Кожа отражает состояние внутренних органов. Организм - единое целое. Если неполадка в одном органе, то постепенно будут вовлекаться и другие. Мне бы хотелось немного коснуться темы желудочно-кишечного тракта, так как многие аллергические и кожные заболевания связаны с его работой. Пословица гласит: "Каков стол-таков и стул". Вернее не скажешь. Так вот, большинство людей не знает, что некоторые продукты нежелательно объединять вместе в одном приеме пищи. Поэтому для многих кишечный дискомфорт, плохое функционирование кишечника уже не редкость. Немного подробнее о нежелательном объединении продуктов:

**Что толку в книжке, подумала Алиса, если в ней нет ни картинок, ни разговоров?  
Льюис Кэролл**

Главный инструмент дерматолога — его глаза.  
Основой дерматологического диагноза был и остается осмотр кожи и слизистых. Он играет в дерматологии такую же роль, какая принадлежит компьютерной томографии в диагностике опухолей головного мозга. Изменения кожи видны невооруженным глазом, надо только знать, что искать, и научиться смотреть.

**Искусство быть мудрым состоит в умении знать, на что не следует обращать внимания.  
Уильям Джеймс**

Создается впечатление, что врачи зачастую даже не пытаются распознать заболевание кожи, когда для этого есть все возможности. Если больной ни на что не жалуется, высыпания рассматривают как не стоящие внимания. Такие «безымянные», не имеющие диагноза болезни кожи лечат месяцами - иногда кортикостероидами, а иногда и антибиотиками. В результате появляется косметический дефект, неоправданно продлеваются страдания больного, наступает генерализация процесса, зачастую необратимая, а самое главное - с непростительным опозданием ставится диагноз тяжелой внутренней болезни.

Безобидные на первый взгляд изменения кожи могут оказаться единственным проявлением тяжелой болезни; например, синеватое пятно - зарождающейся меланомой, а мелкие желтые бугорки - ксантомами, которые возникают при гиперлипопротеидемии. Такие высыпания можно и нужно распознавать при любом профилактическом осмотре. Оставить их без внимания так же недопустимо, как и увеличенные лимфоузлы. В противном случае время для врачебного вмешательства будет безвозвратно потеряно.

Осматривать кожу и слизистые необходимо у каждого больного - неважно, по какому поводу он обратился к врачу, пришел ли на амбулаторный прием или поступил в больницу. Надо обратить внимание на любые изменения, установить, какими элементами представлены высыпания, а во многих случаях и прибегнуть к биопсии. Кожа - самый доступный для исследования орган и одновременно источник важнейшей информации - надо только не лениться ее получать. Поражение кожи может прояснить диагноз при многих внутренних болезнях, например при саркоидозе, глубоких микозах, сепсисе, остром панкреатите.

**Т.Фицпатрик**

***Поражения кожи при болезнях органов пищеварения***

О.Л. Иванов, А.Н. Львов   
«Справочник дерматолога»

ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ - отражение связи кожной патологии с состоянием пищеварительного тракта. Эта связь возможна в нескольких варили ах: заболевание пищеварительного тракта является причиной кожной болезни; поражения кожи и пищеварительного тракта имеют общую этиологию и представляют лишь разные проявления одного и того же процесса, например диффузных болезней соединительной ткани (системная красная волчанка, склеродермия), васкулитов и др.

Приводим некоторые из них.

**Синдром нарушения всасывания** (синдром мальабсорбции).

Среди кожных знаков синдрома различают:

неспецифические

* ихтиоз приобретенный,
* изменения волос, ногтей,
* гиперпигментации,
* атрофия кожи,
* экзематозные и псориазиформные сыпи

специфические

* акродерматит энтеропатический,
* дефицит витаминов А, И, С и К,
* дефицит фолиевой кислоты и железа

проявления мальабсорбции.

Изменения волос характеризуются уменьшением их длины, истончением, сухостью и поредением.

Ногтевые пластинки становятся атрофичными, ломкими, замедляется их рост, образуются поперечные борозды ("линии Бо")

Диффузная гиперпигментация кожного покрова может симулировать болезнь Аддисона.

В результате потери жировой ткани и коллагена кожа становится истонченной, а вследствие дефицита эластики - морщинистой, не расправляется после взятия в складку (атрофия кожи).

На различных участках кожного покрова могут возникать очаги гиперемии, инфильтрации, шелушения и зуда, напоминающие высыпания при хронической экземе или псориазе.

**Болезнь Рандю-Ослера**, характеризующаяся множественными мелкими ангиомами и телеангиэктазиями на коже и слизистых оболочках рта, носа, желудка и кишечника, может стать причиной кровотечения, в том числе из желудка и кишечника (Ангиоматоз геморрагический наследственный).

**Полипоз пищеварительного тракта** может сочетаться с рядом кожных симптомов, формируя следующие синдромы:

* синдром Гарднера
* синдром Пейтца-Егерса-Турена (Лентигиноз),
* Кронкайта-Канада синдром

**Язвенный колит и болезнь Крона** могут ассоциироваться с кожными изменениями, к которым в относят:

* пиодермию гангренозную
* эритему узловатую.
* язвы афтозные полости рта наблюдаются у 7% больных язвенным колитом и болезнью Крона.

***Поражения кожи при болезнях поджелудочной железы***

О.Л. Иванов, А.Н. Львов   
«Справочник дерматолога»

Поражения кожи при болезнях поджелудочной железы (за исключением сахарного диабета - диабетиды) не относятся к числу частых. Большинство из них неспецифичны и лишь синдром глюкагономы имеет ценное диагностическое значение.

Приводим некоторые из них.

**Кровоизлияния кожные** нередко возникают спустя 1-2 дня после приступа острого панкреатита, сопровождающегося кровоизпиниями в области хвоста поджелудочной железы.

**Ливедо сетчатое** в виде синюшно-розовой пятнистой сети локализуется на коже живота и верхней части бедер при остром панкреатите.

**Панникудит узловатый** может быть кожным признаком острого или хронического панкреатита, а также рака поджелудочной железы.

**Тромбофлебит мигрирующий** в виде коротких болезненных воспалительных тяжей по ходу вен на шее, туловище, конечностях является частым спутником рака поджелудочной железы.

**Синдром глюкогономы** проявляется в первую очередь эритемой некролитической мигрирующей. Уровень глюкагона в плазме повышен в несколько paз.

К внекожным симптомам заболеваний поджелудочной железы относят :

* анемию,
* диарею,
* общую слабость и недомогание,
* снижение массы тела,
* глоссит,
* психические нарушения.

# ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПЕЧЕНИ

О.Л. Иванов, А.Н. Львов   
«Справочник дерматолога»

Поражения кожи при болезнях печени (гепатобилиарной системы) часто сопровождаются изменениями кожи и ее придатков - волос и ногтей.

**Зуд кожный** обычно предшествует клиническим проявлениям желтухи. Он может быть легким, кратковременным, приступообразным или упорным и мучительным; наиболее выражен на коже туловища и конечностей, реже - в области гениталий.

Причиной возникновения зуда является прежде всего высокий уровень желчных кислот в сыворотке крови и тканевой среде, что характерно для обструктивных поражений печени. Значительного уменьшения зуда можно достичь с помощью диеты, богатой ненасыщенными жирными кислотами и приема внутрь холестирамина.

**Желтушная окраска** кожного покрова при болезнях печени нередко приобретает генерализованный характер, однако на начальных этапах ее легче заметить на склерах и на мягком небе в области уздечки языка. Причиной ее развития является гипербилирубинемия.

**Крапивница** чаще наблюдается в преджелтушном периоде острого гепатита.

**Телеангиэктазии** в виде множественных мелких, стойко расширенных ветвящихся капилляров ("прожилки") чаще располагаются на ладонях в области возвышения большого пальца и вызвышения мизинца, обусловливая неравномерную синюшно-розовую окраску кожи -"печеночные ладони".

**Пурпура** при болезнях печени представлена множественными мелкими геморрагическими пятнами, располагающимися обычно на голенях.

**Гиперпигментации** при поражениях гепатобилиарной системы обычно имеют грязно-серый цвет и занимают обширные участки кожного покрова. Наиболее выражены на открытых участках кожи. У женщин на лице она может проявляться хлоазмой (периорбикулярная и периоральная пигментация).

**Волосы** на туловище у мужчин довольно часто истончаются и могут полностью выпасть, лобковое оволосение формируется по женскому типу. На голове волосы также редеют вплоть до полного облысения.

При печеночном циррозе нередко отмечаются **утолщение дистальных фаланг** пальцев кистей с деформацией ногтевых пластинок по типу барабанных палочек, изменение окраски ногтей, возникновение поперечных борозд (линии Бо).

**Полосы атрофические** могут наблюдаться у женщин и мужчин на фоне вторичных гормональных нарушений при печеночной патологии. Обычно они располагаются на бедрах, ягодицах, в нижней части живота.

Синдром **поздней кожной порфирии** может развиться при различных поражениях печени, проявляясь образованием пузырей, поверхностных рубцов, пигментацией открытых участков кожи.

# Поражения кожи при болезнях щитовидной железы

О.Л. Иванов, А.Н. Львов   
«Справочник дерматолога»

ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Щитовидная железа вырабатывает гормон тиреоглобулин, активными частями которого являются тироксин и трийодтиронин.

**Гипотиреоз** с выраженным дефицитом гормонов (III степень) обусловливает развитие:

* генерализованной (диффузной) микседемы, характеризующейся сухой, бледной, с желтоватым оттенком, холодной на ощупь кожей,
* маскообразным лицом за счет "твердого" отека,
* отеком и уплотнением кожи кистей, голеней с высыпанием мелких папулезных элементов розового цвета.

Характерны:

* отек гортани с осиплостью голоса,
* сухой анемичный язык с отпечатками зубов,
* дистрофия волос (волосы сухие, ломкие, редкие вплоть до алопеции,
* положительный симптом Хартога - выпадение бровей в латеральной зоне,
* выпадение волос в области лобка и подмышечных ямок).
* У детей возможен кретинизм.

**Лечение:** заместительная тиреоидная терапия.

Гиперфункция щитовидной железы, характерная для диффузного токсического зоба (Базедова-Грейвса болезнь), сопровождается увеличением функционирующей железистой ткани щитовидной железы. Изменения кожи при этом характеризуются следующими особенностями:

* кожа эластичная,
* горячая на ощупь,
* влажная за счет общего гипергидроза,
* нередко бромидроза.

Характерны:

* эритема ладоней,
* дисхромия кожи,
* припухлость и менискообразное свисание век,
* дистрофия ногтей.

Основой развития **претибиальной микседемы** является увеличение продукции тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ). Существует также предположение об аутоиммунном механизме этого процесса за счет выработки антител к тиреоглобулинам.

Болеют преимущественно женщины 40-50 лет.

Процесс локализуется на передней и боковых поверхностях голеней.

Пораженная кожа хрящеподобно уплотнена (ямка при надавливании не образуется), инфильтрирована за счет узловатых полушаровидных подушкообразных плоских элементов, образующих сливной обширный очаг восковидно-желтоватого цвета с характерном признаком "апельсиновой корки", обусловленным расширением отверстий волосяных фолликулов.

# Поражения кожи при болезнях почек

О.Л. Иванов, А.Н. Львов   
«Справочник дерматолога»

ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПОЧЕК разделяют на две группы:

1. сочетанное поражение кожи и почек с единым патологическим процессом при наследственных и приобретенных заболеваниях;
2. кожный синдром, обусловленный почечной недостаточностью.

К 1-й группе относят

* поражения почек и кожи при диффузных болезнях соединительной ткани
  + системная красная волчанка
  + склеродермия
  + дерматомиозит
* системных васкулитах,
* обменных и эндокринных заболеваниях
  + амилоидоз,
  + липоидозы,
  + сахарный диабет,
  + подагра
* острых и хронических инфекциях
  + скарлатина,
  + рожа,
  + сифилис и др.
* наследственной патологии
  + диффузная ангиокератома Фабри,
  + туберозный склероз и др.

Во врачебной практике большее значение имеют поражения 2-й группы. Иногда эти изменения называют *кожным синдромом уремии*.

У больных с почечной недостаточностью часто отмечается общая сухость кожных покровов (ксероз), которая обычно сопровождается фолликулярным кератозом типа "гусиной кожи" на разгибательных поверхностях конечностей и гипотрихозом.

Характерно изменение окраски кожи в виде бледности, желтоватого оттенка, а также диффузных гиперпигментаций. особенно выраженных на открытых участках.

К числу отличительных симптомов терминальной стадии почечного поражения относится так называемый уремический иней: появление на носу, подбородке, шее множественных мелких белых или буроватых зернышек, представляющих собой кристаллы мочевины, выделившиеся из пота.

Одним из частых и характерных симптомов почечной недостаточности является генерализованный кожный зуд - от слабого, периодического до постоянного, мучительного.

Нередко наблюдается сухость и эрозирование слизистой оболочки рта. Примерно у трети больных с почечной недостаточностью выявляют симптом "половинного ногтя": дистальная половина ногтевой пластинки имеет розовато-бурую окраску, а проксимальная - белую.

Не исключается развитие истинной поздней кожной порфирии у больных с почечной недостаточностью

***Поражения кожи при болезнях легких, сердца и сосудов***

О.Л. Иванов, А.Н. Львов   
«Справочник дерматолога»

Поражения кожи при болезнях легких и сердечно-сосудистой системы весьма разнообразны и, как правило, недостаточно специфичны.

Одним из факторов риска коронарной болезни является сеченная гиперлипидемия; частым сопутствующим симптомом в таких случаях является ксантоматоз кожи.

У больных с выраженным атеросклерозом брюшной аорты могут наблюдаться холестериновые эмболии нижних конечностей. Для данной патологии характерны:

* боли в пояснице, ягодицах, голенях и стопах,
* появление на этих участках сетчатого ливедо,
* образование плотных болезненных синюшных бляшек и узлов с некрозами и изъязвлениями в центре;
* могут также развиться цианоз и гангрена пальцев.

Обязательным признаком синдрома леопарда, к проявлениям которого относятся стеноз легочной артерии и большие изменения на ЭКГ, является **кожный лентигиноз**.

Весьма характерны кожные изменения при бактериальном эндокардите:

* подногтевые кровоизлияния,
* пурпурозно-петехиальная сыпь,
* симптом Ослера (приступообразное появление на кончиках пальцев рук и ног мелких красных болезненных узелков),
* симптом Джейнуэя (красные пятна и безболезненные экхимозы на ладонях и подошвах).

С легочной патологией связывают **синдром желтых ногтей**.

Проявления наследственной аллергии в легких и на коже обычно представляют собой сочетание атопической формы бронхиальной астмы с атопический дерматитом.

Хроническая обструктивная легочная болезнь сопровождается общим изменением окраски кожного покрова: при гипервентиляции кожа имеет утрированный розовый цвет, при гиповентиляции - цианотичный

# Поражения кожи при ревматизме

О.Л. Иванов, А.Н. Львов   
«Справочник дерматолога»

ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ чаще всего проедставлены подкожными ревматическими узелками и маргинальной цирцинарной эритемой.

Узелки ревматические подкожные обычно множественные, округлые, плотные, безболезненные, небольших размеров (2-5 мм в диаметре, иногда больше), локализуются в области костных выступов (затылок, локти, плечи, межфаланговые сочленения) и в местах прикрепления сухожилий. Наблюдаются почти у трети больных ревматизмом.

Эритема цирцинарная маргинальная (Лендорфа-Лейнера болезнь) - специфическое для ревматизма проявление в виде быстро распространяющихся, быстро растущих по периферии небольших кольцевидных розовых, имеющих слегка приподнятые отечные или не возвышающиеся над окружающей кожей края.

Сыпь, как правило, не сопровождается субъективными ощущениями и существует не более нескольких недель.

***ПОДАГРА КОЖИ***

О.Л. Иванов, А.Н. Львов   
«Справочник дерматолога»

ПОДАГРА КОЖИ - изменение кожи при подагре обусловлено отложениями в ней кристаллов уратов вследствие нарушения метаболизма пуриновых оснований и мочевой кислоты.

**Клиника.**

Подагра развивается почти исключительно у мужчин среднего возраста и характеризуется артритом, в 15-20% случаев - мочекаменной болезнью или интерстициальным нефритом и поражением кожи в виде подагрических узлов (тофусов).

Узлы локализуются в подкожной жировой клетчатке вокруг межфаланговых суставов, над коленными и локтевыми суставами, в области ушных раковин.

Они имеют сначала мягкую, а затем плотную, каменистую консистенцию; могут быть единичными и множественными, изолированными или слившимися в группы.

Цвет кожи не изменен либо розовато-синюшный. Узлы могут существовать неопределенно долго, не вызывая никаких субъективных ощущений, самопроизвольно рассасываться или вскрываться вследствие истончения кожи над ними с выделением густой массы.

**Диагноз подагры кожи** ставят на основании клинических проявлений на коже, а также наличия других признаков подагры. Важное диагностическое значение имеет повышенное содержание мочевой кислоты в крови.

**Дифференцируют подагру кожи** от:

* липомы
* спонтанного панникулита

**Лечение:**

* диета с исключением алкоголя, ограничением употребления мяса, рыбы, икры, бобовых, цветной капусты и др.;
* постоянное применение аллопуринола,
* нестероидные противовоспалительные средства.
* При отсутствии подагрического поражения почек - урикозурические средства (антуран, этамид).

***ДИАБЕТИДЫ***

О.Л. Иванов, А.Н. Львов   
«Справочник дерматолога»

ДИАБЕТИДЫ - поражения кожи при сахарном диабете. В результате микроангиопатий на коже лица, конечностей возникает стойкая эритема, на голенях - темно-красные шелушащиеся узелки, разрешающиеся в коричневые атрофические рубчики (диабетическая дермопатия).

Диабетическая нейропатия характеризуется образованием на коже стоп перфорирующих язв, сенсорными нарушениями, нарушениями потоотделения.

Возможно развитие «диабетической стопы» (комбинация язвенно-некротических поражений, межпальцевой мацерации с присоединением пиококковой или грибковой флоры, остеомиелита).

Инсулинорезистентная форма диабета может сопровождаться развитием acanthosis nigricans.

Типичен липоидный некробиоз.

Возможно возникновение:

* кольцевидной гранулемы,
* диабетических пузырей,
* гиперпигментации кожи локтей, колен и тыла кистей;
* генерализованного зуда;
* эруптивной ксантомы;
* склеродермиформных изменений кожи,
* витилиго,
* красного плоского лишая (особенно, эрозивной формы - синдром Гриншпана-Потекаева);
* рецидивирующей пиодермии,
* микозов кожи.

# ЗУД КОЖНЫЙ

О.Л. Иванов, А.Н. Львов   
«Справочник дерматолога»

ЗУД КОЖНЫЙ - ощущение, вызывающее потребность расчесывать кожу.

Предполагают, что это видоизмененное болевое ощущение, обусловленное слабым раздражением нервных окончаний в коже, воспринимающих боль. Некоторые исследователи считают, что у человека существуют специфические рецепторы зуда.

Различают два основных вида зуда:

* физиологический зуд (при укусах насекомых),
* патологический - при функциональных и органических поражениях
* нервной системы,
* пищеварительного тракта,
* эндокринных (сахарный диабет),
* обменных (атеросклероз) нарушениях,
* злокачественных заболеваниях внутренних органов,
* крови (лейкозы, лимфогранулематоз),
* токсикозе беременных,
* глистных извазиях и др.

Нередко зуд является симптомом ряда кожных заболеваний, таких как:

* экзема,
* атопический дерматит,
* красный плоский лишай,
* чесотка,
* герпетиформный дерматит Дюринга и др.

В ряде случаев зуд является единственным симптомом болезни кожи.

***Зуд генерализованный*** обычно носит приступообразный характер, нередко усиливается в вечернее и ночное время. Приступы зуда могут иметь характер пароксизмов, становясь нестерпимыми. Больной расчесывает кожу не только ногтями, но и различными предметами, срывая эпидермис (биопсирующий зуд).

В других случаях зуд почти постоянен.

К разновидностям *генерализованного зуда* относят

* старческий,
* высотный,
* солнечный зуд кожи.

Обьективными симптомами зуда являются:

* расчесы точечного или линейного характера,
* симптом "полированных ногтей".

Зуд локализованный чаще возникает в области заднего прохода (анальный зуд), наружных половых органов (зуд вульвы, мошонки).

Причинами развития таких форм локализованного зуда являются:

* хронические воспалительные процессы в органах малого таза,
* глистные инвазии,
* трихомониаз.

Локализованный хронический интенсивный зуд волосистой части головы может быть ранним симптомом лимфогранулематоза, зуд клитора - рака половых органов.

Длительно существующий зуд нередко осложняется присоединением пиококковой инфекции, кандидоза. Неблагоприятно влияет на психику больных.

**Лечение кожного зуда:**

Важно установить и, по возможности, устранить причину зуда.

Симптоматическая терапия:

* седативные,
* психотропные (амитриптилин, тизерцин, этаперазин и др.),
* антигистаминные (фенкарол, перитол, семпрекс, кларитин, телфаст и др.),
* десенсибилизирующие (гемодез, препараты кальция, тиосульфат натрия),
* анестезирующие средства (0,5% раствора новокаина),
* энтеросорбенты (полифепан).

***ЛЕЙКЕМИДЫ***

О.Л. Иванов, А.Н. Львов   
«Справочник дерматолога»

ЛЕЙКЕМИДЫ - поражения кожи при лейкозах специфического характера. Могут отмечаться с различной частотой при всех формах лейкозов.

**Лейкемиды специфические** - опухолевые экстрамедуллярные очаги кроветворения. Возникновение этих очагов обусловлено выходом бластных клеток в сосудистое русло и диссеминацией их в различные органы и ткани. При хронических лейкозах появление лейкемидов может быть первым, а порой и единственным манифестным признаком гематологического заболевания. Наиболее вероятно развитие лейкемидов при моноцитарном лейкозе (у 10-50% больных) и хроническом лимфолейкозе (до 25% случаев). Клинически лейкемиды кожи протекают обычно в виде папулезных, узловатых и опухолевидных образований, эритродермий; к редким формам относятся диффузные инфильтрации и первичные язвы.

**Неспецифические лейкемиды** могут быть обусловлены сопутствующими процессами и осложнениями: анемией, тромбоцитопенией, сепсисом или носить характер паранеоплазий. В последнем случае, иногда задолго до появления клинических признаков поражения системы кроветворения, появляются зуд кожи, приобретенный ихтиоз, крапивница, высыпания, напоминающие многоформную экссудативную эритему, экзему, красную волчанку, пузырные дерматозы и др. В терминальной стадии лейкоза часто наблюдаются множественные геморрагии, септические некрозы кожи.

**Диагноз лейкемидов**, возникающих на фоне развернутой клинической картины лейкоза и специфических сдвигов в периферической крови и костном мозге, обычно не вызывает затруднений. Диагностическая задача усложняется, если лейкемиды являются первым объективным признаком лейкоза или не определяются его клинические проявления и изменения в периферической крови и костном мозге. Наблюдение процесса в динамике, повторные гистологические, гистохимические, цитологические и иммунологические (определение специфических маркеров клеток) исследования позволяют поставить в таких случаях окончательный диагноз.

**Дифференциальный диагноз лейкемидов** проводят с:

* папулезными сифилидами,
* сифилидами третичного периода,
* лепроматозным типом лепры,
* лимфомами кожи,
* саркоидозом,
* псевдолимфомами,
* ограниченным нейродермитом,
* диффузным нейродермитом.

**Лечение** проводят по схемам, применяемым в терапии лейкозов.

***ДЕРМАТОЗЫ ПАРАОНКОЛОГИЧЕСКИЕ***

О.Л. Иванов, А.Н. Львов   
«Справочник дерматолога»

ДЕРМАТОЗЫ ПАРАОНКОЛОГИЧЕСКИЕ (син. дерматозы паранеопластические) - кожные реакции на злокачественные новообразования внутренних органов и систем, которые изменяют физиологические процессы в организме и приводят к накоплению в нем обычно несинтезируемых биологически активных веществ (гормоны, факторы роста и др.) и опухолевых антигенов, не только стимулирующих прогрессирование злокачественного процесса, но и способствующих возникновению новых клинических симптомов.

Параонкологические дерматозы отличаются чрезвычайным многообразием.

В ***первую группу*** включены следующие дерматозы:

* карциноидный синдром,
* эритема мигрирующая неполитическая,
* акрокерапюз псориазиформиый Базекса,
* эритема круговидная Гаммела
* acanthosis nigricans,
* амилоидоз системный первичный,
* болезнь Педжета соска молочной железы,
* гипертрихоз ланугинозный,
* синдром Свита.

Они соответствуют критериям Н. О. Curth:

* совпадение начала или выявления злокачественного новообразования с диагностикой дерматоза;
* параллелизм течения (излечение после удаления опухоли и рецидив или прогрессирование при метастазировании);
* ассоциация дерматоза с определенным типом и расположением опухоли;
* статистическая достоверность ассоциации;
* связь через наследуемый синдром.

***Вторую группу*** представляют дерматозы, частота ассоциации которых со злокачественными процессами статистически недостоверна, но достаточно высока:

* дерматомиозит
* Боуэна болезнь
* дерматит эксфолиативный

В ***третью группу*** входят наследственные дерматозы, при которых ассоциация со злокачественными новообразованиями обусловлена связанными с этими синдромами нарушениями противоопухолевого иммунитета

* Гарднера синдром
* Кауден синдром
* нейрофиброматоз
* Пейтца-Егерса-Турена синдром
* Торре синдром

***Четвертая группа*** включает дерматозы, которые довольно редко связаны со злокачественными новообразованиями внутренних органов, но роль последних в их развитии необходимо учитывать, особенно в резистентных, торпидных к проводимой терапии и рецидивирующих случаях:

* ихтиоз приобретенный
* пемфигоид буллезный
* ангииты кожи
* герпетиформный дерматит Дюринга
* кератоз эруптивный себорейный (синдром Лазера-Трела)
* эритема Дарье центробежная кольцевидная
* герпес опоясывающий
* Хоуэлла-Эванса синдром
* пузырчатка вульгарная
* питириаз круглый
* зуд кожный
* пиодермия гангренозная
* склеродермия

Таким образом, кожные симптомы нередко являются существенной особенностью злокачественных процессов внутренних органов и систем и могут оказать помощь в их раннем выявлении.

Например, антигенное воздействие опухоли при паранеопластическом дерматомиозите выявляется значительно раньше, чем эта опухоль обнаруживается в результате клинических обследований.

В свою очередь, эффективное лечение злокачественного новообразования приводит к стойкому исчезновению параонкологического дерматоза.

***ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ***

О.Л. Иванов, А.Н. Львов   
«Справочник дерматолога»

ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ - группа дерматозов, развитие и течение которых связано с беременностью. После родоразрешения изменения кожи обычно регрессируют.

Среди поражений кожи при беременности выделяют:

* кожный зуд,
* атрофические полосы (стрии),
* папилломы,
* герпес беременных,
* полиморфный дерматоз беременных,
* пруриго,
* зудящие фолликулиты беременных;

реже встречаются:

* папулезный дерматит
* аутоиммунный прогестероновый дерматит беременных,
* импетиго герпетиформиое

Во время беременности могут обостриться:

* экзема,
* псориаз,
* крапивница
* другие дерматозы, которые были до беременности.

**Зуд кожный** возникает у 2% беременных в III триместре беременности. Его развитие связывают с рецидивирующим холестазом. Обычно локализуется в области живота. После родов зуд исчезает.

**Полосы атрофические** (стрии беременных) появляются у большинства беременных на коже живота, ягодиц, молочных желез.

**Папилломы** (мягкие бородавки) - множественные мягкие мелкие (5 мм) выросты на ножке, часто появляющиеся во второй половине беременности на коже лица, шеи, подмышечных впадин, под молочными железами.

**Дерматоз беременных полиморфный** (эритема беременных токсическая) - дерматоз, развивающийся в III триместре обычно первой беременности. Развитие дерматоза связывают с аномальным увеличением массы тела беременной и плода. Характеризуется зудящими уртикарно-папулезными и бляшкоподобными высыпаниями, образующими сливные полициклические очаги. Могут отмечаться единичные везикулы. Основная локализация высыпаний - кожа живота, конечностей. Каких-либо неблагоприятных (в том числе токсических) влияний на беременную и плод не отмечено.

Лечение:

* седативные (пустырник и др.),
* антигистаминные средства;

наружно:

* противозудные взбалтываемые взвеси,
* кремы с каламином (цинковая крем-истая руда),
* кортикостероидные мази.

**Пруриго беременных** возникает в более ранние сроки (от 25-й до 30-й недели) и не имеет уртикарного характера, в отличие от полиморфного дерматоза. Проявляется диссеминированными зудящими пруригинозными высыпаниями в виде экскориированных узелков с геморрагической корочкой на вершине. Сыпь сохраняется на протяжении всей беременности, плохо поддается лечению.

**Фолликулиты беременных** зудящие возникают во II-III триместре беременности и напоминают стероидные угри.

**Дерматит беременных папулезный** и **дерматит беременных аутоиммунный** прогестероновый встречаются редко.

Кроме того, во время беременности может отмечаться:

* более выраженная общая пигментация кожи,
* увеличиваются количество и размеры меланоцитарных невусов.
* Во второй половине беременности у 70% женщин развивается хлоазма.
* Волосы несколько редеют.
* Иногда отмечается некоторый гипертрихоз (гирсутизм) в сочетании с акне, обычно во второй половине беременности.
* Ногтевые пластинки могут истончаться, подвергаться онихолизису.
* Характерны увеличение частоты потницы,
* обострение Фокса-Фордайса болезни.
* Сосудистые изменения связывают с действием эстрогенов, они проявляются у 70% беременных эритемой ладоней.
* Часто наблюдаются варикозное расширение вен конечностей. геморрой.
* Возможен также отек лица, век, стоп, кистей, которым возникает в утренние часы и исчезает к вечеру.
* У 80% беременных развиваются гингивиты.
* Возможно увеличение частоты инфекционных поражений, особенно:
  + кандидоза,
  + остроконечных кондилом,
  + простого герпеса,
  + бовеноидного папулеза.

Во время беременности обостряются:

* аутоиммунные заболевания (особенно красная волчанка),
* лимфомы (грибовидный микоз и др.),
* атопический дерматит и др.

# ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

О.Л. Иванов, А.Н. Львов   
«Справочник дерматолога»

ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ занимают особое место в клиническом симптомокомплексе ВИЧ-инфекции, являясь наиболее частым и ранним ее проявлением. Дерматозы на фоне ВИЧ-инфекции иногда приобретают несвойственные им клинические характеристики. Природа их многообразна, чаще инфекционно-паразитарная. Наибольшее практическое значение для наших широт имеют:

* микотические поражения,
* вирусные заболевания,
* пиодермиты,
* сосудистые изменения,
* себорейный дерматит,
* так называемая папулезная сыпь и др.

**Микотические заболевания** при ВИЧ-инфекции представлены чаще всего кандидозом и руброфитией. Нередки паховая эпидермофития и разноцветный лишай. Общими их особенностями следует считать быструю генерализацию с образованием обширных очагов, расположенных по всему кожному покрову, включая волосистую часть головы, лицо, кисти и стопы, упорное течение и стойкость к проводимому лечению: полученные ремиссии, как правило, вскоре сменяются рецидивами.

**Кандидоз**, особенно полости pта, практически не распространен среди взрослых вне ВИЧ-инфекции, не получавших ранее антибиотики и кортикостероиды. Ему присущи следующие особенности:

* поражение лиц молодого возраста, особенно мужчин;
* преимущественное вовлечение в процесс слизистых оболочек рта, половых органов и перианалыюй области;
* тенденция к образованию обширных очагов, сопровождающихся болезненностью; склонностью к эрозированию и изъязвлению.

**Руброфития** может принимать необычные клинические варианты: протекает по типу многоформной экссудативной эритемы, себорейного дерматита, ладонно-подошвенной кератодермии; может быть представлена многочисленными плоскими папулами; закономерно формирование онихий и паронихий. Обращает на себя внимание обилие мицелия в препаратах, взятых для микроскопического исследования.

При **разноцветном лишае** изолированные пятна диаметром до 5 см могут трансформироваться в папулы и бляшки.

**Вирусные заболевания** кожи и слизистых оболочек при ВИЧ-инфекции - частое явление.

**Герпес простой** поражает обычно полость рта, половые органы и перианальную область, отличаемся обилием высыпных элементов вплоть до диссеминации процесса, частыми рецидивами, порой перманентным, без ремиссий, течением, склонностью к эрозированию и изъязвлению, что сопровождается болезненностью. В отпечатках с эрозивной поверхности обнаруживают акантолитические клетки (клетки Тцанка). Часто рецидивы простого герпеса в полости рта приводят к образованию торпидно текущих, незаживающих эрозий. Особенно склонны к изъязвлению герпетические высыпания на половых органах и перианальной области (у гомосексуалистов).

Крайне болезнен герпетический проктит. Возможны необычные локализации проявлений простого герпеса.

Вирус на фоне ВИЧ-инфекции при повторном применении ацикловира довольно быстро приобретает резистентность к этому препарату.

**Герпес опоясывающий** нередко служит ранним и единственным признаком ВИЧ-инфекции. Достоверность клинического предположения о связи опоясывающего герпеса с ВИЧ-инфекцией возрастает, если эти условия дополняются наличием у больного стойкой лимфаденопатии. Возможны диссеминированные формы. Рецидивы опоясывающего герпеса свидетельствуют о переходе заболевания в последнюю стадию.

**Цитомегаловирус** при ВИЧ-инфекции - частая причина разнообразных поражений различных органов, тканей и систем. Кожные покровы и слизистые оболочки в цитомегаловирусную инфекцию вовлекаются редко и представляют собой плохой прогностический признак.

**Моллюск контагиозный** как признак ВИЧ-инфекции отличается локализацией у взрослых на лице, быстрой диссеминацией, рецидивирующим течением.

**Волосатая лейкоплакия** служит плохим прогностическим признаком.

**Бородавки вульгарные и остроконечные кондиломы** быстро увеличиваются в размерах, часто рецидивируют.

**Пиодермиты** как спутники ВИЧ-инфекции многочисленны и разнообразны. Чаще всего встречаются фолликулиты, приобретающие иногда клиническое сходство с юношескими угрями (акнеформные фолликулиты) и различные формы импетиго, стрептококковые эктимы . Ценным клиническим маркером ВИЧ-инфекции следует считать хронические формы пиококкового процесса - вегетирующую, диффузную и особенно шанкриформную пиодермии.

Изменения кожных покровов и слизистых оболочек, связанные с **нарушениями функции сосудов**, протекают чаше всего в виде эритематозных пятен, многочисленных, густо расположенных на груди телеангиэктазий и геморрагических высыпаний.

**Дерматит себорейный** отмечается более чем у половины инфицированных ВИЧ уже в раннем периоде. По мере углубления иммунного дефицита процесс приобретает прогредиентное течение. Клинические проявления широко варьируют от абортивных ограниченных форм до тяжелых генерализованных. Принимая тяжелое течение, процесс выходит за пределы локализации классического варианта, распространяясь на кожу живота, боковых поверхностей туловища, промежность, верхние и нижние конечности; при резко усиленном шелушении высыпания похожи на проявления вульгарного ихтиоза. Развитие себорейного дерматита у инфицированных ВИЧ объясняют активностью питироспоральной флоры.

**Сыпь папулезная** отличается небольшими размерами, полушаровидной формой, цветом нормальной кожи или красноватой окраской, плотноватой консистенцией, гладкой поверхностью, изолированным расположением без тенденции к слиянию. Локализуется на голове, шее, туловище, особенно в верхней части, на конечностях. Количество элементов подвержено широким колебаниям от единичных до многих сотен. Высыпания обычно сопровождаются зудом.

Таким образом, дерматозы при ВИЧ-инфекции отличаются:

* упорным течением,
* нарастающей тяжестью,
* формированием несвойственных им клинических характеристик,
* стойкостью к лечению
* сочетанием с лимфаденопатией.

Наиболее достоверным клиническим критерием ВИЧ-инфекции. бесспорно, следует признать **саркому Капоши**. В практических целях принято выделять два типа саркомы Капоши как клинической формы ВИЧ-инфекции - висцеральный и дермальный.

Саркоме Капоши при ВИЧ-инфекции свойственны следующие клинические характеристики: молодой возраст больных, яркая окраска высыпных элементов, необычная их локализация, причем нередко первоначальная (голова, особенно лицо, шея, туловище, полость рта, половые органы), быстрая диссеминация, агресствное течение с вовлечением в процесс лимфатических узлов и внутренних органов.

Подобная эволюция саркомы Капоши проходит обычно за 1,5-2 года. Совокупность этих характеристик позволяет достоверно отграничить саркому Капоши при ВИЧ-инфекции от ее классической разновидности.

Терминальная стадия, или собственно СПИД, проявляется осложнениями в виде тяжелых, обычно множественных, оппортунистических инфекций и разнообразных новообразований.