

# БОЛЕЗНИ ПРИДАТКОВ КОЖИ

(лекция)

Р.Ф.Айзятулов

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького*

**Знать:** этиологию, патогенез болезней придатков кожи; классификацию и клиническое течение; патоморфологические изменения; клиническую характеристику различных форм; дифференциальную диагностику; лабораторные критерии; методы лечения и профилактики; принципы диспансеризации.

**Уметь:** выяснить жалобы; собрать анамнез; провести дополнительные методы обследования; описать очаг поражения; провести дифференциальный диагноз; оценить лабораторные данные; дать рекомендации по соблюдению диеты; назначить лечение: общее и наружное; разработать тактику дальнейшего обследования у врачей смежных специальностей; составить план профилактических и диспансерных мероприятий.

**Облысение, алопеция (alopecia), гнездовая алопеция, очаговая алопеция (alopecia areata).**

Происходит полное или частичное выпадение волос на голове или других участках тела. Болеют дети, молодые люди в возрасте 20-30 лет, а также учащиеся и люди умственного труда.

**ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ.**

В возникновении заболевания определенную роль играют расстройства центральной нервной системы (нервные потрясения, неврастенический синдром, вегетососудистая дистония, гипотония сосудов головного мозга), эндокринной системы, обмена веществ, нарушение всасывательной функции тонкого кишечника, снижение содержания цинка и повышение меди в волосах. Важное значение придается фокальной инфекции (хронический холецистит, гепатит, гастрит, энтероколит, аднексит, гайморит, кариозные зубы). Указывается на аутоиммунный характер заболевания.

**КЛИНИКА.**

В течение заболевания выделяются 3 стадии: прогрессирующая, стационарная и регрессивная. На волосистой части головы, преимущественно в затылочной области возникают 1-2 или несколько округлой формы, нередко симметрично расположенных очагов облысения без признаков воспаления. Кожа в очагах поражения подвижная и собирается в складку, фолликулярный аппарат сохранен. В прогрессивной стадии волосы выпадают не только в очаге поражения, но и в пограничной зоне (зона расшатанных волос) и легко выдергиваются пучками. Очаги облысения распространяются по периферии, сливаются между собой и образуют крупные участки облысения с полициклическими краями. Рядом могут появляться новые очаги выпадения волос. В первые дни на участках облысения отмечаются легкая гиперемия, гиперестезия кожи, жжение, зуд. В очагах поражения сало- и потоотделение уменьшаются, кожа приобретает цвет слоновой кости. В стационарной стадии наблюдаются обломанные, короткие, темно окрашенные волосы. Через несколько месяцев участки облысения начинают зарастать волосами. Сначала тонкими, пушковыми волосами, а затем нормальными волосами. Обычно участки облысения зарастают от центра к периферии (регрессивная стадия). В некоторых случаях заболевание приобретает злокачественное тяжелое течение. Наступает полное облысение, при котором выпадают все волосы не только на волосистой части головы, но и на других участках кожного покрова (брови, подмышечные впадины, лобок), а также пушковые волосы на верхних и нижних конечностях, на туловище. Развивается субтотальная, тотальная или универсальная алопеция.

**Субтотальная алопеция (alopecia subtotalis areata).**

Характерно прогрессирующее течение. В области волосистой части головы выпадают толстые волосы и остаются лишь пушковые и короткие волосы в краевой зоне очага или

единичные тонкие, обесцвеченные волосы, которые довольно легко выдергиваются. Участки выпадения волос постепенно увеличиваются. Иногда наблюдается разрежение бровей и выпадение ресниц.

### **Тотальная алопеция (*alopecia totalis areata*).**

#### **ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ.**

Наблюдается у детей и взрослых. Причинными факторами могут быть инфекционные заболевания (дизентерия, вирусные болезни), стрессовые ситуации, гормональные расстройства, прием лекарств, действие химических веществ, недостаточное питание, интоксикации.

#### **КЛИНИКА.**

На волосистой части головы и лице волосы полностью выпадают. В течение нескольких лет появляются вначале тонкие, обесцвеченные ресницы, а позднее волосы на волосистой части головы. В некоторых случаях волосы появляются лишь в области ресниц и бровей, а волосистая часть головы остается лишенной волос. Пациенты предъявляют жалобы на общую слабость, недомогание, сильные головные боли.

#### **ДИФ. ДИАГНОЗ.**

Поверхностная трихофития волосистой части головы. На волосистой части головы определяются очаги поражения различной величины, неправильной формы с нечеткими границами. В очагах выявляется слабое воспаление и шелушение. Волосы обломаны на уровне кожи ("черные точки") и на расстоянии 2-3 мм от поверхности кожи, сохранены видимо здоровые волосы. При лабораторном исследовании обнаруживается грибок *Trichophyton tonsurans*.

Поверхностная микроспория волосистой части головы. В области волосистой части головы выявляются очаги поражения неправильной формы, эритематозно-шелушащиеся, с нечеткими краями. В очагах волосы обломаны на расстоянии 5-8 мм над уровнем кожи, сохранены видимо здоровые волосы. Обломки волос окружены серым чехликом, состоящим из спор гриба. При лабораторном исследовании находят грибок *Microsporum ferrugineum*.

Фавус волосистой части головы. На волосистой части головы выявляются эритематозные пятна, скутулы.

Скутула представляет собой блюдцеобразный, сухой, ярко-желтый, диаметром 2-4 мм элемент, во вдавленном центре которого торчит волос. Волосы тусклые, пепельно-серые. Очаги распространяются. После регресса наблюдается атрофия кожи, стойкое выпадение волос. От больных исходит "мышинный" ("амбарный") запах. При лабораторном исследовании обнаруживается патогенный грибок *Trichophyton Schonleini*.

Сифилитическое облысение мелкоочаговое. В затылочной и височной области, на бороде, бровях, ресницах выявляется большое количество мелких очагов облысения. Они неправильно округлой формы, не склонные к слиянию, размером 10-15 мм в диаметре. В очагах отмечается резкое поредение волос. Выпадают не все волосы и поэтому, волосистая часть головы имеет сходство с "мехом, изъеденным молью". При поражении ресниц, в результате их частичного выпадения и последовательного отрастания новых, они имеют разную длину "ступенчатые" ресницы (признак Пинкуса). Серологические реакции РВ, РИФ, РИБТ положительные.

Сифилитическое облысение гнездное. На волосистой части головы отмечаются очаги облысения крупных размеров, правильно округлой формы, с четкими границами, в количестве 1-3. Волосы полностью отсутствуют. По периферии легко выдергиваются. Кожа в участках облысения гладкая, блестящая, напоминает бильярдный шар. При сифилитическом облысении кожа в очагах поражения не шелушится, без признаков воспаления, фолликулярный аппарат сохраняется. Субъективные ощущения отсутствуют. Без противосифилитического лечения может существовать длительное время. После назначения специфической терапии через 10-15 дней прекращается выпадение волос и волосы постепенно отрастают в течение нескольких месяцев. Серологические реакции РВ, РИФ, РИБТ положительные.

#### **ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ.**

При вегетоневрозах применяются седативные препараты, биогенные стимуляторы (оказывают тонизирующее действие на центральную и вегетативную нервную систему, усиливают процессы тканевого обмена). По показаниям

антибиотики. Целесообразно применять аминокислоты (метионин, цистеин) - 0,25 г 4 раза в день (2-3 мес). Витамины А, С, РР, группы В (В<sub>2</sub>, В<sub>5</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>), поливитамины. При прогрессировании процесса препараты мышьяка, железа. Рекомендуются фурукумариновые препараты (меладинин, аммифурин, бероксан, псорален, пеуцеданин). Аммифурин 2% раствор наружно и внутрь по 0,02 г; бероксан по 0,02 г внутрь и 0,5% раствор для наружного применения; псорален по 0,005 г (0,01 г и 0,02 г) и наружно 0,1%; пеуцеданин по 0,01 г и 0,5% мазь. Во время приема фурукумариновых препаратов необходимо проводить исследования мочи, крови, так как могут возникнуть альбуминурия и лейкопения. При УФоблучении могут появиться пузыри, зуд кожи. В начале лечения препараты втирают в очаги поражения вечером, а утром проводится облучение ртутно-кварцевой лампой. В последующие дни втирают раствор или мазь за 4-3-2 и 1 час до облучения. Расстояние до ртутно-кварцевой лампы 100 см, начинают с ½ дозы и эту экспозицию сохраняют на протяжении всего лечения (20-25 облучений). Таблетки принимают утром ежедневно, каждые 2 часа по 1 таблетке. Первые 6-7 дней 2 таблетки, затем 4. Необходимо проводить 4-6 курсов с 15-20 дневными перерывами между ними. Общая доза на курс аммифурином и бероксаном составляет 250-300 таблеток. Псорален и пеуцеданин принимают 3 месяца. Повторяют курс через 1-2 мес, всего 2-3 курса. Применяется фотохимиотерапию (ПУВА-терапия). Фотосенсибилизаторы (препараты фурукумарина) и длинноволновое УФоблучение. Назначаются стероидные гормоны 30-40 мг преднизолона в сутки, после применения которых к концу 3-й недели наблюдается рост пушковых волос, а к концу месяца настоящих, после чего суточная доза снижается до 5-10 мг. Длительность курса 2-2,5 месяцев, но иногда бывают рецидивы. Хороший эффект при внутрикожном обкалывании гидрокортизоном, в дозе 25 мг 2 раза в неделю (каждый очаг обкалывают 1 раз в 2 недели), на каждый очаг 5-8 инъекций. При этом рост волос отмечается через 3-4 недели. Женщинам с эстрогенной недостаточностью назначают димэстрол 0,6% масляный раствор по 1 мл в фолликулиновую фазу на протяжении 3-4 овариально-менструальных

циклов. Учитывая снижение цинка в плазме крови рекомендуются внутрь окись цинка по 50 мг 3 р/день (запивать молоком), в течение 20-30 дней с 7-10 дневным перерывом; рост волос начинается через 4-8 месяцев. ДНХБ (динитрохлорбензол) в виде местных аппликаций в концентрациях 0,1, 0,2, 0,5, 1, 2% в зависимости от степени реакции. Через 2 недели после сесибиллизации ДНХБ наносится 1 раз в 7-14 дней. По принципу ДНХБ за рубежом применяются наружно аппликации мехлорэтамна, антролина.

#### НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Начинают в период прекращения массового выпадения волос. С целью вызвать прилив крови к очагам облысения, улучшить обмен веществ и питание корней волос применяются спиртовые растворы с настойкой красного перца, испанских мушек, хлороформный спирт, пасту Розенталя, проводится массаж волосистой части головы. Голову необходимо мыть 1 раз в 5-7 дней горячей водой (40-45<sup>0</sup>С) с детским мылом или яичным желтком. Можно применять аппликации яйца, хны и басмы, ромашки, простокваши на 15-20 мин. Назначаются облучение очагов облысения эритемными дозами УФлучей, диатермия на область шейных симпатических узлов, применение токов д'Арсонваля, парафиновые аппликации. Для стимуляции коры надпочечников проводится индуктотермия поясничной области или курс индуктотерапии на шейные симпатические ганглии (15 процедур через день с индуктотермией на поясничную область). В комплексном лечении с целью получения гиперемии в очагах облысения используют электрофорез с 1% р-ром никотиновой кислоты. Применяются орошения очагов облысения хлорэтилом до образования инея, криотерапия жидким азотом, массаж снегом угольной кислоты. Процедуры назначаются ежедневно или через день, на курс 25-30 сеансов. Через 1,5-2 месяца курс можно повторить.

#### ПРОФИЛАКТИКА.

Устранение причин заболевания (стресс, переутомление, фокальная инфекция, гиповитаминозы). Тщательное Обследование у врачей специалистов (невропатолог, терапевт, гинеколог, отоларинголог) не менее 1 раза в год. Диспансеризация больных тотальными и

универсальными формами облысения на весь срок лечения.

### **Себорея (seborrhea).**

Термин “себорея” (лат. sebum-сало и греч. rhea-теку). Хроническое рецидивирующее заболевание, которое возникает в период полового созревания вследствие нарушения функции сальных желез и повышенного выделения кожного сала при качественном его изменении.

### **ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ.**

До настоящего времени не известны. Важную роль играют генетические факторы, патологические изменения деятельности сальных желез, бактериальная флора в устьях волосяных мешочков и сальных желез (коринебактерии акне, стафилококк белый и золотистый и другие), гормональные (увеличение содержания андрогенов, уменьшение эстрогенов) и иммунологические (снижение Т- и В-лимфоцитов, неспецифического иммунитета) отклонения, нарушения центральной и вегетативной нервной системы, желудочно-кишечного тракта, наличие фокальной инфекции.

### **КЛИНИКА.**

В зависимости от консистенции и химического состава кожного сала выделяют следующие разновидности себореи: жирная (жидкая и густая), сухая и смешанная формы себореи.

### **Жирная себорея.**

Наблюдается в период полового созревания, когда повышается секреторная функция сальных желез. Преимущественно возникает в участках, где много сальных желез (лицо, волосистая часть головы, грудь, межлопаточная область). Кожа становится жирная, блестящая, неровная, грязно-серого цвета, устья волосяных фолликулов расширены. На волосистой части головы отмечаются крупные желтые и белые чешуйки, корки.

**Жидкая форма жирной формы себореи.** Чаще болеют женщины в возрасте 10-14 лет. Отмечается хроническое течение с ремиссиями в летнее время. Возникновение заболевания связывают с вегетоневрозом. Кожное сало имеет жидкую консистенцию. Волосы на вид маслянистые, слипаются и истончаются. После мытья они быстро становятся жирными. Процесс может осложняться вторичной инфекцией, что

приводит к более тяжелому течению. В области волосистой части головы наблюдается обилие “перхоти” и нередко в возрасте 20-24 лет развивается облысение вначале в височно-лобной, а затем в теменной области.

**Густая форма жирной формы себореи.** Болеют преимущественно мужчины в возрасте 16-20 лет, кожа у которых становится уплотненной, тусклой, буровато-серого цвета. На ее поверхности отмечаются расширенные устья сальных желез “поры”, густой секрет с неприятным запахом. На коже волосистой части головы волосы густые, жесткие, грубые, появляются чешуйки. Могут возникать осложнения в виде фолликулитов, фурункулов, абсцессов.

### **Сухая себорея.**

Часто наблюдается у детей до периода полового созревания вследствие недостаточного развития сально-волосяного аппарата.

**Себорея волосистой части головы (гнейс).** В первые недели жизни после рождения ребенка на голове образуются грязно-серые чешуйки, после удаления которых появляется гиперемизированная кожа, на которой через некоторое время вновь появляются чешуйки. На волосистой части головы, верхних и нижних конечностях, боковых поверхностях туловища кожа тонкая, шелушится, отмечается фолликулярный гиперкератоз. Волосы истонченные, сухие.

### **Смешанная себорея**

Чаще болеют мужчины, у которых на лице выявляются симптомы жирной себореи, а в области волосистой части головы сухой. Нередко может отмечаться смешанная форма жирной себореи - на лице проявление жидкой жирной себореи, а на волосистой части головы густой жирной себореи.

### **ДИФ. ДИАГНОЗ**

**Стрептодермия** волосистой части головы. На волосистой части головы на фоне покрасневшей кожи выявляются поверхностные пузыри (фликтены) размером до 1-2 см в диаметре с прозрачным содержимым и тонкой дряблой покрывкой, окруженные ярко-красным венчиком воспаления. Содержимое фликтен мутнеет и ссыхается с образованием желтых корок. Они отторгаются и остается временное розовое или гиперпигментированное пятно. Субъективно зуд, жжение. При насильственном удалении

корки обнажается розово-красная эрозия с прозрачным опалесцирующим экссудатом на поверхности. При диссеминации процесса, чему способствует мытье водой, пользование инфицированными полотенцами, одеждой, бельем и другими предметами обихода больного, инфекция переносится на другие участки кожного покрова. При этом наблюдается лейкоцитоз, увеличение, болезненность и нередко абсцедирование лимфатических узлов.

**Псориаз себорейный.** На волосистой части головы отмечается обильное шелушение без воспалительных изменений. На лице, в области грудины обнаруживаются экссудативные бляшки небольших размеров с чешуйками на поверхности. На разгибательной поверхности конечностей, в области крестца выявляются симметричные, плоские, воспалительные розово-красные папулы с серебристо-белыми чешуйками на поверхности. При поскабливании поверхности узелков наблюдаются 3 феномена (симптом Аушпица): вначале шелушение серебристо-белыми чешуйками и поверхность приобретает вид застывшего стеарина (феномен стеаринового пятна), при дальнейшем поскабливании обнаруживается блестящая красная поверхность (феномен псориатической пленки) и продолжение поскабливания вызывает появление капелек крови (феномен кровавой росы). Наблюдается изоморфная реакция (симптом Кебнера) – появление новых папул в местах травматизации кожи.

### **Угри (acne).**

#### **ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ.**

В возникновении угрей выделяют ряд причинных факторов: гипертрофия и гиперсекреция сальных желез, аномалия кератинизации устьев волосяных фолликулов; наличие микрофлоры на коже и в волосяных фолликулах, воспалительная реакция окружающих тканей. Заболевание наблюдается у лиц с жирной или смешанной формами себореи в период полового созревания, чаще у мальчиков. Наиболее часто встречаются коринебактерия акне, золотистый стафилококк, *pityrosporum ovale*. В результате гиперсекреции кожного сала, частичного опорожнения сальных желез, гиперкератинизации волосяных фолликулов происходит закупорка устьев волосяных фолликулов с образованием комедонов

(“черных точек”), которые появляются при жидкой и при густой жирной себорее.

#### **КЛИНИКА.**

Выделяют вульгарные или юношеские, папулезные, индуративные сливные и флегмонозные угри. Наиболее распространенными являются вульгарные угри в виде полушаровидных, розовых, размером от 1-2 до 3-5 мм в диаметре узелков, которые локализуются в области лица, груди и спины. В центральной части узелка может появляться гнойничок, который ссыхается в желтые корки. После регресса остается пигментация или поверхностный рубец. Чаще наблюдаются при жидкой жирной себорее. При густой жирной себорее на лице, спине, груди, волосистой части головы появляется большое количество комедонов с выраженной воспалительной реакцией вокруг. Устья волосяных фолликулов расширены. Высыпания крупных размеров и располагаются глубоко в дерме. Образуется инфильтрат, который размягчается, вскрывается с выделением гнойной жидкости. После регресса остаются глубокие рубцы. Тяжелой формой при густой жирной себорее являются конглобатные угри. Кроме комедонов и атером образуются глубокие, плотные, болезненные узлы, размером от фасоли до лесного ореха, которые сливаются, образуя конгломераты, абсцессы. Кожа над ними красно-синюшного цвета. Узлы могут вскрываться с образованием длительно незаживающих язв. После регресса язв остаются грубые рубцы с перемычками и свищами или нередко гипертрофические келоидные рубцы. Высыпания располагаются на спине, реже на груди и лице.

#### **ДИФ. ДИАГНОЗ**

**Медикаментозные акне.** На лице выявляются папулы и пустулы. Явления себореи и комедоны отсутствуют. В анамнезе указывается на прием медикаментозных препаратов (бром, йод, стероидные гормоны, витамины В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>). Проходят без лечения после прекращения приема медикаментов.

**Сифилис угревидный.** Определяются фолликулярные папулы размером 2-3 мм в диаметре, четко отграниченные. На вершине узелка коническая или шарообразная пустула с гнойным экссудатом, которая ссыхается в желтовато-бурую корку. Корки отпадают и остаются

вдавленные, пигментированные рубцы. Серологические реакции РВ, РИФ, РИБТ положительные.

#### ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Проводится тщательное клиническое обследование с целью выявления гормональных и нервно-сосудистых нарушений. Нормализуется режим питания. Проводится борьба с запорами, выявление и санация фокальной инфекции. При неврозах, раздражительности назначаются препараты валерианы, пустырника, транквилизаторы. Для коррекции психосоматических расстройств адаптогены (пантокрин, настойка китайского лимонника, элеутерококка). С целью улучшения функции сальных желез рекомендуется очищенная сера по 0,5г 3 раза в день за 30-40 мин до еды (2-3 месяца). Для снижения темпа экскреции кожного сала рекомендуется сульфат цинка по 25-50 мг 3 раза в день (2 месяц). Назначаются витамины А, группы В (В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>), С или "Аскорутин". При тяжелых формах угревой болезни (шаровидная, флегмонозная, кистозная) применяют 13 цистретиноид в начальной дозе 40 мг, которую постепенно увеличивают до 60-80 мг. Улучшение отмечается через 4 недели, а более выраженный эффект наступает через 6-12 недель. Проводится иммунотерапия (стафилококковый антифигин: 0,2-0,4-0,6-0,8-1,0-1,2-1,4-1,6-1,8-2,0 мл в аутокрови через день, 8-10 инъекций на курс или стафилококковая вакцина внутривожно в область предплечья по 0,1-0,2 мл 1 раз в 2-3 дня, на курс 1-2,0 мл). При рецидивирующем течение угрей, осложненных вторичной инфекцией рекомендуются антибиотики. При нарушениях функционального состояния половых желез женщинам этилэстрадиол по 0,01-0,05 мг 3 раза в день в первые 2 недели межменструального периода или 4 инъекции эстрона 0,05% по 1 мл ежедневно. Мужчинам в течение 10-15 дней окэстрол по 0,005г с перерывом между курсами 8-10 дней. Наружно женщинам синэстроловый крем на эмульсионной основе (0,01, 0,1 и 0,15%). Мужчинам синэстроловый крем 0,1 и 0,14% ежедневно, через день, 12-15 процедур, в общей сложности 3-4 курса лечения с интервалами 10-15 дней. При абсцедированных, флегмонозных, индуративных угрях для расщепления некротизированных тканей и профилактики

гипертрофичных рубцов трипсин или химотрипсин кристаллический внутримышечно по 10 мг (10-12 инъекций).

#### НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

При жирной себорее очаги поражения протирают 1-2% водными растворами натрия тиосульфата, тетрабората или гидрокарбоната, 0,5-1% танина, 3-5% серы. По мере стихания острых явлений 3-4% спиртовыми растворами салициловой и борной кислоты. Назначают присыпки с серой, борной кислотой, танином или водно-взбалтываемая взвесь с серой, ихтиолом, дегтем. При легких формах себореи бывает достаточным мытье кожи теплой водой с мылом и последующим применением спиртовых и водных растворов или взбалтываемых взвесей, мазей (5-10% синтомициновая эмульсия, 2-3% гелиомициновая, 0,5-1% ридоксоловая). Из физиотерапевтических методов лечения применяется электрофорез с сульфатом цинка, ихтиолом. Проводится электрокоагуляция пустулезных элементов, криотерапия жидким азотом. При отсутствии воспалительных явлений рекомендуются паровые ванны и механическая чистка лица, рассасывающие маски, лечебный массаж.

#### ПРОФИЛАКТИКА.

Устранение факторов, способствующих возникновению заболевания. Меры личной гигиены и профилактики. Санация фокальной инфекции. Лечение сопутствующих заболеваний. Закаливание организма (занятие спортом, купание, солнечные ванны). Режим питания. Предупреждение загрязнения кожи различного характера (производственного, бытового). Выявление и лечение больных с начальными проявлениями заболевания. Диспансеризация пациентов с тяжелыми формами угревой болезни. Раннее обращение больных в медицинские учреждения косметического профиля. Санитарно-просветительная работа.

**Розовые угри, розацеа (acne rosacea, лат. rosaceus-розовый).**

Хроническое заболевание с периодическими обострениями, которое проявляется гиперемией кожи лица. По своей медицинской и социальной значимости является одной из актуальных проблем современной дерматологии. Встречается у всех рас, но преимущественно у светлокотых. Заболеваемость розацеа достигает 10%. Чаще

начинается на 3-4-м десятилетиях жизни и достигает расцвета между 4 - 5-м десятилетиями. Английские авторы обозначают розацеа как "приливы кельтов". Болеют женщины, высокая заболеваемость среди которых объясняется тем, что они чаще мужчин обращаются за медицинской помощью, причем на более ранних стадиях.

#### ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ.

Важным моментом в развитии заболевания служит ангионевроз в зоне иннервации тройничного нерва, обусловленный различными факторами: конституциональные ангиопатии, нейровегетативные нарушения, эндокринные расстройства (гормональные нарушения, климакс, дисменорея, прием гормональных противозачаточных препаратов). Частой причиной являются клещи рода *Demodex folliculorum*, что подтверждается обнаружением их в отдельных инфильтратах, эффективностью акарицидных препаратов, метронидазола, серы и других. *Demodex folliculorum* - физиологический представитель микрофлоры кожи. С возрастом заселение фолликулов им увеличивается. Обнаруживается не у всех больных. Часто выявляется в гранулемах, так как клещи способствуют развитию гранулематозной или люпоидной реакции. Вместе с тем, в большинстве случаев локализация высыпных элементов розацеа не связана с фолликулярным аппаратом. У части пациентов, обнаруживаются также специфические антитела к демодексу. При всех клинических формах розацеа в устьях фолликулов, выводных протоков сальных желез могут быть обнаружены клещ и его личинки. Наибольшая плотность отмечается при папулопустулезной стадии (важную роль клеща в патогенезе этой фазы заболевания). В развитии розацеа важную роль играют многие патогенетические факторы: неблагоприятные метеорологические условия, резкое повышения температуры внешней среды (жар печей), воздействием эмоциональных факторов, раздражающая пища, алкоголь, расстройства желудочно-кишечного тракта, нарушение гуморального и клеточного звеньев иммунитета, фокальная инфекция, наличие клеща ("железницы"). Нередко отмечаются сопутствующие заболевания себорейной природы, фолликулов, сальных желез, частота

которых предшествуют розацеа от 20 до 83% случаев. Уделяется внимание аллергической природе заболевания, что иногда подтверждается положительными внутрикожными пробами с различными аллергенами, ухудшением клинической картины после приема некоторых продуктов.

#### КЛИНИКА.

Высыпания преимущественно локализируются на лице (лоб, нос, щеки, реже подбородок и другие участки). В дебюте заболевания возникает ливидная эритема, которая сохраняется от несколько минут до нескольких часов, а затем бесследно исчезает. Субъективно пациенты отмечают чувство жара, тепла. Под влиянием провоцирующих факторов она появляется вновь. Отмечается хроническое течение, рецидивы сменяются ремиссиями (месяцы, годы). Появляются инфильтрация, телеангиэктазии, эритема с синюшным оттенком, ярко-красные папулы, пустулы со стерильным содержимым, папулопустулезные элементы (розовые угри). Происходит слияние пустул и образуются воспалительные узлы, инфильтраты, опухолевидные разрастания, очаги гиперплазии сальных желез и соединительной ткани. Сальные железы расширены. При надавливании выделяется секрет с неприятным запахом. Кожа лица утолщается. Образуется ринофима (утолщение, шишковатый нос). Является самостоятельной формой и встречается исключительно у мужчин. Отмечается постоянный венозный застой в области кончика и крыльев носа. Развивается гипертрофия подкожной клетчатки и сальных желез. Форма носа становится асимметричная. Выявляются застойно-синюшная эритема, многочисленные телеангиэктазии, расширенные устья выводных протоков сальных желез, закупоренных комедонами. Происходит увеличение функциональной активности сальных желез. При надавливании из устьев фолликулов выделяется беловатый, пастообразный секрет. Аналогичные изменения могут локализоваться в других местах: на подбородке - гнатифима; в области надпереносья - метафима; на мочках ушей - отофима; на веках - блефарофима. Различают клинические формы розовых угрей: эритематозная, эритематозно-папулезная, папуло-пустулезная и узловая. Американские и немецкие авторы в течение

отмечают 3 стадии: эритематозно-телеангиэктатическая, папулопустулезная и пустулезно-узловатая. Выделяют особые клинические формы розовых угрей. Стероидная розацеа, феномен "стероидной кожи" - легкая субатрофия, обширная темно-красная эритема, телеангиэктазии, папулопустулы. Люпоидная розацеа - в периорбитальной и периоральной области буровато-красные папулы и узлы. Они плотно прилегают и образуют бугристую поверхность. При диаскопии выявляются желто-бурые пятна. Розацеа конглобата - крупные шаровидные абсцедирующие узлы, индурированные фистулы (нередко появляются после приема препаратов, содержащих галогены - йод, бром). Розацеа фульминанс - наблюдается у молодых женщин и представляет наиболее тяжелый вариант розацеа конглобата. Острое начало. Воспалительные узлы сливаются в конгломераты. Отмечается флюктуация. Образуются синусы и фистулы. Общее состояние страдает незначительно. Грамнегативная розацеа - появляются многочисленные фолликулы. В содержимом пустул обнаруживаются грам- бактерии. Выделяют 2 типа: 1) бактерии семейства *Eptegobacteriaceae*, синегнойная палочка - мелкие пустулезные элементы; 2) *Proteus mirabilis* - папулы и узлы; Солидный персистирующий отек лица (розацеа лимфоэдема, болезнь Морбигана). Образуется плотный отек на лбу, подбородке, веках, носу, на щеках. При надавливании на поверхность ямки не остается. Могут возникать поражения глаз - блефарит, конъюнктивит, ирит, иридоциклит, кератит. Субъективно жжение, болезненность, светобоязнь, ощущение инородного тела. В 20% случаев поражение глаз предшествует кожным проявлениям, в 27% наступает одновременно с ними и в 57% кожные проявления предшествуют поражению глаз. Неблагоприятный прогноз отмечается при розацеа-кератите (keratitis rosacea), при котором наблюдается стойкое помутнение роговицы и значительное снижение остроты зрения.

#### **Демодекоз.**

Заболевание кожи, которое вызывается червеобразными клещами рода *Demodex folliculorum* (демодексами), которые обнаруживаются в каждом сале комедонов, в

пустулах, на чешуйках (чаще на кончике носа). Клиническая картина как при розовых угрях.

#### **ДИАГНОСТИКА.**

Комедоны, гной в содержимом пустул исследуются в слегка подогретом изотоническом растворе натрия хлорида или в спирте с глицерином, чешуйки в спирте с глицерином или в 20% растворе едкой щелочи (в щелочи клещи обнаруживаются мертвыми).

#### **ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ.**

Устранение этиопатогенетических факторов. Назначаются седативные и вазоактивные препараты, иммуномодуляторы, биогенные стимуляторы, витамины (А, С, Р, В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, фолиевая кислота). Препараты серы (сера очищенная - 0,5 г 3-4 раза в день, 15-20 дней). При папулезных, папулопустулезных формах назначаются антибиотики широкого спектра действия. Хорошие результаты дают применение протистоцидных препаратов. Важное значение придается противодемодекозному лечению (срок акарицидного лечения должен быть не менее 25 дней с учетом цикла развития клеща).

#### **НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.**

Применяются 20-30% серная мазь, метод Демьяновича, 5% серно-дегтярный спирт, 10-15% водный раствор трихопола с 20-30% димексидом. При острых воспалительных явлениях вначале назначаются кремы: борная кислота 1,0 г, нафталан 1,5 г, ланолин 10,0 г, масло персиковое 10 мл, вода дистиллированная 10 мл или крахмал пшеничный, окись цинка по 2,5 г, ланолин 10,0 г, масло персиковое 7,5 мл, вода дистиллированная 7,5 мл. После стихания острых воспалительных явлений рекомендуются 5% ихтиоловая, 5% серная болтушки, затем серно-дегтярные пасты, мази с постепенным повышением концентрации серы и дегтя до 15%, электрофорез с 1-10% раствором йодида калия. Хорошие результаты отмечены при применении мази "Ям" (Ac.Salicylici 5,0; Sulf.praecip. 10,0; Ol.Terebinthinae rectificata 2 ml; Picis liquidae Betule, Lysole aa 5,0 ml; Novocaini 1,0; Zinci oxydi 10,0; Lanolini 25,0; Vaselini 35,0; Ol.Lavandulae 2 ml). Является сильным наружным раздражающим средством (возможно обострение воспалительного процесса). Поэтому в 1-й день наносится на 15 минут (остатки удаляют растительным маслом), на 2-й день экспозиция удлиняется до



30 минут. В тяжелых случаях проводятся криотерапия жидким азотом (10-15 процедур), дермобразия, электрокоагуляция.

#### ПРОФИЛАКТИКА.

Необходимо исключить факторы, вызывающие расширение сосудов кожи (инсоляция, низкая температура, волнения, прием острой пищи). Не рекомендуется работа, связанная с пребыванием на солнце, ветре, морозе, в горячих цехах. Необходимо применять фотозащитные кремы, мази, пудры. Для профилактики рецидивов рекомендуется 2-3 р/день (1 неделя) смазывать кожу лица раствором чемерицы. Диспансерное наблюдение.

#### ДИФ. ДИАГНОЗ.

Вульгарные угри. В области лица, груди и спины определяются розовые полушаровидные узелки, размером от 1-2 до 3-5 мм в диаметре. В центре гнойнички, которые подсыхают с образованием желтых корок. После регресса остается пигментация или поверхностный рубец. Отмечаются явления жирной себореи. Устья волосяных фолликулов расширены. Определяется большое количество комедонов ("черных точек") с выраженной воспалительной реакцией вокруг. Характерны хроническое течение и частые рецидивы.

Бугорковый сифилис. На ограниченных участках кожи (в области носа, лба, на границе волосистой части головы и гладкой кожи, разгибательной поверхности конечностей, поясице) отмечаются сгруппированные бугорки плотноэластической консистенции, красно-синюшные, резко ограниченные. Отсутствуют признаки воспаления, болезненность. Бугорки изъязвляются и образуются округлые, с четкими границами, плотными, крутыми, отвесными краями язвы с неровным дном. Поверхность язв покрыта некротическими массами грязно-гнойного и зеленовато-серого цвета. После регресса образуются рубцы в виде мозаики ("мозаичный" рубец). Между отдельными мелкими рубцами сохраняются участки здоровой кожи - "ячеистый" рубец. Стандартные серологические реакции КСР, РИФ, РИБТ положительные.

#### Гипергидроз (hyperhidrosis).

Физиологический гипергидроз может наблюдаться у тучных женщин, при гипертермии, во время климакса, в конце беременности, при заболеваниях внутренних

органов, центральной и вегетативной нервной системы. Различают генерализованный и локальный гипергидроз.

#### *Генерализованный гипергидроз.*

Общий гипергидроз, как симптом наблюдается при диабете, гипертиреозе, ожирении, инфекциях, сердечно-сосудистых заболеваниях. У истощенных людей, больных суставным ревматизмом, туберкулезом (симптом "ночной пот") и других заболеваниях.

#### *Ограниченный (локальный) гипергидроз.*

Отмечается в области подмышечных впадин, половых органов, лица, головы, на ладонях и подошвах при психическом возбуждении; при вегетативной дистонии, гемиплегиях, спинной сухотке, синингомиелии, тромбозах. Гипергидроз кистей довольно часто сопровождается акроцианозом в молодом возрасте, преимущественно у женщин, при повышенной чувствительности к холоду. При незначительном охлаждении кожа кистей покрывается холодным потом. Кончики пальцев становятся красного цвета, блестящие. Такая кожа имеет предрасположение к заражению вирусными бородавками и грибковыми болезнями. Гипергидроз стоп также может сопровождаться акроцианозом. Ношение обуви из непористых материалов затрудняется испарение пота и его бактериальное разложение приводит к щелочной реакции пота, возникновению мацерации и интенсивного запаха.

#### ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Необходимо проводить комплексную терапию с воздействием на этиологический фактор. Назначаются седативные препараты и антихолинэргические ганглиоблокаторы (пахикарпин, нанофин, димеколин и другие). Хорошие результаты отмечаются при применении атропина, хлористого кальция, рутина. Диатермия в области шейных симпатических узлов – проводится ежедневно в течение 15-20 мин, на курс 15-20 процедур. Внутрь в течение 4 недель настой шалфея и крапивы (15гр. сухих листьев на 0,5л воды) по 100 мл 2 раза в сутки (курс можно повторить через 3-4 месяца). Ионофорез с холинолитиками. Ванны, морские купания.

#### МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Применяются вяжущие, высушивающие, дезинфицирующие средства.

В виде растворов (борная, салициловая, уксусная лимонная кислоты, уротропин, формалин). В виде присыпок (тальк, окись цинка, борная кислота, квасцы). При гипергидрозе ладоней на фоне акроцианоза содержание рук в тепле, частые теплые ванночки для рук с дезинфицирующими растворами.

#### ПРОФИЛАКТИКА.

Рекомендуется профилактический и гигиенический уход за кожей тела. Купания, обтирания, контрастный душ утром и вечером с туалетным мылом. Частая смена белья. Пользование после мытья специальными дезодорантами. Обтирание тела слабым лимонным раствором (1 столовая ложка сока лимона на 1 стакан воды), отварами ромашки, шалфея, дубовой коры. При повышенной потливости рук в воду для мытья можно добавлять нашатырный спирт (1 ч.л. на 1 литр воды). Не рекомендуется работа, связанная с переохлаждением, с нагрузкой на кисти. При гипергидрозе стоп необходима корректировка плоскостопия, исключить синтетические носки, ежедневно мытье стоп с мылом, ношение носков из хлопка, применение лосьонов.

#### **Гипогидроз (hypohydrosis).**

Различают общий, местный гипогидроз и ангидроз.

**Общий ангидроз.** Врожденный общий ангидроз наблюдается при эктодермальной дисплазии и сочетается с гипотрихозом и гиподонтией. Функциональная активность потовых желез снижается также при ихтиозе, atopическом дерматите, системной красной волчанке, ретикулезе и других дерматозах, при некоторых инфекционных заболеваниях (малярия), при диабете, микседеме, болезни Аддисона. При ангидрозе поражаются и сальные железы, что приводит к сухости и шелушению кожи, трещинам.

**Местный гипогидроз.** Отмечается при сириномии (потоотделение снижено в соответствующих пораженном иннервации кожи областях).

**Ангидроз.** Значительно снижается функция потовых желез или наблюдается атрофия, нередко полное отсутствие потовых желез.

#### ЛЕЧЕНИЕ.

Больным, страдающим ангидрозом противопоказана работа, связанная с

физическим напряжением. Показано пребывание в оптимальных температурных условиях. Назначаются умеренные дозы пилокарпина и резохина внутрь или при электрофорезе, поливитамины, витамин А, С. Наружно жирные кремы, мази.

#### **Потница (miliaria).**

Встречается у детей. Отмечается летом, когда высокая температура воздуха сочетается с повышенной влажностью.

#### КЛИНИКА.

Появляется усиленное выделение пота и замедленное его испарение. В области туловища, шеи, реже на конечностях появляется большое количество мелких пузырьков с прозрачным содержимым 1-2мм в диаметре. Больных беспокоит чувство жжения, зуда. Позднее пузырьки подсыхают и остается временное шелушение. Среди детей младшего возраста выделяют кристаллическую, красную, белую и желтую потницу.

**Кристаллическая потница.** На туловище, верхних и нижних конечностях появляются пузырьки с прозрачным содержимым, которые через несколько дней подсыхают и исчезают бесследно.

**Красная потница (miliaria rubra).** Появляются красные узелки, окруженные воспалительным венчиком. В случае перегревания ребенка или при заболевании вирусными респираторными инфекциями на туловище, в области шеи, в кожных складках возникают папулы красного цвета, до 2-3 мм в диаметре, окруженные ободком гиперемии, в центре которых отмечаются пузырьки с мутным или гнойным содержимым.

**Белая потница (miliaria alba).** Образуются пузырьки с белым содержимым (инфицирование вторичной гнойничковой инфекцией).

**Желтая потница (miliaria flava).** Возникают пузырьки с гнойным содержимым.

#### ЛЕЧЕНИЕ.

Рекомендуются общие теплые ванны с отваром трав (ромашка, шалфей, дубовая кора), слабым раствором перманганата калия, протирание кожи 2% раствором борной или салициловой кислоты, присыпка (окись цинка, тальк, борная кислота), цинковое масло, водно-взбалтываемая смесь. При наличии воспалительных пустул смазывание спиртовыми растворами анилиновых красителей. Назначаются седативные и

антигистаминные препараты, препараты кальция. Благотворное влияние оказывает морской климат в летнее время года (Южный берег Крыма, Азовье).