

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

В.В. Крумкачев О.В. Панкратов Р.Ю. Шикалов

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕРМАТОЗОВ

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2015

УДК 616.5-03(075.9)

ББК 55.83я73

К 84

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол № 7 от 22.09.2015г.

Авторы:

доцент каф. дерматовенерологии и косметологии к.м.н. *В.В. Крумкачев*;
заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии д.м.н.,
профессор *О.В. Панкратов*;
ассистент каф. дерматовенерологии и косметологии, к.м.н. *Р.Ю. Шикалов*

Рецензенты:

кафедра кожных и венерических болезней БГМУ;
главный врач УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» Е.В. Коваленко

Крумкачев В.В.

К 84

Клиническая классификация дерматозов: учеб.-метод. пособие
/В.В. Крумкачев, О.В. Панкратов, Р.Ю. Шикалов. – Минск:
БелМАПО, 2015. – 44 с.

ISBN 978-985-499-950-0

Отражены вопросы клинической классификации дерматозов.
Учебно-методическое пособие предназначено для врачей-
дерматовенерологов, слушателей курсов переподготовки и повышения квалифика-
ции, клинических ординаторов, аспирантов.

УДК 616.5-03(075.9)

ББК 55.83я73

ISBN 978-985-499-950-0

© Крумкачев В.В., [и др.] 2015
© Оформление БелМАПО, 2015

Введение

В настоящее время имеется необходимость актуальных классификаций дерматозов, правильное использование которых позволит установить диагноз, определить форму заболевания, оптимизировать лечение.

В учебно-методическом пособии представлены данные о классификации наиболее встречаемых в клинической практике заболеваний кожи.

Знание современных классификаций необходимо для грамотной формулировки диагноза. Диагноз (греч. διάγνωσις – распознавание) – заключение о сущности болезни и состоянии пациента, выраженное в *принятой медицинской терминологии* и основанное на всестороннем систематическом изучении пациента. Термин в идеале должен быть однозначным, систематичным, стилистически нейтральным.

Кроме того, в представленном пособии приведены примеры формулировки диагнозов.

Псориаз

Это хронический рецидивирующий дерматоз мультифакториальной природы, с доминирующим значением генетической компоненты, характеризующийся увеличением скорости пролиферации и значительным нарушением нормальной дифференцировки эпидермальных кератиноцитов, воспалительной реакцией в дерме, с тенденцией к распространению и утяжелению кожного процесса в течение жизни больного, нередко вызывающий патологические изменения в других тканях [1].

Общепринятой классификации псориаза нет. В зависимости от степени воспалительного процесса, преимущественной локализации высыпаний, тяжести состояния пациента и по другим клиническим признакам различают:

- обычный бляшечный псориаз,
- экссудативный,
- артропатический (псориатический артрит),

- пустулезный,
- псориатическую эритродермию,
- псориаз складок,
- псориаз ладоней и подошв.

Следует отметить, что различные клинические варианты могут одновременно существовать у одного больного.

Экссудативный псориаз отличается выраженной воспалительной реакцией кожи, что проявляется наличием пластинчатых чешуйко-корок на поверхности бляшек, иногда многослойных, напоминающих по виду слоеный пирог (в таких случаях эту форму псориаза называют рупиоидной). При удалении чешуйко-корок обнажается мокнущая поверхность.

Артропатический псориаз в клинической картине имеет помимо обычных бляшечных высыпаний поражение суставов, чаще мелких, дистальных, реже крупных. Артропатия может как проявляться на фоне поражений кожи, так и предшествовать им.

Пустулезный псориаз может быть генерализованным (Цумбуша) и ограниченным, с поражением ладоней и подошв (Барбера). Генерализованный пустулезный псориаз протекает с лихорадкой, лейкоцитозом, увеличенной СОЭ, общим тяжелым состоянием. Внезапно на фоне яркой эритемы появляются мелкие поверхностные пустулы, сопровождающиеся жжением, болезненностью, они могут располагаться в зоне обычных бляшек и на ранее не измененной коже. Новые очаги пустулизации появляются приступообразно, занимая обширные участки кожи. Слившиеся пустулы вызывают отслойку эпидермиса в виде «гнойных озер», может развиваться эритродермия. Ограниченный пустулезный псориаз встречается чаще, высыпания преимущественно локализуются на ладонях и подошвах в виде пустул на фоне эритемы и инфильтрации кожи.

Псориатическая эритродермия – тяжелая форма псориаза, развивающаяся при постепенном прогрессировании псориатического процесса и слиянии бляшечных элементов до поражения всего кожного покрова, характеризующаяся резкой гиперемией, отеком, инфильтрацией кожи с обильным крупно- и мелкопластин-

чатым, реже отрубевидным шелушением. Субъективно - часто отмечается сильный зуд. Заболевание может начинаться с эритродермии. Ухудшается общее состояние (лихорадка, слабость, реакция лимфоузлов, сердечная недостаточность, нарушение функции печени, почек, изменения в анализах крови, выпадение волос и т.д.).

Псориаз складок (инверсный псориаз) чаще наблюдается у детей и лиц пожилого возраста, особенно у больных сахарным диабетом. Очаги располагаются в подмышечных впадинах, под молочными железами, в промежности, пахово-бедренных складках, в области пупка и характеризуются резкими границами, насыщенным красным цветом и незначительным шелушением.

Псориаз ладоней и подошв может существовать изолированно или одновременно с поражением других участков кожи, отличается образованием гиперкератотических очагов с четкими границами, покрытых трудно соскабливаемыми чешуйками, наличием болезненных трещин. Характерная псориазная триада вызывается с трудом.

Три клинические стадии псориаза.

Прогрессирующая стадия. Появление новых мелких высыпаний насыщенно-розового цвета, склонных к периферическому росту, периферический рост элементов с наличием эритематозного бордюра, непокрытого чешуйками (симптом или ободок Пильнова), характерен симптом изоморфной реакции – феномен Кебнера – на месте травмы, даже незначительной, появляются типичные псориазные высыпания.

Стационарная стадия. Прекращается появление новых элементов, имеющиеся высыпания сохраняются.

Регрессирующая стадия. Характеризуется снижением интенсивности цвета бляшек, образованием вокруг них псевдоатрофического ободка Воронова, их уплощением, уменьшением шелушения, инфильтрации, рассасыванием элементов с образованием в последующем очагов гипо- или гиперпигментации на месте прежних высыпаний.

Распространённость процесса.

1) *Ограниченный* – единичные бляшки на локтях, либо в области коленных суставов, либо других участках тела, либо волосистой части головы.

2) *Распространённый* – множество элементов на различных участках тела.

3) *Диффузный* – слившиеся бляшки, занимающие значительные участки кожи.

4) *Эритродермия* – универсальное поражение кожи.

Величина элементов.

1) *Мелкобляшечный* – папулы милиарного, лентикулярного, монетовидного характера.

2) *Бляшечный* – бляшки до детской ладони.

3) *Крупнобляшечный* – изолированные бляшки с ладонь взрослого человека (15 см и более).

4) *Диффузные бляшки* – сплошные бляшки, занимающие отдельные участки тела (кожу живота, спины, конечностей).

5) *Универсальное поражение.*

Сезонность высыпаний.

1) *Зимний тип* – обострения в осенне-зимний период.

2) *Летний* – обострения в весенне-летний период.

3) *Внесезонный* – смешанный тип.

Чувствительность к УФ-лучам.

1) *фоточувствительный* – УФ-лучи оказывают лечебный эффект.

2) *фототоксический.*

Частота рецидивов.

1) *Редкорецидивирующий* – обострения 1 раз в несколько лет.

2) *Умеренно рецидивирующий* – обострения через 1-2 года.

3) *Часто рецидивирующий* – ремиссия сохраняется 1-3 месяца после лечения.

Пример формулирования диагноза: Распространённый вульгарный псориаз, бляшечная форма, прогрессирующая стадия, зимний тип, фоточувствительный, умеренно рецидивирующее течение.

Парапсориаз

Термин «парапсориаз» предложен французским дерматологом Л. Броком (L. Brocq, 1856–1928) в 1902 г. Под этим названием были объединены в одну группу три малоизученных дерматоза. Основанием для их объединения было наличие между этими нозологиями переходных форм и общих признаков. Каплевидный, бляшечный, лихеноидный парапсориазы вначале рассматривались как самостоятельные нозологии, а затем — как варианты парапсориаза. Поскольку этиология и патогенез этих заболеваний не до конца изучены, они до сих пор остаются вместе под групповым названием. Позже в эту группу был отнесен острый вариолиформный парапсориаз Габермана–Муха, который многие авторы считают вариантом каплевидного парапсориаза.

1. Каплевидный (выделяют острую, подострую и хроническую формы заболевания).

2. Бляшечный. Выделяют следующие формы бляшечного парапсориаза:

1) парапсориаз **мелкобляшечный** доброкачественный (пальцевидный) — высыпания многочисленные, мелкие, преимущественно на боковых поверхностях туловища, красновато-желтые, иногда группируются в виде полос;

2) парапсориаз **крупнобляшечный** воспалительный (parapsoriasis en grandes plaques Broque) — как правило, хронического течения (до нескольких десятков лет), периодически беспокоит зуд;

3) парапсориаз **крупнобляшечный** пойкилодермический — форма с соответствующими изменениями кожи (как при пойкилодермии).

3. Лихеноидный [26].

Экзема

Экзема (от греч. Ekzeo - вскипаю) — повсеместно встречающееся, чаще острое, реже хроническое рецидивирующее аллергическое заболевание кожи, характеризующееся появлением поли-

морфной сыпи, острой воспалительной реакцией, обусловленной серозным воспалением кожи, и сильным зудом.

Классификация основных форм экземы [14]

Основные формы	Разновидности
Истинная экзема	Дисгидротическая Тилотическая Посттравматическая Сухая (потрескавшаяся)
Микробная экзема	Бляшечная (нуммулярная) Экзематид (абортивная бляшечная) Паратравматическая Микотическая Интертригинозная Варикозная Сикозиформная Экзема сосков у женщин
Профессиональная экзема	-

По течению выделяют следующие формы экземы:

- острая,
- подострая,
- хроническая.

Атопический дерматит

Атопический дерматит (син. атопическая экзема, конституциональная экзема) – *наследственный* аллергический дерматоз с хроническим рецидивирующим течением, проявляющийся зудящей эритематозно-папулезной сыпью с явлениями лихенизации кожи [10].

1. Возрастные стадии (формы):

- *младенческая* – до 2 лет;
- *детская* – от 2 до 10-12 лет;
- *подростковая* (от 10-12 лет и старше)
- *взрослая*.

2. По течению: острый период, подострый период, период клинической ремиссии (полная, неполная).

3. По степени тяжести: лёгкая, средней тяжести, тяжелая.

4. По распространенности: ограниченный, распространённый, диффузный.

5. Клинические формы:

- эритематозно-сквамозная;
- везикуло-крустозная;
- эритематозно-сквамозная с лихенификацией;
- лихеноидная с резко выраженной лихенификацией;
- пруригоподобная.

6. Клинико-этиологический вариант с учетом спектра сенсибилизации: пищевая, бытовая, клещевая, грибковая, пыльцевая, поливалентная сенсибилизация [1, 9].

Пример формулировки диагноза: Распространённый атопический дерматит, детская стадия, эритематозно-сквамозная форма с пыльцевой сенсибилизацией, средней степени тяжести, подострый период.

Почесуха (пруриго)

К данной группе относят заболевания, при которых сильный зуд сочетается с образованием на коже узелковых элементов типа строфулюса (волдырь или папула с пузырьком на верхушке).

Детская почесуха развивается у перекормленных детей в возрасте 4 – 6 месяцев. На туловище, ягодицах и верхних конечностях появляются сгруппированные строфулезные элементы. Элемент существует 3 – 4 дня, сопровождается сильным зудом, в результате которого пузырек на верхушке элемента быстро повреждается. Элемент разрешается в течение 8 – 15 дней, но затем появляются новые высыпания. На месте разрешившихся пузырьков могут оставаться пигментированные пятнышки.

Почесуха взрослых. Начинается в возрасте 30 - 50 лет. Характеризуется появлением сгруппированных строфулезных элементов. Вследствие расчесов папулы покрыты серозно-геморрагической

корочкой. Описаны буллезная и геморрагическая формы почесухи взрослых.

Узловатая почесуха Гайды. Редкое зудящее заболевание, обычно женщин. Характеризуется интенсивным зудом, обычно конечностей, сопровождающимся образованием плотных размером с каштан узлов, расположенных фокусно и окруженных уплотненной кожей. Расчесы биопсирующие, иногда железными предметами, что облегчает зуд. На местах таких расчесов остаются пигментированные рубцы.

Почесуха Гебры. Начинается в раннем детском возрасте с появления на разгибательных поверхностях конечностей бледно - розовых плотных сухих узелков, сопровождающихся очень сильным зудом. Всегда свободны от сыпи лицо и сгибательные поверхности конечностей. Из-за сильного зуда большинство элементов экскорированы, покрыты кровянистыми корочками. Кожа утолщается, лихенифицируется, пигментируется. Обычно увеличиваются лимфоузлы, чаще паховые, подмышечные и кубитальные. Течение заболевания с возрастом улучшается.

Нейродермиты

Зудящие заболевания кожи, при которых зуд сопровождается последующей лихенификацией, инфильтрацией, иногда пигментацией кожи.

Различают:

- ограниченный — отдельный очаг;
- распространенный — два и более очага;
- диффузный — поражение большей части кожного покрова.

Ограниченный нейродермит. Наиболее часто локализуется на задней поверхности шеи, в локтевых и подколенных ямках, на внутренней поверхности бедер, на голеньях, мошонке, в области заднего прохода. В очаге поражения различают три зоны: периферическую — зону пигментации, среднюю — папулезную и внутреннюю (инфильтрации и лихенификации). Очагам не свойственно мокнутие.

Атипичные разновидности:

1. *Гипертрофический или бородавчатый* – резкая инфильтрация и лихенификация кожи с бородавчатыми разрастаниями.
2. *Фолликулярный* – остроконечная форма папул
3. *Веррукозный линейный* – полосовидное расположение веррукозных очагов.
4. *Псориазиформный линейный* – очаги из папул с шелушащейся поверхностью.
5. *Депигментированный* – депигментация в очагах.
6. *Декальвирующий* – сопровождающийся выпадением волос в очагах.

Многоформная экссудативная эритема

Острый полиморфный дерматоз преимущественно инфекционно-аллергической природы, проявляющийся высыпаниями синюшно-красного цвета на коже конечностей, на слизистых, иногда в области гениталий, склонный к рецидивам [1].

По тяжести проявлений различают следующие формы [1]:

1. простая или легкая,
2. везикуло-буллезная,
3. буллезная (синдром Стивенса-Джонса),
4. Крайне тяжелая форма (синдром Лайелла).

Акне

Представляет собой клиническое проявление поражения сально-волосяного аппарата вследствие различных причин. Существует несколько классификаций акне, основанных на различных критериях. Этиопатогенетическая классификация, предложенная К.Н. Суворовой, Н.В. Котовой с дополнениями [19]:

А. Конституциональные акне, идиопатические акне.

1. *Себорейные акне в детском, подростковом юношеском возрастах:*

- акне новорожденных;
- акне младенцев;

- юношеские акне.

2. Поздние акне:

- предменструальные акне;
- постменопаузальные акне.

Поздние гиперандрогенные акне (синдром Штейна-Левенталя и другие гиперандрогении у женщин).

Конглобатно-кистозные акне у мужчин с хромосомным синдромом полисомии игрек (ХУУ) и синдромом Клайнфельтера.

Б. Провоцированные акне.

1. Артифициальные (механические, травматические).
2. Масляные (в том числе профессиональные, смоляные и дегтярные).
3. Косметические (acne toxica, acne venenata, a.de la brillian-tine).
4. Экскориированные акне (acne excoriee des jeunes filles, acne neurotica).

В. Особые формы акне.

1. Грамотрицательные фолликулиты.
2. «Пиодермия лица».
3. Резистентное акне.

Классификация, предложенная Американской академией дерматологии, включает следующие **степени тяжести акне**.

- 1 степень – характеризуется наличием комедонов, до 10 папул.
- 2 степень – комедоны, папулы, до 10 пустул.
- 3 степень – комедоны, папулопустулезная сыпь, до 3 узлов.
- 4 степень – выраженная воспалительная реакция в глубоких слоях дермы с формированием множественных болезненных узлов и кист.

Клинические формы акне (В.П. Адаскевич, В.М. Козин):

- папулезные
- пустулезные,
- индуративные,
- флегмонозные,
- конглобатные (шаровидные),

- узловато-кистозные,
- молниеносные,
- инверсные акне,
- акне-тетрада.

Классификация акне по возрастному критерию.

1. **Неонатальные акне** (*A. seborrhoica-neonatorum*, *A. miliaris*). Патология периода новорожденности с длительностью до нескольких недель и месяцев.

2. **Младенческие акне** (*A. seborrhoica infantum*). Редко встречающаяся патология в грудном и раннем детском возрасте с длительностью от нескольких месяцев до 5 лет.

3. **Юношеские акне** (*A. vulgaris*, *A. seborrhoica*, *A. juvenilis*, *A. polymorphis*, *A. simplex*). Самая часто встречающаяся форма, охватывающая период второго детства, подростковый и ювенильный периоды, характеризующаяся прогредиентным течением.

4. **Акне взрослых** (*A. adultorum*, постювенильные, персистирующие, поздние акне - *Acne tarda*). Нередкая патология с дебютом после периода юности и сохраняющиеся до 35 лет и старше.

Примеры диагноза:

Акне, комедональные, папулезные, 1 степени тяжести.

Акне, папуло-пустулезные, 2 степени тяжести.

В клинической практике врача наиболее простой и удобной является классификация степени тяжести, основанная на количественном подсчете воспалительных элементов:

- **легкое течение** – наличие комедонов с незначительными признаками воспаления, количество папуло-пустулезных элементов на коже лица не превышает 10;

- **срежнетяжелое течение** – число папуло-пустулезных элементов от 10 до 40; единичные индуративные и флегмонозные угри;

- **тяжелое течение** – более чем 40 патологических элементов, а также абсцедирующие, флегмонозные или конглобатные угри [13, 25].

Европейской академией дерматовенерологии (2012) предложена простая клиническая классификация акне:

1. комедональные акне
2. папуло-пустулезные акне средней тяжести
3. папуло-пустулезные акне тяжелой степени, узловатые акне средней тяжести
4. узловатые акне тяжелой степени, конглобатные акне.

Себорея

Себорея – заболевание, обусловленное расстройством салообразования, проявляющееся усиленной секреторной активностью сальных желез и изменением химического состава кожного сала.

Выделяют себорею *жирную (густую и жидкую), сухую и смешанную.*

Густая жирная себорея характеризуется уплотнением и снижением эластичности кожи, буровато-серовой ее окраской, значительным расширением устьев сальных желез, наличие комедонов, при этой форме себореи довольно часто встречаются атеромы – кисты сальных желез; волосы грубые, жесткие.

При **жидкой жирной себорее** кожа лоснится, напоминает апельсиновую корку (поры расширены, зияют), из расширенных протоков сальных желез в избытке выделяется кожное сало. Волосы на голове имеют вид смазанных маслом, склеиваются в пряди. На волосах более или менее плотно сидят довольно обильные желтоватые чешуйки. Возможно развитие облысения.

При **сухой себорее** салоотделение снижено, роговые чешуйки почти сплошь покрывают кожу головы и волосы. Шелушение развивается, как правило, в затылочно-теменной области либо по всей поверхности волосистой части головы. Чешуйки легко отделяются, загрязняют волосы, падают на одежду (перхоть). При этой форме заболевания на коже разгибательных поверхностей конечностей и боковых поверхностей туловища может быть выражен фолликулярный кератоз; кроме того, на коже могут располагаться пятна ро-

зового или красноватого цвета, покрытые мелкими чешуйками, – себореиды.

При **смешанной себорее** кожа в средней части лица (лоб, нос, подбородок) жирная, а на щеках – сухая; в лобной и теменной областях салоотделение резко усилено, а на остальной поверхности головы оно умеренно выражено или снижено. Возможно наличие смешанных форм жирной себореи: на лице выражены признаки жидкой, а на волосистой части головы – густой жирной себореи. Диагноз себореи ставится на основании клинической картины.

Розацеа

Хронический дерматоз, характеризующийся поражением кожи лица в виде эритемы и папуло-пустулезных элементов [17].

Классификация розацеа

В СНГ наиболее часто применяется классификация, предложенная Е.Н.Рыжковой (1976г.), где выделяется 4 стадии заболевания и ряд особых форм [12]. Стадии розацеа:

1. Эритематозная
2. Папулезная
3. Пустулезная и ее вариант - кистозная
4. Инфильтративно-продуктивная (ринофима).

Согласно классификации Plewig G. И Kligman A.M. (1994), выделяется:

➤ Классическая розацеа:

Эпизодические приливы: розацеа-диатез.

Стадия I: Эритематозно-телеангиэктатическая (персистирующая умеренная эритема и единичные телеангиэктазии);

Стадия II: Папуло-пустулезная (персистирующая эритема, многочисленные телеангиэктазии, папулы и пустулы)

Стадия III: Пустулезно-узловатая (персистирующая эритема, многочисленные телеангиэктазии, папулы, пустулы, отечные узлы)

➤ Особые формы:

- стероидная,
- гранулематозная или люпоидная,

- грамнегативная,
- конглобатная,
- фульминантная,
- розацеа с солидным персистирующим отеком (болезнь Морбигана),
- офтальморозацеа,
- ринофима и «фимы» других локализаций: гнатофима (подбородок), метафима (область лба), отофима (ухо), блефарофима (веки) [16].

Пример диагноза: Розацеа, папуло-пустулезная стадия.

Экспертный комитет National Rosacea Society в 2002 выделил 4 подтипа розацеа, которые могут сочетаться:

- эритематозно-телеангиэктатический;
- папуло-пустулезный;
- фиматозный;
- окулярный.

Пример диагноза: Розацеа, эритематозно-телеангиэктатический тип.

Эритродермии

Эритродермия представляет собой тяжелое состояние организма, которое сопровождается универсальным поражением кожных покровов, лихорадкой, ознобом, лимфаденопатией. Основными причинами эритродермий являются кожные заболевания (псориаз, различные формы экземы), лимфомы кожи, паранеоплазии. Иногда причину эритродермий установить невозможно [2].

I. Первичные эритродермии

1.1. Острые первичные токсические эритродермии:

- фиксированная лекарственная экзантема
- токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла)

1.2. Хронические первичные эритродермии:

- врожденная ихтиозиформная буллезная
- врожденная ихтиозиформная небуллезная
-

1.3. Первичные эритродермии при лимфомах и гемобластозах:

- эритродермическая форма грибовидного микоза
- ретикулярная (синдром Сезари)
- лимфатическая (лейкемиды)
- псевдолимфоматозная
- эритродермический мастоцитоз
- папулоэритродермия Офуджи

II. Вторичные эритродермии

2.1. Эритродермии экзематозные:

- атопическая Хилла
- аллергическая контактная
- нейродермическая (неатопическая)
- десквамативная Лейнера-Муссу
- ретикулоэндотелиоз семейный с эозинофилией

2.2. Эритродермия псориатическая:

- генерализованный тип
- аллерготоксический тип

2.3. Эритродермии вследствие генерализации дерматозов:

- красный плоский лишай
- красный волосяной лишай Девержи
- парапсориаз бляшечный
- розовый лишай Жибера
- пузырьчатка листовидная
- норвежская чесотка
- саркоидоз

2.4. Эритродермии инфекционные:

- эксфолиативный дерматит новорожденных Риттера
- универсальная кандидозная
- руброфитийная

III. Идиопатические эритродермии

- возрастная (старческая)
- Вильсона-Брока
- Паранеопластическая.

Буллёзные дерматозы

Пузырные (буллёзные) дерматозы – группа неинфекционных заболеваний кожи, основным морфологическим элементом которых является пузырь [21].

Классификация [22]:

1. Истинная (акантолитическая) пузырьчатка:

- Вульгарная;
- Вегетирующая;
- Листовидная (эксфолиативная) и её эндемический вариант – бразильская;
- Эритематозная (себорейная).

2. Пемфигоид (неакантолитическая пузырьчатка):

- Буллёзный пемфигоид Левера;
- Рубцующийся пемфигоид (доброкачественный пемфигоид слизистых оболочек, слизисто-синехиальный атрофирующий буллёзный дерматит Лорта-Жакоба, пузырьчатка глаз);
- Пемфигоид беременных («Herpes hestationis»);
- Доброкачественная неакантолитическая пузырьчатка только полости рта Пашкова-Шеклакова.

3. Герпетиформные дерматозы:

- Герпетиформный дерматоз Дюринга;
- Линейный IgA-буллезный дерматоз
- Субкорнеальный пустулёз Снеддона-Уилкинсона;
- Энтеропатический акродерматит (Болезнь Данбольта-Клосса).

4. Наследственные пузырьные дерматозы:

- Доброкачественная хроническая семейная пузырьчатка Гужеро-Хейли-Хейли;
- Группа буллёзного эпидермолиза:
 - простая форма (доминантная);
 - дистрофическая форма (доминантная);
 - гиперпластический аутосомно-доминантный буллёзный врожденный эпидермолиз; полидиспластический рецессивный буллёзный эпидермолиз.

Васкулиты кожи

С. Т. Павлов, О. К. Шапошников (1976), предложив подробную систематику сосудистых поражений кожи, относят аллергические васкулиты кожи к разделу ангиопатий, т. е. дерматозов, основой развития которых являются обратимые изменения сосудистой стенки, обусловленные в основном физико-химическими нарушениями ее. Авторы придерживаются топографического принципа классификации аллергических васкулитов, выделяя следующие основные формы, имеющие наибольшее практическое значение [3]:

Поверхностные васкулиты кожи.

1. Геморрагический васкулит Шенлейн-Геноха:
 - а) простая пурпура
 - б) некротическая пурпура
 - в) ревматоидная пурпура
 - г) абдоминальная пурпура
 - д) молниеносная пурпура.
2. Геморрагический лейкокластический микробид Мишера – Шторка.
3. Узелково-некротический васкулит Вертера – Вернера – Дюемлинга.
4. Трехсимптомная болезнь Гужеро – Дюперра.
5. Аллергоидные ангииты Роскама.

Глубокие васкулиты кожи.

1. Кожная форма узелкового периартериита (болезни Куссмауля – Майера).
2. Острая узловатая эритема.
3. Хроническая узловатая эритема: а) узловатый васкулит Монтомери – О’Лири – Баркера, б) хроническая мигрирующая узловатая эритема Беверстедта, в) подострый гиподермит Вилановы – Пиноля – Агваде.
4. Индуративная эритема Базена.

Приемлемая для практических целей рабочая классификация ангиитов кожи разработана в клинике кожных и венерических болезней ММА им. И.М. Сеченова [6] и представлена в таблице 1.

Таблица 1. – Классификация ангиитов кожи

Клинические формы	Основные проявления
1. Дermalные ангииты	
1.1. Полиморфный дермальный ангиит	
уртикарный тип	Воспалительные пятна, волдыри
геморрагический тип	Петехии, отечная пурпура («пальпируемая пурпура»), экхимозы, геморрагические пузыри
папулонодулярный тип	Воспалительные узелки и бляшки, мелкие отечные узлы
папулонекротический тип	Воспалительные узелки с некрозом в центре, «штампованные» рубчики
пустулезно-язвенный тип	Везикулопустулы, эрозии, язвы, рубцы
некротически-язвенный тип	Геморрагические пузыри, геморрагический некроз, язвы, рубцы
полиморфный тип	Чаще сочетание волдырей, пурпуры и поверхностных мелких узлов. Возможно сочетание любых элементов
1.2. Хроническая пигментная пурпура	
•петехиальный тип	Петехии, пятна гемосидероза
•телеангиэктатический тип	Петехии, телеангиэктазии, пятна гемосидероза
•лихеноидный тип	Петехии, лихеноидные папулы, телеангиэктазии, пятна гемосидероза

●экзематоидный тип	Петехии, эритема, лихенификации, чешуе-корочки, пятна гемосидероза
2. Дермо-гиподермальные ангииты	
Ливедоангиит	Ветвистое и сетчатое ливедо, узловатые уплотнения, геморрагические пятна, некрозы, язвы, рубцы
3. Гиподермальные ангииты	
Узловатый ангиит	
острая узловатая эритема	Отечные ярко-красные узлы, артралгия, лихорадка
хроническая узловатая эритема	Рецидивирующие узлы без выраженных общих явлений
мигрирующая узловатая эритема	Асимметричный плоский узел, растущий по периферии и разрешающийся в центре
Узловато-язвенный ангиит	Плотные узлы с изъязвлением, рубцы
4. Смешанные и переходные формы	

В практических целях выделяют две степени активности кожного процесса при ангиитах кожи: I (низкую) и II (высокую).

При активности I степени поражение кожи носит ограниченный характер, представлено небольшим или умеренным числом высыпаний, отсутствуют общие явления, нет признаков вовлечения других органов, лабораторные исследования не обнаруживают существенных отклонений от нормальных величин.

При активности II степени процесс носит диссеминированный характер, сыпь весьма обильна, имеются общие явления, выявляются признаки системности, наблюдаются отклонения в различных лабораторных тестах (повышение СОЭ до 20 мм/час и более,

лейкоцитоз, эозинофилия, снижение гемоглобина, тромбоцитопения, появление СРБ и др.).

Примеры диагноза:

Полиморфный дермальный ангиит, геморрагический тип, 1 степени активности;

Хроническая пигментная пурпура: телеангиэктатический тип.

Фотодерматозы

Фотодерматозы – разнообразная группа кожных болезней, отличающихся по клинической картине, тяжести течения и прогнозу, в патогенезе которых важная роль принадлежит солнечному излучению.

Ввиду многообразия эндогенных и экзогенных факторов, способствующих этой патологии, единой классификации до настоящего времени нет.

Существует классификация по клинической характеристике патологического процесса (Штейнберг М. А., 1958; Нерадов Л.А., 1959); по патогенезу: генетические, метаболические, дегенеративно-атрофические и прочие фотодерматозы (Parrish J.A. et al., 1979); по фоточувствительности кожи и характеру обычной реакции на облучение; часто используют классификацию поражений кожи по длине волны света, вызвавшего поражения [27]:

а) изменения, вызванные чрезмерной по интенсивности или длительности инсоляцией:

- солнечные ожоги;
- острые актинические дерматиты; или повторяющимся облучением:

- фотостарение кожи;
- солнечный эластоз;
- предопухолевые и опухолевые поражения кожи;

б) фотодерматозы, вызванные дефицитом естественных кожных протекторов (пигментная ксеродерма, альбинизм);

в) дерматозы, усиливающиеся или проявляющиеся после инсоляции (красная волчанка, дерматомиозит, болезнь Дарье, хлоазма);

г) дерматозы, обусловленные присутствием в коже веществ, способных усилить солнечные эффекты, или заставляющие реагировать иммунную систему кожи после фотоактивации.

Красная волчанка

Аутоиммунное заболевание с поражением соединительной ткани, при котором образуются аутоантитела и иммунные комплексы, откладывающиеся в стенках мелких сосудов и под базальной мембраной эпидермиса, характеризующееся выраженной фоточувствительностью и эритематозными высыпаниями на коже и слизистых.

Различают следующие формы [1]:

1. хроническая:

 дискоидная или ограниченная;

 диссеминированная или множественная;

2. острая (подострая) системная красная волчанка.

Стадии дискоидной волчанки:

1. эритематозная,

2. гиперкератозно-инфильтративная,

3. атрофическая.

Особые формы волчанки:

- центробежная,
- глубокая волчанка Ирганга
- гиперкератотическая,
- гипсовидная,
- веррукозная,
- геморрагическая,
- себорейная,
- дисхромическая,
- пигментная,
- опухолевая.

Склеродермия

Заболевание, характеризующееся поражением соединительной ткани кожи и внутренних органов (пищевода, легких, опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, сердца, почек), с преобладанием фиброзно-склеротических и сосудистых изменений [10].

При ограниченной склеродермии в отличие от системной склеродермии, при которой вовлекаются разные органы, процесс «ограничивается» поражением только кожи. Классификация ограниченной склеродермии, основанная на клиническом принципе [8]:

I. Бляшечная форма с ее вариантами (разновидностями):

- 1) индуративно-атрофическая (Вильсона);
- 2) поверхностная «сиреневая» (Гужеро);
- 3) келоидоподобная;
- 4) узловатая (глубокая);
- 5) буллезная;
- 6) генерализованная;
- 7) распространенная.

II. Линейная форма:

- 1) саблевидная;
- 2) лентовидная (полосовидная);
- 3) кольцевидная;
- 4) зостериформная.

III. Склероатрофический лихен (САЛ; болезнь белых пятен).

IV. Идиопатическая атрофодермия Пазини-Пьерини (АПП).

V. Акросклероподобная форма.

Некоторые авторы подразделяют ограниченную склеродермию на лимитированную, генерализованную, линейную и глубокую формы [28].

Лимитированные формы ограниченной склеродермии.

Бляшечная склеродермия характеризуется появлением на туловище или конечностях очагов эритемы и индурации кожи [1].

Буллезная склеродермия характеризуется появлением в области очагов индурации и склероза кожи прозрачных пузырей, нередко сопровождающихся геморрагиями.

Узловатая (келоидоподобная) склеродермия характеризуется образованием на коже единичных или множественных узелков или узлов, внешне напоминающих келоидные рубцы.

Каплевидная склеродермия представляет собой мелкопятнистый тип заболевания, часто сочетается со склеро-атрофическим лишаем и встречается реже, чем бляшечный тип.

Идиопатическая атрофодермия Пазини–Пьерини многими авторами считается abortивным вариантом ограниченной склеродермии и клинически проявляется длительно существующими, незначительно западающими очагами коричневого или серо-коричневого цвета с фиолетово-сиреневым оттенком без признаков уплотнения кожи.

Генерализованные формы склеродермии.

При генерализованной склеродермии наблюдается появление множественных очагов эритемы и индурации кожи, занимающих несколько областей тела и нередко сливающихся в обширные очаги поражения [1].

Пансклеротическая склеродермия («инвалидизирующая пансклеротическая морфеа»): самая редкая и обширная форма склерозирования, является наиболее тяжелой формой заболевания, при которой поражаются все слои кожи и подлежащих тканей вплоть до костей, часто формируются контрактуры суставов с деформацией конечностей и длительно существующие язвы.

Эозинофильный фасциит (синдром Шульмана) проявляется в виде болезненного эритематозного уплотнения проксимальных отделов конечностей.

Линейные формы склеродермии являются самыми распространенными в детском возрасте формами проявления ограниченной склеродермии и подразделяется на варианты линейной и склеродермии по типу «удар саблей».

При **линейной склеродермии** на коже формируются полосовидные очаги эритемы и склероза, локализующиеся, как правило, на одной половине тела или по ходу нервно-сосудистого пучка.

Склеродермия по типу «удар саблей». Представляет собой полосовидный склеротический очаг цвета слоновой кости, в области активного края которого в ходе заболевания развивается поствоспалительная гиперпигментация.

Прогрессирующая гемиатрофия лица (синдром Парри–Ромберга) характеризуется прогрессирующей атрофией половины лица, проявляющейся преимущественно дистрофическими изменениями кожи, подкожной клетчатки, мышц и костей лицевого скелета. В отличие от распространенной склеродермии по типу «удар саблей», склерозирование кожи для синдрома Парри–Ромберга не характерно.

Глубокие формы склеродермии. В редких случаях процесс склерозирования затрагивает не столько дерму, сколько подкожно-жировую ткань или еще глубже расположенные участки. Такие очаги, в отличие от бляшечной и линейной формы, не имеют четких границ. Различают следующие формы проявления глубокой склеродермии.

Подкожная склеродермия. Проявляется глубокими очагами уплотнения, при которых в патологический процесс вовлекается подкожно-жировая клетчатка. После внезапного начала образуются симметричные вдавления без четких границ. Кожа над очагами гиперпигментирована или не изменена.

Глубокая склеродермия. Простирается до мышечных фасций. Кожа туго натянута. Состояние часто сопровождается болями в мышцах и суставах. Возможно, речь идет о хронической форме эозинофильного фасциита.

Дерматомиозит

Системное прогрессирующее аутоиммунное заболевание, характеризующееся преимущественным поражением поперечнополосатой и гладкой мускулатуры и кожи [10].

Формы. Различают идиопатический (первичный) и паранеопластический (вторичный) дерматомиозит.

Периоды:

- продромальный;
- манифестный с кожным, мышечным, общим синдромами;
- дистрофический или кахектический.

Течение:

- острое (2-6 мес.),
- подострое (клиническая картина развивается к 1-2 году заболевания),
- хроническое [1].

Кольцевидная гранулема

Хронический гранулематозный воспалительный дерматоз, для которого характерны папулезные высыпания в виде колец и способность к самостоятельной регрессии [21]. Они обычно не беспокоят больного и локализуются на тыльной поверхности кистей и стоп, локтях и коленях [20].

Клинические варианты [7]:

1) **локализованная форма** – наиболее распространенный вариант течения заболевания, встречается преимущественно у детей и людей молодого возраста. Высыпания представлены четко отграниченными плоскими твердыми папулами цвета нормальной кожи или красного (фиолетового) цвета. Размер очагов 1–5 см. Излюбленная локализация – тыльная поверхность кистей и стоп, пальцы, нижние конечности, лодыжки, запястья;

2) **генерализованная** (диссеминированная) форма наблюдается у пациентов старше 40 лет, реже – у детей моложе 10 лет, встречается в 8–15% случаев. Высыпания при этом варианте течения заболевания распространенные, симметричные, возможно поражение не только шеи, конечностей, туловища, но и лица, волосистой части головы, ладоней и подошв;

3) **подкожная** форма встречается в основном у детей и характеризуется плотными узлами, локализованными глубоко в дерме и гиподерме. Поражается кожа конечностей (чаще всего передней

поверхности голеней), ягодичной области, волосистой части головы, окологлазничной области, полового члена;

4) **перфорирующая** форма встречается довольно редко и может быть как локализованной (дорсальная поверхность кистей и пальцев), так и распространенной (кожа туловища и конечностей). Проявляется мелкими поверхностными папулами с западением в центре или корочками;

5) **бляшечная** форма наблюдается у женщин и проявляется эритематозными, красно-коричневыми или фиолетовыми бляшками без кольцевидного ободка.

Красный плоский лишай

Воспалительное заболевание кожи и слизистых, течение которого может быть как острым, так и хроническим. Проявляется зудящими плоскими (латинское слово «planus» означает «плоский») папулами на коже и молочно-белыми высыпаниями на слизистой рта [20].

В современных классификациях КПЛ учитываются характер, расположение и форма первичного элемента. Классификацию КПЛ по указанным признакам можно представить следующим образом [4]:

1. атрофическая,
2. пигментная,
3. фолликулярная,
4. волосистой части головы,
5. эрозивно-язвенная,
6. пузырная,
7. псориазиформная,
8. гипертрофическая (бородавчатая, веррукозная),
9. гиперкератотическая (роговая),
10. эритематозная,
11. монилиформная (ожерельеподобная, коралловидная),
12. линейная,
13. кольцевидная (цирцинарная),

14. ладонно-подошвенная и др.

По распространенности выделяют локализованную и распространенную формы.

Нередки сочетания эрозивно-язвенной формы КПЛ с артериальной гипертензией и сахарным диабетом (**симптом Гриншпана**), выпадением волос и атрофическими поражениями кожи головы рубцового характера (**синдром Литтла–Лассюэра**), сочетание поражения волосистой части головы красным плоским лишаем и красной волчанкой (**оверлапп-синдром**) [24].

Витилиго

Дерматоз, обусловленный нарушением процесса пигментации кожи с образованием депигментированных пятен [10].

Локализационная классификация витилиго (D.Mosher и соавт.):

Локализованные формы:

- ***фокальная*** (одно или несколько пятен в одной области);
- ***зостериформная*** (множество мелких сгруппированных пятен в одной области);
- ***сегментарная*** (пятна по ходу нерва или сплетения);
- ***слизистая*** (поражение только слизистых оболочек).

Генерализованные формы:

- ***acrofaciальная*** (поражение кистей, стоп, лица);
- ***вульгарная*** (множественные, беспорядочно расположенные пятна);
- ***смешанная*** (сочетание многих перечисленных форм);
- ***универсальная*** (полное или почти полное обесцвечивание кожи).

Типы (варианты) развития витилигинозной депигментации:

1) ***Стабильный*** – появившееся белое пятно остается неизменным на протяжении многих лет или даже всей жизни.

2) ***Прогрессирующий*** – процесс депигментации кожи постепенно прогрессирует.

3) **Нестабильный** – перемежающееся течение кожной патологии, когда одни пятна появляются или увеличиваются, а другие в большей или меньшей степени репигментируются [11].

Пример диагноза:

Витилиго, акрофациальная форма, прогрессирующий тип.

Витилиго, сегментарная форма, стабильный тип.

Кератодермии

Кератодермия (син. кератоз ладонно-подошвенный) – группа болезней ороговения, характеризующаяся избыточной кератинизацией преимущественно в области ладоней и подошв.

По характеру клинической картины кератодермии могут быть:

диффузными, со сплошным поражением всей поверхности ладоней и подошв (*кератодермии Унны–Тоста, Меледа, Папийона–Лефевра* и др.),

локализованными, при которых участки избыточного ороговения располагаются очагами (*кератодермия Бушке-Фишера–Брауэра* и др.).

Алопеция

Алопеция (облысение) – патологическое выпадение волос. Различают рубцовую и нерубцовую алопеции. Рубцовая алопеция – необратимая утрата волос, обусловленная гибелью волосяных фолликулов в результате воспаления или другого патологического процесса, который завершается рубцеванием.

Классификация [18]:

I. Нерубцовое выпадение волос

- Андрогенетическая и андрогенная алопеция
- Диффузная алопеция: телогеновое/ анагеновое выпадение волос
- Гнездная алопеция
- Патология стержня волоса
- Наследственные гипо- и атрихозы
- Трихотилломания

II. *Стойкое (рубцовое) выпадение волос*

- Рубцовое облысение с грубым рубцом
- Атрофическая форма рубцового облысения

Андрогенетическая алопеция у мужчин: **классификация по Норвуду-Гамильтону** имеет семь стадий (рисунок 1):

- 1 - 3 стадии - «залысины» на висках;
- 4 стадия - формирование очага облысения на темени;
- 5 - 6 стадии - слияние очагов облысения на висках и темени;
- 7 стадия - полное слияние всех очагов облысения.



Рисунок 1 – классификация андрогенетической алопеции у мужчин

Андрогенетическая алопеция у женщин: **классификация стадий по Людвигу** (рисунок 2).

Первая стадия характеризуется небольшим поредением волос в области темени. На **второй стадии** густота волос становится еще меньше, а пораженная область увеличивается. На **третьей стадии** происходит полное облысение верхней части головы. У большинства женщин, подверженных данной патологии, облысение находится на первой стадии. Наряду с истонченными волосами, также встречаются и нормальные.

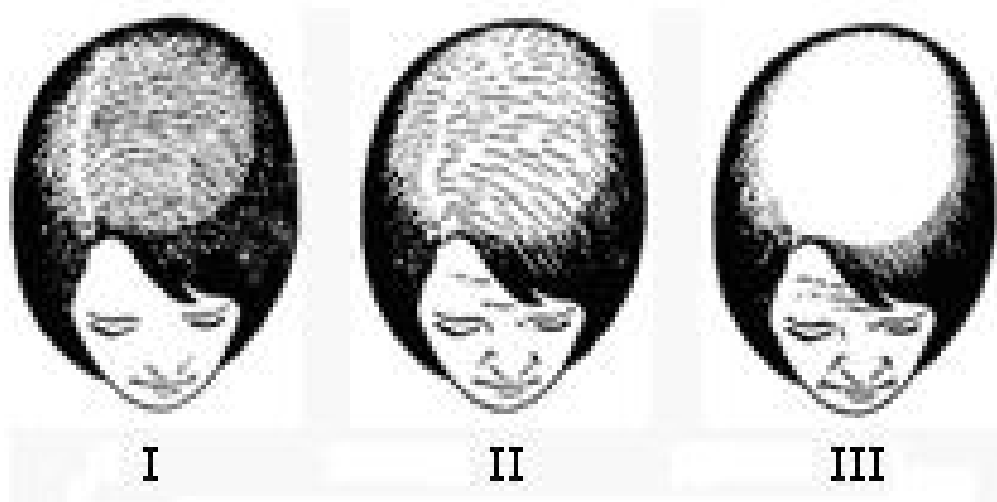


Рисунок 2 – классификация андрогенетической алопеции у женщин

Гнездная алопеция. Выделяют 6 клинических форм и 6 типов гнездной алопеции [1, 23].

6 форм гнездной алопеции:

Локальная (очаговая) форма характеризуется наличием изолированных очагов выпавших волос; очаги округлой формы.

Лентовидная форма (офиазис Цельса) очага поражения локализуется в области затылка и распространяется до височной области в виде ленты. Характерен переход очага поражения на гладкую кожу и прогностически неблагоприятное течение заболевания.

Субтотальная форма характеризуется наличием обширных очагов поражения, образовавшихся в результате слияния более мелких очагов.

При **тотальной форме** наблюдается отсутствие волос на всей поверхности головы, включая ресницы, брови, а у мужчин - бороды.

При **универсальной** очаговой алопеции волосы отсутствуют на всей поверхности кожи человека.

Гнездная алопеция с поражением ногтей. Поражение ногтей при очаговой алопеции соответствует более тяжелому течению процесса.

6 типов гнездной алопеции [1]:

Обычный тип – начало в возрасте 20-40 лет.

Прегипертензионный тип – у молодых людей, у которых в последствии развивается гипертензия.

Атопический тип – сочетание гнездной алопеции с атопическим состоянием.

Аутоиммунный тип – сочетание гнездной алопеции с аутоиммунными заболеваниями.

Смешанный тип – чаще у людей старше 40 лет.

Выделяют три **стадии очаговой алопеции**: прогрессирующую, стационарную и регрессирующую. **Прогрессирующая стадия** характеризуется наличием зоны «расшатанных волос», то есть участка волос по краю очага облысения, которые безболезненно удаляются при легком потягивании. На **стационарной стадии** зона «расшатанных волос» определяется нечетко или не определяется вообще. При **регрессирующей стадии** заболевания в очаге облысения начинают расти пушковые волосы (веллюс), которые постепенно утолщаются и пигментируются.

Пример диагноза: Гнездная алопеция, аутоиммунный тип, субтотальная форма, прогрессирующая стадия.

Ониходистрофии

В соответствии с особенностями клинических проявлений, симптомы поражения ногтевого аппарата условно можно разделить на несколько групп: изменение размера и формы ногтей, изменение поверхности ногтей, изменение цвета ногтевых пластинок (О.Л. Иванов, 2007).

Классификация.

Изменение размера и формы ногтей

Пальцы в виде барабанных палочек (ногти Гиппократ).

Долихонихия. В норме соотношение длины ногтя к ширине составляет $1 \pm 0,1$, при долихонихии увеличивается до 1,9.

Брахioniхия. Соотношение длины к ширине становится меньше единицы. Наблюдается при диффузных заболеваниях соединительной ткани, гиперпаратиреоидизме, псориазе.

Микронихия – маленькие короткие ногти кистей и нередко стоп.

Онихогрифоз – увеличение, утолщение и искривление ногтя.

Изменение поверхности ногтей

Продольные борозды ногтей – могут наблюдаться и у здоровых людей.

Гипалонихия – размягчение ногтевых пластинок, в результате чего они легко сгибаются, расщепляются на свободном крае с появлением трещин, вплоть до образования свободного края веерообразной формы.

Ониходистрофия, подобная рейкам крыши – чаще встречается у пожилых людей. Проявляется множественными продольно расположенными параллельными бороздами, придающими ногтю вид обрешеченных рейками стропил.

Поперечные борозды ногтя (линии Бо-Рейли).

Поперечные полосы ногтей (линии Ми) являются следствием более слабых, чем при образовании линий Бо, воздействий на матрицу.

Птеригиум ногтя – крыловидное разрастание ногтевой кожицы в длину, наплыв ее на ноготь и прирастание к ногтевой пластинке.

Трахионихия – своеобразная ониходистрофия, при которой ногтевая пластинка становится тусклой, шероховатой, может шелушиться мелкими чешуйками.

Узуры ногтей – стирание, изнашивание свободного края ногтя.

Онихолизис – частичное или полное отделение ногтевой пластинки от ногтевого ложа со свободного (переднего) края.

Онихомадезис (онихоптоз) – полное отделение ногтевой пластинки от ложа. В отличие от онихолизиса ноготь отделяется с заднего края.

Анонихия – отсутствие ногтей на некоторых или всех пальцах стоп и кистей.

Койлонихия – ложкообразные ногти.

Платонихия – плоские ногти – чаще врожденная аномалия, но возможна и при воздействии профессиональных факторов, циррозе печени, псориазе. Обычно изменяются все ногтевые пластинки.

Повышенная ломкость ногтей.

Ракеткообразные ногти – относятся к проявлениям дистрофии врожденного или даже наследственного характера, возможно невоидное состояние.

Онихорексис – ломкость, расщепление ногтей в продольном направлении.

Склеронихия – явление противоположное онихорексису. Ногти сильно уплотнены, несколько утолщены, тверды, землисто-серого цвета.

Срединная каналообразная дистрофия ногтей – характеризуется появлением на ногтях больших пальцев кистей (реже других пальцев) широкого, 1-5 мм, продольного канала с елочкообразно изрезанными краями.

Наперстковидная истыканность (симптом Розентау).

Онихошизис – расщепление ногтей, в отличие от онихорексиса – в поперечном направлении.

Онихауктис – симптомокомплекс, состоящий из утолщения самого ногтя и в несколько большей степени подногтевого гиперкератоза.

Многие описанные выше ОД входят в понятие «*сенильные ногти*». Сенильные ногти возникают вследствие нарушения кровообращения в области матрицы и ногтевого ложа.

Дисхромии ногтей

Изменения цвета ногтей варьируют от белого, светло-желтого, коричневого, оранжевого до красного, синего, зеленого, черного.

Лейконихия – точечные, полосовидные или более обширные участки белого цвета (тотальная или субтотальная) в ногтях.

Линии Мюрке – две белые полосы на ногте, параллельные луночке.

Симптом Терри – проксимальные 2/3 ногтя имеют белый цвет, дистальная треть – розовый.

Двухцветный ноготь: розовая или коричневая дистальная половина резко отделена от молочно-белой проксимальной половины ногтя. Луночка не видна. Выявляется у 10% больных с уремией.

Туберкулез кожи

Общепринятой в мире классификации туберкулеза кожи нет.

Действующая классификация в нашей стране делит различные формы туберкулеза кожи на локализованные формы и диссеминированные процессы туберкулеза кожи.

К **локализованным формам туберкулеза** кожи относят:

- первичный туберкулез кожи;
- вульгарная волчанка или люповый туберкулез кожи;
- бородавчатый туберкулез кожи (T. cutis verrucosa);
- колликувативный туберкулез кожи или скрофулодерма (T. cutis colliquati, seu scrofuloderma);
- язвенный туберкулез кожи и слизистых оболочек (T. ulcerose cutis et mucosa).

Диссеминированный туберкулез кожи включает:

- лихеноидный туберкулез кожи или лишай золотушных (T. cutis lichenoides, lichen scrofulasorum);
- папулонекротический туберкулез кожи (T. cutis papulonecrotica);
- индуративный туберкулез кожи или индуративная эритема Базена (Erytema indurativum Bazin);
- миллиарная диссеминированная волчанка лица (lupus miliaris disseminatus faciei).

Бородавки

Вызываются различными типами папилломавируса человека (ПВЧ) и отличаются клиническим полиморфизмом. Клинические формы:

- Вульгарные бородавки на кистях
- Подошвенные бородавки
- Плоские бородавки
- Нитевидные бородавки (акрохориды).

Чесотка

Заразное паразитарное заболевание кожи человека, вызываемое чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei* []. Различают:

- неосложненную типичную чесотку;
- чесотку, осложненную пиодермией;
- атипичные формы чесотки
 - чесотка чистоплотных людей;
 - чесотка без ходов;
 - узелковая скабиозная лимфоплазия кожи;
 - норвежская чесотка.

Базально-клеточный рак

Наиболее распространенное эпителиальное новообразование кожи, составляющее 45-90% злокачественных эпителиальных опухолей данной локализации [5].

Клинические формы [1, 5]:

1. Поверхностная
2. Узелково-язвенная
3. Склеродермоподобная
4. Пигментная.

Плоскоклеточный рак

Наиболее злокачественная *эпителиальная* опухоль кожи [5].

1. Рак *in situ*: болезнь Боуэна, эритроплазия Кейра.
2. Плоскоклеточный рак кожи, инвазивный:
 - 2.1. Высокодифференцированный (ороговевающий)
 - 2.2. Низкодифференцированный (неороговевающий) [1, 5].

Меланома

Одно из наиболее агрессивных и непредсказуемых опухолей, которая метастазирует как лимфогенно, так и гематогенно [5].

Выделяют четыре основные формы:

- 1) Поверхностно распространяющаяся

- 2) Лентиго-меланома
- 3) Акральная лентигинозная меланома
- 4) Узловая нодулярная меланома [1, 5].

Саркома Капоши

Мультицентрический неопластический процесс, развивающийся из эндотелия кровеносных и лимфатических сосудов, главным образом дермы [5].

Различают 4 формы:

- 1) Классическая идиопатическая
- 2) Эндемическая африканская
- 3) ВИЧ-ассоциированная эпидемическая
- 4) Иммуносупрессивная [1, 5].

Мастоцитоз

Системное заболевание, морфологическим субстратом которого является массивная инфильтрация кожи, различных органов и тканей тучными клетками (мастоцитами, лаброцитами, тканевыми базофилами) [5].

В 1953 г. Р.Дегос (R. Degos) предложил классификацию мастоцитоза, согласно которой выделил следующие формы заболевания:

- 1) пигментная крапивница;
- 2) мастоцитомы;
- 3) диффузный мастоцитоз;
- 4) стойкая пятнистая телеангиэктазия;
- 5) системный мастоцитоз;
- 6) тучноклеточный лейкоз.

Выделено 4 формы мастоцитоза (Г.А. Галил-Оглы, 2005) [5]:

- ***кожный мастоцитоз младенческого или раннего детского возраста***, при котором кожные очаги разрешаются в пубертате, системные изменения, как правило, отсутствуют, а прогрессирование с развитием системной формы наступает крайне редко;

- **кожный мастоцитоз подростков и взрослых** с частыми системными поражениями, который нередко сопровождается системными нарушениями, но они, как правило, не прогрессируют. Спонтанный регресс у взрослых, в отличие от детей, не описан. Иногда эта форма прогрессирует, переходит в системный мастоцитоз с прогрессирующим поражением внутренних органов;

- **системный мастоцитоз;**

- **злокачественный мастоцитоз** (тучноклеточная лейкемия) – очень редкая форма, характеризуется наличием цитологически злокачественных тучных клеток во многих органах и тканях, особенно в костях и периферической крови, с быстрым летальным исходом; обычно не сопровождается кожными проявлениями.

Помимо 4 форм мастоцитоза выделяют 5 типов кожных поражений (первые два наблюдаются как у младенцев, так и у взрослых):

- 1) пятнистопапулезный,
- 2) множественный узловатый,
- 3) тип крупного солитарного узла или мастоцитомы,
- 4) диффузный (эритродермический) тип,
- 5) телеангиэктатический тип [5].

Пример диагноза: Кожный мастоцитоз взрослых, пятнистопапулезный тип.

Список использованной литературы

1. Адаскевич, В.П. Кожные и венерические болезни: учеб. рук. / В.П. Адаскевич, В.М. Козин. – 2-е изд. – М.: Медицинская литература, 2009. – 672 с.
2. Адаскевич, В. П. Диагностика и лечение эритродермий / В.П.Адаскевич // Мед. панорама. – 2002. – 1. – С. 21-23.
3. Барабанов, Л.Г. Аллергические васкулиты кожи (лекция)/ Л.Г.Барабанов, А.Л.Барабанов // Ars medica. – 2008. – № 6(7). – С. 12-16.
4. Гаджимурадов, М.Н. Атипичные формы красного плоского лишая: клинические проявления, дифференциальная диагностика, лечение / М.Н. Гаджимурадов, А.А. Гунашева // Клин. дерматол. и венерол. – 2009. – №3 – С. 85-90.
5. Дерматоонкология / Под ред. Г.А. Галил-Оглы, В.А. Молочкова, Ю.В. Сергеева. – М.: Медицина для всех, 2005. – 872.
6. Иванов, О.Л. Современная классификация и клиническое течение ангиитов (васкулитов) кожи / О.Л.Иванов//. Рус. мед. журн. – 1997. - №5(11) – С. 693-700.
7. Кацамбас, А.Д., Лотти, Т.М. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. М 2009; 230–233.
8. Клиническая классификация ограниченной склеродермии / М. Н. Гаджимурадов [и др.] // Клин. дерматол. и венерол. – 2013. – №4 – С. 80-87.
9. Клинические протоколы диагностики и лечения аллергических заболеваний у детей / В.Ф. Жерносек [и др.] // Приложение к приказу Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 08.08.2014 г. № 829. – Минск, 2014. – 39 с.
10. Кожные и венерические болезни : справочник / под ред. О. Л. Иванова. - Изд. 2-е, перераб. и доп. - М. : Медицина, 2007. - 336 с.
11. Левончук, Е.А. Дисхромии: учеб.-метод. пособие / Е.А. Левончук. – Минск: БелМАПО, 2010. – 36 с.
12. Левончук, Е.А. Розацеа, клиника, диагностика, лечение: учеб.-метод. пособие. – Минск: БелМАПО, 2009. – 20 с.

13. Лукьянов, А.М. Угревая болезнь: стратегии диагностики и терапии: метод. пособие / А.М. Лукьянов. – Минск: БГМУ, 2011. – 68 с.
14. Кожные и венерические болезни. Под ред. О.К. Шапошникова. М.: Медицина, 1985. – 368 с.
15. Панкратов, О.В. Инфекционная дерматология в практике врачей 1 первичного звена : рук. для врачей / О.В. Панкратов, В.Г. Панкратов. – Минск : Новое знание, 2015. – 2015 с.
16. Потекаев, Н.Н. Розацеа / Н.Н. Потекаев. – М. – Спб.: БИНОМ, - Невский Диалект, 2000. – 144 с.
17. Самцов, А.В. Акне и акнеформные дерматозы : Монография. / А.В. Самцов. – М.: ООО «Ютком», 2009. – 288 с.
18. Святенко, Т.В. Алопеции: классификация, особенности клиники, диагностики и лечения / Т.В. Святенко // Эстетическая медицина. – 2012. – №2-3 (26–27). – С. 4-11.
19. Суворова, К.Н., Некрасова Л.В., Сысоева Т.А., Камакина М.В. Акне: актуальные методы терапии и косметической коррекции. М 2005;14-18.
20. Фитцпатрик, Дж.Е., Эллинг, Дж.Л. Секреты дерматологии. Пер. с англ.- М.-Спб: ЗАО «Издательство Бином», «Невский диалект». –1999. – 512 с.
21. Множественная кольцевидная гранулема / А.Н. Хлебникова, Ю.В. Молочкова, М.В. Эмирбекова // Рос. журн. кожн. вен. болезней. – 2015. – № 18. – С. 39–41.
22. Цыганкова, Е.П. Буллезные дерматозы [Электронный ресурс] / Е.П. Цыганкова, И.Е. Торшина // URL: http://arc.sigma.info/index.php?option=com_remository&Itemid=154&func=fileinfo&id=567 (дата обращения: 06.09.2015).
23. Чирченко, М.А. Очаговая алопеция: новые аспекты лечения [Электронный ресурс] // Лечащий врач. 2002. 16 декабря. URL: <http://www.lvrach.ru/2002/12/4529888/> (дата обращения: 06.09.2015).
24. Чистякова, И. А. Красный плоский лишай/ И.А. Чистякова // Consilium Medicum. Дерматология. – 2006. – № 1. – С. 39–41.

25. Шиманская, И.Г. Акне: вопросы патогенеза, диагностика, лечение: метод. пособие / И.Г. Шиманская. – Минск: «Асобны», 2008. – 24 с.

26. Яковлев, А.Б. Парапсориаз: современное состояние проблемы [Электронный ресурс] // Лечащий врач. 2012, №10. URL: <http://www.lvrach.ru/2012/10/15435548/> (дата обращения: 06.09.2015).

27. Яровая, Н.Ф. Фотодерматозы [Электронный ресурс] // Лечащий врач. 2009, №5. URL: <http://www.lvrach.ru/2009/05/9165941/> (дата обращения: 06.09.2015).

28. Юсупова, Л.А, Филатова, М.А. Фотодерматозы [Электронный ресурс] / Л. А. Юсупова, М. А. Филатова // Лечащий врач. 2014, №5. URL: <http://www.lvrach.ru/2014/05/15435962/> (дата обращения: 06.09.2015).

29. European Evidence-based (S3) Guidelines for the Treatment of Acne / A. Nast [et al.] // J. Europ. Acad. Dermatol. Venereol. – 2012. - №26 (Suppl. 1). – P. 1–29.

Содержание

Введение	3
Псориаз	3
Парапсориаз	7
Экзема	7
Атопический дерматит.....	8
Почесуха (пруриго)	9
Нейродермиты	10
Многоформная экссудативная эритема	11
Акне.....	11
Себорея	14
Розацеа	15
Эритродермии	16
Буллёзные дерматозы.....	18
Васкулиты кожи	19
Фотодерматозы	22
Красная волчанка.....	23
Склеродермия	24
Дерматомиозит	26
Кольцевидная гранулема	27
Красный плоский лишай	28
Витилиго.....	29
Кератодермии.....	30
Алопеция	30
Ониходистрофии	33
Туберкулез кожи.....	36

Бородавки	36
Чесотка.....	37
Базально-клеточный рак	37
Плоскоклеточный рак	37
Меланома.....	37
Саркома Капоши.....	38
Мастоцитоз.....	38
Список использованной литературы.....	40
Содержание	43

Учебное издание

Крумкачев Владимир Владимирович

Панкратов Олег Валентинович

Шикалов Ростислав Юрьевич

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕРМАТОЗОВ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск В.В. Крумкачев

Подписано в печать 22. 09. 2015. Формат 60х84/4. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,88. Уч.- изд. л. 2,14. Тираж 100 экз. Заказ 309.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.