

УДК 616.5-002+616.521-008
ББК 55.831.2
А92

01-УПС-2487

Научные редакторы:

Потекаев Николай Николаевич — д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой кожных болезней и косметологии ФДПО ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, директор ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения г. Москвы, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы;

Львов Андрей Николаевич — д-р мед. наук, проф., руководитель отдела клинической дерматовенерологии и косметологии ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения г. Москвы.

А92 Атопический дерматит и экзематозные расстройства / под ред. Дональда Рудикоффа, Стивена Р. Козна, Ноа Шайнфельда; пер. с англ. под ред. Н. Н. Потекаева, А. Н. Львова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 384 с.: ил.

ISBN 978-5-9704-4088-9 (рус.)

Книга, посвященная атопическому дерматиту и экзематозным расстройствам, подготовленная группой наиболее авторитетных зарубежных экспертов, на русский язык переведена впервые. Издание в полной мере раскрывает современные эпидемиологические, патогенетические, клинические, лабораторно-диагностические и лечебно-профилактические аспекты находящейся в фокусе проблемы. Качественные иллюстрации успешно дополняют научный текст.

Издание не только окажет максимальную практическую помощь студентам медицинских вузов и начинающим врачам, но и станет хорошим подспорьем для опытных клиницистов: дерматовенерологов, аллергологов-иммунологов, педиатров, семейных врачей и других специалистов.

Данное издание, представляющее собой перевод
с английского оригинального издания «Atopic Dermatitis and Eczematous Disorders»
which is authored/edited by Donald Rudikoff, Steven R. Cohen & Noah Scheinfeld,
опубликовано по согласованию с CRC Press, a member of the Taylor & Francis Group.
Все права защищены.

Authorised translation from the English language edition published
by CRC Press, a member of the Taylor & Francis Group. All Rights Reserved.

Точные указания, побочные реакции и дозировки лекарственных препаратов, указанные в книге, могут изменяться. Читатель/Южет получить подробную информацию из аннотаций, прилагаемых производителем к данным препаратам. Авторы, редакторы, издатели или распространители не несут ответственности за ошибки, упущения или последствия применения данной информации, а также за ущерб, нанесенный человеку или собственности вследствие данной публикации.

УДК 616.5-002+616.521-008
ББК 55.831.2

© 2014 by Taylor & Francis Group, LLC. CRC Press is an imprint of
Taylor & Francis Group, an Informa business.

ISBN 978-5-9704-4088-9 (рус.)

ISBN 978-1-84076-195-5 (англ.) русский язык, 2017

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», перевод на

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие к изданию на русском языке	8
Предисловие к изданию на английском языке.....	9
Авторы.....	11
Список сокращений и условных обозначений.....	14
Глава 1. Экзема и атопический дерматит: история.....	15
1.1. Экзема в истории и литературе.....	16
1.2. Эволюция термина «экзема».....	17
1.3. Экзема у младенцев.....	19
1.4. Современные дерматологи и ранние описания экземы.....	19
1.5. Нужно ли отказаться от термина «экзема»?.....	25
1.6. Лечение.....	26
1.7. Заключение.....	27
Глава 2. Эпидемиология атопического дерматита.....	29
2.1. Введение.....	29
2.2. Различные подходы к классификации заболеваний.....	31
2.3. Описательная (дескриптивная) эпидемиология атопического дерматита.....	33
2.4. Динамика заболевания.....	38
2.5. Факторы риска.....	38
2.6. Гигиеническая гипотеза.....	40
2.7. Заключение.....	43
Глава 3. Клинические аспекты и дифференциальный диагноз атопического дерматита.....	45
3.1. Клинические проявления.....	45
3.2. Дифференциальная диагностика.....	63
3.3. Заключение.....	78
Глава 4. Атопический дерматит у детей первого года жизни.....	81
4.1. Введение.....	81
4.2. Эпидемиология.....	82
4.3. Патогенез.....	85
4.4. Клинические характеристики.....	86
4.5. Осложнения.....	88
4.6. Возможности терапии.....	90
4.7. Заключение.....	96
Глава 5. Зуд при атопическом дерматите: патофизиология и методы лечения....	99
5.1. Патофизиология зуда при атопическом дерматите.....	99
5.2. Медиаторы зуда при атопическом дерматите.....	103
5.3. Взаимодействие кожных нервных волокон и рогового слоя.....	106
5.4. Лечение.....	106
5.5. Выводы.....	112
Глава 6. Патогенез атопического дерматита и «атопиформного» дерматита.....	113
6.1. Введение.....	113
6.2. Аспекты патогенеза.....	114
6.3. Патогистология и иммуногистология.....	116
6.4. Т-лимфоциты и цитокиновое микроокружение.....	119
6.5. Формирование высыпаний при атопическом дерматите.....	129
6.6. Кожный барьер при атопическом дерматите.....	136
6.7. Врожденный иммунитет и антимикробные пептиды.....	136
6.8. Значение филагтрина для реализации барьерной функции и гидратации эпидермиса.....	140
6.9. Патология липидов и керамидов.....	142
6.10. Плотные соединения и клаудин.....	144
6.11. Кислотная мантия — pH кожи при атопическом дерматите.....	144
6.12. Эпикутанная презентация гена через нарушенные барьерные структуры кожи.....	145
6.13. Атопические накожные пробы.....	145
6.14. Правило 500 дальтон.....	146
6.15. Потоотделение и антигены потовой жидкости.....	146
6.16. <i>Staphylococcus aureus</i> и другие возбудители.....	147
6.17. Факторы, секретируемые кератиноцитами.....	148
6.18. Эозинофилы.....	149
6.19. Тучные клетки.....	151
6.20. Гистамин.....	151
6.21. Другие медиаторы тучных клеток.....	152
6.22. Нервы и нейротрофины.....	152
6.23. Заключение.....	153
Глава 7. Атопический дерматит: точка зрения аллерголога.....	155
7.1. Гигиеническая гипотеза.....	155
7.2. Развитие событий при атопии («атопический марш») (корреляция атопического дерматита и астмы).....	156
7.3. Эндогенные и экзогенные формы атопического дерматита.....	158
7.4. Аллергическая иммунопатология атопических кожных заболеваний.....	159
7.5. Иммуноглобулин Е и рецепторы к иммуноглобулину Е.....	160

7.6. Идентификация триггерных факторов развития аллергии.....	161	12.4. Псорален и ультрафиолетовый свет, экстракорпоральный фотоферез.....	216
7.7. Диагностическое тестирование.....	161	12.5. Разное.....	218
7.8. Профилактика.....	164	12.6. Заключение.....	220
7.9. Суперантигены.....	168	Глава 13. Экзема и орган зрения.....	221
7.10. Связь с другими нарушениями иммунной системы.....	169	13.1. Атопический дерматит.....	222
7.11. Заключение.....	169	13.2. Кератоконъюнктивит.....	222
Глава 8. Восстановление барьерных структур кожи при лечении атопического дерматита.....	171	13.3. Кератоконус.....	223
8.1. Функционирование эпидермального барьера.....	171	13.4. Катаракта.....	224
8.2. Терапевтические вмешательства.....	174	13.5. Отслойка сетчатки.....	225
8.3. Новые препараты.....	175	13.6. Увеит.....	226
8.4. Заключение.....	176	13.7. Блефарит и дерматит век.....	226
Глава 9. Роль инфекционных агентов при атопическом дерматите.....	177	Глава 14. Дерматит кистей.....	233
9.1. Введение.....	177	14.1. Распространенность.....	233
9.2. <i>Staphylococcus aureus</i> при атопическом дерматите.....	177	14.2. Клинические варианты.....	234
9.3. Стрептококковые инфекции.....	182	14.3. Контактный дерматит.....	234
9.4. Грибковые инфекции.....	182	14.4. Клинические характеристики.....	236
9.5. Дерматофиты.....	183	14.5. Профессиональные аспекты.....	237
9.6. Вирусные инфекции.....	183	14.6. Контактная крапивница и ее эволюция в экзематозный дерматит кистей.....	238
9.7. Вакцинальная экзема.....	186	14.7. Факторы риска дерматита кистей.....	243
9.8. Заключение.....	187	14.8. Лечение.....	247
Глава 10. Наружная терапия атопического дерматита.....	189	14.9. Хронический характер течения, прогноз и прогностические факторы... ..	254
10.1. Общие лечебные мероприятия.....	189	14.10. Экономические факторы.....	255
10.2. Наружные глюкокортикостероиды.....	191	14.11. Заключение.....	256
10.3. Наружные противозудные средства и деготь.....	191	Глава 15. Связь между атопическим и контактным дерматитом.....	259
10.4. Наружные ингибиторы кальциневрина.....	193	15.1. Введение.....	259
10.5. Изделия медицинского назначения для лечения атопического дерматита... ..	194	15.2. Патогенез.....	260
10.6. Парадигма наружной терапии.....	195	15.3. Иммунология.....	260
Глава 11. Препараты для системной терапии атопического дерматита ...	197	15.4. Связь атопического дерматита и аллергического контактного дерматита.....	263
11.1. Системные глюкокортикостероиды	197	15.5. Связь атопического дерматита и ирритантного контактного дерматита.....	264
11.2. Циклоспорин и другие ингибиторы кальциневрина	199	15.6. Диагноз.....	264
11.3. Азатиоприн.....	200	15.7. Лечение.....	265
11.4. Микофенолата мофетил.....	201	15.8. Заключение.....	266
11.5. Метотрексат.....	202	Глава 16. Нуммулярный дерматит.....	267
11.6. Интерферон-гамма.....	204	16.1. Введение.....	267
11.7. Иммунобиологические препараты.....	204	16.2. Эпидемиология.....	267
11.8. Заключение.....	210	16.3. Клинические проявления.....	267
Глава 12. Фотохимиотерапия атопической экземы.....	211	16.4. Ассоциация с другими клиническими состояниями.....	270
12.1. Ультрафиолет А и ультрафиолет В.....	213	16.5. Данные лабораторного и гистологического исследования.....	270
12.2. Узкополосный ультрафиолет В.....	214	16.6. Дифференциальная диагностика.....	271
12.3. Ультрафиолет А1.....	215	16.7. Патогенез.....	273
		16.8. Лечение.....	274
		16.9. Заключение.....	275

Глава 17. Застойный дерматит.....	277
17.1. Введение.....	277
17.2. Клинические проявления.....	277
17.3. Клинические осложнения застойного дерматита.....	278
17.4. Патофизиология застойного дерматита.....	280
17.5. Диагностика застойного дерматита.....	282
17.6. Лечение застойного дерматита.....	282
17.7. Заключение.....	284
17.8. Благодарности.....	284
Глава 18. Себорейный дерматит.....	285
18.1. Введение.....	285
18.2. Определение и классификация.....	285
18.3. Клинические проявления.....	286
18.4. Дифференциальная диагностика.....	291
18.5. Гистология.....	292
18.6. Причины.....	293
18.7. Лечение.....	295
18.8. Заключение.....	297
Глава 19. Пагогистолопия экземы.....	299
19.1. Введение.....	299
19.2. Общий обзор гистоморфологических признаков.....	300
19.3. Гистоморфологические признаки отдельных форм экземы.....	303
Глава 20. Эритродермический/ эксфолиативный дерматит.....	319
20.1. Эритродермия у детей и новорожденных.....	323
20.2. Злокачественные новообразования и недерматологические заболевания как причины эритродермии.....	327
20.3. Заключение.....	330
Глава 21. Первичные иммунодефициты... 333	
21.1. Введение.....	333
21.2. Синдром Вискотта-Олдрича.....	335
21.3. Гипериммуноглобулинемия Е (синдром Джоба).....	339
21.4. Синдром Оменна.....	345
21.5. Синдром дисрегуляции иммунитета, полиэндокринопатии, энтеропатии, сцепленный с Х-хромосомой.....	348
21.6. Заключение.....	350
Глава 22. ВИЧ-инфекция и atopический дерматит.....	351
22.1. Введение.....	351
22.2. Ассоциированные с ВИЧ atopические заболевания.....	352
22.3. Повышение иммуноглобулина Е и эозинофилия у ВИЧ-инфицированных пациентов.....	352
22.4. Диагностика.....	353
22.5. Дифференциальная диагностика ассоциированного atopического дерматита.....	355
22.6. Лечение.....	360
22.7. Заключение.....	360
Глава 23. Вульгарный ихтиоз.....	361
23.1. Патофизиология и генетика.....	361
23.2. Эпидемиология и клинические проявления.....	362
23.3. Дифференциальная диагностика.....	364
23.4. Лечение.....	366
23.5. Заключение.....	366
Глава 24. Правовые аспекты atopического дерматита.....	367
24.1. Введение.....	367
24.2. Трудоустройство и закон о льготах....	367
24.3. Гражданское право: врачебная ошибка, ответственность за качество продукции и другие иски о возмещении вреда.....	370
24.4. Семейное и уголовное право: педиатры и детская опека, безнадзорность и злоупотребление.....	374
24.5. Заключение.....	375
24.6. Таблица прецедентов.....	375
Предметный указатель.....	377
Список литературы*	

ПРЕДИСЛОВИЕ К ИЗДАНИЮ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Глубокоуважаемые коллеги!

Нам, научным редакторам перевода, выпала большая честь представить отечественным врачам российское издание хорошо известной за рубежом монографии «Атопический дерматит и экзематозные расстройства», вышедшей в свет всего два года назад под редакцией известных ученых Дональда Рудикоффа (Donald Rudikoff), Стивена Р. Козна (Steven R. Cohen) и Ноа Шайнфельда (Noah Scheinfeld).

Книга, которую вы держите в руках, ожидаема и востребована. Она в полной мере отражает большую эпидемиологическую и социальную значимость, клиническую и диагностическую составляющую, современные принципы терапии и профилактики, пожалуй, одной из самых распространенных нозологических групп в дерматологии.

Не без основания полагаем, что этот отлично иллюстрированный труд является наиболее полным, энциклопедичным, но в то же время компактным изданием по проблеме атопического дерматита и ассоциированных расстройств за последние годы. Он четко отражает позицию, прежде всего, американской

дерматологической школы и обширный личный опыт авторов. Этот факт, а также качество материала должны предопределить успех книги среди российских специалистов.

Несмотря на то что при подготовке настоящего издания возникали определенные сложности из-за различий в российских и зарубежных классификациях, клинической трактовке, принципах терапии, в вопросах дерматологической терминологии мы постарались найти компромиссные решения, приемлемые для подготовленного читателя. В структуре книги следует особо отметить разделы, посвященные современным представлениям о патогенезе атопического дерматита, контактного дерматита, экземы и зуда. Детальный междисциплинарный анализ этих состояний с позиции не только дерматолога, но и аллерголога, иммунолога, медицинского генетика, патогистолога позволил обобщить весь массив современных исследований и достижений в этой многогранной и сложной области.

Надеемся, что книга «Атопический дерматит и экзематозные расстройства» благодаря своей современности, своевременности, наглядности и содержательности станет хорошим подспорьем и для опытного, и для молодого врача, а изложенные знания послужат главному — повышению качества жизни и укреплению здоровья наших пациентов.

*Д-р мед. наук, проф. Н.Н. Потеев
Д-р мед. наук, проф. А.Н. Львов
Москва, 2016 г.*

Глава 2

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Патрик О. Эмануэль, Ноа Шайнфельд и Хивел Уильямс

2.1. ВВЕДЕНИЕ

Эпидемиология АтД до сих пор привлекала меньше внимания, нежели патофизиология и терапия этого дерматоза. Поскольку АтД — динамическое заболевание, обусловленное влиянием генетических и средовых факторов, представления относительно его эпидемиологии крайне важны, особенно в плане выявления модифицируемых факторов риска, коррекция которых в перспективе сможет предотвратить заболевание. Возможно, в связи с ростом заболеваемости АтД интерес исследователей к эпидемиологии этой болезни с конца 80-х гг. прошлого века также вырос (Williams, 1992; Williams et al., 2008). Также влияние на рост интереса оказали вопросы, связанные с изучением качества жизни, и высокая «цена» болезни как в плане финансовых, так и социальных и личных затрат.

Традиционно эпидемиология фокусировалась на заболеваемости (инцидентности) или распространенности (превалентности) заболеваний, а также связи этих показателей с возрастом, полом, географией (Holden and Parish, 1998). В настоящее время эпидемиология также нацелена на изучение факторов риска заболеваний и тех вмешательств, с помощью которых можно предупредить или излечить ту или иную болезнь (Hennekens and Buring, 1987). Все эти параметры также важны и в отношении АтД.

Поскольку АтД является результатом взаимодействия генетических и средовых факторов, не удивительно, что показатели его распространенности значительно варьируют по всему миру (рис. 2.1) (Odhambo et al., 2009).

Поскольку морфология (от острых везикулярных высыпаний до хронических по типу лихенификации), топика высыпаний, а

также динамика заболевания высоко вариабельны, диагностика АтД вызывает затруднения. Соответственно сравнительную оценку распространенности АтД крайне трудно осуществить, а данные интерпретировать. В значительной степени современными сведениями относительно распространенности и распределения АтД в мире мы обязаны крупным многоцентровым проектам, например, международному исследованию астмы и аллергии у детей (Odhambo et al., 2009).

Вполне возможно, что по мере накопления знаний о генетике барьерной функции и иммунологической дисфункции будут выделены различные подтипы АтД. Продолжающиеся эпидемиологические исследования откроют новые перспективы поиска причин, методов профилактики и лечения этих выделенных вариантов.

Как упомянуто в большинстве публикаций, значимой трудностью при поиске причин АтД является отсутствие стандартизованного определения болезни, примененного для всех популяционных исследований. «Объективные тесты», например повышенные уровни общего или специфического IgE и внутрикожные пробы (прик-тест, скарификационные кожные пробы), часто включаются в более строгие определения АтД, однако применение этих тестов может исключить значимую долю пациентов с определенным кожным фенотипом (Schafer et al., 1999; Bohme et al., 2001; Flohr et al., 2004).

Переоценка значимости лабораторных параметров, например, IgE у госпитализированных пациентов, может быть отражением эпифеномена, связанного с тяжестью заболевания. Ограничение популяционных исследований только испытуемыми с объективно подтвержденной сенсibilизацией и поэтому

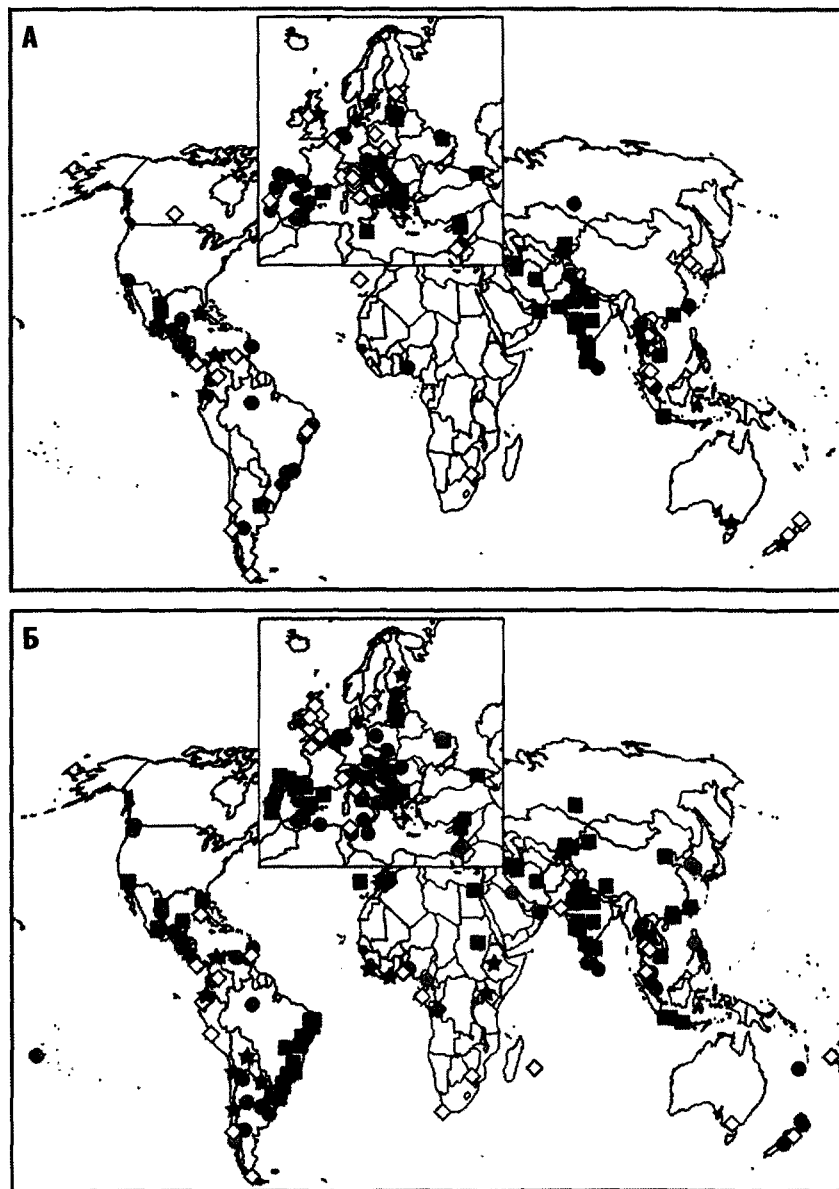


Рис. 2.1. Карты мира, отражающие распространенность актуальных симптомов экземы для возрастных групп 6-7 лет (А) и 13-14 лет (Б). Каждый символ обозначает исследовательский клинический центр. Синие квадраты обозначают распространенность <5%, зеленые круги — распространенность от 5 до <10%, желтые ромбы — распространенность от 10 до <15%, а красные звезды — распространенность 15% и выше. Европа изображена в более крупном масштабе на дополнительной вставке (перепечатано из Odhiambo et al. 2009. © 2009 с разрешения издательства Elsevier)

с истинным «атопическим» дерматитом может быть нецелесообразным до тех пор, пока истинная роль IgE в формировании клинических проявлений заболевания не станет более понятной и пока не появятся более четкие маркеры АтД (Stranegerd and Stranegerd, 1978; Williams and Flohr, 2006). Пока не найдены более подходящие объективные маркеры заболевания, следует пользоваться клиническими определениями заболевания, хотя они и являются несовершенными (Williams, 2000).

Клинические определения остаются нечеткими. В публикациях содержатся различные методологические подходы к проблеме, включая основанные на опросниках (некоторые из них опираются на утверждения матерей о наличии «экземы»); анамнестических сведениях, полученных от врачей; результатах непосредственных осмотров (Williams, 1999). В других случаях, например, в международном исследовании астмы и аллергий (International Study of Asthma and Allergies), предпочтение отдано определениям, основанным на симптоматологическом подходе, что позволяет избегать терминов «болезни», например, собственно понятия «атопический дерматит», использование которых может меняться в соответствии с «модой» (Williams et al., 2008). Однако и в этом случае результаты могут быть смещены из-за вариабельности оценки симптомов как одним, так и разными исследователями.

Дополнительные затруднения также связаны с неоднородностью исследований, в которых изучаются различные возрастные группы и временные периоды регистрации симптомов (Williams, 2000).

2.2. РАЗЛИЧНЫЕ ПОДХОДЫ К КЛАССИФИКАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В литературе, посвященной эпидемиологии АтД, используются различные подходы к классификации заболевания. Диагностические критерии АтД Ханифина и Райка (Hanifin and Rajka, 1980) представляли собой веху синдромальной клинической диагностики. Однако некоторые исследователи подвергают сомнению достоверность этих критериев, поскольку их использование

в крупномасштабных исследованиях крайне проблематично в связи с их сложностью и низкой специфичностью (Schultz Larsen, 1993; Williams, 2000). В Великобритании рабочая группа из 16 врачей предложила минимальный список надежных критериев диагностики АтД (UK working party criteria), основанных на уточнении оригинальных критериев Hanifin и Rajka (блок 2.1). Валидность этих критериев была подтверждена как в исследованиях стационарных больных, так и в населении (Brenninkmeijer et al., 2008). Критерии британской рабочей группы продемонстрировали приемлемую чувствительность (80%) и специфичность (97%) при сравнении с «золотым стандартом» — клиническим диагнозом дерматолога (Williams, 2000). Кроме того, данные критерии легко использовать — это занимает менее 2 мин. Только один из критериев британской рабочей группы (видимый дерматит сгибательных поверхностей) требовал дополнительной подготовки для его правильного использования. Соответственно был разработан специальный тренировочный протокол с тестами контроля качества обучения (Williams et al., 1995), бесплатно доступный в сети Интернет по адресу: www.nottingham.ac.uk/dermatology/eczema/index.html (ссылка актуальна на 12 октября 2011 г.). Эффективность критериев британской рабочей группы подтверждена исследованиями в различных регионах мира, включая Румынию (Popescu et al., 1998), Китай (Gu et al., 2001), Бразилию (Yamada et al., 2002). Лишь в одном исследовании (среди африканцев, говорящих на языке Хоса) обнаружена низкая валидность при сравнении с диагнозом дерматолога, что может быть связано с трудностями перевода и культуральными различиями. Валидность подтвердил лишь один объективный физический симптом (поражение кожи сгибательных поверхностей), что, вероятно, обусловлено отсутствием лингвистического аспекта (Chalmers et al., 2007). Несмотря на удовлетворительные результаты использования британских критериев в исследованиях распространенности АтД в различных популяциях, до сих пор открытым остается вопрос выбора эффективных диагностических критериев для исследований по типу «случай-контроль» или для генетических исследований.

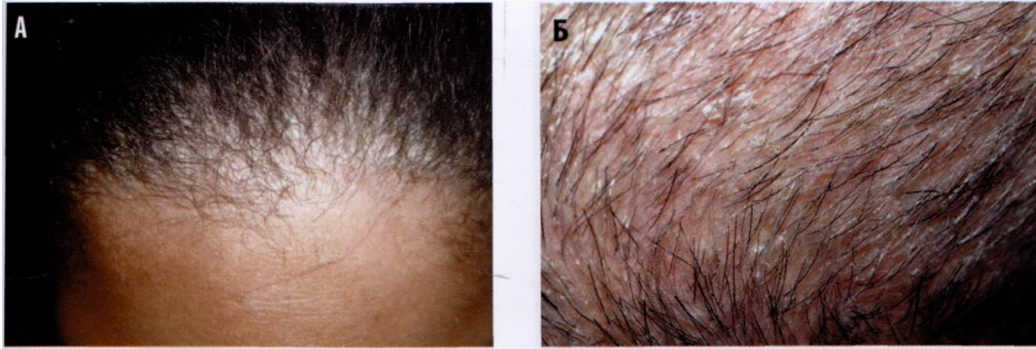


Рис. 18.1. А — себорейный дерматит с белыми пятнами шелушения; Б — увеличение волосистой части головы при себорейном дерматите, показывающее зернистое шелушение

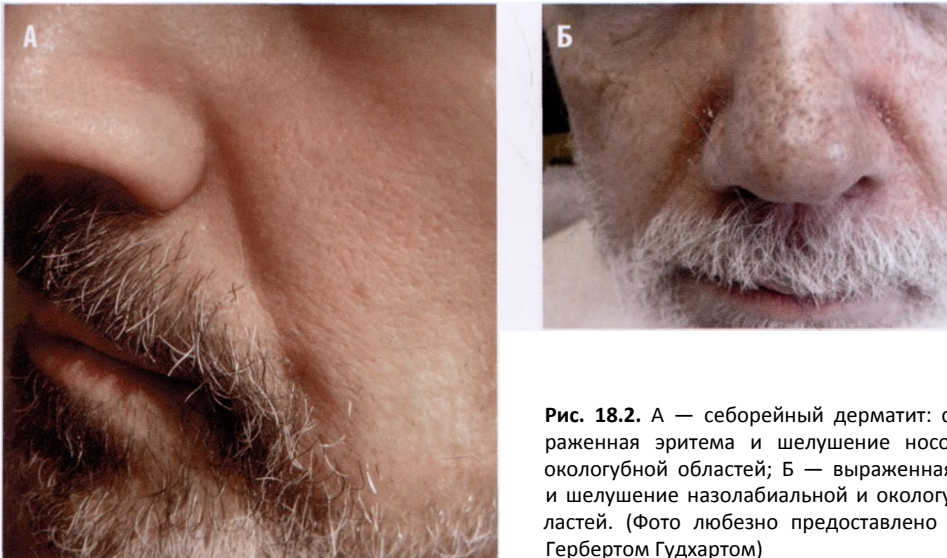


Рис. 18.2. А — себорейный дерматит: слабо выраженная эритема и шелушение носогубной и окологубной областей; Б — выраженная эритема и шелушение назолабиальной и окологубной областей. (Фото любезно предоставлено доктором Гербертом Гудхартом)



Рис. 18.3. Себорейный дерматит: сильное шелушение лба, висков и волосистой части головы. (Фото любезно предоставлено доктором Гербертом Гудхартом)

Рис. 18.4. Себорейный дерматит с шелушением бровей

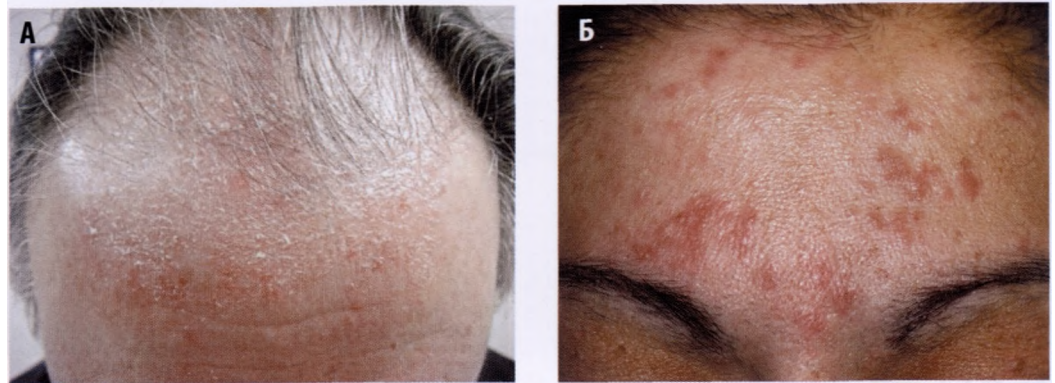


Рис. 18.5. А — шелушение лба и волосистой части головы у пациента с себорейным дерматитом. (Фото любезно предоставлено доктором Гербертом Гудхартом); Б — лепестковидные эритематозные пятна шелушения на лбу

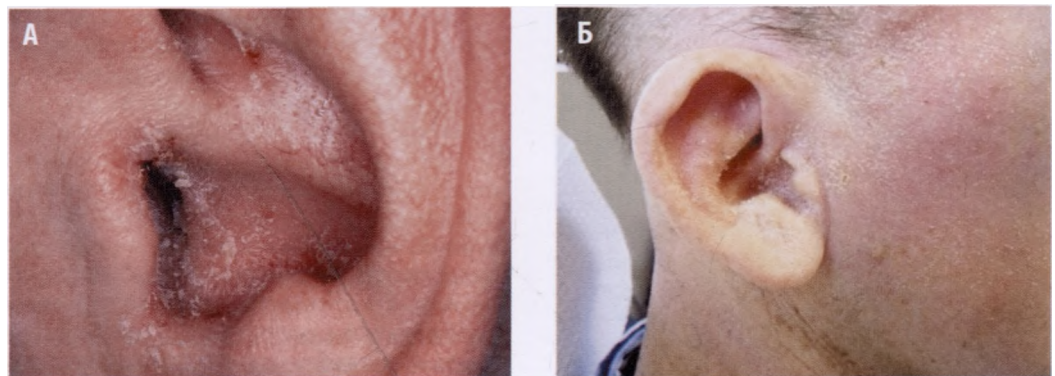


Рис. 18.6. А — шелушение ушных раковин; Б — шелушение наружного уха и преаурикулярной области. (Фото любезно предоставлено доктором Гербертом Гудхартом)



Рис. 18.7. Постаурикулярный вторично инфицированный себорейный дерматит с эрозиями

Рис. 18.8. Лицевая поствоспалительная гипопигментация с себорейным дерматитом у подростка-афроамериканца

очаги, образующиеся на лице, могут навести на мысль о дерматофитной инфекции или вторичном сифилисе (рис. 18.9). Поражения



Рис. 18.9. Себорейный дерматит с кольцевыми чешуйчатыми бляшками, которые можно спутать со вторичным сифилисом или дерматофитной инфекцией. (Фото из дерматологической коллекции центра УКонн любезно предоставлено доктором Джастином Финчем)

тела бывают лепестковидными или пситриазиформными, появляясь в виде желто-коричневых бляшек над грудиной, редко поражая подмышечную область, пах, пупок и вызывая воспаление кожи (рис. 18.10 и 18.11). Диффуз-

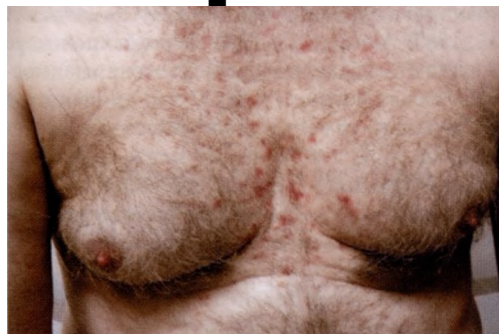


Рис. 18.10. Красновато-коричневые лепестковидные папулы при себорейном дерматите на пре-стеральной области. (Фото любезно предоставлено доктором Гербертом Гудхартом)

ные, яркие, эритематозные, четко очерченные пятна могут походить на псориаз. При поражении складок тела часто наблюдаются эрозии и образование трещин. Исключительно



Рис. 18.11. Себорейный дерматит в области пупка. (Фото любезно предоставлено доктором Гербертом Гудхартом)

редко желтые корки и псориаформные поражения возникают на наружных половых органах.

Детский себорейный дерматит обычно проявляется в первые несколько недель жизни и при отсутствии лечения длится 3-4 мес (Ruiz-Maldonado et al., 1989). Средний возраст возникновения в одном исследовании составлял 4,9 нед, а диапазон — от 3 до 23 нед (Yates et al., 1983). Как правило, впервые появляется под пеленками, хотя очаги первично могут возникнуть на лице или волосистой части головы. Начало заболевания может быть с одновременного появления очагов под пеленками и на лице, и на волосистой части головы. В отличие от взрослой формы, детский себорейный дерматит, как правило, асимптоматичен в плане субъективных проявлений. Поскольку дети до 6-8 нед жизни ограничены в возможности расчесывать себя, свободное пеленание в условиях активного дерматита привело к тому, что большинство наблюдателей исключили зуд из клинических признаков.

Высыпания при детском себорейном дерматите включают толстые салые чешуйки, различающиеся цветом на волосистой части головы от белого до желтого. «Пеленочные высыпания» представляют собой выраженное шелушение на макушке, вероятно, в результате неуверенности молодых родителей в необходимости мытья родничка (Ruiz-Maldonado et al., 1989). Более диффузное мелкопластинчатое шелушение может наблюдаться на волосистой части головы, в центре лица, на лбу и ушах (см. рис. 3.46). Когда чешуйки крупные