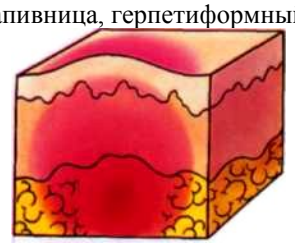
Узел (nodus) плотное, округлой или овоидной формы ограниченное образование диаметром более 3 – 5 см, залегающее в глубоких слоях дермы и подкожной жировой клетчатке (рис. 11). Узел может возвышаться над окружающей кожей (рис. 12) или определяться лишь пальпаторно. Узлы подразделяют на воспалительные и невоспалительные.

При воспалительных узлах окраска над ними варьирует от бледно-розовой до синюшно-багровой. Такого рода узлы в процессе эволюции обычно изъязвляются и завершаются рубцом. В отдельных случаях узлы могут рассасываться без изъязвления и на их месте остается рубцовая атрофия. Воспалительные узлы образуются при таких заболеваниях, как третичный сифилис, туберкулез, лепра.

Невоспалительные узлы встречаются при различных новообразованиях кожи. Они состоят из разрастаний соответствующей ткани (фиброма кожи, дерматофиброма, липома и т.д.)

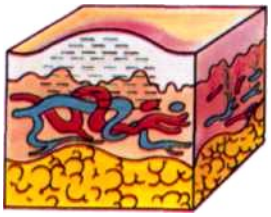
Невоспалительные узлы могут образоваться и в результате отложения продуктов обмена. Окраска кожи над узлом зависит от характера процесса, вызвавшего образование самого узла. Кожа над узлами, возникновение которых обусловлено различного рода новообразованиями, имеет обычно нормальную окраску.

Волдырь (urtica) островоспалительный, несколько возвышающийся над уровнем кожи бесполостной элемент величиной от 2-3 мм до 10 см и более, красного, бледно-розового или белого цвета, обычно быстро и бесследно исчезающий. Возникает в результате ограниченного островоспалительного отека сосочкового слоя кожи с одновременным расширением капилляров (рис. 13). Появление на коже волдырей сопровождается сильным зудом. Волдыри наблюдаются при таких заболеваниях, как крапивница, герпетиформный дерматит Дюринга и др. (рис. 14)



Nodus 11

Nodus (reticulosarcomatosis cutis) 12



Urtica 13

Urtica (urticaria) 14

Пузырек (vesicula) — поверхностное, в пределах эпидермиса, слегка выступающее над окружающей кожей полостное образование, содержащее серозную жидкость (рис. 15). Величина пузырька колеблется от 1 до 3—5 мм. В процессе развития пузырек может или вскрыться, образовав эрозию, или подсохнуть, образуя чешуйки, или оставить после себя временную гиперпигментацию (депигментацию).

Пузырьки наблюдают при таких заболеваниях кожи, как экзема, дерматит, простой пузырьковый лишай и др. (рис. 16).

Vesicula 15

Vesicula (herpes zoster) 16

Пузырь (bulla) полостной элемент, подобный пузырьку, но большей величины; иногда его диаметр достигает 3 – 5 см и б

полее; расположен он в верхних слоях эпидермиса и под эпидермисом. Содержимое пузырей может быть серозным, кровянистым и гнойным (рис. 17).

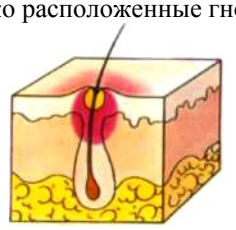
В процессе эволюции пузырь может спадаться, образуя ссохшиеся корочки, или вскрыться, образуя эрозию. На месте пузыря нередко остается нестойкая пигментация.

Пузыри встречаются при таких заболеваниях, как пузырчатка, герпетиформный дерматит Дюринга, острый дерматит, стрептококковое импетиго, эпидермофития стоп и др. (рис. 18).

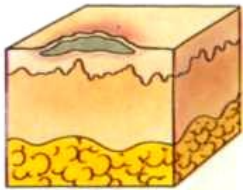
Bulla 17

Bulla (pemphigus vulgaris) 18

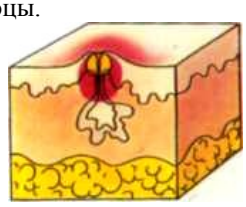
Гнойничок (pustula) полостной островоспалительный элемент с гнойным содержимым. Различают три вида гнойничков: фолликулярный (рис. 19), фликтена (рис. 20) и акне (рис. 21). Гнойничок полушаровидной формы, размером от 1 до 10 мм, зеленовато-желтого цвета, окружен воспалительным венчиком. Гнойничок может образоваться первично или вторично из пузырьков или воспалительных узелков. Помимо эпидермиса, может захватывать более глубокие слои кожи, вплоть до подкожной жировой клетчатки. Наиболее часто гнойнички локализуются в области волосяных фолликулов. После вскрытия содержимое гнойничка ссыхается в корочку желтого цвета, по отпадении которой остается нестойкая гиперпигментация. Глубоко расположенные гнойнички нередко оставляют после своего разрешения небольшие рубцы.



Pustula 19



Impetigo streptogenes 20

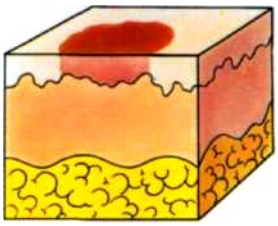


Acne 21

Pustula (furunculus) 22

Вторичные морфологические элементы

Гиперпигментация (hyperpigmcntatio) изменение окраски кожи, которое может развиться в результате увеличения в ней меланина или отложения гемосидерина на месте бывших первичных элементов (рис. 23, 24).



Hyperpigmentatio 23

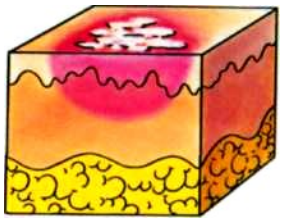
Hyperpigmentatic (pemphigus vulgaris) 24

Депигментация (depigmentatio) временное или постоянное стойкое обесцвечивание кожи после исчезновения некоторых первичных высыпаний (узелков, бугорков, узлов и других элементов). Депигментация возникает в основном в результате уменьшения содержания в коже меланина (рис. 25, 26)

Depigmentatio 25

Depigmentatio(psoriasis) 26

Чешуйка (squama) скопление отторгающихся клеток рогового слоя, а в ряде случаев и подлежащих слоев эпидермиса (рис. 27). Наблюдается при таких заболеваниях кожи, как псориаз и разноцветный лишай, себорея, экзема, нейродермит и многих других (рис. 28).



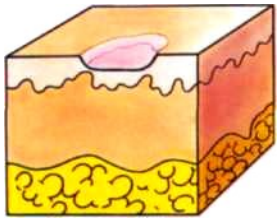
Squama 27

Squama (erythrodermia) 28

Эрозия (erosio) — дефект кожи в пределах эпидермиса (рис. 29). Эрозия развивается вследствие вскрытия пузырька, пузыря или нарушения целостности эпителия на поверхности папул.

Размер и очертания эрозии обычно соответствуют первичному элементу, из которого она образовалась. Эрозия имеет красный цвет, гладкое дно с серозным отделяемым, заживает бесследно.

Эрозия встречается при таких кожных заболеваниях, как экзема, дерматит, пузырчатка, опоясывающий лишай, эпидермофития стоп и др. (рис. 30).

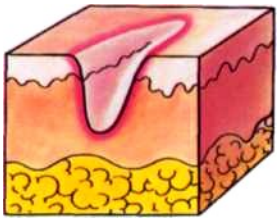


Erosio 29

Erosio (pemphigus vulgaris) 30

Ссадина, экскориация (excoriatio) дефект кожи, появляющийся в результате поверхностной травмы, например расчесов кожи. Ссадина обычно имеет линейную форму (рис. 31).

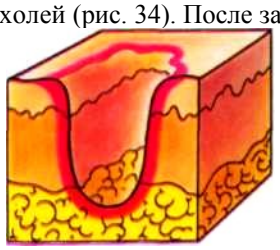
При дефекте эпидермиса в пределах только рогового слоя видны лишь шелушащиеся полосы, при нарушении целостности нижележащих слоев эпидермиса появляется серозное отделяемое, возможно капиллярное кровотечение с последующим образованием желтоватых или кровянистых корочек, по отпадении которых образуется рубец (рис. 32).



Excoriatio 31

Excoriatio(rubromycosis)32

Язва (ulcus) глубокий дефект кожи, достигающий дермы, подкожной жировой клетчатки, фасций, мышц и костей (рис. 33). Язвы обычно образуются на месте вскрытия или распада таких первичных морфологических элементов, как бугорок, узел, пустула. Они могут также возникать в результате расстройства крово- и лимфообращения (эмболии, тромбозы, варикозное расширение вен. тромбофлебиты, слоновость), изменения стенок сосудов (атеросклероз, болезнь Рейно и др.), травматических повреждений, трофических расстройств (сирингомиелия, спинная сухотка, повреждение нервов), изъязвления опухолей (рис. 34). После заживления язвы на ее месте всегда остается стойкий рубец.



Ulcus 33

Ulcus (trophicum) 34

Трещины, надрывы (fissura, rhagades) линейные нарушения целостности кожи, возникающие вследствие чрезмерной ее сухости или потери эластичности при воспалительной инфильтрации (рис. 35). В зависимости от глубины нарушения целостности кожи различают поверхностные и глубокие трещины. Поверхностные трещины локализуются в пределах эпидермиса, из них выделяется серозная жидкость. Глубокие трещины проникают в собственно дерму, из них выделяется серозно-кровянистая жидкость. Чаще трещины образуются в области естественных складок кожи (в углах рта, за ушной раковиной, в межпальцевых складках) или на местах, подвергающихся растяжению (над суставами, на ладонях) (рис. 36).

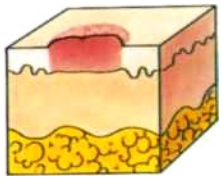
Fissura 35

Fissura (eczema) 36

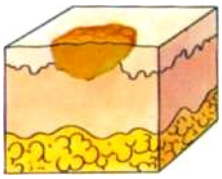
Корка (crusta) образуется на коже в результате высыхания отделяемого мокнущей поверхности. В зависимости от харак-

тера отделяемого различают серозные, кровянистые и гнойные корки. Серозные корки покрывают вскрывшиеся пузырьки, эрозии, ссадины (рис. 37). Кровянистые (геморрагические) корки формируются на глубоких ссадинах, язвах (рис. 38). Гнойные корки образуются в результате ссыхания отделяемого гнойничков, эктимы (рис. 39, 40).

Crusta serosa 37



Crusta haemorrhagica 38

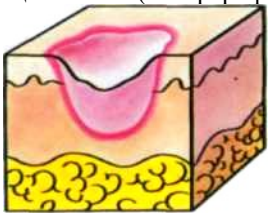


Crusta purulenta 39

Crustae serosi purulenti haemorrhagici (pyodermia secundaria) 40

Рубец (cicatrix) представляет собой соединительную ткань, образующуюся на месте глубокого дефекта кожи (глубокая ссадина, язва, трещина) (рис. 41). По величине и очертаниям рубец соответствует предшествующему дефекту кожи. Свежеобразованные рубцы имеют красный, а затем розовый цвет, со временем они приобретают белый цвет.

Рубец может располагаться на одном уровне с окружающей кожей, западать, быть втянутым или возвышаться над окружающей кожей (гипертрофический рубец) (рис. 42). Рубцы могут возникать и без предшествующего изъязвления кожи.



Cicatrix 41

Cicatrix (acne vulgaris, keloid) 42

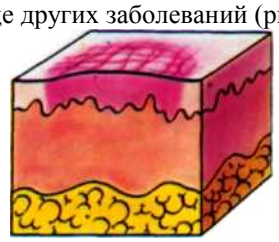
Атрофия кожи (atrophia) — состояние, при котором кожа представляет собой истонченные, слегка западающие участки, лишенные нормального кожного рисунка (рис. 43).

Атрофия наблюдается при таких заболеваниях, как бляшечная склеродермия, эритематоз и др. (рис. 44). Атрофия может развиваться и первично при нарушении питания (алиментарная атрофия).

Atrophia 43

Atrophia (lupus erythematodes) 44

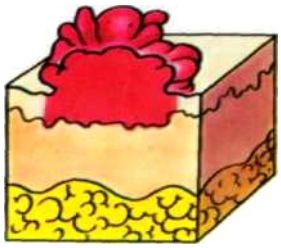
Лихенификация (lichenificatio) - уплотнение кожи, возникающее чаще всего в результате слияния узелков, проявляющееся чрезмерным усилением кожного рисунка. Лихенификация (рис. 45) наблюдается при нейродермите, хронической экземе и ряде других заболеваний (рис. 46).



Lichenificatio 45

Lichenificatio (neurodermitis) 46

Вегетация (vegetatio) разрастания эпителия и сосочкового слоя дермы (рис. 47). Они могут иметь вид сгруппированных сосочковых разрастаний, напоминающих по внешнему виду цветную капусту (остроконечные кондиломы). Вегетации могут локализоваться на поверхности папул, эрозий, на дне язвы, особенно при расположении этих элементов в области естественных складок. Они сочны, мягки, ярко-красного цвета, легко кровоточат. Важными условиями возникновения вегетации являются наличие выделений и мацерация кожи. Наблюдаются при таких заболеваниях, как вегетирующая пузырчатка, обыкновенная волчанка, актиномикоз, сифилис (рис. 48, 49).



Vegetatio 47

Vegetatio (lues secundaria) 48

Vegetatio, cicatrix (actinomycosis) 49

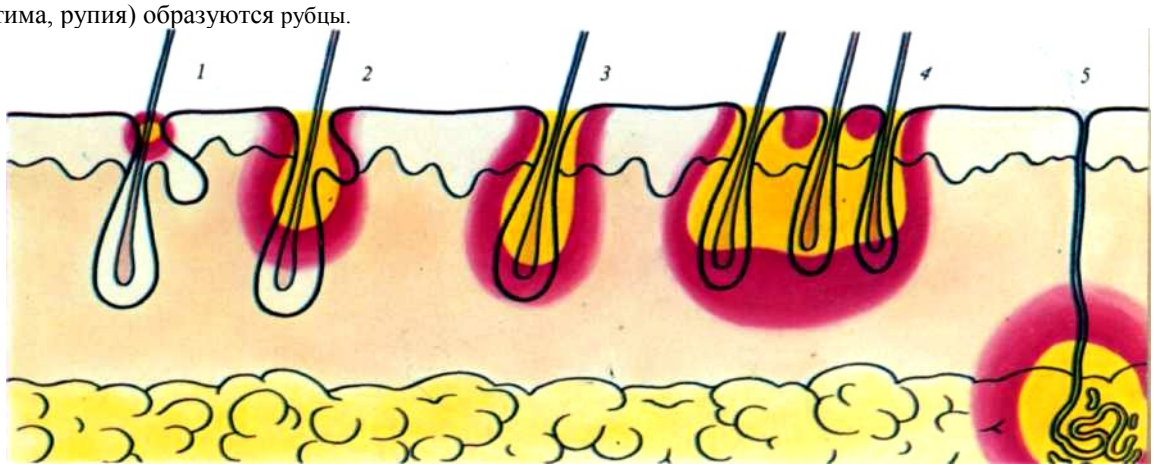
Глава 2. Инфекционные болезни кожи

Пиодермии (Pyodermiae)

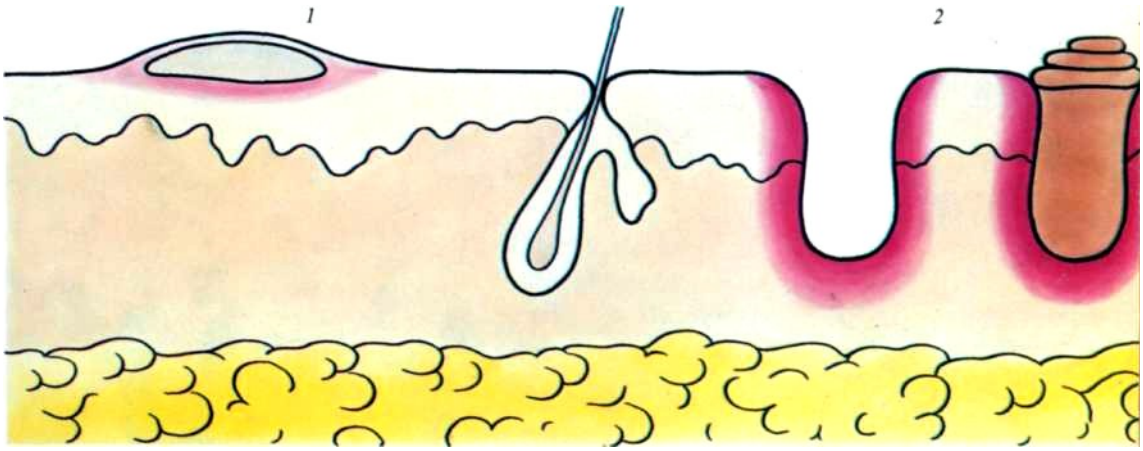
Пиодермии заболевания кожи, которые возникают в результате экзогенного внедрения в нее гноеродных кокков. В зависимости от возбудителя пиодермии делят на стрептодермии, стафилодермии и стреито-стафилодермии. По течению различают острые и хронические пиодермии. По локализации поверхностные и глубокие, приуроченные и не приуроченные к фолликулярпо-железистому аппарату кожи, ограниченные и диффузные.

При стафилодермиях (рис. 50) основным элементом является пустула. Высыпания локализуются в области сально-волосяных фолликулов (остиофолликулиты, фолликулиты, фурункул, карбункул), анокринных (гидраденит) и эккринных (множественные милиарные абсцессы детей) желез. После заживления в некоторых случаях (глубокие фолликулиты, фурункул, карбункул, гидраденит) остаются рубцы. При ряде острых (фурункул, карбункул) и хронически текущих стафилодермии (стафилококковый сикоз, келоидные угри) в коже отмечается мощная перифолликулярная воспалительная инфильтрация.

При стрептодермиях (рис. 51) основным морфологическим элементом является флик гена (тонкостенный дряблый пузырь с мутным серозным содержимым). Процесс склонен к распространению по поверхности, обычно не связан с придатками кожи. Чаще встречается у лиц с тонким эпидермисом (дети, женщины). Содержимое фликтен быстро ссыхается, образуя желтоватую корочку, по отпадении которой наступает полное восстановление эпидермиса. При глубоких стрептодермиях (эктима, рупия) образуются рубцы.



Staphylodermia (schema) 1-ostiofolliculitis, 2-folliculitis, 3-furunculus, 4-carbunculus, 5-hidradenitis *50*



Streptodermia (schema) 1-impetigo streptogenes, 2-ecthyma vulgare, 3-rupia *51*

В группу стрепто - стафилодермий включают гнойничковые заболевания, при которых первоначальным возбудителем является стрептококк с присоединяющейся вскоре стафилококковой инфекцией, что и обусловливает особенности клиники и течения процесса. Различают поверхностные (вульгарное импетиго) и глубокие хронические стрепто - стафилодермий (язвенная, язвенно-вегетирующая, околораневая, абсцедирующая и шанкриформная).

Фолликулиты (Folliculites)

Фолликулиты — одно из наиболее частых гнойничковых заболеваний с излюбленной локализацией на коже конечностей, задней поверхности шеи, лица. В зависимости от глубины поражения различают остиофолликулиты (поражение устья волосяного фолликула) и глубокие фолликулиты. Клинически остиофолликулит представлен небольшого размера полусферической формы пустулой, пронизанной в центре волосом и окруженной венчиком ярко-красного цвета воспаленной кожи. При распространении процесса вглубь зона гиперемии вокруг пустулы увеличивается (рис. 52). Через несколько дней гнойное содержимое элемента ссыхается, поверхность фолликулита уплощается, на ней образуется рыхлая корка буровато-желтого цвета.

Folliculitis 52

Сикоз (Sycosis vulgaris)

Сикоз — хроническое поражение кожи, вызванное золотистым или белым стафилококком. Локализуется чаще всего на коже волосистой части лица (борода, усы, брови), подмышечных впадин и лобка (рис. 53). Нередко отмечается поражение слизистой оболочки носа. В пределах очагов поражений на фоне гиперемированной и инфильтрированной кожи отмечается наличие большого числа пустул и серозно-гнойных корок. При эпиляции пораженных волос на корневой их части можно обнаружить «стекловидную муфту».

Sycosis vulgaris 53

Фурункул (Furunculus)

При распространении патогенных стафилококков из устья волосяной воронки в глубину фолликула может возникнуть острое гнойнонекротическое воспаление фолликулярных стенок и окружающей их ткани. Фурункул развивается из фолликулита. На высоте развития фурункула клинически отмечают наличие ограниченного плотного узла, выступающего над уровнем окружающей отечной кожи, болезненного при пальпации. Кожа над узлом имеет багрово-красную окраску (рис. 54).

В последующем наступает размягчение инфильтрата, вскрытие фурункула, отторжение «некротического стержня» и рубцевание элемента.

При рецидивировании фурункулов и обильном их высыпании говорят о фурункулезе. Дифференциальный диагноз следует проводить с болезнью Боровского, пустулезным сифилидом.

Furunculus 54

Карбункул (Carbunculus)

Карбункул — наиболее тяжелая форма глубокой стафилодермии, характеризующаяся острым некротически-гнойным воспалением кожи и подкожной жировой клетчатки, быстро распространяющимся в ширину и глубину. Клинически карбункул представляет собой несколько слившихся фурункулов, расположенных на общем резко отечном основании (рис. 55). При вскрытии карбункула образуется несколько отверстий, из которых выделяется густой вязкий гной желтовато – зеленой окраски с примесью крови. До слияния язвочек они отделены друг от друга узкими полосами воспаленной отечной кожи багрово-красного цвета с синюшным оттенком.

Carbunculus 55

Гидраденит (Hidradenitis)

Гидраденит гнойное воспаление апокринных потовых желез, вызванное стафилококками. Характеризуется наличием в подмышечной области, вокруг грудных сосков, на половых органах плотных, болезненных узлов размером до грецкого ореха. Кожа над ними темно-красного цвета (рис. 56). В дальнейшем узлы могут размягчаться и вскрываться с выделением большого количества гноя. После заживления образуется втянутый рубец.

Hidradenitis 56

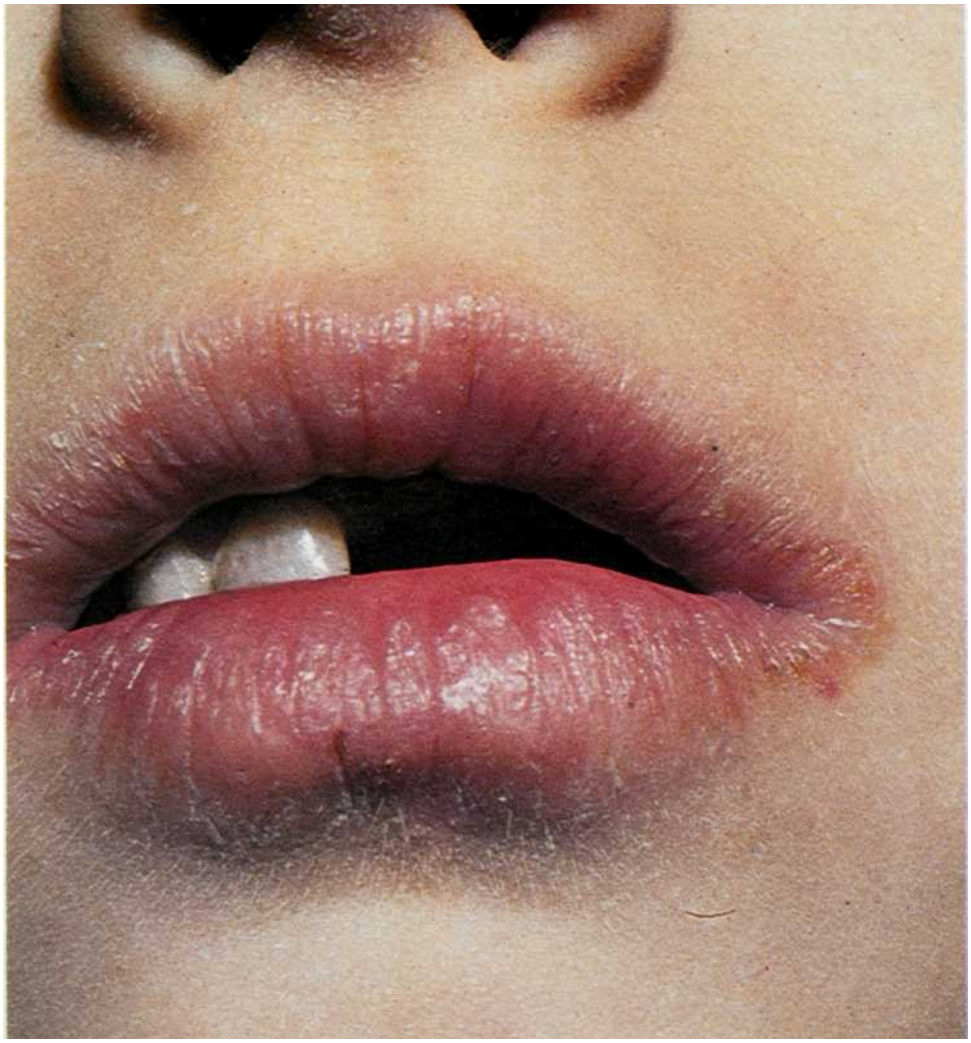
Стрептококковое импетиго (Impetigo streptogenes)

Процесс характеризуется образованием на гиперемированном фоне поверхностных, дряблых пузырей (фликтен), окруженных узким, розовым, воспалительным венчиком. Прозрачное или мутное содержимое фликтен подсыхает в слоистые, медово-желтого цвета корки, по отпадении которых остаются быстро проходящие бледно-розовые пятна. В ряде случаев тонкая покрышка фликтены разрывается, образуя поверхностную эрозию с обильным серозным отделяемым. Заболевание контагиозно и поражает главным образом детей и женщин (рис. 57).

Своеобразную форму стрептококкового импетиго представляет заеда, или щелевидное импетиго (impetigo fissurica, angulus infectiosus), которая протекает обычно хронически. Заболевание начинается с образования в углах рта или в области углов глаз небольших фликтен, которые, вскрываясь, образуют эрозии линейных очертаний с обрывками эпидермиса по краям и последующим образованием глубоких, болезненных трещин (рис. 58).

Дифференциальный диагноз стрептококкового импетиго следует проводить с аналогичными поражениями, вызванными дрожжеподобными грибами рода Candida, с простым пузырьковым лишаем, пустулезными сифилидами.

Impetigo streptogenes 57



Impetigo fissurica 58

Эктима (Ecthyma vulgare)

Эктима — глубокое стрептококковое поражение кожи, локализующееся чаще всего на коже нижних конечностей, ягодиц, поясницы. Начинается с фликтены или воспалительного инфильтрата, на поверхности которого появляется пузырь. Позднее образуется желто-коричневая корка, под которой формируется глубокая язва. Вокруг могут появляться новые флнктены и глубокие инфильтраты. Язва имеет отвесные, воспаленные края и кровоточащее дно, покрытое гнойным отделяемым (рис. 59). Заживает эктима с образованием рубца.

Проводя дифференциальный диагноз, следует иметь в виду колликвативный туберкулез кожи, уплотненную эритему , болезнь Боровского, сифилитическую эктиму и рупию.

Ecthyma vulgare 59

Поверхностная стрепто-стафилодермия (Strepto-staphylodermia superficiale, impetigo vulgaris)

Поверхностная стрепто - стафилодермия (вульгарное импетиго) локализуется преимущественно на лице, но может распространиться на любой участок кожи. Характеризуется наличием на коже фликтен, фолликулитов, рыхлых желто - зеленого цвета корок с воспалительным венчиком вокруг (рис. 60).

Strepto-staphylodermia superficialis 60

Хроническая язвенная пиодермия (Pyodermia chronica ulcerosa)

Хроническая язвенная пиодермия относится к глубоким стрепто - стафилококковым поражениям кожи. Клинически характеризуется наличием на коже голеней и тыла стоп множественных болезненных язв, слившихся между собой, на дне которых видны гнойные и некротические массы, вялые грануляции. Края обширного язвенного дефекта инфильтрированы, подрыты, кожа вокруг синюшно-красного цвета (рис. 61). Дифференцировать следует с трофическими язвами, язвенным бугорковым сифилидом.

Pyodermia chronica ulcerosa 61

Глава 3. Туберкулез кожи (Tuberculosis cutis)

Туберкулез кожи является одним из проявлений туберкулезного заболевания организма и вызывается микобактериями туберкулеза как человеческого, так и бычьего типа.

Туберкулез кожи возникает на фоне измененной реактивности и сниженного иммунобиологического состояния организма; распространяется преимущественно эндогенно (гематогенным или лимфогематогенным путем). Может сочетаться с другими локализациями туберкулезного процесса.

Классификация туберкулеза кожи

I. Хронически текущий первичный туберкулез

1) Колликвативный туберкулез:

а) скрофулодерма первичная;

б) скрофулодерма вторичная;

в) фунгозный туберкулез.

2) Рассеянные формы туберкулеза кожи:

а) папулонекротический туберкулез (акнит, рассеянная милиарная волчанка лица, туберкулез Левандовского);

б) уплотненная эритема (рассеянный узелковый саркоид Дарье, специфический васкулит);

в) лишай золотушных.

II. Вторичный туберкулез

Туберкулезная волчанка (плоская, язвенная, гипертрофическая, папилломатозная).

Бородавчатый туберкулез кожи.

Милиарно-язвенный туберкулез кожи.

Диагностика всех форм туберкулеза кожи основана на клинических данных, результатах рентгенологического обследования, определении туберкулиновой аллергии, гистологического исследования биоптата, а также эффективности тест-терапии.

Колликвативный туберкулез кожи (Tuberculosis cutis colliquativa)

Возникает вследствие лимфогематогенного попадания в кожу микобактерий туберкулеза во время бациллемии (первичная, гематогенная скрофулодерма). Иногда скрофулодермический процесс может возникнуть контактным путем, при переходе туберкулезной инфекции с пораженных лимфатических узлов или из свищей костно-суставного процесса (вторичная скрофулодерма, фунгозный туберкулез). При первичной скрофулодерме очаги поражения могут локализоваться на любом участке кожных покровов и представляют собой плотные, резко ограниченные узлы, располагающиеся в подкожной клетчатке, диаметром от 0,5 до 7—8 см. Кожа над ними вначале не изменена, затем приобретает розовато-цианотичный цвет, узлы спаиваются с кожей и выступают над ее поверхностью. В дальнейшем наступает вскрытие с образованием на коже язв с мягкими нависающими подрытыми краями и дном, выстланным легко кровоточащими грануляциями, покрытыми некротическими массами. Очаги поражения малоболезненны, отличаются медленным прогрес-сированием.

По заживлении язв остаются грубые, мостикообразные, бахромчатые рубцы (рис. 62—64).

При вторичной скрофулодерме клиническая картина сходна, но язвы более глубокие, так как в процесс вовлекаются подлежащие лимфатические узлы, в местах локализации которых и возникают патологические очаги (шея, щеки, над- и подключичные впадины и т.д.).

Дифференциальный диагноз следует проводить с гуммозным сифилидом, актиномикозом, хронической язвенной пиодермией.

Tuberculosis cutis colliquativa 62

Tuberculosis cutis colliquativa 63

Tuberculosis cutis colliquativa 64

Папулонекротический туберкулез (Tuberculosis cutis papulonecrotica)

Преимущественная локализация процесса разгибательные поверхности конечностей, туловище, ушные раковины. Плотные, полушаровидные, изолированные папулы розовато-синюшного цвета, почти безболезненные, размером от просяного зерна до горошины располагаются в толще кожи. В большинстве случаев в центральной части элемента появляется своеобразная ложная пустула, содержащая некротические крошковатые массы, по отторжении которых образуется буроватая или грязно-серого цвета корочка, а затем гладкий «штампованный» рубчик. Однако в ряде случаев формирование элементов задерживается в стадии папул, которые регрессируют с остаточной пигментацией. Высыпание элементов происходит волнообразно (рис. 65, 66).

Дифференциальный диагноз проводят с узловатой почесухой, аллергическим васкулитом Рюитера, бородавчатым красным плоским лишаем, рубромикозом гладкой кожи.

Tuberculosis cutis papulonecrotica 65

Lupus milliaris disseminatus (tuberculosis cutis papulonecrotica) 66

Уплотненная эритема (Tuberculosis cutis indurativa)

В глубоких слоях дермы и в подкожной клетчатке (преимущественно на сгибательных поверхностях нижней трети голеней) формируются узлы плотноэластической консистенции, безболезненные при пальпации, с четкими границами, диаметром от 1 до 15 см и более. Кожа над ними приобретает розовато-синюшный цвет. С течением времени узлы либо разрешаются бесследно, либо формируется гиподермальный рубец. В 20 % случаев узлы размягчаются в центре, вскрываются с образованием язвы, дно которой представлено вялыми грануляциями, покрытыми серозно-гнойным налетом. Края язвы плотные, инфильтрированные (рис. 67, 68). На месте заживших язв остается гладкий втянутый рубец. Уплотненная эритема клинически сходна с тромбофлебитом, хронической узловатой эритемой, аллергическими васкулитами, гуммозными язвами, трофическими язвами, болезнью Боровского.

Имеется сходство узлов уплотненной эритемы и скрофулодермы; об уплотненной эритеме свидетельствуют симметричность поражения, диффузная инфильтрация и плотность узлов, обострение процесса в весенне-осенний период, а также вид язв.

Tuberculosis cutis indurativa 67

Tuberculosis cutis indurativa 68

Туберкулезная волчанка (Lupus vulgaris)

Локализуется преимущественно на лице (сочетаясь иногда с поражением слизистых оболочек), конечностях, туловище. Первичный элемент — бугорок (люпома), особенностью которого является разрешение с обязательным образованием тонкого, гладкого, поверхностного рубца. Диаметр бугорков 2—7 мм, консистенция плотноэластическая, пальпация безболезненна. При диаскопии буровато-розовая окраска исчезает, в результате анемии патологического участка просвечивают туберкулоидные инфильтраты желтовато-бурого цвета (фемочен «яблочного желе»). При надавливании пуговчатым зондом он легко проникает в ткань люномы (феномен «зонда»). При слиянии отдельных люпом образуется волчаночный инфильтрат.

В зависимости от клинических особенностей различают плоскую, язвенную, псориазиформную, экссудативно-некротическую, бородавчатую и другие формы туберкулезной волчанки.

Наиболее часто встречается плоская форма волчанки, при которой отдельные бугорки сливаются между собой, образуя очаг поражения, увеличивающийся в результате появления по периферии новых бугорков (рис. 69).

Язвенная форма туберкулезной волчанки возникает вследствие изъязвления бугорков. Язвы поверхностны, легко кровоточат, покрыты небольшим гнойным отделяемым (рис. 70).

Псориазиформная туберкулезная волчанка напоминает псориатическую бляшку. Характеризуется наличием на поверхности очагов поражения серебристо-белых чешуек (рис. 71, 72).

Одной из редко встречающихся в настоящее время является экссудативно-некротическая форма, при которой формируются своеобразные экссудативно-некротические бугорки (рис. 74).

Исход туберкулезной волчанки всегда с образованием рубца. Характерной особенностью туберкулезной волчанки является образование на рубцах новых люпом при рецидивах заболевания.

При длительном течении туберкулезной волчанки может произойти перерождение ее в рак кожи (люпус-карцинома). Наиболее часто наблюдается спиноцеллюлярная эпителиома со склонностью к ороговению (рис. 75, 76).

Дифференциальный диагноз туберкулезной волчанки следует проводить с бугорковым сифилидом, туберкулоидным типом лепры, туберкулоидным типом болезни Боровского, эритематозом.

Lupus vulgaris planus 69

Lupus vulgaris ulcerosus 70

Lupus vulgaris psoriasiformis 71

Lupus vulgaris psoriasiformis 72

Lupus vulgaris 73

Lupus vulgaris 74

Lupus-carcinoma 75

Lupus-carcinoma 76

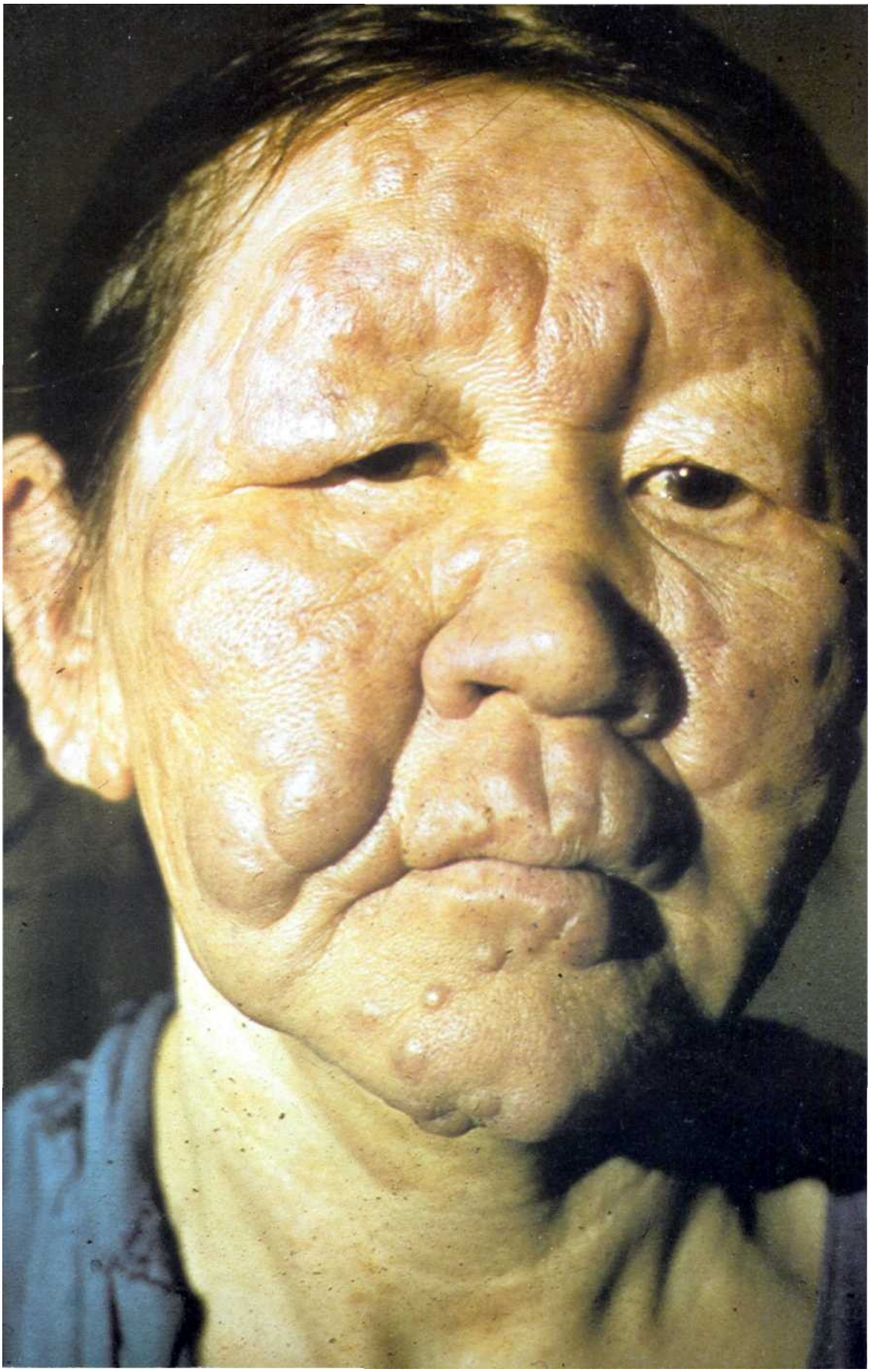
Глава 4. Лепра (Lepra)

Лепра — хроническое общее заболевание с преимущественным поражением кожи, слизистых оболочек и периферической нервной системы. Возбудитель заболевания Mycobacterium leprae. Источником заражения является больной человек. Лепрозный процесс поражает преимущественно ткани и органы, богатые ретикулоэндотелиальными элементами.

Различают:

1. Лепроматозный тип лепры.
2. Туберкулоидный тип лепры.
3. Недифференцированный тип лепры.

Lepra lepromatosa 77



Lepra lepromatosa 78

Лепроматозный тип (лепроминовая проба отрицательная) наиболее тяжелая и заразная форма лепры. Кожные поражения локализуются преимущественно на лице, тыле кистей, предплечьях, голенях, ягодицах и бедрах и представлены ограниченными дермальными или гиподермальными лейромами и разлитыми инфильтратами. Цвет лепром варьирует от розового до синюшно-красного, поверхность их гладкая и блестящая, иногда покрыта отрубевидными чешуйками, консистенция

плотноэластическая. Лепромы полушаровидно возвышаются над поверхностью кожи. Тесно прилегая друг к другу, элементы могут образовывать сплошные бугристые инфильтраты (рис. 77, 79). При поражении лица весьма типичен вид больного: на одутловатом и лоснящемся фоне лица определяется множество лепром красновато-оранжевого цвета, группирующихся в области надбровных дуг; губы и нос увеличены. Редеют, а впоследствии выпадают брови, ресницы. Подобное поражение издавна называется «львиным лицом» (facies leonina) (рис. 78).

Течение лепром торпидное, иногда они распадаются, при этом образуются язвы.

Кроме кожи, в процесс вовлекаются и слизистые оболочки носа, полости рта, гортани, глотки.

Туберкулоидный тип (лепроминовая проба положительная) — заболевание, поражающее преимущественно кожу, редко нервы, течение его более доброкачественное. На коже появляются красновато-синюшные мелкие папулы, которые часто сливаются между собой и образуют фигуры в виде дисков, колец и полуколец. Характерен вид таких бляшек: по периферии валик имеет более четкие границы, чем с внутренней стороны, а в центральной части происходит атрофия кожи. На пораженных участках отсутствуют все виды чувствительности, не растут волосы, отсутствует потоотделение (рис. 80).

Недифференцированный тип (лепроминовая проба может быть как отрицательной, так и положительной) характеризуется главным образом неврологическими симптомами и эритематозными, гиперпигментированными и депигментированными пятнами с четкими границами различной величины и очертаний. Постепенно в пораженных участках выпадает чувствительность и нарушается потоотделение. При всех типах лепры поражаются нервы, при этом невриты развиваются медленно и постепенно. В соответствующих зонах иннервации появляются потеря чувствительности, двигательные, трофические и сосудистые расстройства — параличи, контрактуры, миоатрофии, прободающие язвы и другие трофические симптомы (рис. 81, 82).

Lepra lepromatosa 79

Lepra tuberculoides 80

Lepra indeterminata (logophtalm) 81

Lepra mutilans 82

Глава 5. Вирусные болезни кожи

Бородавки (Verrucae)

Бородавки часто встречающееся хроническое контагиозное заболевание, вызываемое фильтрующимся вирусом (Tumefaciens verrucarum). Заражение происходит при непосредственном контакте с больным человеком или через предметы быта.

Инкубационный период от 7 нед до 5 мес. Повышенная влажность кожи, постоянная травматизация являются предрасполагающими моментами для возникновения этого заболевания. Клинически различают следующие виды бородавок.

Обычные бородавки (verrucae vulgares). Заболевание локализуется преимущественно на тыльных поверхностях кистей, пальцах рук, подошвах, реже на других участках тела и слизистых оболочках рта и носа (рис. 83, 84).

Verrucae vulgares 83

Verrucae vulgares 84

Verrucae plantares 85

Высыпания представлены эпидермальными папулами невоспалительною характера, желтовато-серою или буровато-коричневого цвета, диаметром от 2 – 5 до 10 мм, с сухой шероховатой поверхностью. Нередко поверхность бородавок покрыта небольшими сосочками, ворсинками, исчерчена трещинами. Некоторые бородавки имеют суженное основание -ножку. Субъективных ощущений нет, лишь воспаленные или постоянно подвергающиеся травматизации бородавки могут быть резко болезненными.

Юношеские бородавки (verrucae juveniles) узелки, слегка возвышающиеся над кожей, цвета нормальной кожи, бледно-розовые или желтовато-коричневые, полигональных очертаний, плотной консистенции, размером от 2 до 6 мм. Поверхность их гладкая, плоская или покрыта мелкими чешуйками. Локализуются преимущественно на лице, шее, тыльной поверхности кистей. Субъективных ощущений нет.

Подошвенные бородавки (verrucae plantares) появляются на подошвенной поверхности стопы, на тех участках, которые подвергаются наибольшему давлению. Подошвенные бородавки представляют собой невоспалительные папулы с утолщенным роговым слоем, желтого цвета, диаметром до 2 см, болезненные, возвышающиеся над кожей, в центральной части которых отмечается разрыхление рогового слоя, которое легко крошится, и обнажаются гипертрофированные сосочки. Подошвенных бородавок бывает немного: от одной до трех (рис. 85).

Дифференциальный диагноз бородавок необходимо проводить с контагиозным моллюском, старческими кератомами, бородавчатым красным плоским лишаем.

Контагиозный моллюск (Molluscum contagiosum).

Возбудителем заболевания является фильтрующийся вирус. Излюбленной локализацией высыпаний являются лицо, шея, грудь, тыл кистей, бедра и другие участки.

Клинически на неизмененной коже выявляются изолированные полушаровидные блестящие узелки величиной от 2—3 мм до 5 мм в диаметре (иногда и более), имеющие цвет нормальной кожи или бледно-розовые. В центре некоторых элементов наблюдается пупкообразное вдавление с небольшим отверстием, из которого можно выдавить вещество творожистой консистенции, состоящее из ороговевших клеток эпидермиса и овоидных телец (рис. 86).

Дифференциальный диагноз проводят с бородавками, старческими кератомами, бородавчатым красным плоским лишаем.

Molluscum contagiosum 86

Остроконечные кондиломы (Condylomata acuminata)

Заболевание вызывает фильтрующийся вирус. Заражение происходит в результате непосредственного контакта с больным человеком, через общие предметы, при половом контакте с больным. Нельзя исключить последовательную аутоинокуляцию. Возникновению этого заболевания могут способствовать повышенная влажность кожи и постоянная травматизация. Инкубационный период от 7 нед до 9 мес.

Клинически кондиломы представлены мелкими ограниченными сосочковыми разрастаниями мягкой консистенции розового цвета, сгруппированными в форме цветной капусты или петушиного гребня на суженном в виде ножки основании. Сохраняя дольчатое строение, кондиломы могут значительно увеличиваться. Поверхность остроконечных кондилом обычно или мацерирована, тогда она белого цвета, или эрозирована, в таком случае она имеет ярко-красный цвет и кровоточит. Субъективно ощущается значительная болезненность.

В основании остроконечных кондилом нет инфильтрата в отличии от широких сифилитических кондилом.

Излюбленная локализация остроконечных кондилом — половые органы. У мужчин — в венечной борозде полового члена, у наружного отверстия уретры, на внутреннем листке препуциального мешка, в области заднего прохода. У женщин — на внутренней поверхности больших срамных губ, на малых срамных губах, в области клитора, входа во влагалище, на коже промежности, в пахово-бедренных складках, в подмышечных впадинах (рис. 87, 88).

Дифференциальный диагноз нужно проводить с кожным рогом, широкими кондиломами, геморроидальными узлами.

Condylomata acuminate 87

Condylomata acuminate 88

Простой пузырьковый лишай (Herpes simplex)

Возбудителем заболевания является фильтрующийся вирус. Появлению высыпаний нередко предшествуют озноб, недомогание, интоксикация и расстройства желудочно-кишечного тракта.

Простой пузырьковый лишай может локализоваться на любом участке кожного покрова. Однако наиболее часто он локализуется на лице, губах, крыльях носа, слизистых оболочках полости рта, половых органах.

Высыпания представляют собой сгруппированные пузырьки диаметром от 1 до 3 мм, расположенные на воспаленной, отечной коже, заполненные серозным содержимым. Спустя некоторое время пузырьки лопаются, образуя эрозии, которые в свою очередь покрываются серозными корочками (рис. 89). Иногда может присоединиться вторичная пиодермия.

Дифференциальный диагноз нужно проводить со стрептококковым импетиго, с опоясывающим лишаем, твердым шанкром, эрозивным папулезным сифилидом.

При локализации высыпаний на половых органах необходимо исключить твердый и мягкий шанкры.

Herpes simplex 89

Опоясывающий лишай (Herpes zoster)

Инфекционное заболевание, вызываемое фильтрующимся вирусом Strongiloplasma zonae, близким вирусу ветряной оспы.

Развитию заболевания могут способствовать факторы, благоприятные для возникновения вирусной инфекции (переохлаждение, переутомление, тяжелые соматические заболевания). Herpes zoster возникает чаще в весенне-осенний период и поражает лиц любого возраста.

Инкубационный период заболевания от 7 до 14 дней. Патологический процесс развивается остро. Появлению высыпаний предшествуют чувство покалывания, жгучие, стреляющие боли. Одновременно может повыситься температура, появиться общая слабость, недомогание, головная боль, тошнота, рвота.

Преимущественная локализация процесса наблюдается по ходу нервов в области лица (nervus trigeminus), на боковых поверхностях туловища (nervus intercostalis), однако высыпания могут располагаться по ходу любых нервов и быть как односторонними, так и двусторонними (рис. 90, 92).

Клиника: спустя несколько дней после появления болей на пораженном участке образуются ограниченные эритематозные отечные пятна, близко расположенные друг от друга, плотной консистенции. Через несколько часов на фоне эритемы одновременно возникают группы тесно скученных пузырьков с серозным содержимым. Иногда пузырьки могут сливаться между собой, образуя большие очаги с фестончатыми очертаниями. Через несколько дней содержимое пузырьков мутнеет, а эритема бледнеет. На второй неделе заболевания элементы подсыхают, образуя корочки, по отторжению которых остается легкая пигментация.

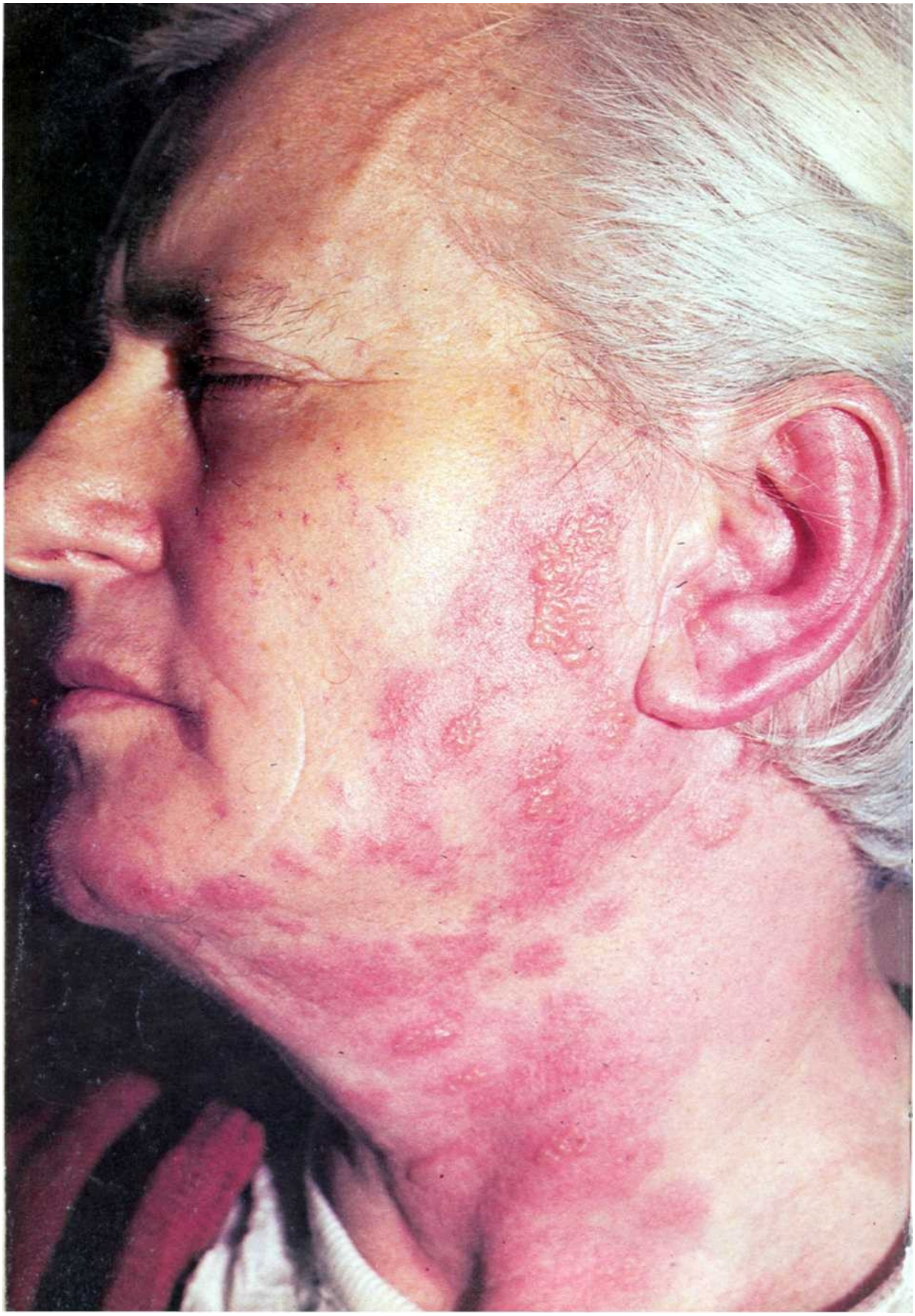
В клинической картине опоясывающего лишая могут наблюдаться разновидности: абортивная, геморрагическая, буллезная, гангренозная, генерализованная (рис. 93).

Опоясывающему лишаю сопутствуют увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов.

Дифференциальный диагноз проводят с герпетиформным дерматитом Дюринга, простым пузырьковым лишаем.

Herpes zoster 90

Herpes zoster 91



Herpes zoster 92

Herpes zoster bullosa 93

Глава 6. Паразитарные болезни кожи

Микозы (Mycosis)

Микозы — заболевания человека, обусловленные патогенными грибами.

По клинической классификации Н.Д. Шеклакова (1976) все грибковые заболевания человека делят на пять групп: кератомикозы, дерматомикозы, кандидоз, глубокие (системные) микозы и псевдомикозы.

При кератомикозах (разноцветный лишай, узловатая трихоспория, черепитчатый микоз) грибы поражают лишь роговой слой эпидермиса и волосы; выраженное реактивное воспаление со стороны кожи отсутствует; контагиозность заболевания незначительна.

В группу дерматомнкоюв относят трихофитию, микроспорию, фавус, эпидермофитию, рубромикоз. При этих заболеваниях грибы паразитируют в коже и поражают се придатки (волосы, ногти), вызывая воспалительную реакцию в дерме различной интенсивности, вплоть до нагноения. Контагиозность дерматомикозов выраженная.

Кандидоз клинически подразделяют на: поверхностный кандидоз кожи, слизистых оболочек, ногтевых валиков, ногтей; хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз и висцеральный.

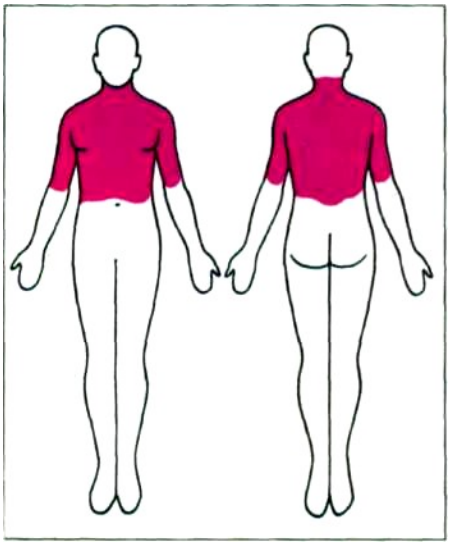
При глубоких микозах (кокцидиоидоз, хромомикоз, споротрихоз, бластомикоз и др.) наблюдается поражение различных внутренних органов и систем.

Псевдомикозы различают поверхностные (эритразма, подмышечный трихонокардиоз) и глубокие (актиномикоз, нокардиоз). Возбудители этих заболеваний по своим биологическим и морфологическим свойствам стоят ближе к бактериям, чем к грибам.

Разноцветный лишай (Pityriasis versicolor)

Разноцветный лишай относят к группе кератомикозов. Возбудитель Pityrosporum orbiculare, Malassezia furfur.

Процесс локализуется преимущественно на коже груди, спины, шеи и плеч (рис. 95). Высыпания характеризуются появлением желтовато-розового, светло- или темно-коричневого цвета невоспалительных пятен, неправильных очертаний с отрубевидным шелушением на поверхности. Пятна имеют резкие границы и наклонность к периферическому росту, диаметр их достигает 1,5 – 2 см, при слиянии образуют крупные очаги (рис. 94 – 95).



Localisatio typical (pytiriasis versicolor) 94

После воздействия ультрафиолетовых лучей и отшелушивания эпидермиса на месте пятен остаются участки депигментации псевдоахромия (рис. 96).

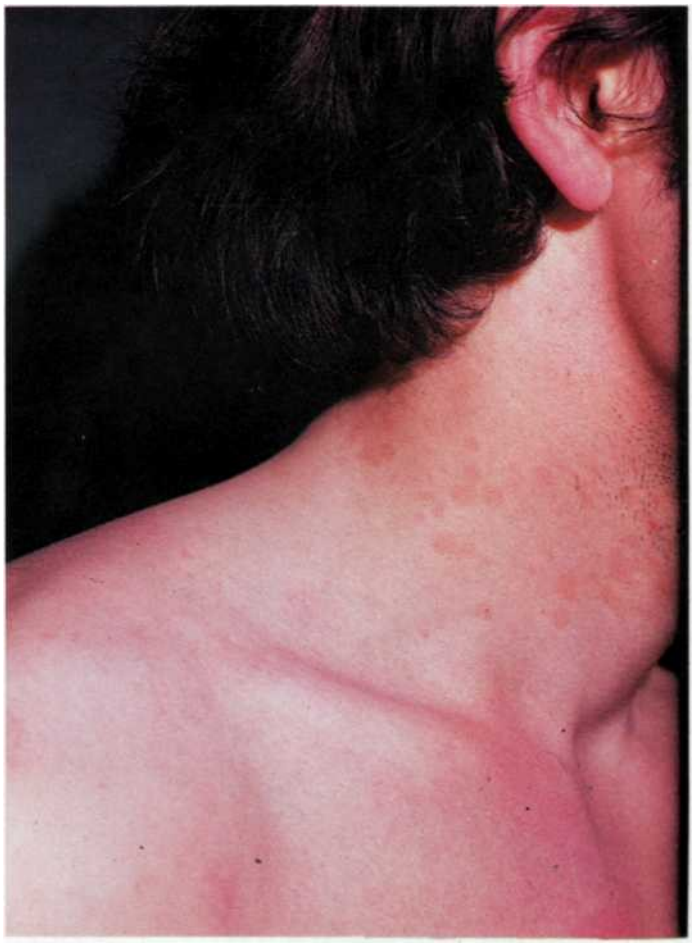
Для диагностики разноцветного лишая применяют смазывание очагов поражений йодной настойкой (проба Бальцра). При этом разрыхленный роговой слой в очагах поражения более интенсивно окрашивается йодной настойкой, чем непораженные участки.

Диагноз разноцветного лишая подтверждают нахождением при микроскопическом исследовании в чешуйках из очагов поражения коротких, прямых нитей мицелия с петлями и круглых или овальных сгруппированных двух контурных спор.

Дифференциальный диагноз проводят с розовым лишаем, себорейной экземой, сифилитической, сифилитической лейкодермой.

Pytiriasis versicolor 95

Pytiriasis versicolor 96



Pytiriasis versicolor 97

Микроспория (Microsporia)

Возбудителем *микроспории* являются два вида грибов: Microsporum ferrugineum, M. audoiini, паразитирующий у человека, и Microsporum canis, паразитирующий у животных. Заболевание высококонтагиозно, поражает волосистую часть головы, гладкую кожу и редко — ногти.

При поражении гладкой кожи образуются воспалительные пятна округлых или овальных очертаний с приподнятым по периферии валиком, состоящим из мелких узелков, пузырьков и корочек. Центральная часть очага поражения покрыта мелкими чешуйками (рис. 98 – 99).

При микроспории, вызванной эоофильным грибом пушистым микроспорумом (microsporum canis), на волосистой части головы появляются 1 – 2 крупных, округлых, четко отграниченных очагов облысения, по периферии которых находятся мелкие очаги. Воспалительные явления в пределах очагов выражены слабо; на их поверхности видно значительное шелушение. Волосы обломаны на высоте 4 – 8 мм над уровнем кожи. Обломки волос окружены чехлом из спор гриба (рис. 100).

При микроспории, вызванной ржавым микроспорумом (Microsporum ferrugineum), чаще на границе волосистой части головы возникают склонные к слиянию мелкие, шелушащиеся очаги облысения, в области которых, помимо обломанных, сохраняются здоровые волосы. На гладкой коже появляются эритематозно-сквамозные очаги в виде колец, вписанных друг в друга.

Диагноз микроспории подтверждают нахождением при микроскопическом исследовании вокруг волос мозаично расположенных мелких спор в виде чехла, а также - культурально.

Дифференциальный диагноз проводят с трихофитией, очаговым облысением, микробной экземой, с сифилитическим облысением.

Microsporia superficialis cut is glabrae 98

Microsporia superficialis cutis glabrae 99

Microsporia superficialis capitis 100

Трихофития (Trichophytia)

Различают поверхностную и инфильтративно-нагноительную трихофитию.

Поверхностную трихофитию (trichophytia supertlcialis) вызывают антропофильные грибы Trichophyton violaceum. Trichophyton crateriforme. Поражают волосистую часть головы, гладкую кожу и реже ногти. При локализации процесса на волосистой части головы здесь появляются несколько мелких очагов поражения с незначительным покраснением кожи и инфильтрацией, покрытые легким шелушением. Большинство волос в пределах очагов обломаны на высоте 1 – 2 мм над уровнем кожи или на уровне окружающей кожи, образуя черные точки.

На гладкой коже поверхностная трихофития бывает представлена четко отграниченными, округлыми, отечными очагами, обладающими тенденцией к периферическому росту. По краю виден инфильтрированный приподнятый валик, на поверхности которого имеются везикулы. Центр очага представляется уплощенным с незначительным шелушением (рис. 101).

Поверхностная трихофития, начавшаяся в детском возрасте, может перейти в хроническую трихофитию взрослых.

Дифференциальный диагноз следует проводить с микроспорией, микробной экземой, очаговым облысением, сифилитическим облысением.

Инфильтративно-нагноительная трихофития (Trichophytia intiltrativa-suppurativa). Инфильтративно-нагноительную трихофитию вызывают зоофильные грибы (Trichophyton faviforme и Trichophyton gypseum). Заболевание поражает волосистую часть головы и гладкую кожу. Инфильтративно-нагноительная трихофития сопровождается недомоганием, повышением температуры, болезненностью в очагах поражения и появлением регионарного лимфаденита.

Trichophytia superficialis cutis glabrae 101

Trichophytia infiltrativa suppurativa 102

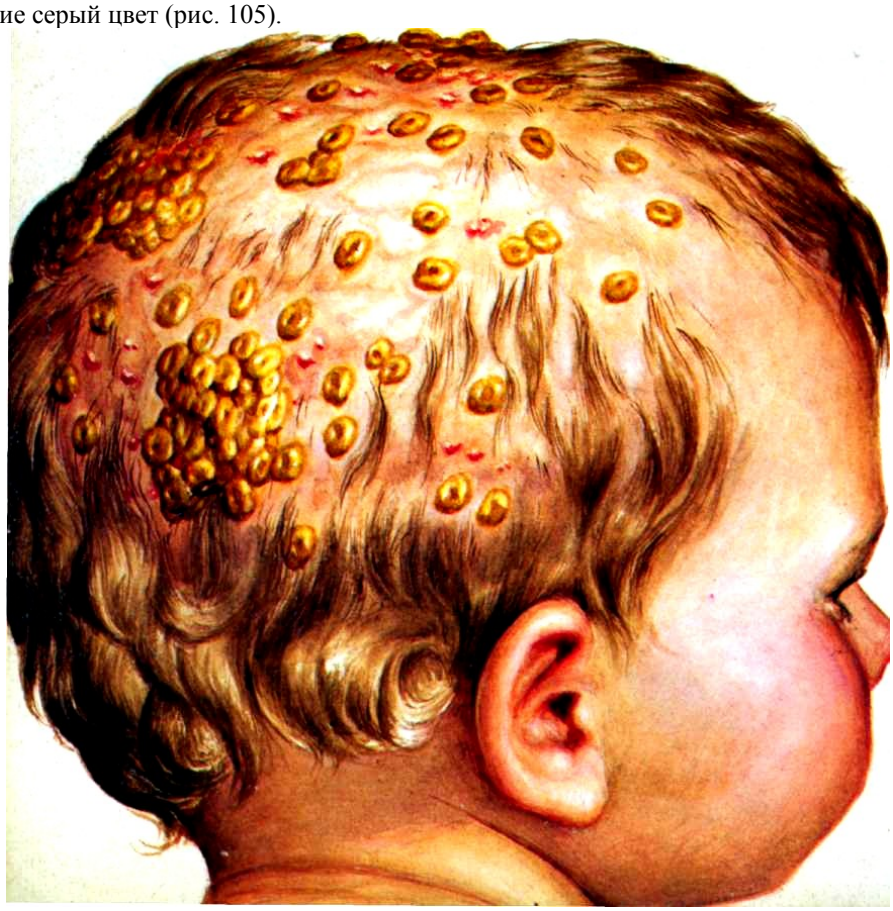
Trichophytia infiltrativa suppurativa 103

Trichophytia infiltrativa suppurativa 104

Фавус (Favus)

Заболевание, вызываемое грибом рода Trichophyton (Achorion) Schonleinii. Чаще процесс локализуется на волосистой части головы; могут быть поражены гладкая кожа и ногти. Клинически различают скутулярную, сквамозную и импетигинозную формы фавуса волосистой части головы.

Скутулярная форма фавуса характеризуется наличием вокруг волоса щитка (скутулы), который представляет собой круглое, желтого цвета с владением в центре образование, диаметром от 2 – 3 мм до 2 – 3 см. Щиток состоит из элементов гриба. Щитки могут сливаться между собой, образуя различной величины полициклические бляшки, со временем приобретающие серый цвет (рис. 105).



Favus scutularis 105

При сквамозной форме в клинической картине преобладает обильное шелушение, возникающее на слегка гиперемированной коже.

Импетигинозная форма клинически проявляется наличием в области устья волосяных фолликулов пустул, ссыхающихся в желтовато-бурые корки, по внешнему виду напоминающие импетигинозных (рис. 106).

При всех формах фавуса волосистой части головы поражены волосы: они тускнеют, приобретают пепельно-серый цвет, легко выдергиваются. В дальнейшем волосы выпадают вследствие наступающего рубцевания. При этом по краю волосистой части головы всегда остается кайма сохранившихся волос.

Дифференциальный диагноз проводят с микроспорией, поверхностной трихофитией, себореей, псориазом, эритематозом.

Favus impeliginosus 106

Эпидермофития (Epidermophytia)

Различают в зависимости от возбулителей и клиники паховую эпидермофитию и эпидермофитию стоп.

Паховая эпидермофитию (Epidertnophytia inguinalis). Характеризуется хронически-рецидивирующим течением и поражает преимущественно кожу крупных склалок, редко стоны и ногтевые пластинки. Возбудителем является паховый эпидермофитон (Epidermophyton inguinale), не поражающий волосы. Возникновению заболевания способствует ряд факторов: повышенная потливость, изменение состава и pH пота, гормональные расстройства и т.д. Заболевание известно как паховая эпидермофития, или «окаймленная экзема» (Hebra, 1990). Клинически характеризуется появлением в паховых складках, реже подмышечных впадинах и под молочными железами четко отграниченных овальных шелушащихся пятен красного цвета. Пятна эксцентрически растут, подвергаясь регрессу в центре, сливаются, образуя обширные очаги с приподнятым периферическим валиком. В пределах валика могут располагаться мелкие везикулы, пустулы, корочки (рис. 107). Поражение кожи стоп, подошв и ладоней наблюдается редко. Диагноз подтверждают результатами микроскопических и культуральных исследований.

Заболевание надо дифференцировать с микозом складок, вызванным красным трихофитоном, эритразмой, кандидозом.

Epidermophytia inguinalis 107

Epidermophytia pedum dyshidrotica 108

Эпидермофития стоп (Epidermophytia pedum). Возбудителем заболевания является межпальцевой трихофитон (Trichophyton interdigitale). Клинически различают стертую, межпальцевую и дисгидротическую формы эпидермофитии стоп. При стертой (сквамозной) форме на своде стоп наблюдается незначительное шелушение. Межпальцевая форма проявляется шелушением, пузырьками, эрозиями, трещинами, подрытым роговым слоем в межпальцевых складках III, IV, V пальцев стоп. Дисгидротическая форма эпидермофитии стоп характеризуется наличием на коже стоп, чаще свода, боковых поверхностей и пальцах пузырьков и пузырей; некоторые из них вскрываются, образуя ярко-розовые мокнущие эрозии, окаймленные отслаивающимся роговым слоем. Эпителизирующиеся эрозии и рассосавшиеся пузырьки и пузыри покрыты мелкими пластинчатыми чешуйками (рис. 108). Вопросы, связанные с диагностикой и дифференциальным диагнозом, см. раздел «Микозы стоп».

Рубромикоз (Rubromycosis)

Возбудителем заболевания является Trichophyton rubrum. Наиболее частой локализацией микоза являются межпальцевые складки и кожа стоп (рис. 109, 110).

Поражение межпальцевых складок характеризуется слабым шелушением с незначительными воспалительными явлениями, умеренной мацерацией. На подошвенных поверхностях стоп на фоне застойной гиперемии отмечается утолщение рогового слоя. Типичным является отрубевидное (муковидное) шелушение в кожных бороздах, вследствие чего кожные борозды четко выявляются как бы прорисованные мелом (рис. 110). На участках с выраженным гиперкератозом шелушение может быть кольцевидным. У части больных микоз может распространиться на тыльную поверхность стоп, на ногти, а также на кисти.

Весьма часто, при наличии предрасполагающих факторов, красный трихофитон поражает гладкую кожу. Выделяют три формы рубромикоза гладкой кожи: эритематозно-сквамозную, фолликулярно-узелковую и инфильтративно-нагноительную.

Rubromycosis 109

Rubromycosis 110

Эритематозно-сквамозная форма (рис. 111) характеризуется появлением воспалительных шелушащихся очагов круглых или овальных очертаний, склонных к периферическому росту и слиянию. Образуются очаги полициклических очертаний с отечным, вишнево-красного цвета прерывистым периферическим валиком, состоящим из отдельных папулезных элементов. Кожа в пределах очагов поражения часто имеет коричневый оттенок и покрыта мелкими чешуйками. На этом фоне располагаются единичные, красного цвела с синюшным оттенком фолликулярные папулы и папуло-пустулы.

Фолликулярно-узелковая форма (рис. 112) чаще наблюдается на коже предплечий, плеч, бедер и голеней, характеризуется наличием фолликулярных папул и папуло-пустул красного цвета, на поверхности которых заметно шелушение.

Инфильтративно-нагноительная форма является редкой формой рубромикоза гладкой кожи и наблюдается в основном у детей на волосистой части головы. Клинически протекает как инфильтративно-нагноительная трихофития.

Rubromycosis cutis glabrae 111

Дифференциальный диагноз рубромикоза ладоней и стоп необходимо проводить с псориазом, хронической экземой.

Эритематозно-сквамозная форма рубромикоза гладкой кожи может напоминать эритразму (рис. 123—124), микробную экзему, паховую эпидермофитию.

Диагноз рубромикоза подтверждают нахождением в чешуйках из очагов поражения и ногтевых пластинках нитей патогенного мицелия с последующим культуральным исследованием.

Дифференциальный диагноз фолликулярно-узелковой формы рубромикоза гладкой кожи следует проводить с узловатой почесухой, поверхностными стафилококковыми поражениями кожи.

Rubromycosis cutis glabrae 112

Кандидоз (Candidosis)

Кандидоз — заболевание, вызванное дрожжеподобными грибами рода Candida.

Различают:

1. поверхностный кандидоз кожи, слизистых оболочек, ногтей;
2. хронический генерализованный гранулематозный кандидоз;
3. висцеральный кандидоз.

Весьма часто дрожжеподобные грибы рода Candida поражают кожу в области складок. На кистях, обычно в III межпальцевой складке, на гиперемированной коже появляются мелкие, сливающиеся пузырьки, которые быстро вскрываются и образуют эрозии с подрытым по периферии роговым слоем (рис. 113).

Candidosis 113

Микозы стоп (Mycoses pedum)

Под микозами стоп понимают группу грибковых заболеваний, имеющих общую локализацию и сходные клинические проявления. Микозы стоп занимают одно из первых мест среди заболеваний кожи, часто встречаются в амбулаторной практике. Заболевание поражает людей любого возраста (редко детей), склонно к хроническому рецидивирующему течению, особенно весной и осенью, приводит к временной потере трудоспособности.

В настоящее время наиболее частым возбудителем микозов стоп являются красный трихофитон (T.rubrum), межпальцевой трихофитон (T.interdigitale), реже дрожжевые грибы ода Candida и паховый эпидермофитон (E.inguinale).

При микозах стоп в основном поражены межпальцевые складки и подошвенная поверхность стоп, но иногда патологический процесс переходит на их тыльную поверхность. Клинически различают ряд форм микозов стоп: стертую, интертригинозную (рис. 115), дисгидротическую (рис. 116).

В зависимости от клинической формы микозы стоп необходимо дифференцировать с рядом заболеваний: дисгидрозом и дисгидротическои экземой, хронической экземой, псориазом подошв, ладонно-подошвенной разновидностью папулезного сифилида.

Длительно протекающие микозы стоп часто приводят к поражению грибом ногтевых пластинок.

Mycoses pedum inlerdigitalis 114

Mycoses pedum dyshidrotica 115

Онихомикозы (Onychomycosis)

Онихомикозы широко распространенное среди населения хроническое грибковое поражение ногтей (рис. 116 – 119).

Возбудители — патогенные грибы родов Trichophyton, Epidermophyton, дрожжеподобные грибы рода Candida, плесневые грибы. Первичное поражение ногтевых пластинок грибами наблюдается редко. Как правило, онихомикозы являются одним из клинических проявлений микозов стоп, трихофитии, кандидоза, фавуса.

В настоящее время наиболее частым возбудителем онихомикозов является красный трихофитон. Поражение начинается обычно со свободного или бокового края ногтя. Ногтевая пластинка утолщена, имеет желтоватую окраску и зазубренный край, под ней - скопление роговых масс, ногтевой валик не поражен. На кистях поражение ногтей встречается реже.

Клинически различают три типа поражения ногтевых пластинок. При нормотрофическом типе онихомикоза (рис. 116) наблюдается частичное изменение ногтевых пластинок в виде краевого поражения или полос в толще ногтя белого или желтоватого цвета. При гипертрофическом типе (рис. 117), наблюдаемом чаще на стопах, характерно утолщение ногтевых пластинок, подногтевой гиперкератоз. Ногтевая пластинка крошится со свободного края. Атрофический тип (рис. 118) характеризуется значительным разрушением ногтевой пластинки, которая лишь частичной сохраняется у ногтевого валика.

Дифференциальный диагноз проводят с теми дерматозами, при которых в процесс могут вовлекаться ногтевые пластинки: псориаз, красный плоский лишай и др.

Onychomycosis normotrophica 116

Onychomycosis atrophica 118

Onychomycosis hypertrophica 117

Onychomycosis 119

Хромомикоз (Chromomycosis)

При хромомикозе поражены собственно кожа и подкожная клетчатка. Возбудителем являются грибы рода Hormodendrum, Phialophora. Микоз развивается на месте травмы кожи. Очаги поражения обычно бывают единичными и представляют собой скопление узлов и бляшек с плотной бородавчатой поверхностью, как правило, на коже конечностей (рис. 120, 121).

Клинически выделяют три формы заболевания, которые могут сочетаться у больного. При бугорковой форме процесс характеризуется наличием на коже бугорков темно-красного цвета, сливающихся между собой и образующих четкие очаги поражения фестончатых очертаний с неровной поверхностью, покрытые желтовато-коричневой коркой. В ряде случаев при снятии корок обнаруживается темно-красная, местами изъязвившаяся поверхность с бородавчато-папилломатозными разрастаниями (папилломатозно-язвенная форма). При узловатой форме хромомикоза формируются плотные подкожные узлы, в дальнейшем покрывающиеся коркой.

Диагностика хромомикоза основывается на клинической картине и лабораторных (микроскопия, гистопатология) исследованиях.

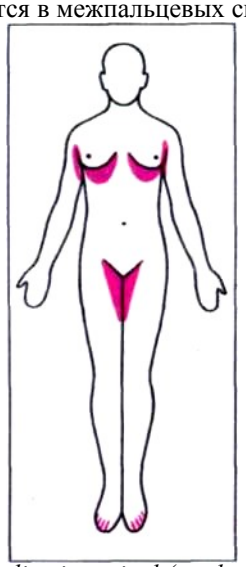
Дифференциальный диагноз проводят с другими глубокими микозами, хронической язвенной (вегетирующей) пиодермией, бугорковым сифилидом, болезнью Боровского, лепрой.

Chromomycosis 120

Chromomycosis 121

Эритразма (Erythrasma)

Возбудителем эритразмы является коринобактерия (Corynebacterium minutissimum). В настоящее время большинство исследователей выделили эритразму из микозов в группу исевдомикозов. Заболевание поражает преимущественно роговой слой эпидермиса. Чаще всего наблюдается у лиц с повышенной потливостью. Излюбленная локализация пахово-бедренные и подмышечные складки, а также складки под молочными железами у женщин (рис. 122 — 124). Нередко эритразма локализуется в межпальцевых складках стоп. Клинически характеризуется наличием на коже



Localisatio typical (erythrasma) 122

Erythrasma 123

невоспалительных пятен светло-коричневого или коричнево-красного цвета, с резко очерченными границами, на поверхности которых выявляется незначительное отрубевидное шелушение. В дальнейшем пятна сливаются между собой, достигая значительных размеров — до 10—15 см в диаметре. В лучах лампы Вуда очаги эритразмы дают кораллово-красное (кирпично-красное) свечение. Диагноз подтверждается нахождением в чешуйках из очагов поражений тонких, коротких нитей и мелких круглых спор возбудителя. Дифференциальный диагноз проводят с паховой эпидермофитией (рис. 107), рубромикозом.

Erythrasma 124

Актиномикоз (Actinomycosis)

Хроническое системное заболевание, вызываемое различными актиномицетами. Поражение кожи чаще возникает вторично, вследствие распространения патологического процесса с глубоко лежащих тканей и органов. В соответствии с путями распространения и локализации процесса создана клиническая классификация заболевания. Наиболее часто встречается шейно-челюстно-лицевой актиномикоз, реже – торакальный, абдоминальный (в том числе и актиномикотический парапроктит) и первично-кожный (рис. 125 – 127).

Клинически процесс характеризуется наличием в подкожной жировой клетчатке плотного бугристого инфильтрата, образовавшегося из слившихся узлов, кожа над которыми имеет синюшно-красный цвет. В дальнейшем в очагах поражения появляются участки размягчения и образуются длительно не заживающие свищи. Диагностика актиномикоза должна быть комплексной и включать данные клиники, микробиологического, серологического, гистологического, иммунобиологического и рентгенологического исследований. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с туберкулезом кожи, третичным сифилисом, хронической пиодермией, глубокими микозами.

Actinomycosis 125

Actinomycosis 126

Actinomycosis 127

Чесотка (Scabies)

Заразное, паразитарное заболевание, возникающее при попадании на кожу человека чесоточного клеща (Acarus scabiei, Sarcoptes scabiei hominis). Заражение происходит при контакте с больным или через предметы обихода (нательное, постельное белье, одежда, книги и др.).

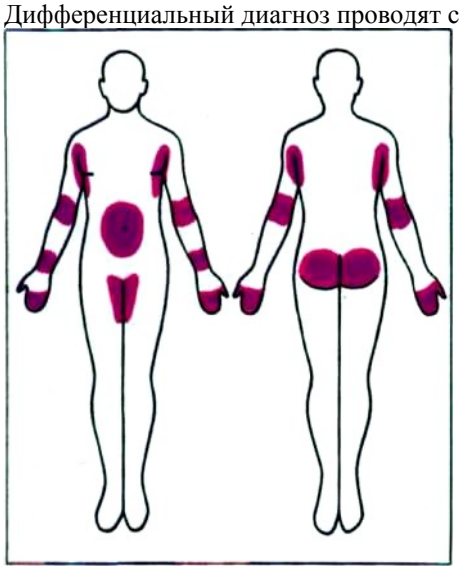
Излюбленная локализация межпальцевые складки кистей, сгибательные поверхности области нижних и верхних конечностей, локти, лучезапястные суставы, подкрыльцовые впадины, область живота, боковые поверхности тела. Кроме того, у мужчин может быть поражена кожа полового члена, у женщин - окружность сосков молочных желез, у детей — ладони, подошвы, ягодицы (рис. 128).

Заболевание характеризуется резким зудом, усиливающимся ночью, и высыпанием парных мелких папуловезикулезных элементов, образованием геморрагических корочек, линейных расчесов (рис. 129—131). В результате зуда и расчесов возможно присоединение явлений пиодермии.

Характерной является локализация импетиго и эктим при осложненной чесотке на наружной поверхности локтевого сустава — симптом Арди.

Диагноз чесотки ставят на основании жалоб, типичной клинической картины и нахождении при лабораторном исследовании чесоточного клеща в высыпных элементах.

Дифференциальный диагноз проводят с экземой, диффузным нейродермитом, зудом кожи.



Localisatio typica (scabies) 128

Scabies 129

Scabies 130

Scabies 131

Болезнь Боровского (Leishmaniosis cutis)

Возбудителем болезни Боровского (кожного лейшманиоза) является Leishmania tropica.

Различают Leishmania tropica minor, вызывающий городской тип заболевания, и Leishmania tropica major, вызывающий сельский тип заболевания. Заражение человека происходит через укус москита, который является переносчиком возбудителя. Источником заражения для городского типа заболевания обычно является человек, а для сельского типа – дикие грызуны.

Классификация болезни Боровского (по П.В. Кожевникову):

1. Остронекротизирующийся тип (сельский).
2. Поздно-изъязвляющийся тип (городской).
3. Туберкулоидный тип

Остронекротизирующийся тип болезни Боровского. Синонимы: пустынно-сельский тип болезни Боровского, мургабский кожный лейшманиоз, язвенный, или влажный, кожный лейшманиоз, пендинская язва.

Инкубационный период короткий, от недели до I — VI мес. Короткий инкубационный период обусловливает и сезонность данного заболевания — весна, лето, осень.

Локализация высыпаний чаще всего на коже нижних и верхних конечностей. Основной элемент высыпания бугорок, но более крупных размеров, чем при поздно-изъязвляющемся типе болезни Боровского. Реже процесс может начаться с фурункулоподобного элемента со свойственными ему островоспалительными явлениями. Через 1—2 нед. описанные выше элементы (бугорок или фурункулоподобный элемент) подвергаются центральному некрозу, что приводит к образованию язвы с неправильно округлыми очертаниями и круглыми обрывистыми краями. Дно язвы неровное, зернистое, покрытое желтовато-серым или желтовато-зеленым налетом. В основании язвы характерный инфильтраттестоватой консистенции. Язвы очень болезненны.

При II типе болезни Боровского могут возникать вторичные лейшманиомы («лейшмании-сателлиты», «бугорки обсеменения»), располагающиеся вокруг первой язвы и нередко впоследствии (в процессе эволюции) сливающиеся с ней, образуя крупные островоспалительные очаги фестончатых очертаний с характерным инфильтратом в основании (рис. 132).

Для остронекротизирующегося типа болезни Боровского характерным является развитие безболезненного лимфангита с четкообразными утолщениями по ходу сосуда. Возможно изъязвление этих узелковых уплотнений. Изменений со стороны лимфатических узлов не наблюдается. Через 2 –4 мес одновременно с уменьшением воспалительных явлений и болезненности появляются сочные островки грануляций и еще через 2 – 3 нед язва начинает с центра рубцеваться, а по периферии остается язвенный дефект («окопный ров»), заживающий позже.

Рубцы могут быть самыми разнообразными (атрофичные, сетчатые, гиперпигментированные), остаются на всю жизнь («печать Каина»).

Поздно-изъязвляющийся тип болезни Боровского. Синонимы: годовик, городской, I тип болезни Боровского, сухой, или хронический, лейшманиоз кожи. Инкубационный период от 2 мес до 1'/2—2 лет.

Излюбленная локализация поражений — открытые участки тела. Основной элемент: единичные, реже множественные бугорки округлых очертаний с гладкой блестящей поверхностью, красно-буроватого или синюшного цвета. Через

Leishmaniosis cutis 132

Leishmaniosis cutis 133

Leishmaniosis cutis 134

несколько месяцев они могут рассосаться, оставив после себя едва заметную рубцовую атрофию, или развиваться дальше. В результате отпадения или травматического снятия корки на ее месте появляется поверхностная язва с неровной, зернистой поверхностью, неправильно округлых или овальных очертаний, с фестончатыми краями и небольшими островками некроза желтовато-охряного цвета. В основании язвы тестоватой консистенции инфильтрат. Отделяемое язвы серозно-гнойное, скудное. В окружности язвы нередко можно наблюдать наличие узкого застойно-буроватого цвета воспалительного ободка.

Язвенный дефект при лейшманиозе кожи обладает незначительным периферическим ростом и ограничивается обычно дермой, не имея тенденции к распространению в подкожную жировую клетчатку. В результате дальнейшей эволюции (2 – 4 мес. после формирования язвы) начинается процесс рубцевания, характер которого может быть различным в зависимости от формы язвы, глубины, локализации (рис. 132—133).

При поздно-изъязвляющемся, городском типе болезни Боровского от момента появления бугорка до полного рубцевания образовавшейся язвы проходит около года.

Туберкулоидный тип болезни Боровского. Синонимы: люпоидный лейшманиоз, бугорковый лейшманиоз. Встречается редко как при I, так и при II типе болезни Боровского и составляет всего 6 – 7 % всех случаев этого заболевания. Излюбленная локализация при этом типе кожного лейшманиоза – лицо. Основной элемент – бугорки, представляющие собой несозревшие лейшманиомы, перешедшие в затяжную форму. На коже лица вокруг рубцов на месте бывших язв появляются мелкие, тестоватой консистенции бугорки желтовато-бурого цвета. Иногда такие же элементы могут появляться на поверхностных рубцах (рис. 136).

Бугорки не имеют тенденции к изъязвлению или рассасыванию и могут существовать до 15—20 лет.

Диагноз кожного лейшманиоза ставят на основании типичной клинической картины с учетом эпидемиологических условий в анамнезе заболевания и лабораторных исследований (нахождение лейшманий). В сомнительных случаях хорошим подспорьем для правильной постановки диагноза может служить РИЛ (реакция иммобилизации лептомонад).

Дифференциальный диагноз проводят с фурункулом, гидраденитом, стрептококковой эктимой, обыкновенной волчанкой, бугорковым сифилидом, лепрой.

Глава 7. Аллергические болезни кожи

Дерматит (Dermatitis)

Дерматит – воспалительная реакция кожи, возникающая при воздействии разнообразных экзогенных агентов: физических, химических и растений.

Дерматиты, возникшие от воздействия химических веществ, делят на контактные и на токсико-аллергические (токсикодермии). Среди контактных дерматитов различают простые (артифициальные) и аллергические (сенсибилизационные).

Артифициальные дерматиты вызывают безусловные (облигатные) раздражители. К числу таких раздражителей относят крепкие минеральные кислоты и щелочи, соли минеральных кислот и щелочноземельных металлов.

Аллергические дерматиты возникают в результате повторного воздействия на кожу раздражителей, приводящих к сенсибилизации всего кожного покрова. К их числу относят соли никеля, соединения хрома, формалин, некоторые медикаменты, стиральные порошки и другие вещества.

Клиническая картина заболевания зависит от агента, силы, продолжительности воздействия, а также индивидуальных особенностей организма. Различают *острые и хронические* дерматиты.

Острые дерматиты характеризуются наличием в пределах очага поражения красноты, отечности кожи; возможно появление узелков, пузырьков, пузырей, эрозий, мокнутия, вплоть до образования струпа и изъязвлений. Разрешение процесса сопровождается шелушением, нередко остается пигментация (рис. 135—137).

Клиническая картина артифициальных и аллергических дерматитов имеет много общих черт, однако существуют признаки, по которым можно отличить характер дерматита. При артифициальных дерматитах в местах соприкосновения с раздражителем очаг поражения имеет четко очерченные границы. При аллергических (сенсибилизационных) дерматитах наблюдается экземоподобная реакция различной интенсивности, причем высыпания могут возникать не только на месте контакта с раздражителем, но и на других более отдаленных участках кожи. Хронические дерматиты возникают вследствие длительного воздействия на кожу Слабых раздражителей и характеризуются застойной гиперемией, лихенизацией, гиперкератозом и шелушением. Токсико-аллергические дерматиты (токсикодермии). Возникают при парентеральном введении, приеме внутрь веществ, обладающих аллергическими или токсико-аллергическими свойствами. Наиболее частой причиной развития токсико-аллергических дерматитов являются медикаменты и некоторые пищевые продукты. Из медикаментов прежде всего следует назвать бензилпенициллин, стрептомицин, сульфаниламидные препараты, новокаин.

Клинические проявления токсико-аллергических дерматитов разнообразны. Наблюдаются пятнистые, папулезные, уртикарные, везикулезные, буллезные, эритематозно-сквамозные и другие сыпи. Сыпь может быть ограниченной и распространенной, вплоть до диффузного поражения кожи, протекающего по типу эритродермии. Часто сопровождается нарушением общего состояния, а также выраженными субъективными ощущениями (зуд, жжение) (рис. 138—141). На основании клинических проявлений токсико-аллергического дерматита, вызванного лекарством, иногда невозможно определить, каким именно медикаментом он вызван. Лишь в отдельных случаях по своеобразию клинической картины можно с известной долей вероятности определить этиологический фактор. Например, при повышенной чувствительности к сульфаниламидным препаратам развивается так называемая сульфаниламидная эритема, характеризующаяся наличием на коже резко отграниченных красновато-бурых пятен со слабым сиреневым оттенком. Дифференциальный диагноз токсико-аллергического дерматита проводят с розовым лишаем, разноцветным лишаем, вторичным сифилисом.

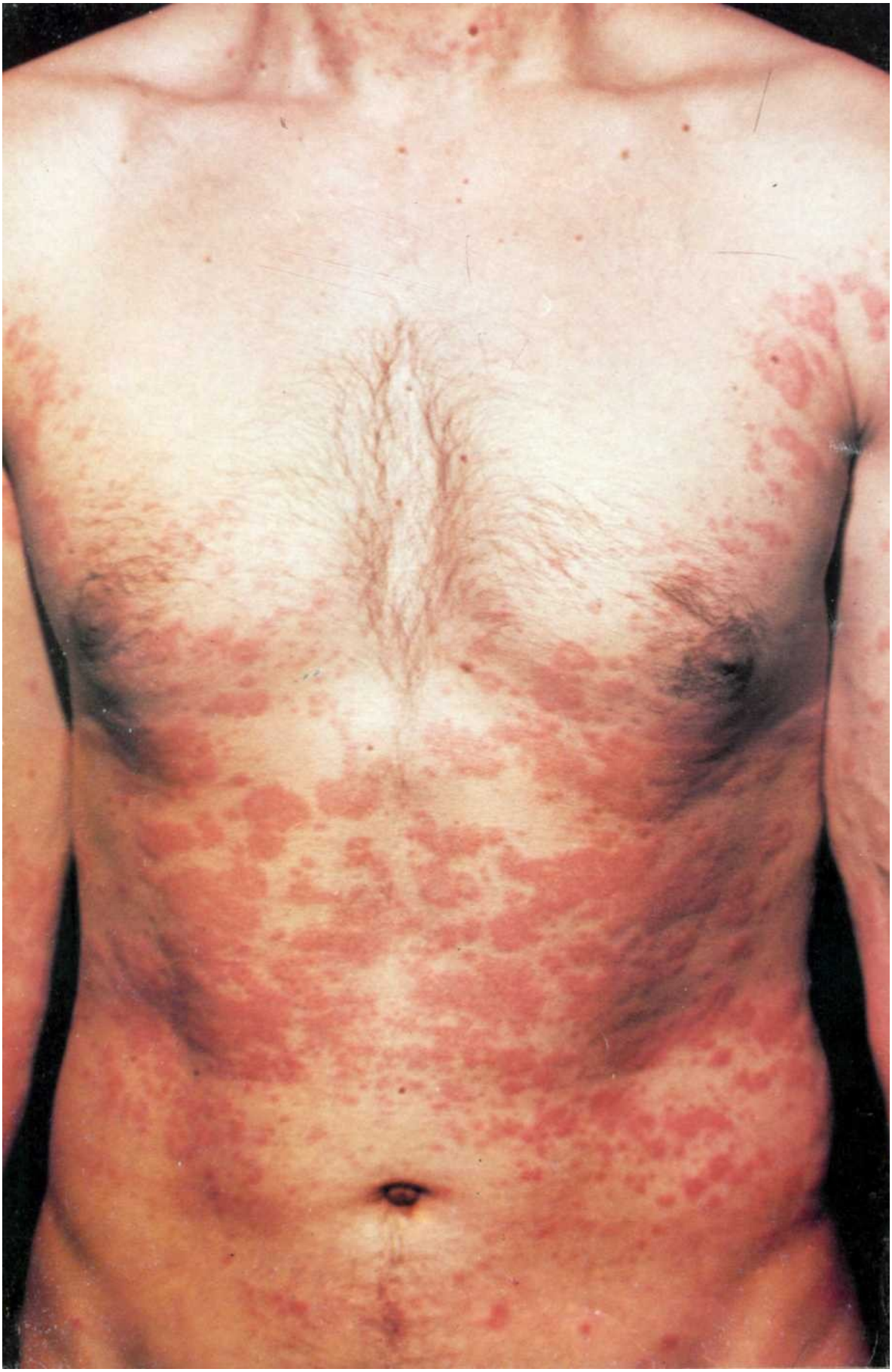
Dermatitis acuta 135

Dermatitis medicamentosa 136

Dermatitis medicamentosa 137

Toxicodermia medicamentosa 138

Toxicodermia medicamentosa 139



Toxicodermia medicamentosa bullosa 140

Toxicodermia 141

Глава 8. Экзема

Экзема — одно из наиболее часто встречающихся поражений кожи нервно-аллергической природы, возникающее в результате действия как внешних, так и внутренних факторов. Клинически характеризуется полиморфизмом высыпных элементов (рис. 145).

В течении экзематозного процесса можно выделить следующие стадии:

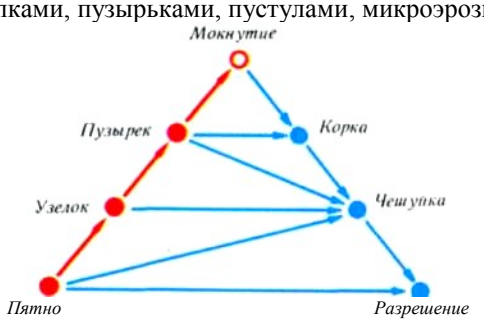
1. Эритематозная стадия. На коже появляются воспалительного характера пятна, постепенно сливающиеся между собой.
2. Папулезная стадия. Вследствие нарастания воспалительных явлений на коже образуются узелки ярко-красного цвета диаметром до 2—3 мм, с четко очерченными границами.
3. Везикулезная стадия. На поверхности узелков или вне связи с ними образуются пузырьки величиной с булавочную головку. Иногда вследствие присоединения вторичной инфекции содержимое пузырьков становится гнойным, образуются пустулы.
4. Стадия мокнутия. Вследствие вскрытия тонких покрышек пузырьков образуются микроэрозии, так называемые серозные колодцы, из которых выделяется серозная жидкость.
5. Корковая стадия. Выделившаяся серозная жидкость ссыхается в прозрачные, янтарного цвета корки, под которыми постепенно восстанавливается роговой слой.
6. Стадия шелушения. Характеризуется наличием на поверхности кожи большого числа отпадающих корочек и чешуек.

Постепенно окраска кожи бледнеет, прекращается шелушение и кожа приобретает нормальный вид (разрешение).

Экзематозный процесс может прерваться или на эритематозной стадии, или на папулезной, или на везикулезной стадии. Наглядно весь описанный процесс можно представить на схеме (рис. 142).

Исходя из давности существования высыпаний различают острую, подострую и хроническую экзему.

Острая экзема характеризуется эволюционным полиморфизмом высыпных элементов — краснотой, отечностью кожи, узелками, пузырьками, пустулами, микроэрозиями, чешуйками, корочками (рис. 144, 145).



Schema cursus processus eczematis 142

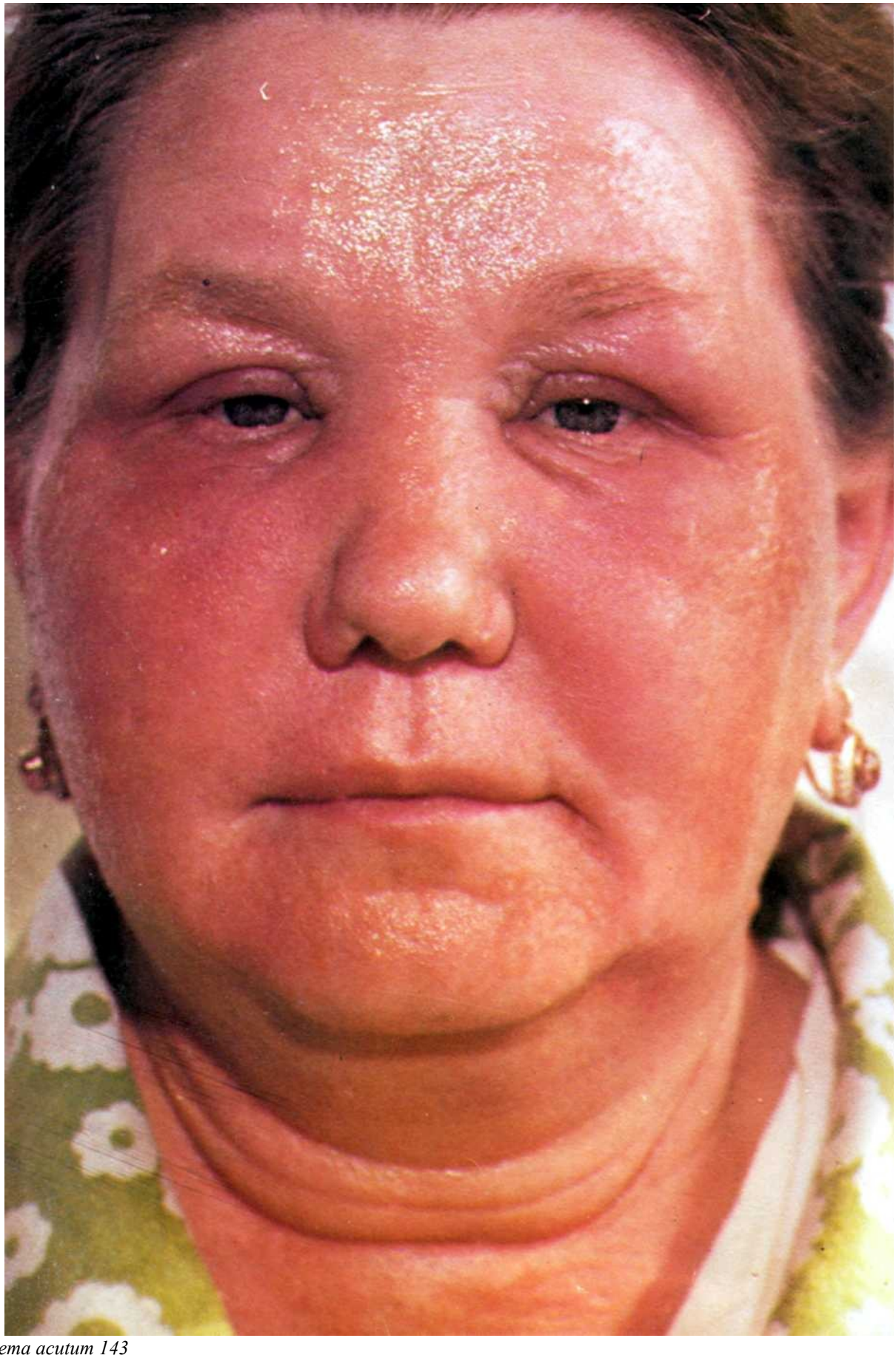
Спустя *1,5.*—2 мес с момента появления экземы она называется подострой и клинически представляет собой несколько смягченную острую экзему. Наблюдаются меньшая отечность и гиперемия кожи, прекращение появления новых высыпаний и уменьшение зуда.

При хронической экземе воспалительные явления (гиперемия, отечность) выражены еще меньше, количество везикулезных элементов небольшое и из-за длительного существования процесса изменения кожи, проявляясь в более глубоких слоях, характеризуются значительной лихенизацией, образованием трещин и шелушением (рис. 144).

В зависимости от причины возникновения, локализации процесса, свойств отдельных участков кожи, воздействия различных внешних раздражителей и от ряда других моментов различают несколько разновидностей экземы: истинную, микробную, себорейную, профессиональную, дисгидротическую и др.

Истинная экзема.

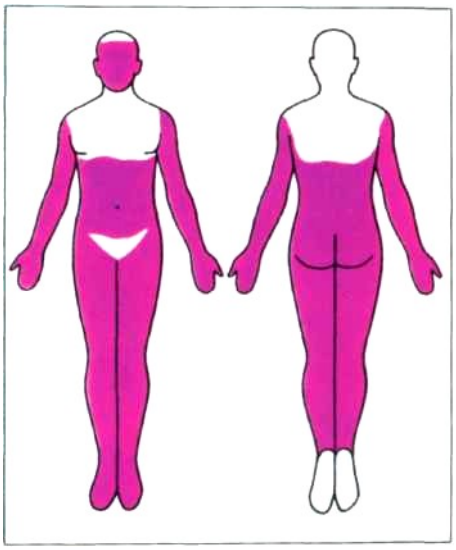
Высыпания располагаются на симметричных участках, захватывая кожу лица, верхних и нижних конечностей, туловища (рис. 146). Очаги поражения характеризуются отсутствием четких границ. Иногда процесс сопровождается наличием вокруг и вдали от основных очагов поражения вторичных экзематозных высыпаний (рис. 147, 148). Дифференциальный диагноз проводят с диффузным нейродермитом, грибовидным микозом.



Eczema acutum 143

Eczema acutum 144

Eczema chronicum 145



Localisatio typica (eczema verum) 146

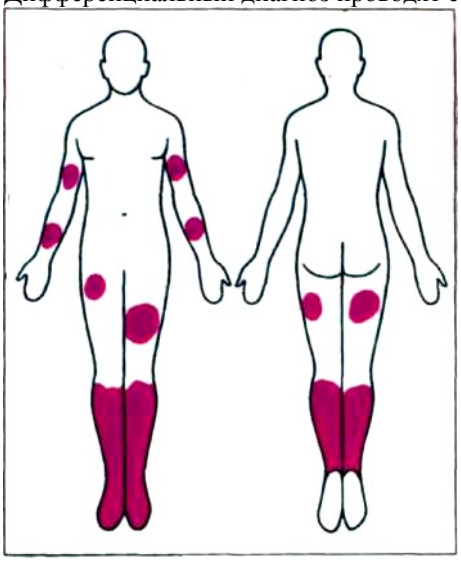
Eczema verum 147

Eczema chronicum 148

Микробная экзема

Клинически характеризуется появлением четко отграниченных очагов поражения с неровными границами, располагающиха асимметрично, главным образом на верхних и нижних конечностях (рис. 149, 150). Типичным признаком для этой формы экземы является наличие на инфильтрированном фоне наряду с участками мокнутия пустулезных высыпаний, гнойных и геморрагических корочек. По краю очаги окаймлены бордюром отслоившегося эпидермиса, под которым имеется серозно-гнойное отделяемое. Характерен периферический рост очагов поражения и наличие на окружающей коже поверхностных пустулезных высыпаний (рис. 151, 152).

Дифференциальный диагноз проводят с псориазом, микроспорией, трихофитией, вторичным сифилисом.



Localisatio typica (eczema microbicum) 149

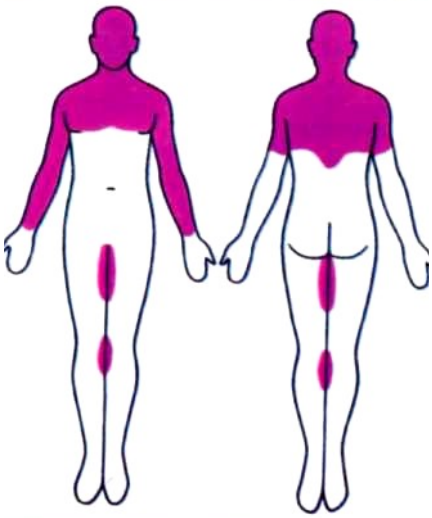
Eczema microbicum 150

Eczema microbicum 151

Eczema microbicum, pyodermia secundaria 152

Себорейная экзема

Высыпания локализуются на участках кожного покрова, где имеется большое количество сальных желез: волосистая часть головы, лицо, заушные складки, грудь, спина (межлопаточная область), кожные складки, сгибательные поверхности верхних и нижних конечностей. В пределах очагов поражения кожа отечна, гиперемирована, на ее поверхности видны мелкие желтовато-розовые узелки и лишь иногда пузырьки, жирные желтоватые чешуйки или чешуе-корки (рис. 153, 154).



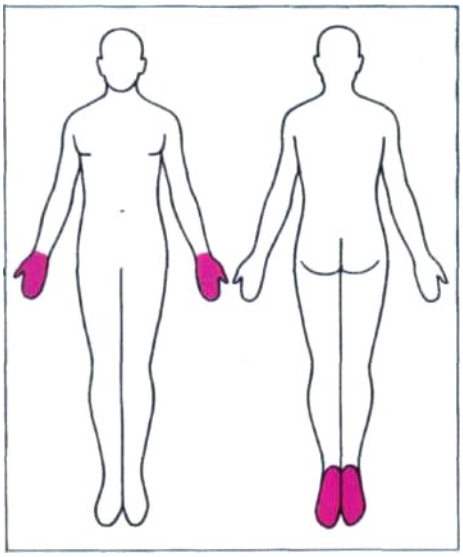
Localisatio typical (eczema seborrhoicum) 153

Eczema seborrhoicum 154

Дисгидротическая экзема

Высыпания располагаются на ладонях, подошвах и боковых поверхностях пальцев. Клинически характеризуется появлением пузырьков. Вследствие толстого рогового слоя пузырьки сливаются между собой и образуют многокамерные полости и крупные пузыри. После вскрытия пузырьков и пузырей обнажается мокнущая поверхность, по периферии которой имеется бордюр подрытого рогового слоя (рис. 155, 156).

Дифференциальный диагноз проводят с буллезным дерматитом, дисгидротической формой микозов стоп, пустулезным псориазом.



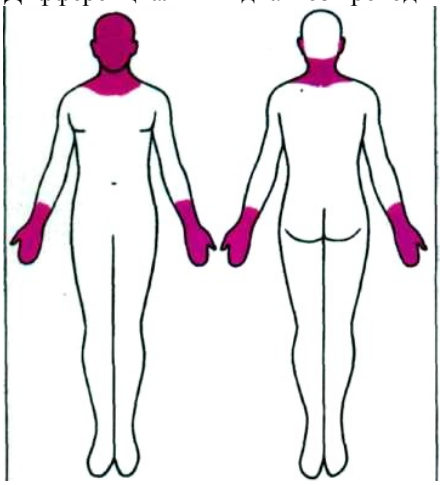
Localisatio typica (eczema dyshidroticum) 155

Eczema dyshidroticum 156

Профессиональная экзема

Эта разновидность экземы называется еще контактной экземой. Возникает вследствие сенсибилизации кожи к различным химическим веществам. Локализуется главным образом на открытых участках кожного покрова: на кистях, предплечьях, лице, шее. От других разновидностей экзем отличается быстрым исчезновением клинических проявлений при устранении сенсибилизирующегося вещества (рис. 157, 158).

Дифференциальный диагноз проводят с другими разновидностями экземы.



Localisatio typical (eczema professional) 157

Eczema professional 158

Глава 9. Зудящие дерматозы

Нейродермит (Neurodermitis)

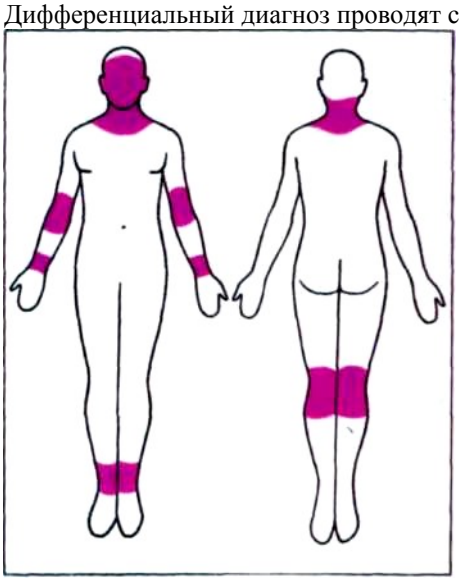
Заболевание начинается с интенсивного зуда. Кожный покров долгое время остается видимо нормальным и лишь позже в результате расчесов на фоне эритемы появляются мелкие, плоские, бледно-розовые, блестящие при боковом освещении папулезные высыпания.

Клинически различают ограниченный нейродермит (neurodermitis circumscripta) и диффузный нейродермит, или атопический дерматит (neurodermitis diffusa).

При ограниченном нейродермите (рис. 159) процесс локализуется преимущественно на коже задней поверхности шеи, в подколенных ямках, в области лучезапястных суставов, локтевых сгибов, на внутренней поверхности бедер, в промежности. В центральной части очага поражения кожа умеренно гиперемирована, утолщена, рисунок ее резко подчеркнут. В средней зоне имеются изолированные, плотные, слегка возвышающиеся, блестящие, бледно-розовые папулы. По периферии очага — гиперпигментация. На поверхности очагов поражения обнаруживают экскориации, серозные и геморрагические корочки, незначительное шелушение.

При диффузном нейродермите (рис. 160, 161 – 163) в процесс могут вовлекаться любые участки кожного покрова, в некоторых случаях принимая универсальный характер. Клинически диффузный нейродермит проявляется гиперпигментацией, сухостью и уплотнением кожи, подчеркнутым кожным рисунком, наличием изолированных папул. На поверхности пораженных участков тонкие отрубевидные чешуйки и местами -экскориации с серозными и геморрагическими корочками. В области складок на фоне выраженной лихенизации нередко имеются линейные трещины. Дермографизм при диффузном нейродермите обычно белый, стойкий (рис. 164).

Дифференциальный диагноз проводят с чесоткой, почесухой, экземой и другими заболеваниями.



Localisatio typical (neurodermitis) 159

Neurodermitis circumscripta 160

Neurodermitis diffusa 161

Neurodermitis diffusa 162

Neurodermitis diffusa 163

Neurodermitis diffusa, dermographismus albus 164

Крапивница (Urticaria)

Аллергическая реакция немедленного типа в ответ на разнообразные эндогенные и экзогенные раздражители. Характеризуется появлением на различных участках кожного покрова многочисленных сильно зудящих, ярко-розового цвета, разнообразных очертаний волдырей плотной консистенции величиной до ладони и более (рис. 165, 166). Волдыри исчезают бесследно. Различают острую и хроническую крапивницу.

В отличие от острой крапивницы хроническая крапивница характеризуется меньшим количеством высыпаний и протекает приступообразно, в течение нескольких месяцев. Особо выделяют гигантскую крапивницу (острый ограниченный отек Квинке), проявляющуюся внезапным возникновением ограниченного отека кожи и подкожной клетчатки, чаще в области губ, щек, век, ушных раковин или в области половых органов, а также искусственную крапивницу, при которой волдыри появляются в ответ на механическое раздражение кожи.

Urticaria 165

Urticaria 166

Детская почесуха (Strophulus infantum)

Детская почесуха встречается в возрасте от 3 мес до 3- 4 лет и называется еще папулезной крапивницей. Течение заболевания хроническое, высыпания возникают приступообразно, в ряде случаев отмечается нарушение общего состояния (слабость, недомогание, повышение температуры тела и т.д.). Излюбленной локализацией элементов сыпи являются туловище, ягодицы, верхние конечности. Клинически при детской почесухе отмечается высыпание волдырей, которые быстро трансформируются в узелки полушаровидной или конической формы плотной консистенции, розово-коричневого цвета, величиной до булавочной головки с миниатюрным пузырьком на вершине (рис. 167). Вследствие расчесов на месте папуло-везикул образуются эрозии, кровянистые корочки и осложнения пиогенной инфекцией в виде вульгарного импетиго. Часто детская почесуха переходит в классическую форму почесухи Гебры, в ряде случаев развивается диффузный нейродермит. В большинстве случаев это заболевание бесследно заканчивается к 3-м годам.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с чесоткой, ветряной оспой, укусами насекомых, потницей, герпетиформным дерматитом Дюринга.

Strophulus infantum 167

Узловатая почесуха (Prurigo nodularis)

Заболевание встречается у взрослых, чаще у женщин. Характеризуется высыпанием на коже верхних и нижних конечностей не сливающихся друг с другом полушаровидной формы плотных буровато-красного цвета узелков величиной до лесного ореха. Элементы резко выступают над уровнем окружающей кожи, на поверхности отдельных из них отмечается скопление плотных сероватого цвета чешуек, которые удаляются с трудом. Высыпания сопровождаются сильным зудом и появлением вследствие расчесов кровянистых корочек, экскориаций, рубцов (рис. 168).

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с красным плоским лишаем, диффузным нейродермитом, папулонекротическим туберкулезом кожи, фолликулярно-узелковой разновидностью рубромикоза гладкой кожи.

Prurigo nodularis 168

Глава 10. Болезни кожи с неизвестной этиологией

Псориаз (чешуйчатый лишай) (Psoriasis)

Одно из часто встречающихся заболеваний кожи, которое обнаруживают у лиц обоего пола в любом возрасте. Излюбленной локализацией псориаза являются разгибательные поверхности конечностей, особенно в области локтевых и коленных суставов, а также волосистая часть головы (рис. 169). Чешуйчатый лишай характеризуется наличием мономорфной сыпи в виде узел ков диаметром от 1 – 3 мм до 2 – 3 см и более, розово-красного цвета, покрытых рыхло сидящими серебристо-белыми чешуйками. При поскабливании папул обнаруживают характерные для псориаза симптомы: «стеаринового пятна», «терминальной пленки», «кровяной росы». В результате обилия элементов и периферического роста папулы сливаются, образуя бляшки самых разнообразных очертаний (рис. 170 – 173).

Иногда наблюдаются поражения ногтей, проявляющиеся точечностью (симптом «наперстка»), помутнением ногтевых пластинок или появлением продольных и поперечных бороздок (рис. 174, 175).

В течении псориаза различают прогрессирующую, стационарную и регрессирующую стадии.

Для прогрессирующей стадии характерно появление на коже в новых местах большого количества мелких, размером с булавочную головку, узелковых высыпаний, отмечается тенденция к периферическому росту элементов и развитие псориатических папул на месте механической травмы кожи (симптом «изоморфной реакции» – рис. 172).

В стационарной стадии новые элементы не появляются. Имеющиеся на коже папулы перестают увеличиваться.

Регрессирующая стадия течения псориаза характеризуется уплощением псориатических бляшек, уменьшением шелушения и рассасыванием элементов, которое чаще всего начинается с центральной части (рис. 176).

После обратного развития высыпаний остаются депигментированные пятна – псориатическая лейкодерма.

Различают следующие клинические разновидности псориаза: обычный псориаз, экссудативный псориаз, артропатический псориаз, псориатическую эритродермию и пустулезный псориаз.

Экссудативный псориаз (psoriasis exsudativa) отличается от типичной клинической картины обычного псориаза значительной экссудацией, в результате которой на поверхности папул образуются пластинчатые чешуе-корки желтоватого цвета. По удалении с поверхности папул чешуе-корок обнажается мокнущая, кровоточащая поверхность (рис. 177 – 180).

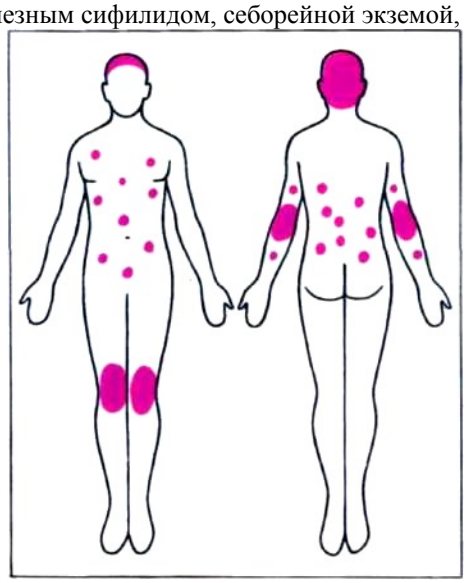
Артропатический псориаз (psoriasis arthropathica) характеризуется наличием типичных высыпаний на коже, сопровождающихся поражением суставов, преимущественно мелких (кистей и стоп), реже крупных суставов. Отмечаются припухание, болезненность, ограничение подвижности суставов в результате инфильтрации и уплотнения параартикулярных тканей. В дальнейшем течении процесса могут образовываться вывихи, подвывихи, анкилозы, приводящие к деформациям суставов, и нередко наступает полная инвалидность больного (рис. 181).

Псориатическая эритродермия (erythrodermia psoriatica) – остроразвивающееся, генерализованное заболевание, характеризующееся на высоте своего развития следующими признаками: резкой гиперемией, отечностью, инфильтрацией и лихенизацией кожных покровов с наслоением большого количества крупных пластинчатых чешуек на поверхности. У больного повышается температура, возникают боли в суставах, ухудшается общее самочувствие (рис. 182).

Пустулезный псориаз (psoriasis pustulosa) – заболевание, локализующееся преимущественно в области ладоней и подошв, где на резко гиперемированном инфильтрированном и лихенизированном фоне располагаются внутриэпидермальные пустулы. Высыпания, как правило, бывают симметричными (рис. 183, 184).

Диагностика псориаза основывается на типичной клинической картине, локализации в сочетании с тремя классическими феноменами, характерными для псориаза.

Дифференциальный диагноз: псориаз необходимо дифференцировать с красным плоским лишаем, розовым лишаем, папулезным сифилидом, себорейной экземой, псориазиформной туберкулезной волчанкой.



Localisatio typica (psoriasis) 169

Psoriasis vulgaris 170

Psoriasis vulgaris 171

Psoriasis vulgaris (phaenomena isomorphe Kobner) 172

Psoriasis vulgaris 173

Psoriasis unguium 174

Psoriasis unguium 175

Psoriasis vulgaris in stadio regressive 176

Psoriasis exsudativa 177

Psoriasis exsudativa 178

Psoriasis exsudativa 179

Psoriasis exsudativa 180

Psoriasis arthropathica 181

Erythrodermia psoriatic 182

Psoriasis pustulosa 183

Psoriasis pustulosa 184

Красный плоский лишай (Lichen ruber planus)

Возникновение болезни острое, сопровождается мучительным зудом.

Высыпания локализуются (рис. 185) на сгибательных поверхностях конечностей, туловище, слизистых оболочках полости рта, половых органах, иногда поражены ногти. Проявляется наличием полигональных папул синюшно-красного цвета, порой с фиолетовым оттенком, резко отграниченных от окружающей кожи, диаметром от 1 – 2 до 4 – 5 мм.

Папулы имеют восковидный блеск, который более заметен при боковом освещении. В центре некоторых папул имеется пупкообразное вдавление. На отдельных папулах определяют поперечную исчерченность в виде сетки (сетка Уикхема), которая более четко видна при смазывании поверхности папул водой или вазелиновым маслом (рис. 186, 187).

Сливаясь между собой, мелкие папулы могут образовать бляшки с четкими границами, синюшно-застойного цвета, покрытые мелкопластинчатыми чешуйками.

Различают следующие разновидности красного плоского лишая: кольцевидный, бородавчатый, зостериформный, пемфигоидный и др.

Кольцевидный красный плоский лишай (Lichen ruber planus annulatus). Мелкие папулы синюшно-застойного цвета, сливаясь между собой, образуют небольшие кольца и дуги. Центр их имеет или нормально окрашенную кожу или в результате рассасывания папул коричневатую с явлениями атрофии. По периферии имеется небольшой валик синюшно-фиолетового цвета, состоящий из мелких блестящих узелков (рис. 188).

Бородавчатый красный плоский лишай (Lichen ruber planus verrucosus). Излюбленная локализация этой разновидности красного плоского лишая - передние поверхности голеней, тыл стопы. В результате гипертрофии узелков образуются значительные возвышающиеся над уровнем здоровой кожи высыпания фиолетово-бурого цвета, имеющие на поверхности значительные, серого цвета роговые массы (рис. 189).

По периферии бляшек можно обнаружить типичные для красного плоского лишая папулы.

Зостериформный красный плоский лишай (Lichen ruber planus zosteriformis). Типичные элементы красного плоского лишая, изолированно или сливаясь между собой в небольшие бляшки, располагаются непосредственно по ходу того или иного нерва. Эта разновидность красного плоского лишая по своей локализации напоминает опоясывающий.

При красном плоском лишае может наблюдаться феномен Кебнера (рис. 190). При поражении слизистых оболочек папулы имеют перламутрово-блестящии цвет – результат постоянной мацерации (рис. 191—193).

Очень редко красный плоский лишай поражает ногтевые пластинки в виде углублений, борозд, точеных помутнений, дистрофических изменений (рис. 194).

Диагноз в типичных случаях не представляет затруднений по локализации высыпаний и наличию типичной папулезной сыпи.

Дифференциальный диагноз проводят с псориазом, розовым лишаем, папулезными сифилидами.

Lichen ruber planus 185

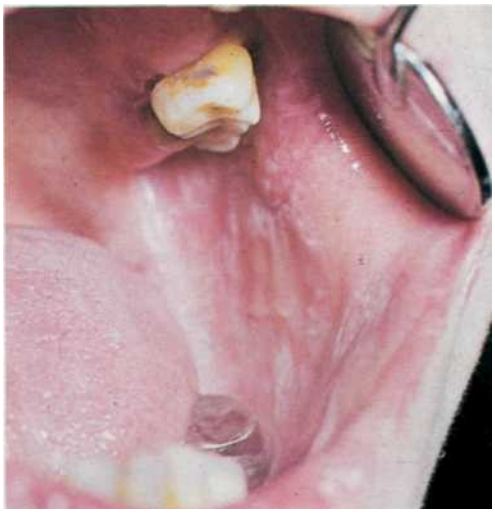
Lichen ruber planus 186

Lichen ruber planus annulatus 187

Lichen ruber planus verrucosus 188

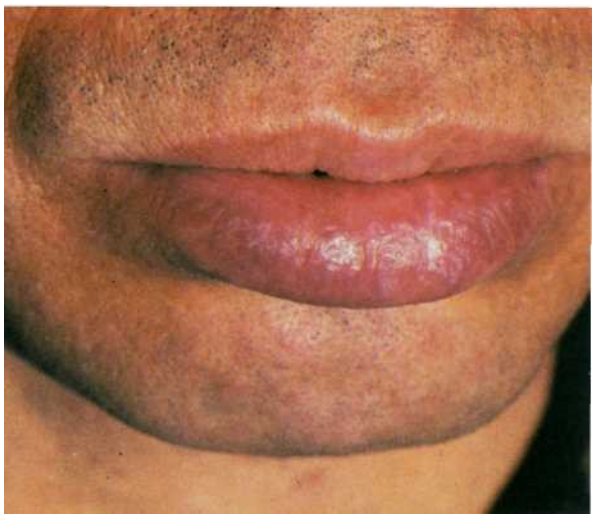
Lichen ruber planus zosteriformis 189

Lichen ruber planus (phaenomena isomorphe Kobner) 190



Lichen rubber planus mucosae 191

Lichen rubber planus 193



Lichen rubber planus 192

Lichen rubber planus unguium 194

Розовый лишай (Pityriasis rosea)

Заболевание возникает чаще в весенне-осенний период, иногда сопровождается общими явлениями. На груди, спине и конечностях появляются резко отграниченные пятнистые высыпания диаметром до 2 см, располагающиеся по линиям расщепления кожи. Пятна округлых, овальных и неправильных очертаний с истонченным эпидермисом в центре, покрытым плотно сидящей тонкой складчатой роговой пленкой (симптом «смятой папиросной бумаги»), имеют розоватый или розово-желтый цвет. В дальнейшем пленка распадается, образуя мелкие серые чешуйки. По периферии пятен остается свободная от шелушения красная или розовая каемка (рис. 195). Свободными от высыпаний бывают кожа лица, волосистой части головы, ладони и стопы. Иногда больных беспокоит незначительный зуд. За 7 – 10 дней до появления на коже обильной сыпи образуется, обычно на коже туловища, «материнское» пятно, достигающее нескольких сантиметров в диаметре, округлых или овальных очертаний. Дифференциальный диагноз проводят с разноцветным лишаем, токсико-аллергическим дерматитом, сифилитической розеолой.

Pityriasis rosea 195

Многоформная экссудативная эритема (Erythema exsudativum multiforme)

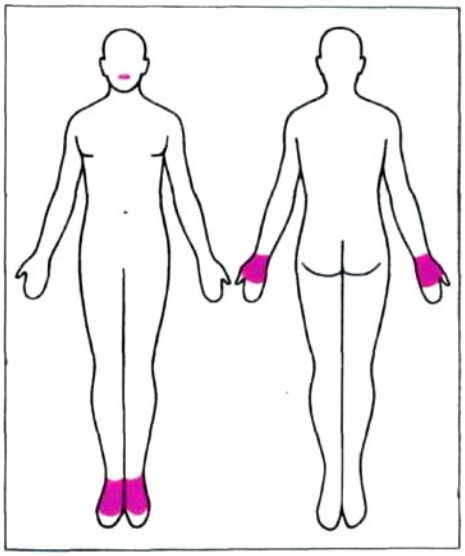
Заболевание протекает остро, сопровождается недомоганием, общей слабостью, лихорадкой, ревматоидными болями.

Различают токсико-аллергическую и инфекционно-аллергическую формы многоформной экссудативной эритемы. Инфекционно-аллергическая форма наблюдается чаще всего весной и осенью у лиц молодого возраста. Токсико-аллергическая форма развивается как симптом при интоксикации медикаментами, при желудочно-кишечных расстройствах или при некоторых инфекционных болезнях.

На тыльных поверхностях кистей и стоп, разгибательных поверхностях предплечий и голеней, лице появляются резко (рис. 196) отграниченные, округлые, диаметром от 3—5 до 15 мм, розово-красные, иногда с синюшным оттенком пятна или плоские, слегка возвышающиеся отечные папулы. Папулы увеличиваются, западают в центральной части, образуя кольцевидные элементы с синюшным оттенком. Близко расположенные кольцевидные высыпания могут сливаться в причудливые гирлянды. На поверхности некоторых пятен и папул можно обнаружить пузыри и пузырьки с серозным или геморрагическим содержимым. Наряду с этими высыпаниями могут наблюдаться волдыри, пузырьки и пузыри (рис. 197 – 198).

В ряде случаев одновременно с высыпаниями на коже на красной кайме губ и слизистой оболочке полости рта появляются пузырьки и пузыри. Они быстро вскрываются, образуя кровоточащие эрозии. На губах развивается отек, красная кайма губ покрывается кровянистыми корками и болезненными трещинами.

Дифференциальный диагноз следует проводить с токсико-аллергическим дерматитом, пузырчаткой и герпетиформным дерматитом Дюринга.



Localisatio typical (erythema exsudativum multiforme) 196

Erythema exsudativum multiforme 197

Erythema exsudativum multiforme 198

Erythema exsudativum multiforme 199

Склеродермия (Sclerodermia)

Различают две клинические разновидности склеродермии: ограниченную и системную. Среди ограниченных форм наиболее часто встречается бляшечная склеродермия.

Бляшечная склеродермия локализуется чаще всего на коже туловища, реже – на конечностях. Начинается с появления фиолетово-красного пятна, которое постепенно уплотняется (стадия отека) и увеличивается. Постепенно центральная часть пятна приобретает «деревянистую» плотность, желтовато-белую окраску с восковидным блеском и сглаженным кожным рисунком (стадия инфильтрации). По периферии сохраняется кольцо фиолетового цвета шириной до 6 мм («lilac ring»).

В дальнейшем фиолетовое кольцо исчезает, уплотненный участок становится мягче, центральная часть бляшки несколько западает. На месте регрессировавших высыпаний остается гиперпигментация и атрофия (стадия атрофии) (рис. 200, 201).

Дифференциальный диагноз бляшечной склеродермии в начальной стадии следует проводить с фиксированной медикаментозной токсикодермией.

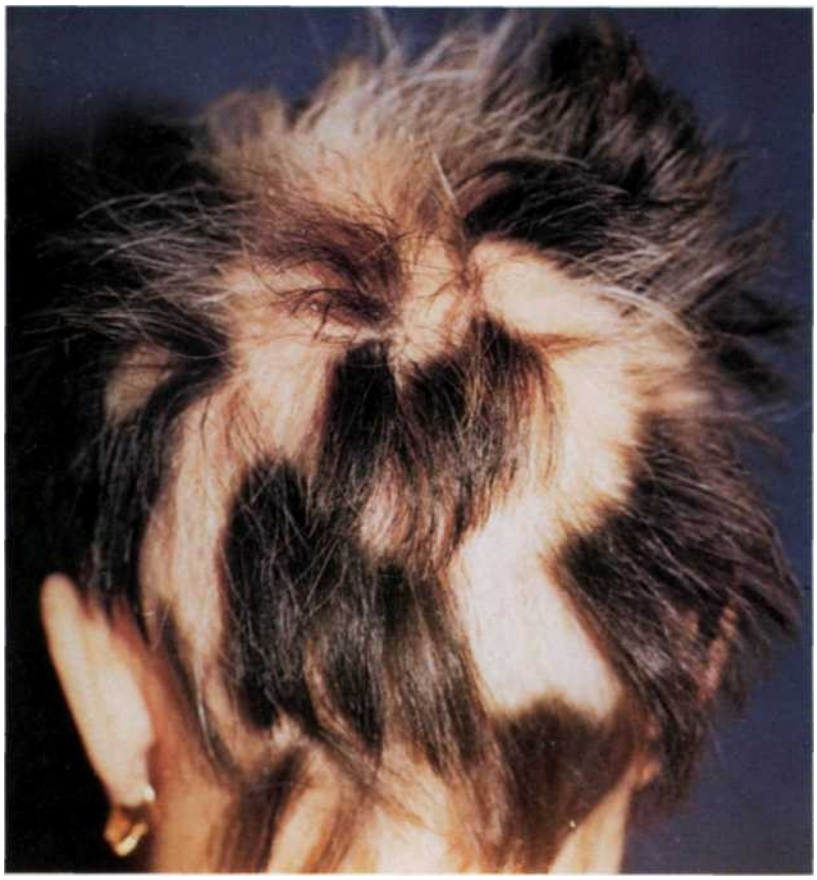
Sclerodermia circumscripta 200

Sclerodermia circumscripta 201

Витилиго (Vitiligo)

Заболевание наблюдается чаше в молодом возрасте и характеризуется наличием на коже единичных или множественных, склонных к периферическому росту депигментированных пятен различной величины и разнообразных очертаний. По периферии пятен иногда видна гиперпигментированная кайма, которая придает пятнам резкий контраст с окружающей кожей. Волосы на витилигинозных участках обычно лишены пигмента. Витилиго не наблюдается на ладонях, подошвах, слизистых оболочках. Встречаются случаи сочетания витилиго с гнездной плешивостью, склеродермией (рис. 202, 203).

Дифференциальный диагноз следует проводить с сифилитической лейкодермой и вторичными «ложными» лейкодермами, возникающими по излечении некоторых кожных заболеваний – разноцветного лишая, псориаза.



Vitiligo et alopecia 202

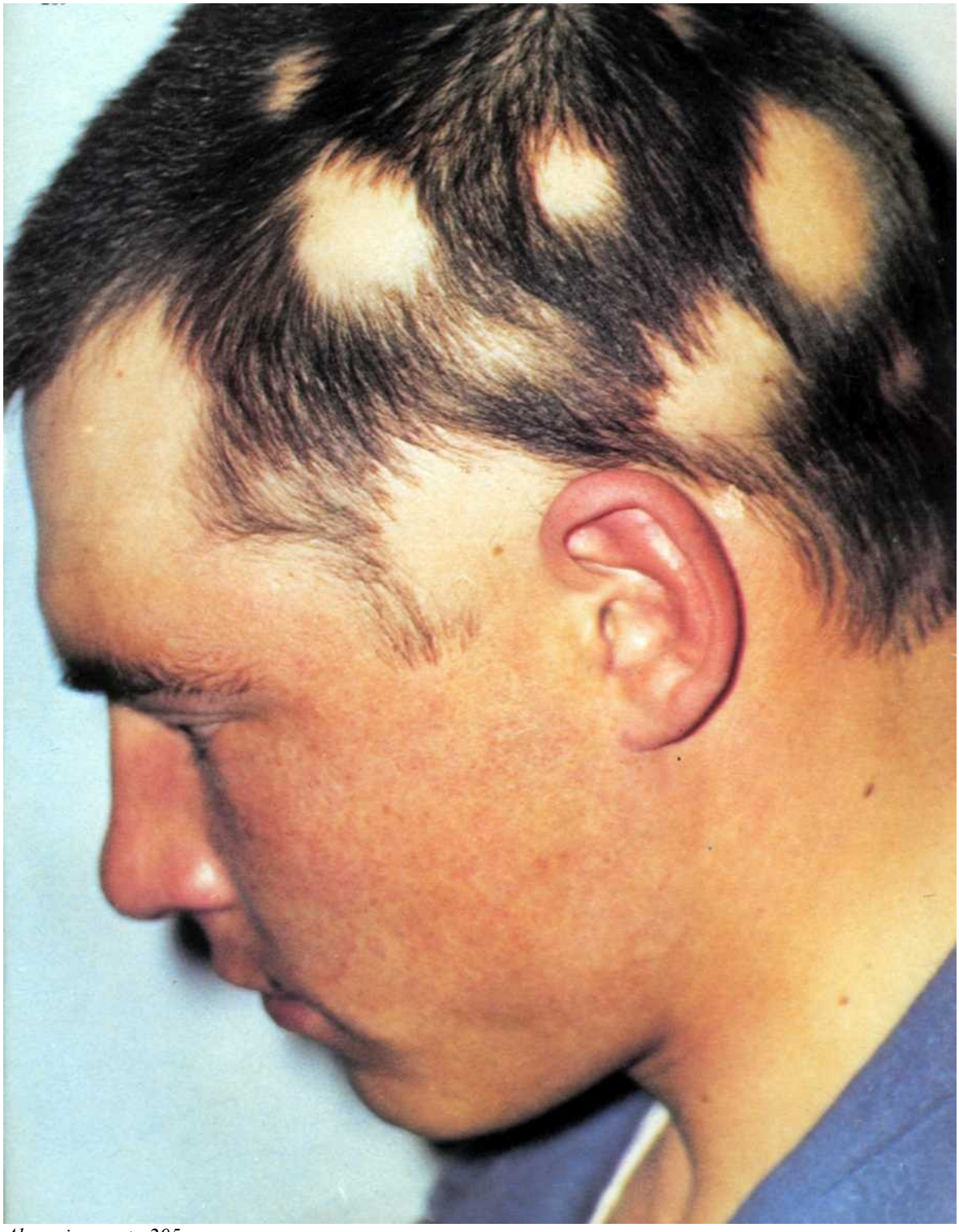
Vitiligo 203

Гнездная плешивость (Alopecia areata)

Заболевание характеризуется появлением на волосистой части головы, реже на усах, бороде и бровях нескольких округлых очагов поражения, в пределах которых отмечается отсутствие волос. Очаги облысения склонны к периферическому росту и слиянию вплоть до полного выпадения волос. При тотальном облысении (alopecia totalis) волосы могут выпадать в подмышечных впадинах, на лобке, на туловище и конечностях. Кожа в очагах поражения, как правило, не изменена (рис. 204, 205). Гнездная плешивость часто сочетается с витилиго и трофическими изменениями ногтей.

Дифференциальный диагноз следует проводить с сифилитическим облысением, грибковыми поражениями волосистой части головы, эритематозом.

Alopecia areata 204



Alopecia areata 205

Глава 11. Иммунологические аутоагрессивные дерматозы

Красная волчанка (эритематоз) (Lupus erythematodes, Erythematosis)

Различают три разновидности красной волчанки: хроническую, острую (системную) и подострую. В свою очередь хроническую красную волчанку делят на дискоидную, диссеминированную, поверхностную (центробежная эритема Биетта) и глубокую.

Хроническая дискоидная красная волчанка (lupus erythematodes chronicus discoides) характеризуется длительностью течения со склонностью к рецидивам. Проявления на коже локализуются обычно на открытых участках, главным образом на носу, щеках, ушных раковинах, волосистой части головы и кистях. Высыпания бывают представлены одной или несколькими бляшками, склонными к периферическому росту, в центре которых имеется гладкий серовато-белый атрофический рубец, вокруг виден инфильтрированный ободок, покрытый чешуйками. По периферии очага поражения отмечается наличие узкого эритематозного венчика. В результате слияния отдельных бляшек часто образуются крупные очаги поражения самых разнообразных очертаний (рис. 206 – 208).

В течении эритематоза часто можно выделить 3 стадии патологического процесса: эритематозную стадию, стадию гиперкератоза и стадию атрофии.

Эритематозная стадия характеризуется появлением на коже резко отграниченного, розово-красного цвета с синюшным оттенком пятна, на поверхности которого видны единичные телеангиэктазии. Со временем процесс переходит в стадию гиперкератоза – на эритематозном фоне появляются мелкие серовато-белые чешуйки, приуроченные к фолликулярным устьям. Чешуйки отличаются выраженной сухостью, их с трудом удаляют с поверхности очага поражения. На нижней поверхности отделенных чешуек можно увидеть шипообразные выступы, соответствующие фолликулярным устьям.

Стадия атрофии характеризуется начинающимся с центра рассасыванием бляшек с образованием рубцовой атрофии.

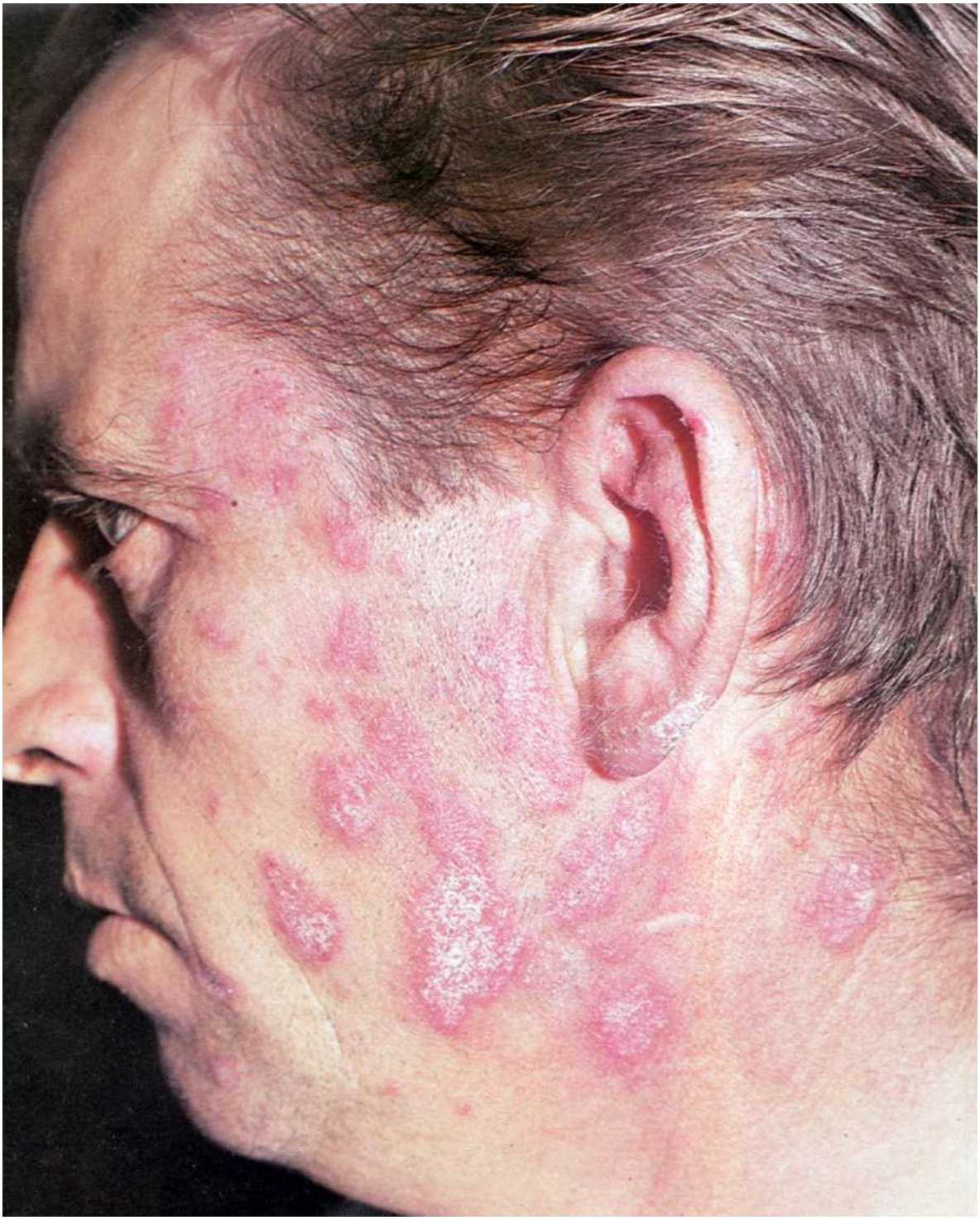
При регрессе резко инфильтрированных форм (рис. 209) обычно появляется глубокая неровная рубцовая атрофия, приводящая к разрушению пораженных участков в области крыльев и кончика носа, ушных раковин, пальцев (lupus erythematodes mutilans).

В типичных случаях эритематоза диагноз основывается на триаде симптомов: эритема, фолликулярный гиперкератоз и атрофия; меньшее значение придают инфильтрации, телеангиэктазиям и пигментации.

Хроническая диссеминированная красная волчанка (lupus erythematodes chronicus disseminatus) характеризуется множественными очагами поражения, располагающимися на лице, туловище, кистях, стопах и других участках кожного покрова и волосистой части головы. Клинически высыпания идентичны высыпаниям при хронической дискоидной красной волчанке.

При поражении кожи лица дифференциальный диагноз следует проводить с папуло-некротическим туберкулезом кожи, розовыми угрями, болезнью Боровского, бугорковым сифилидом. При локализации очагов поражения на волосистой части головы дифференциальный диагноз проводят с дерматомикозами, очаговым облысением.

Erythematodes 206



Erythematodes 207

Erythematodes 208

Lupus erythematodes mutilans 209

Пузырчатка (Pemphigus)

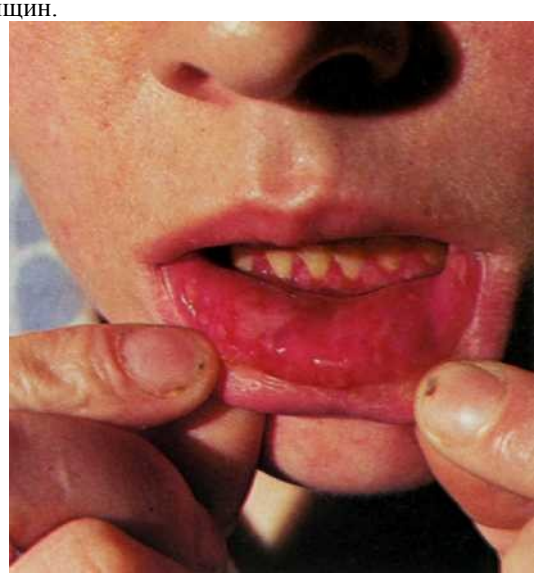
Пузырчатка – тяжелое, хронически протекающее заболевание, клинически проявляющееся образованием пузырей на невоспаленной коже и слизистых оболочках (рис. 210), быстро распространяющихся по всему кожному покрову. Возникает заболевание у лиц обоего пола, чаще в возрасте 35 – 65 лет.

Клинически различают следующие формы пузырчатки: обыкновенная пузырчатка (pemphigus vulgaris), себорейная пузырчатка, или синдром Сенира – Ашера (pemphigus seborrhoicus), вегетирующая пузырчатка (pemphigus vegetans), листовидная пузырчатка (pemphigus foliaceus).

Вульгарная пузырчатка (Pemphigus vulgaris). Характеризуется появлением на внешне неизмененной коже или слизистых оболочках напряженных пузырей величиной с горошину, лесной орех и более, с прозрачным, постепенно мутнеющим содержимым. Пузыри вскрываются, образуя ярко-красные эрозии, или подсыхают, превращаясь в корку (рис. 211). На месте регрессировавших элементов остается стойкая пигментация.

Себорейная (эритематозная) пузырчатка (Pemphigus seborrhoicus, pemphigus erythematodes). Себорейную пузырчатку иногда называют синдромом Сенир – Ашера (syndrom Senear – Usher). Процесс начинается с образования на лице, волосистой части головы, спине, груди небольших пузырей, быстро ссыхающихся в серовато-желтые корки. При снятии корок обнажается эрозированная поверхность (рис. 212, 213).

Вегетирующая пузырчатка (Pemphigus vegetans). Заболевание характеризуется образованием быстро вскрывающихся пузырей в полости рта, на губах, в подмышечных и пахово-бедренных складках, в промежности и под молочными железами у женщин.



Pemphigus mucosae 210

Pemphigus vulgaris 211

На поверхности эрозий образуются вегетации, покрытые серовато-белым налетом или корками. По периферии очагов поражения отмечается наличие отслаивающегося в виде воротничка эпителия и единичных свежих пузырей (рис. 218).

В большинстве случаев диагностика пузырчатки затруднений не представляет. Положительный симптом Никольского и нахождение акантолитических клеток при цитологическом исследовании подтверждают предполагаемый диагноз.

Пузырчатку следует дифференцировать с дерматитами, герпетиформным дерматитом Дюринга (рис. 219, 220).

Pemphigus seborrhoicus 212

Pemphigus seborrhoicus 213

Pemphigus vegetans 214

Герпетиформный дерматит (Дюринга) (Dermatitis herpetiformis Diihring)

Герпетиформный дерматит является хроническим рецидивирующим заболеванием, часто сопровождающимся общим недомоганием, повышением температуры, резким зудом или чувстом жжения в области очагов поражения.

Заболевание характеризуется наличием на коже полиморфной, нередко симметричной, склонной к группировке сыпи. Высыпания могут локализоваться на любом участке кожного покрова, за исключением ладоней и подошв. В очагах поражения наблюдаются эритематозные, папулезные, уртикарные, везикулезные и буллезные высыпания. Пестроту клинической картины дополняют различные вторичные элементы, появляющиеся в основном в результате сильного зуда и расчесов: эрозии на месте пузырьков и пузырей, серозные и геморрагические корки, экскориации от расчесов, шелушение. На месте регрессировавших высыпаний на коже остается гиперпигментация. В процесс могут вовлекаться слизистые оболочки, на которых вследствие вскрытия пузырьков и пузырей образуются болезненные эрозии (рис. 215, 216).

Диагностика в типичных случаях трудностей не представляет. Наличие склонной к группировке полиморфной сыпи и интенсивного зуда характерны для дерматита Дюринга. Диагностическое значение имеют положительные пробы к йоду (кожная проба и при приеме внутрь) и эозинофилия в содержимом пузырьков или пузырей и в периферической крови.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с обыкновенной пузырчаткой, крапивницей и многоформной экссудативной эритемой.

Dermatitis herpetiformis 215

Dermatitis herpetiformis 216

Глава 12. Угри

Обыкновенные (юношеские) угри (Acne vulgaris)

Обыкновенные угри представляют собой хронический воспалительный процесс сально-волосяного аппарата, вызываемый стафилококками и возникающий чаще всего у лиц молодого возраста. Протекает на фоне жирной себореи.

Клинически различают несколько форм обыкновенных угрей: черный угорь, папулезные, пустулезные, индуративные и шаровидные угри (рис. 217 – 219).

Черный угорь (camedo) — это начальная стадия обычного угря. Камедоны выглядят в виде черного цвета точек, приуроченных к устьям сальных желез, и состоят из ороговевших клеток эпидермиса, скопления пыли, продуктов химически измененного кожного сала. Камедоны как пробки закупоривают расширенные воронки волосяных фолликулов.

Папулезные угри (acne papulosa). В результате воспалительного процесса вокруг камедонов возникает красный воспалительный венчик, а в основании камедона формируется небольшой инфильтрат. Клинически угри проявляются розовыми узелками диаметром от 2 до 5 мм, полушаровидной формы,нередко с камедоном на верхушке.

Пустулезные угри (acne pustulosa). В дальнейшем на верхушке узелка появляется пустула. Воспалительные явления нарастают, что приводит к увеличению элементов до больших размеров, появляется болезненность. Содержимое пустулы подсыхает в виде корочки или пустула вскрывается. После регресса пустулезные угри оставляют небольшие пигментные пятна или мелкие, штампованные рубчики.

Индуративные угри (acne indurata). При более глубоком распространении воспалительного процесса вокруг сально-волосяного фолликула возникает перифолликулит — появляется плотный, глубокий, резко болезненный инфильтрат. Кожа над элементом приобретает багрово-синюшную окраску, диаметр его достигает 1 см и более.

Индуративные угри рассасываются медленно или могут вскрываться с выделением густого гноя, оставляя после разрешения глубокие рубцы.

Шаровидные угри (acne conglobata). Индуративные угри, увеличиваясь или сливаясь между собой, образуют различной формы плотные, резко болезненные, багрово-синюшного цвета инфильтраты, которые нередко соединяются между собой глубокими ходами с образованием вялых абсцессов и свищевых ходов. Абсцессы вскрываются с выделением серозно-гнойного содержимого с примесью крови. Околосвищевые ткани нередко вегетируют.

При заживлении шаровидные угри оставляют обезображивающие рубцы неправильных очертаний, чаще мостикообразные, нередко келлоидные.

Субъективно шаровидные угри сопровождаются резкой болезненностью, чувством стянутости кожи.

Диагностика различных форм обычных угрей не представляет затруднений и основывается на типичной локализации процесса, клинической картине и возрасте больного.

Дифференциальный диагноз при различных формах обыкновенных угрей необходимо проводить с розовыми угрями, пустулезными сифилидами, вульгарным сикозом, эритематозом.

Acne vulgaris 217

Acne vulgaris 218

Acne vulgaris 219

Розовые угри (Acne rosacea)

Заболевание, возникающее, как правило, в зрелом и пожилом возрасте. Весьма часто розовые угри сочетаются с демодекозом. Высыпания локализуются на коже лица (нос, середина лба, носощечные складки, подбородок). Клинически проявляется стойкой краснотой с синюшным оттенком, телеангиэктазиями.

Одновременно с этими явлениями видны мелкие красного цвета узелки и пустулы (рис. 220, 221). При длительном существовании розовых угрей в результате воспалительных явлений и венозного застоя кожа грубеет, утолщается, появляются шишковатые набухания, может развиться ринофима.

Диагноз розовых угрей основан на своеобразной клинической картине, локализации, данных анамнеза.

Дифференциальный диагноз следует проводить с дерматитом, вульгарными угрями, вульгарным сикозом, экземой, эритематозом, туберкулезом кожи.

Acne rosacea 220

Acne rosacea 221

Глава 13.Невусы и опухоли кожи

Бородавчатый невус (Naevus verrucosus)

Бородавчатый невус является доброкачественным поражением кожи. Чаще всего существует с рождения и может локализоваться на любом участке кожного покрова.

Клинически представляет собой очаг поражения, состоящий из множества скученных сосочковых разрастаний темно-коричневого или черного цвета (рис. 222).

Naevus verrucosus 222

Капиллярная гемангиома (Haemangioma capillare)

Капиллярная гемангиома относится к доброкачественным поражениям кожи и состоит из мелких спавшихся капилляров дифференцированного строения.

Клинически представляет собой множественные, резко отграниченные фиолетово-красного цвета мелкие пятна, располагающиеся на любом участке кожного покрова и образующие очаги диаметром от 2—3 см до более крупных размеров (рис. 223).

Haemangioma capillare 223

Пиогенная гранулема (Granuloma pyogenicum, botriomycoma)

Пиогенная гранулема (ботриомикома) состоит из капилляров. До сих пор не выяснено, является ли это заболевание кожи сосудистой опухолью или это – гранулема, возникающая в ответ на пиококковую инфекцию. Клинически представляет собой сидящую на ножке опухоль диаметром до 3 см, с гладкой или крупнозернистой поверхностью, ярко-красного цвета. Наиболее частой локализацией пиогенной гранулемы являются лицо, кисти и стопы (рис. 224).

Granuloma pyogenicum 224

Кожный рог (Cornu cutaneum)

Кожный рог – новообразование кожи, которое чаще всего наблюдается у людей пожилого возраста. Клинически представляет собой безболезненное, выступающее над поверхностью кожи образование цилиндрической или конической формы желтовато-коричневого или коричнево-черного цвета, с гладкой поверхностью, длиной 2 см и более (рис. 225).

Cornu cutaneum 225

Базоцеллюлярная эпителиома (Epithelioma basocellulare, basalioma)

Базоцеллюлярная эпителиома (базалиома) встречается чаще всего у лиц пожилого возраста на коже лица, шеи, груди.

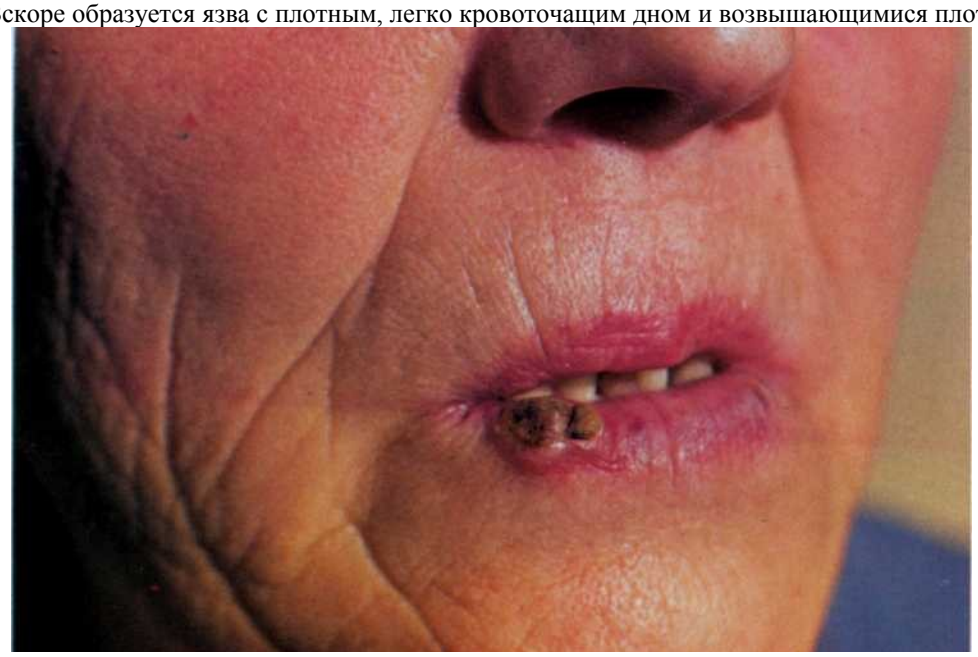
Клинически на коже появляются узелок или группа узелков, которые, скучиваясь, образуют небольшую бляшку. Узелки имеют плотную консистенцию, розового или розовато-желтого цвета, медленно увеличиваются. В дальнейшем узелки эрозируются, может образоваться язва. Эрозия или язва быстро покрывается желтовато-серой или серовато – коричневой коркой. По краям очаг окружен сплошным плотным валиком или валиком, состоящим из отдельных, наподобие жемчужин, хрящевидных блестящих узелков (рис. 226).

Epithelioma basocellulare 226

Спиноцеллюлярная эпителиома (Epithelioma spinocellulare)

Спиноцеллюлярная эпителиома локализуется преимущественно на слизистых и полуслизистых оболочках (рот, язык, губы, половые органы).

Клинически различают узелковую, инфильтративную и язвенную разновидности. При узелково-язвенной форме в начале развития появляется узелок, плотный при пальпации, центральная часть которого покрыта плотными роговыми массами. Вскоре образуется язва с плотным, легко кровоточащим дном и возвышающимися плотными краями (рис. 227).



Epithelioma spinocellulare 227

Меланома (Melanoma)

Меланома относится к злокачественным опухолям кожи. Клинически представляет собой темно-коричневого или черного цвета образование, выступающее над окружающей поверхностью кожи, эластической или плотноватой консистенции, часто с изъязвленной поверхностью. Опухоль обладает быстрым ростом и появлением вокруг нее мелких внутрикожных плотных гиперпигментированных узелков (рис. 228).

Melanoma 228

Глава 14. Ретикулогемобластозы

Под термином «ретикулогемобластозы» понимают заболевания, которые иногда в литературе называют еще «гемодермии». В эту группу включены заболевания, при которых имеется связь не только с органами кроветворения, но и с ретикулогистиоцитарной системой кожи.

По клинической классификации А.А. Калам кар я на (1976), ретикулогемобластозы делят на лейкозы кожи (гемодермии) и рети кул одер мии. В группу «лейкозы кожи», или «гемодермии», включены кожные проявления при острых и хронических лейкозах, эритремии, миеломной болезни. В группе «ретикулодермий» выделены две подгруппы: ретикулогранулематозы (грибовидный микоз, лимфогранулематоз, саркоидоз) и ретикулезы кожи (первичный ретикулез кожи, ретикулосаркоматоз, ангиоретикулез Капоши).

Грибовидный микоз (Mycosis fungoides)

Грибовидный микоз — хронически текущее заболевание кожи. Различают три формы грибовидного микоза: классическую (типичную), эритродермическую и обезглавленный опухолевый грибовидный микоз (mycosis fungoide a'tumeur d'emblee).

В течении классической формы грибовидного микоза выделяют эритематозную, бляшечную стадии и стадию опухолей.

Эритематозная стадия грибовидного микоза характеризуется наличием полиморфных кожных высыпаний: волдырей, воспалительных пятен, пузырьков, пузырей, узелков. Эти элементы склонны к слиянию с образованием ограниченных очагов поражения, покрытых мелкими чешуйками. Высыпания имеют различные цветовые оттенки: розовато-красные, красновато-коричневые, синюшно-багровые и др. Характерно у больных наличие интенсивного зуда.

Бляшечная или лихеноидная стадия грибовидного микоза проявляется наличием на коже множественных, различной величины, плотных лихенифицированных очагов поражения, местами сливающихся между собой и образующих бляшки с неровными очертаниями. Наблюдаются участки с гиперпигментацией и депигментацией, а также наличие многочисленных узелков, пузырьков, пустул, шелушения, расчесов, серозных и геморрагических корочек.

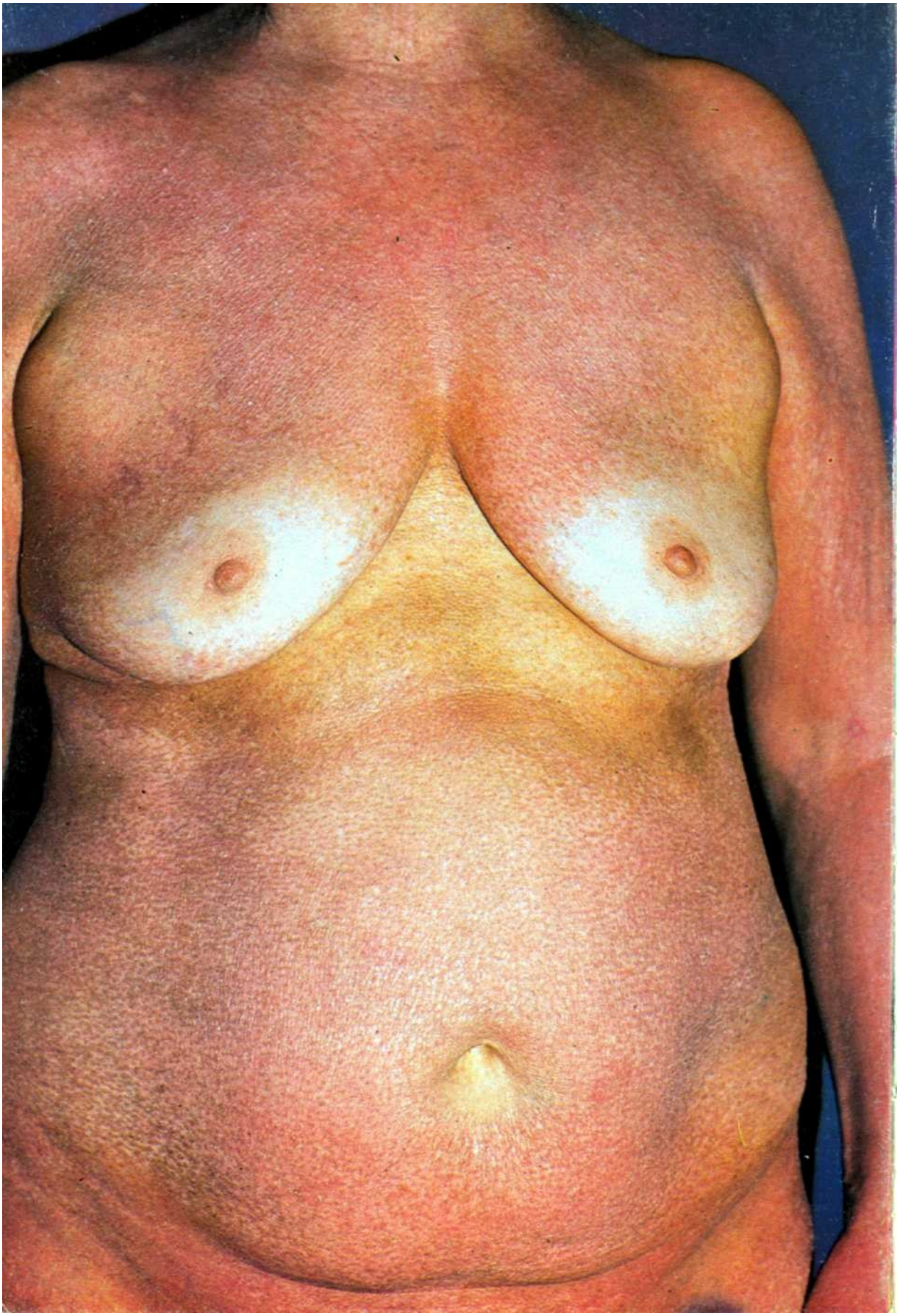
Стадия опухолей характеризуется появлением различных по величине округлых и овальных очертаний, опухолей синюшно-красного цвета, располагающихся на широком основании, с запавшим центром. Опухоли склонны к изъязвлению (рис. 229, 230).

Эритродермическая форма грибовидного микоза характеризуется универсальным поражением кожного покрова. Кожа воспалена, ярко-красного цвета с сиреневым или коричневым оттенком, утолщена, с выраженным шелушением (рис. 231). Поражение кожи сопровождается интенсивным зудом.

Дифференциальный диагноз грибовидного микоза проводят с первичным ретикулезом, ретикулосаркоматозом Готтрона, псориатической эритродермией, хронической экземой.

Mycosis fungoides 229

Mycosis fungoides 230



Mycosis fungoides 231

Первичный ретикулез кожи (Reticulosis cutis primaria)

Заболевание, характеризующееся избыточным разрастанием недифференцированных ретикулярных клеток первоначально в коже.

Клинические проявления первичного ретикулеза кожи отличаются большим разнообразием. Высыпания характеризуются наличием бляшек, папул и узлов. Эти элементы появляются или изолированно, или в различных сочетаниях. Нередко первичный ретикулез кожи протекает в виде эритродермии.

Наиболее часто при первичном ретикулезе кожи встречаются бляшки. Они имеют различную величину, диаметром от 3 до 10 – 15 см и более, склонны к слиянию и периферическому росту. Бляшки имеют характерный синюшно-розовый или синюшно-красный цвет с желтовато-коричневатым оттенком. На поверхности отмечается усиление кожного рисунка и шелушение. Пальпаторно определяют инфильтрацию бляшек, вначале незначительную, но со временем она нарастает (рис. 232).

Reticulosis primaria cutis 232

Ретикулосаркоматоз Готтрона (Reticulosarcomatosis cutis Gottron)

В основе ретикулосаркоматоза Готтрона лежит злокачественная пролиферация ретикулогистиоцитарной системы кожи. Ретикулосаркоматоз кожи отличается большей злокачественностью и более ранним появлением и прогрессированием опухолевого процесса, чем первичный ретикулез кожи. Заболевание характеризуется многочисленными узелками и узлами величиной до 7—8 см и более, плотными при пальпации, красновато-фиолетового цвета, со склонностью к интенсивному росту и изъязвлению (рис. 233, 234). При ретикулосаркоматозе кожи выявляются изменения в гемограмме, миелограмме и аденограмме. Процесс сопровождается увеличением лимфатических узлов, печени и селезенки.

Reticulosarcomatosis 233

Reticulosarcomatosis 234

Ангиоретикулез Капоши
(Angioreticulosis Kaposi, sarcoma cutis idiopaticum multiplex haemorrhagicum pigmentosum)

Заболевание встречается в основном у мужчин в возрасте 40—70 лет. Ангиоретикулез Капоши большинство авторов рассматривают как опухолевый процесс, исходящий из элементов околососудистой ретикулогистио-цитарной ткани, в первую очередь кожи.

Клинически ангиоретикулез Капоши характеризуется появлением, чаще всего на тыльной поверхности стоп и голеней, фиолетовых пятен. Реже высыпания локализуются на верхних конечностях, лице, туловище и слизистой оболочке полости рта. Впоследствии возникают плотные узелки и узлы диаметром до 2 см, округлых очертаний, синюшно-красного и коричнево-красного цвета. Вследствие слияния элементов формируются бляшки различных размеров и оттенков. На поверхности очагов поражения могут наблюдаться вегетации, кератозы, геморрагии (рис. 235 –237).

Angioreticulosis cutis Kaposi 235

Angioreticulosis cutis Kaposi 236

Angioreticulosis cutis Kaposi 237

Глава 15.Сифилис

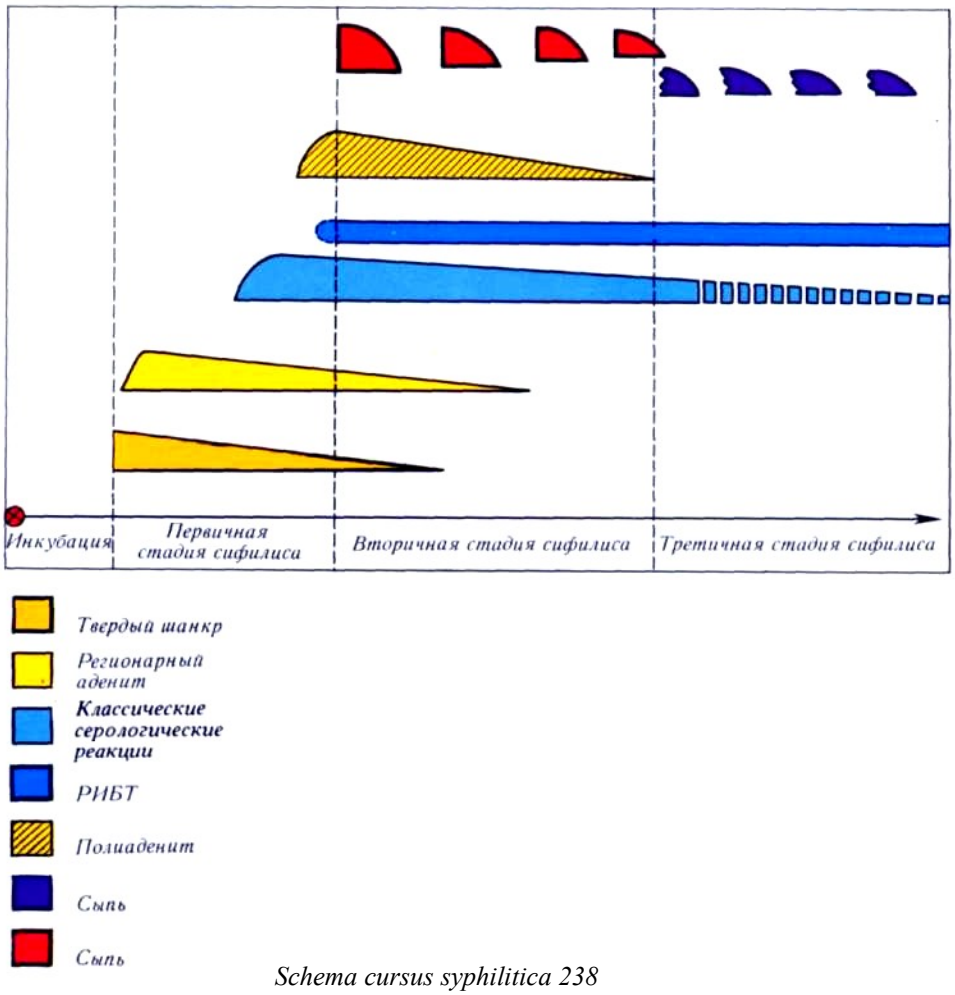
Сифилис, или люэс *(syphilis, lues),* общее инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, склонное без лечения к хроническому течению и рецидивам, способное поражать все органы и системы и передаваться внутриутробно. Нелеченый или плохо леченный сифилис в абсолютном большинстве случаев, несмотря на индивидуальные отклонения, последовательно проходит в своем развитии через определенные периоды. Периодизация сифилиса расценивается как выражение происходящих в организме больного изменений реактивности по отношению к возбудителю. Различают инкубационный, первичный, вторичный и третичный периоды сифилиса (рис. 238).

Инкубационный период — срок от момента заражения до развития на месте внедрения возбудителя первого клинического симптома — небольшой эрозии или язвы, так называемого твердого шанкра, являющегося следствием своеобразной реакции тканей (по типу феномена Артюса) на размножающуюся бледную трепонему. Длительность инкубационного периода индивидуальна, в среднем она составляет 20—40 дней. До появления шанкра никаких клинических симптомов, указывающих на происшедшее заражение, отметить не удается, не существует в этот период также никаких лабораторных методов для выявления развивающейся болезни.

Первичный период — время от появления твердого шанкра до возникновения первых генерализованных высыпаний, знаменующих начало вторичного периода сифилиса. Средняя продолжительность первичного периода 6—7 нед с возможными небольшими отклонениями в обе стороны. На протяжении этого периода, обычно через неделю после появления твердого шанкра, развивается безболезненное увеличение близлежащих к месту расположения шанкра лимфатических узлов (регионарный лимфаденит). У части больных отмечается также сифилитический лимфангит, тянущийся от шанкра к увеличенным лимфатическим узлам. Никаких других симптомов, вплоть до развития признаков вторичного сифилиса, у большинства больных не отмечают. У некоторых в конце первичного периода развивается ряд неспецифических гриппоподобных симптомов в виде общего недомогания, слабости, умеренной лихорадки, болей в костях, суставах, мышцах; возникают головные боли, усиливающиеся к ночи, иногда развивается малокровие.

К концу первичного периода у больных происходит также увеличение всех лимфатических узлов (сифилитический полиаденит). На основании результатов специфических серологических реакций (реакция Вассермана, осадочные, реакция иммобилизации бледных трепонем-РИБТ, реакция иммунофлюоресценции-РИФ) выделяют первичный серонегативный период (первые 3—4 нед после появления твердого шанкра) и первичный серопозитивный период (последующие 3—4 нед).

Вторичный период сифилиса характеризуется появлением на коже и слизистых оболочках различных сыпей (сифилидов), склонных к самопроизвольному (без лечения) полному исчезновению и повторным рецидивам через различные промежутки времени. У одних больных сыпи отличаются обилием и яркостью элементов, у других они настолько слабо выражены, что больные нередко совершенно их не замечают. Помимо кожи и слизистых оболочек, в этом периоде нередко поражаются надкостница, кости, внутренние органы, нервная система, органы чувств; сохраняются увеличенными лимфатические узлы. Серологические реакции (Вассермана, осадочные, РИБТ, РИФ) во вторичном периоде положительны у всех больных. Средняя длительность периода 3—4 года. На протяжении вторичного периода сифилиса выделяют вторичный свежий



Schema cursus syphilitica 238

сифилис (первая вспышка сыпи, с которой начинается период), вторичный рецидивный сифилис (последующие повторные вспышки сыпи) и латентный, или скрытый, вторичный сифилис (промежутки между отдельными рецидивами).

Третичный (гуммозный) период не является обязательным. Если он появляется, то характеризуется развитием в любом органе и ткани своеобразных очагов поражения, которые при своей эволюции вызывают разрушение этих органов и тканей, приводят к тяжелым, необратимым анатомическим и функциональным нарушениям. Третичный сифилис, следуя хронологически за вторичным, без лечения может тянуться неопределенно долго, зачастую всю жизнь. Так же как и вторичный сифилис, третичный сифилис протекает волнообразно. Различают активный третичный сифилис, когда имеются явные признаки болезни, и скрытый (латентный) третичный сифилис, когда эти признаки отсутствуют. Продолжительность скрытых периодов может исчисляться многими годами, а порой и десятками лет. Реакция Вассермана и осадочные у больных третичным сифилисом часто бывают отрицательными (до 30%), что является показателем качественно изменившейся реакции организма на сифилитическую инфекцию. К группе поздних симптомов сифилиса относят сухотку спинного мозга и прогрессивный паралич. Ряд сифилидологов рассматривают эти поражения как своеобразные проявления третичного сифилиса. Указанная выше последовательность смены периодов сифилиса не является сейчас столь неизменной, как это представлялось раньше. Течение сифилиса может широко варьировать даже без лечения, тем более оно изменяется под влиянием приема различных медикаментов. Наиболее постоянными признаками, при нелеченом приобретенном сифилисе являются твердый шанкр, свежая и рецидивная сыпь.

Первичный период сифилиса (Syphilis primaria)

Критерии диагностики:

1. Анамнез.
2. Клиника (твердый шанкр, регионарный лимфаденит, лимфангит).
3. Исследования на бледную трепонему (тканевая жидкость твердого шанкра и пунктаты лимфатических узлов).
4. Серологические исследования (с 3—4-й недели с момента появления твердого шанкра).
5. Конфронтация.

Твердый шанкр (ulcus durum) может развиться на любом участке кожного покрова или слизистых оболочек, но всегда только на месте внедрения инфекции; исключение составляют случаи так называемого «обезглавленного сифилиса» (syphilis d'emblee); никогда не бывает шанкра при врожденном сифилисе. Клинические признаки твердого шанкра не всегда одинаковы, что зависит от локализации, внешних раздражений, вторичной инфекции и т.д.

В типичных случаях твердый шанкр представляет собой безболезненную эрозию или язву, резко отграниченную, гладкую, диаметром 8—10 мм или несколько больше, правильных округлых или овальных очертаний, мясо-красного цвета, отделяющую скудную сукровичную жидкость. При ощупывании под ней обнаруживается плотноэластический инфильтрат, являющийся одним из основных признаков твердого шанкра (рис. 239 – 242).

В 60 % случаев твердый шанкр одиночен. Множественность первичных аффектов объясняется или внедрением трепонем сразу через несколько повреждений, или последовательной аутоинокуляцией с первого шанкра, что возможно в первые 10—14 дней его существования (рис. 241).

В зависимости от локализации, реактивности организма шанкры могут приобретать и несколько другой вид. Это так называемые разновидности твердого шанкра.

Основные разновидности твердого шанкра (рис. 243 – 250): Вид: эрозивный — язвенный -корковый

Локализация: половой — внеполовой - биполярный

Количество: одиночный — множественные

Размер: обычный — карликовый - гигантский

Очертания: округлый — овальный - полулунный — щелевидный - герпетический.

У женщин при половом заражении твердый шанкр в 10—20 % случаев локализуется на шейке матки, не вызывая субъективных ощущений. Он может быть обнаружен при исследовании зеркалами. При подобной локализации сопутствующий бубон обычно развивается в лимфатических узлах малого таза. Шанкры шейки матки чаще имеют вид резко отграниченной, красного цвета, зернистой эрозии, склонной к быстрой эпителизации (рис. 251). В большинстве случаев типичный твердый шанкр локализуется у женщин на наружных половых органах (рис. 252).

Кроме твердых шанкров с типичной клинической картиной и ее разновидностями, существуют так называемые атипичные, распознавание которых представляет известные трудности.

Разновидности атипичных твердых шанкров (рис. 253, 254): индуративный отек, шанкр-панариций, шанкр-амигдалит.

Регионарный лимфаденит (сопутствующий бубон) — второй клинический признак первичного периода сифилиса, развивается всегда в группе лимфатических узлов, близлежащих к месту расположения шанкра.

Увеличиваются, как правило, несколько желез; они безболезненны, плотноэластической консистенции, подвижны, кожа над ними не изменена. Регионарный лимфаденит возникает в среднем через неделю после появления твердого шанкра (рис. 253).

Осложнения твердого шанкра.

Клиническая картина первичного периода сифилиса может изменяться в той или иной степени в результате присоединения вторичной инфекции. Наиболее часто встречаются: баланит, баланопостит (рис. 256) (у женщин вульвит и вульвовагинит), фимоз, парафимоз (рис. 257), гангренизация (рис. 258), фагеденизм (рис. 259).

Дифференциальный диагноз твердого шанкра представляет известные трудости, так как существует ряд заболеваний различной этиологии, имеющих большое сходство с твердым шанкром (рис. 261—263). Эти заболевания наружных половых органов весьма условно можно разделить на несколько групп.

Первая группа — часто встречающиеся дерматозы (экзема, нейродермит, зуд различной этиологии, дерматиты и токсикодермии, пиодермии, псориаз, красный плоский лишай, чесотка и др.), при которых наряду с другими участками кожи в патологический процесс могут вовлекаться промежность, область ануса, наружные половые органы.

Вторая группа — более редкие дерматозы, локализующиеся преимущественно в этой области — шанкриформная пиодермия, пузырьковый лишай, остроконечные кондиломы, контагиозный моллюск, пузырчатка, острая язва вульвы Липшют-

ца-Чапина, и др.

Третья группа — заболевания наружных половых органов, лечение которых проводится обычно другими специалистами — гинекологами, онкологами, урологами и др. Не следует забывать также об эрозивно-язвенных процессах на наружных половых органах, которые могут развиваться при инфекционных заболеваниях — тифе, скарлатине, дифтерии, холере, сапе и др.

В настоящее время при наличии у больных эрозивно-язвенных поражений (особенно в области половых органов) врачу следует в первую очередь исключить диагноз сифилиса. Для этого необходимы, как правило, госпитализация больных, назначение местно примочек с изотоническим раствором, неоднократные (до полной эпителизации или рубцевания) исследования тканевой жидкости на бледную трепонему, исследования пунктата регионарных лимфатических узлов на возбудитель, серологические специфические исследования крови, конфронтация. В дальнейшем рекомендуется проводить клинико-серологический контроль за больными на протяжении 3 мес.

Ulcus durum erosivum 239

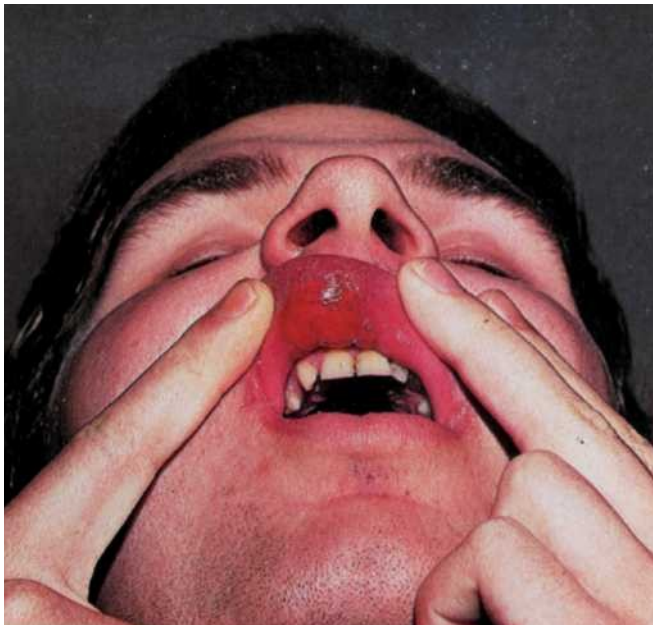
Ulcus durum ulcerosum 240

Ulcera dura 241

Ulcus durum ulcerosum 242

Ulcus durum giganteum 243

Ulcus durum anale 244



Ulcus durum extragenitale 245

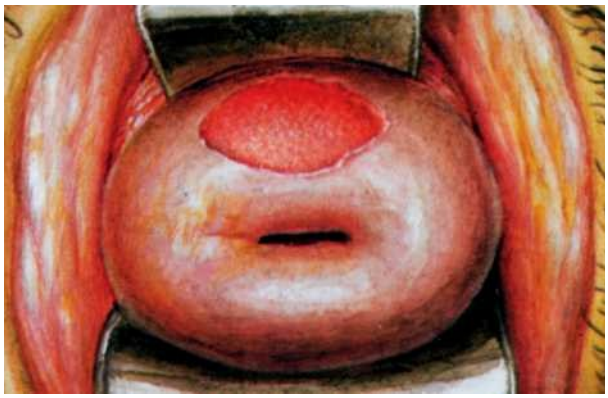
Ulcus durum extragenitale 246

Ulcus durum 247

Chancre bipolare 248

Ulcus durum 249

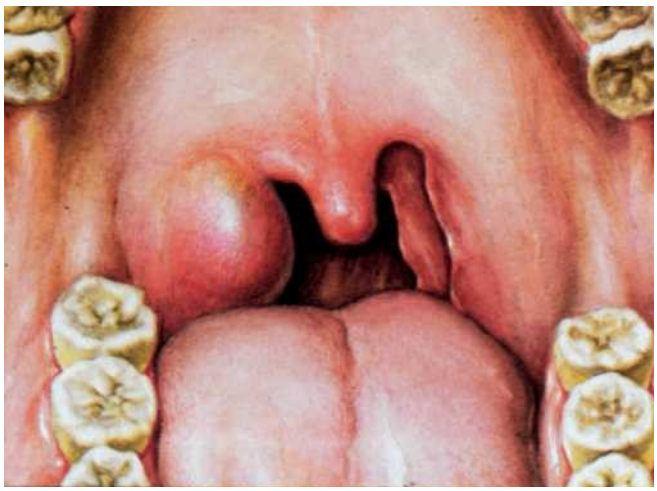
Ulcus durum crustosum 250



Ulcus durum colli uteri 251

Ulcus durum 252

Oedema indurativum 253



Chancre amygdalitis 254

Scleradenitis inguinalis luetica 255

Balanopostitis 256

Paraphimosis 257

Ulcus durum gangrenosum 258

Ulcus durum phagedaenicum 259

Cicatrix post ulcus durum 260

Pyodermia chancriformis 261

Scabies 262

Epithelioma spinocellulare 263

Вторичный период сифилиса (Syphilis secundaria)

Критерии диагностики:

1. Анамнез — небольшая давность имеющихся высыпаний, устойчивых к местной терапии, указания на твердый шанкр и возможность заражения.
2. Клиника.
3. Исследования на бледную трепонему (эрозивных и пустулезных сифилидов, тканевой жидкости остатков твердого шанкра, пунктата лимфатических узлов).
4. Серологические исследования (в том числе РИФ и РИБТ).
5. Конфронтация.

Высыпания вторичного периода сифилиса весьма разнообразны как по своей морфологии, так и по локализации и количеству. Вторичные сифилиды обычно не вызывают каких-либо субъективных ощущений, могут появиться на любом участке кожного покрова и слизистых оболочках и разрешаются, за редким исключением, не оставляя следов. Различают следующие вторичные сифилиды: пятнистые (розеолезные), папулезные, пустулезные, везикулезные, сифилитическую лейкодерму, сифилитическую плешивость.

Пятнистый сифилид (roseola syphilitica) является одним из самых частых и вместе с тем ранних проявлений вторичного периода. Наиболее часто встречаются ряд разновидностей: свежая, рецидивная, возвышающаяся (уртикарная), зернистая (фолликулярная).

Свежая розеола отличается симметричностью, обилием, яркостью, сочностью и беспорядочностью расположения (рис. 264 – 266).

Для рецидивной розеолы, которая появляется через 4—6 мес после заражения, характерны бледная окраска пятен, асимметрия и скудность высыпаний, крупная величина и склонность к группировке (рис. 267, 268).

Дифференциальная диагностика пятнистого сифилида должна проводиться с рядом заболеваний кожи: розовый лишай, токсикодермия, разноцветный лишай, крапивница, многоформная экссудативная эритема, а также с высыпаниями на коже при ряде инфекционных заболеваний — кори, брюшном и сыпном тифах, краснухе, бруцеллезе и др.

Инфекционная розеола сопровождается тяжелыми общими расстройствами (высокая температура, головная боль, боль в пояснице, потеря аппетита, плохой сон, общее недомогание и т.д.), как правило, необильная и вскоре приобретает петехиальный характер. Положительные специфические серологические реакции, другие проявления сифилиса (шанкр или его остатки, специфический регионарный лимфаденит и полиаденит) позволяют врачу решить вопрос в пользу сифилитической розеолы.

Папулезный сифилид (syphilis papulosa) встречается довольно часто, нередко сочетаясь с розеолезной (рис. 269) сыпью, а иногда и с пустулезными высыпаниями. Различают ряд разновидностей этого сифилида.

При лентикулярном (чечевицеобразном) сифилиде папулы имеют округлые или овальные очертания, плотны на ощупь, диаметром 0,3 – 0,5 см, резко отграничены и слегка возвышаются над уровнем нормальной кожи. Блестящая и гладкая поверхность сифилида в последующем покрывается тонкими прозрачными чешуйками, при этом шелушение чаще происходит по типу «воротничка Биетта» (рис. 270—272).

При локализации лентикулярных папул на участках кожи, богатых сальными железами (лоб, носогубные и подбородочные складки и др.), сифилиды нередко имеют неровную сосочковую поверхность и покрыты толстыми жирными себорейными корко-чешуйками (papulae seborrhoicae) (рис. 273).

При значительной величине папул (диаметром более 1 см) имеют в виду монетовидный сифилид. Элементы имеют темно-красный цвет, овальные или круглые очертания, появляются в небольшом количестве и группируются (рис. 274).

При милиарном (просовидном) сифилиде папулы размером до булавочной головки, плотные, имеют коническую фор-

му, бледно-красный цвет. Высыпания могут сопровождаться зудом и множеством сгруппированных элементов (рис. 275).

Высыпания, которые называют папулезные сифилиды ладоней и подошв (syphilis papulosa palmaris et plantaris), обычно представлены в виде лентикулярных папул красновато-желтоватого цвета, плотной консистенции, без воспалительной реакции в окружности (рис. 278 – 280).

При появлении выраженного гиперкератоза на поверхности папул высыпания представлены плотными, крупными, желтоватого цвета элементами (роговые папулы).

Папулы, расположенные на слизистых оболочках и на участках кожного покрова с повышенной влажностью, мацерированы, мокнут и принимают белесоватый цвет. Эта разновидность папулезного сифилида называется мокнущим сифилидом и считается наиболее контагиозной (рис. 282 – 285).

В местах наибольшего трения, длительного раздражения (область заднего прохода, промежность, половые органы и др.) мокнущие папулы увеличиваются, гипертрофируются, вегетируют и превращаются в так называемые вегетирующие папулы или широкие кондиломы (condilomata lata) (рис. 286 – 288).

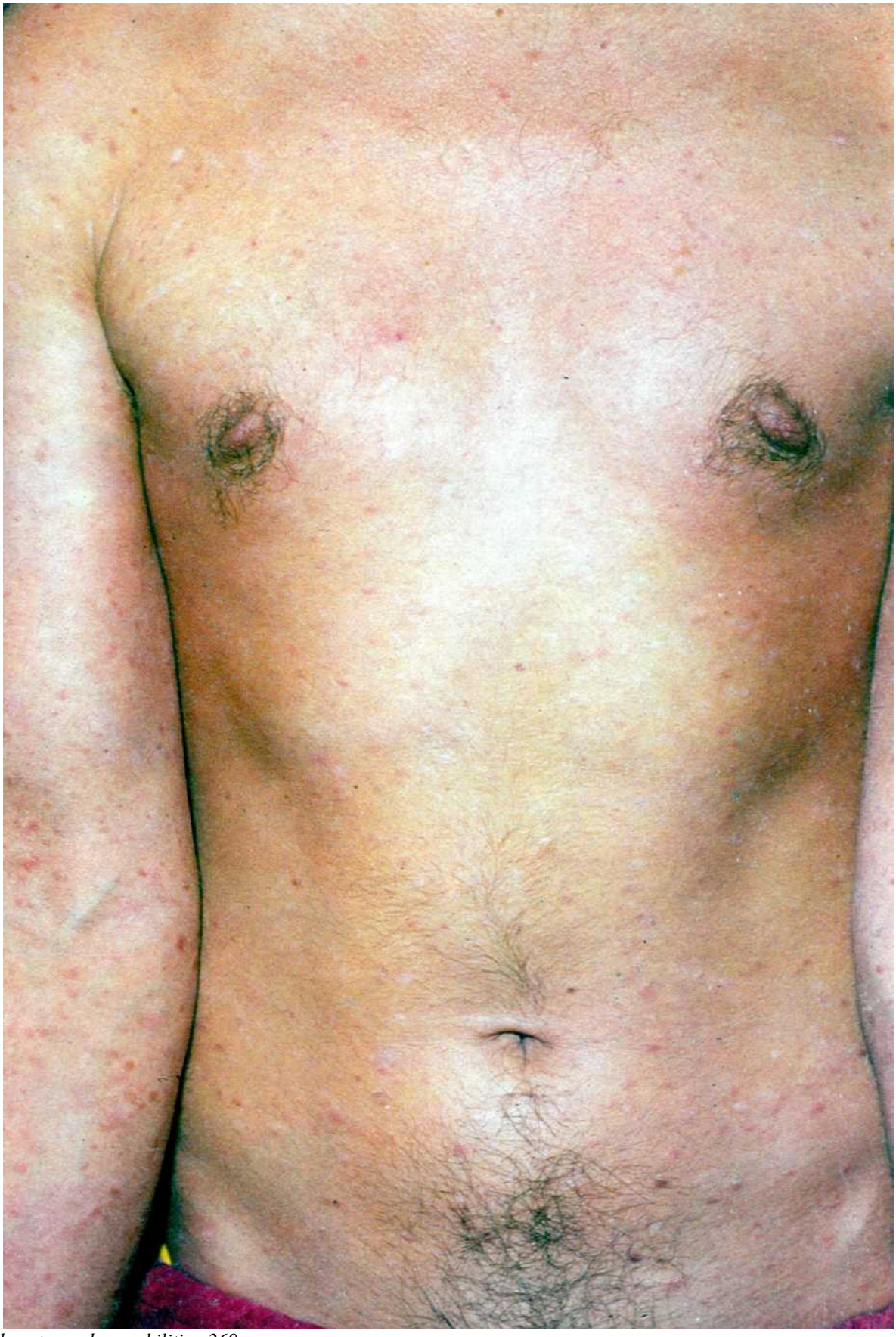
Roseola syphilitica (lues secundaria recens) 264

Roseola syphilitica (lues secundaria recens) 265

Roseola confluens (lues secundaria recens) 266

Roseola syphilitica (lues secundaria recidiva) 267

Roseola syphilitica (lues secundaria recidiva) 268



Roseolae et papulae syphilitica 269

Syphilis papulosa lenticularis 270

Syphilis papulosa 271

Syphilis papulosa 272

Дифференцировать различные разновидности папулезных сифилидов следует с красным плоским лишаем, псориазом, парапсориазом, туберкулезом кожи, фолликулитами половых органов, заразным моллюском, остроконечными кондиломами, вегетирующей пузырчаткой, экземой ладоней и подошв, геморроем и др. Папулезные сифилиды слизистых оболочек следует дифференцировать с очагами лейкоплакии.

Syphilis papulosa seborrhoica 273

Syphilis papulosa nummularis 274

Syphilis papulosa miliaris 275

Syphilis papulosa 276

Syphilis papulosa ienticularis 277

Syphilis papulosa palmaris 278

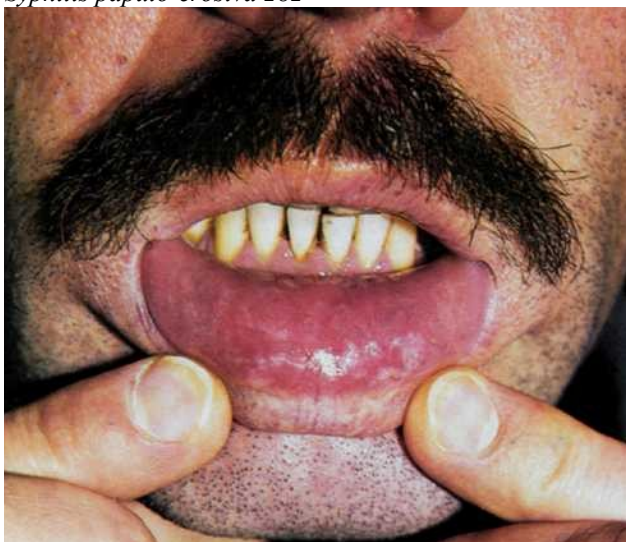
Syphilis papulosa plantaris 279

Syphilis papulosa plantaris 280

Syphilis papulosa plantaris 281

Syphilis papulo-erosiva 282

Syphilis papulo-erosiva 283



Syphilis papulo-erosiva 284

Syphilis papulo-erosiva 285

Syphilis papulosa vegetans 286

Syphilis papulosa vegetans erosive 287

Condylomata lata 288

Varices haemorrhoidales 289

Пустулезный сифилид (syphilis pustulosa) — показатель злокачественно протекающего сифилиса, встречается реже и развивается у ослабленных больных. Элементы отличаются склонностью к гнойному расплавлению и изъязвлению с последующим образованием рубца (рис. 290—294). Принято различать несколько разновидностей пустулезного сифилида.

Угревидный сифилид (acne syphilitica) — пустулы величиной с конопляное зерно, конической формы, сидящие на плотном, резко отграниченном папулезном (инфильтрате) основании. Элементы быстро ссыхаются в корочки, образуя папуло-корочки. Часто локализуется на лице, голове, шее, лопатках, пояснице, без связи с сально-волосяными фолликулами и воспалительного венчика по периферии.

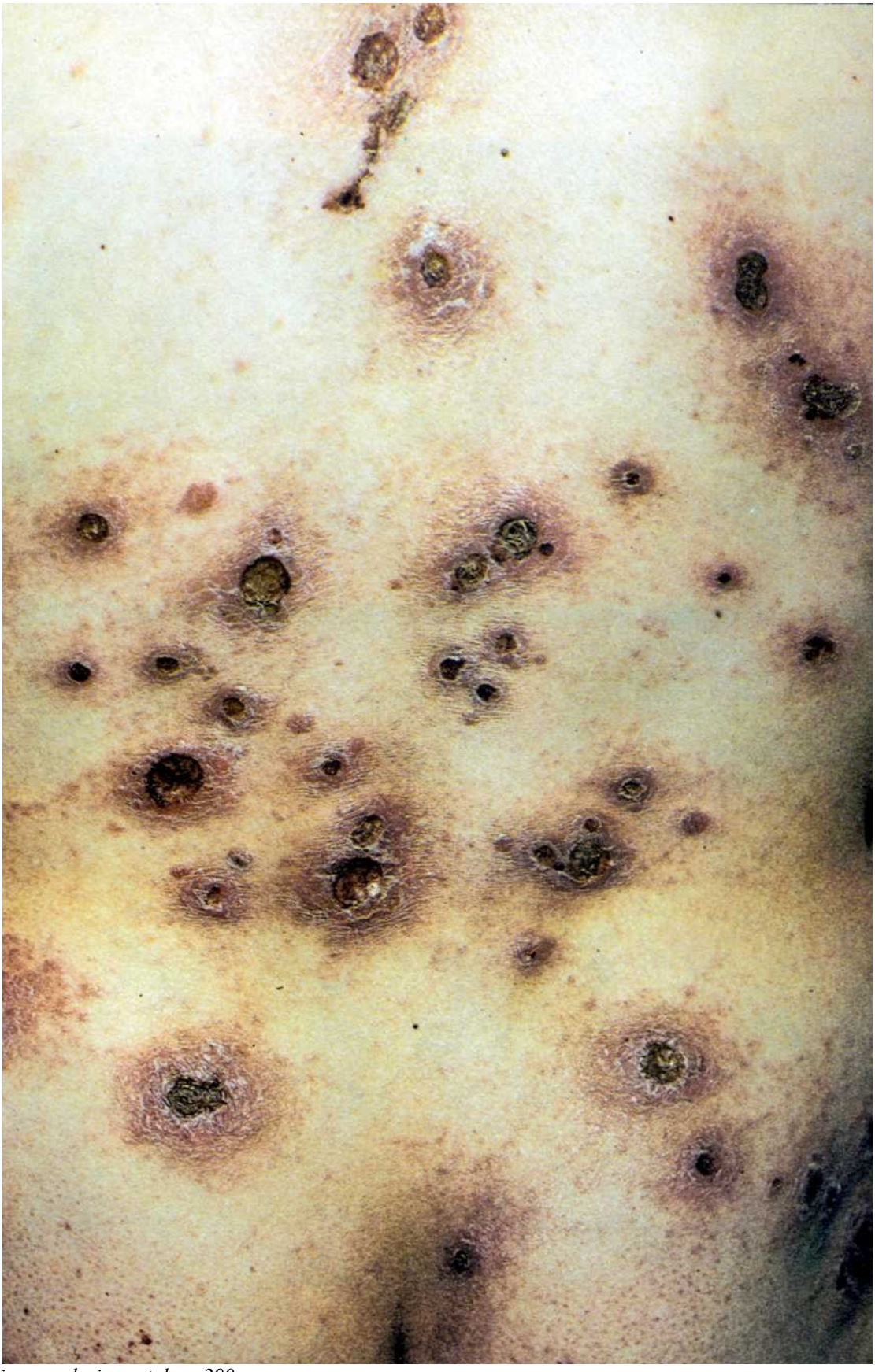
При импетигинозном сифилиде (impetigo syphilitica) в центре папулы, которая здесь является первичным морфологическим элементом, происходит нагноение и образование поверхностной пустулы. Содержимое пустулы ссыхается в слоистую корку, которая может достигать больших размеров и возвышаться над уровнем окружающей кожи. Отдельные импетигинозные элементы, сливаясь, образуют обширные бляшки.

Редкой разновидностью является *оспеновидный сифилид* (varicella syphilitica). Основным морфологическим элементом здесь является пустула величиной до горошины на узелковом основании. Содержимое сифилида быстро ссыхается, покрышка пупкообразно западает в центре и засыхает в тонкую корочку, напоминая элементы натуральной оспы.

Следующей разновидностью пустулезного сифилиса является *сифилитическая эктима* (ecthyma syphiliticum). Морфологически эктима, как и *сифилитическая рупия* (rupia syphilitica), — это глубокая пустула, покрытая крупной (величиной до грецкого ореха), толстой, массивной, округлых очертаний, темно-коричневого цвета коркой, как бы погруженной в кожу. После снятия корки обнаруживают довольно глубокие болезненные язвы с блюдцеобразным дном, покрытым желтовато-серым налетом (рис. 292).

При *сифилитической рупии* (рис. 294) корка имеет своеобразное строение. В результате эксцентрического роста инфильтрата, последующего его нагноения и ссыхания образуется конусообразная, слоистая корка, напоминающая раковину. В развитом состоянии рупии в центре элемента располагается корка, вокруг нее — кольца из гноя, а по периферии — валик плотного, резко отграниченного инфильтрата. Рупия, как и эктима, заживает рубцом.

Дифференцировать пустулезный сифилид приходится с простыми угрями, папулонекротическим туберкулезом, импетигинозной пиодермией, банальной эктимой и рупией. При натуральной и ветряной оспе характерны общее тяжелое состояние больных, обилие высыпаний, отсутствие инфильтрата вокруг морфологических элементов, острое начало и течение болезни, отрицательные серологические реакции, отсутствие других симптомов сифилиса.



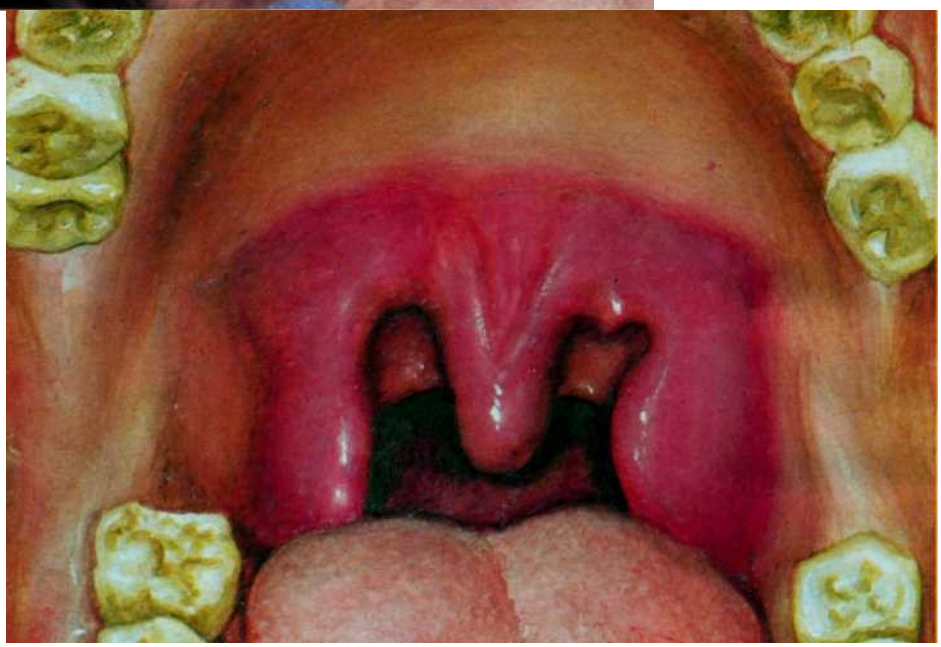
Syphilis secundaria pustulosa 290

Impetigo syphilitica 291

Ecthyma syphilitica 292

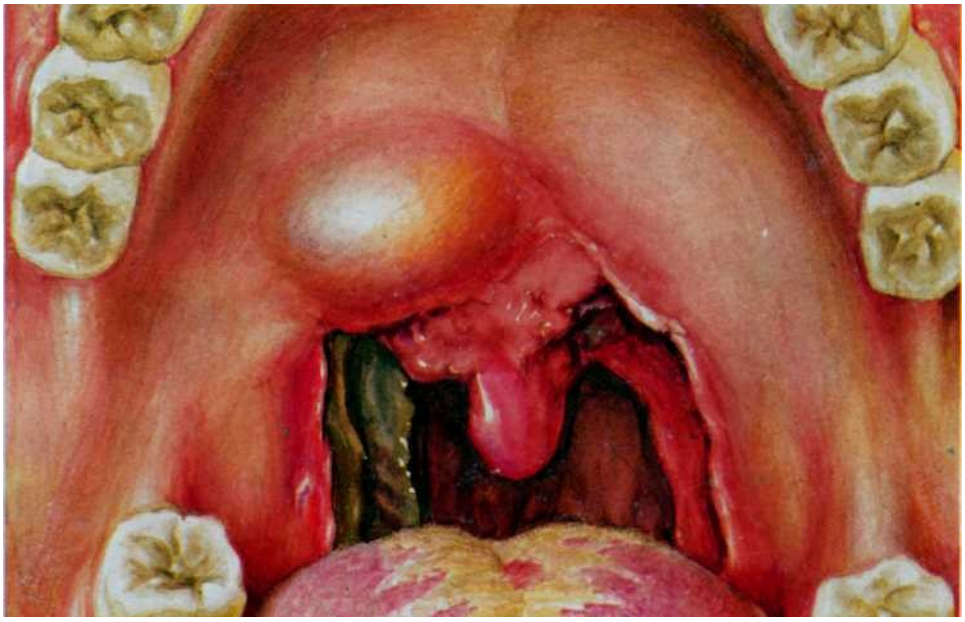
Syphilis secundaria pustulosa 293

Rupia syphilitica 294

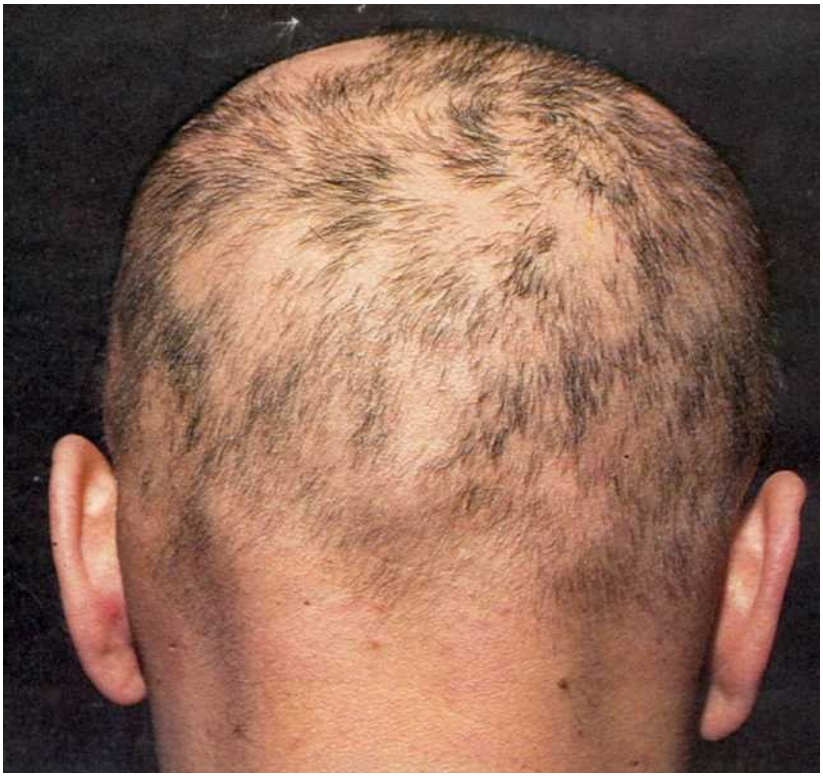


Angina erythematosa syphilitica 295

Angina papulosa svphilitica 296



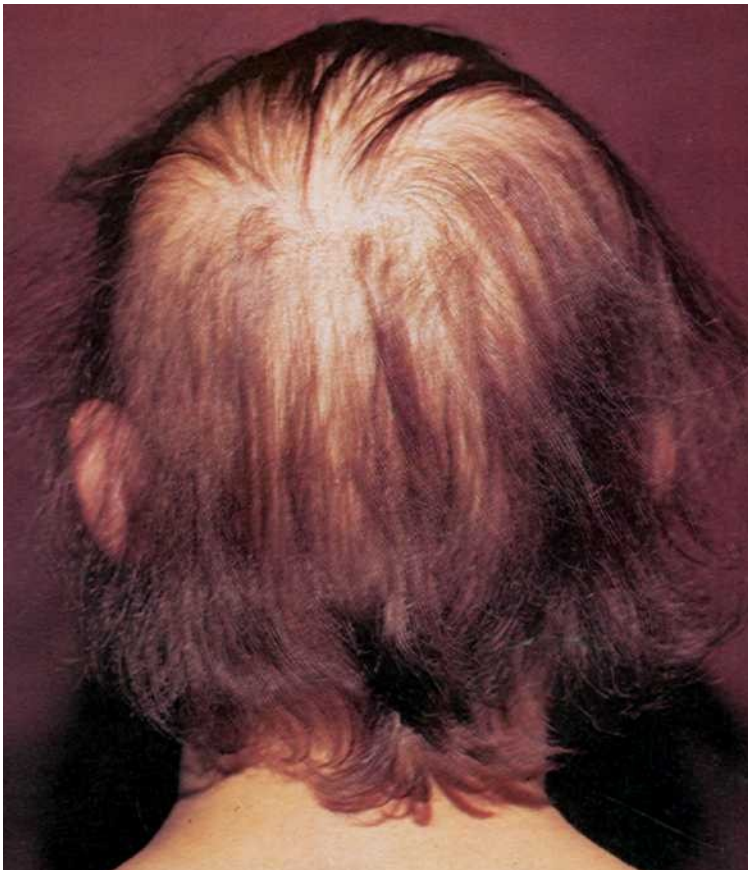
Angina ulcerosa svphilitica 297



Alopecia syphilitica 298

Alopecia syphilitica 299

Дифференциальный диагноз следует проводить с гнездной плешивостью, микроспорией, поверхностной трихофитией волосистой части головы, фавусом, эритематозом, себорейным облысением и выпадением волос после острых инфекционных заболеваний.



Alopecia syphilitica 300

Третичный период сифилиса (Syphilis tertiaria)

Критерии диагностики:

1. Анамнез (указания на перенесенный сифилис, волнообразное течение).
2. Семейный анамнез (указания на сифилис в семье).
3. Акушерский анамнез (выкидыши, мертворождения).
4. Клиника.
5. Серологические исследования (в том числе РИБТ и РИФ).
6. Рентгенологические исследования.
7. Обследования другими специалистами.
8. Пробное лечение.

При третичном сифилисе у больных на коже и слизистых оболочках возникают бугорковые, узловые и редко эритематозные (розеолезные) высыпания. Сифилиды не имеют распространенного характера, не сопровождаются субъективными ощущениями, как правило, изъязвляются и приводят к значительным разрушениям тканей.

Бугорковый сифилид (syphilis tuberculosa) — плотное, шаровидное, бесполостное образование размером до лесного ореха. Над кожей выступает обычно 1/3—1/4 объема бугорка, цвет которого варьирует от темно-красного до синюшного, поверхность гладкая, блестящая. В дальнейшем бугорок может или подвергнуться обратному развитию, оставив гиперпигментированный атрофический участок, или размягчиться с образованием язвы. Различают несколько разновидностей бугоркового сифилида: сгруппированный, серпигинирующий, «площадкой», карликовый (рис. 301, 302).

Syphilis tertiaria tuberculosa 301

Syphilis tertiaria ulcero-tuberculosa 302

Гуммозный (узловой) сифилид (syphilis nodosa profunda, gumma subcutaneum) — безболезненный, плотноэластической консистенции, малоподвижный узел. Кожа над ним имеет багрово-красный цвет.

Эволюция сифилитической гуммы может идти в двух направлениях — так называемое «сухое разрешение» и с образованием язвы. Гуммозная язва имеет округлые очертания, отвесные края, окружена валом плотного, резко отграниченного .инфильтрата, кожа над которым окрашена в буро-синюшный цвет. Дно язвы покрыто остатками некротической массы желтоватого цвета (рис. 303).

В прошлом при локализации сифилидов на слизистых оболочках часто возникали разрушения и уродства (так называемые syphilis mutilans) (рис. 304).

Дифференцировать третичные сифилиды следует с туберкулезными поражениями кожи (туберкулезная волчанка; колливативный туберкулез кожи), эритематозом, лепрой , глубокими микозами, болезнью Боровского, варикозными и трофическими язвами голеней, раком кожи. Реакция Вассермана и осадочные реакции крови у больных третичным сифилисом положительны только в 70 %.

Syphilis tertiaria ulcerogummosa 303

Syphilis mutilans 304

Глава 16.Гонорея (Gonorrhoea)

Общее инфекционное заболевание с резко выраженными явлениями в мочеполовом тракте, вызываемое гонококком. Клинически острый гонорейный уретрит характеризуется наличием обильных выделений гнойного характера зеленовато-желтого цвета, покраснением и припуханием губок наружного отверстия мочеиспускательного канала, субъективными ощущениями (рис. 305). Диагноз подтверждается обнаружением в отделяемом гонококков. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с уретритами, вызванными другими возбудителями.

Gonorrhoea 305

Глава 17. Мягкий шанкр (Ulcus molle, chancroid)

Возбудителем заболевания является стреитобацилла Петерсена – Дюкрея. В типичных случаях через 2—3 дня после заражения на месте внедрения возбудителя, чаще всего на половых органах, появляется пустула, быстро превращающаяся в язву с неровными округлыми очертаниями диаметром от 2 до 4 мм, изъеденными подрытыми краями, обильным гнойным отделяемым, окруженная ярким венчиком воспалительного характера. Дно язвы покрыто желтовато-сальным налетом. При пальпации в основании язвы инфильтрат не определяется. Характерным симптомом при мягком шанкре является резкая болезненность язвы. Вследствие аутоинокуляции вокруг-основной язвы появляются множественные «дочерние» язвы, находящиеся на различных стадиях развития (рис. 306).

Диагноз мягкого шанкра основывается на наличии на половых органах множественных язв, болезненных, склонных к аутоинокуляции.

Дифференциальный диагноз следует проводить с твердым шанкром, шанкриформной пиодермией, герпесом области половых органов, чесоткой.

Ulcus molle 306

Содержание

Морфологические элементы	2
Инфекционные болезни кожи	18
Туберкулез кожи	24
Лепра	34
Вирусные заболевания кожи	39
Паразитарные болезни кожи	47
Аллергические болезни кожи	76
Экзема	82
Зудящие дерматозы	95
Болезни кожи с неизвестной этиологией	105
Иммунные агрессивные дерматозы	138
Угри	148
Невусы и опухоли кожи	154
Ретикулогемобластозы	158
Сифилис	167
Гонорея	201
Мягкий шанкр	202
Содержание	203