

**Pediatric Dermatology**  
**A Quick Reference Guide**

Editors

Daniel P. Krowchuk, MD, FAAP

Anthony J. Mancini, MD, FAAP

Section on Dermatology  
American Academy of Pediatrics

**Детская**  
**дерматология**  
Справочник

**Отдел дерматологии**  
**Американской академии педиатрии**

Под редакцией  
Даньела П. Кроучука,  
Антони Дж. Манчини

Перевод с английского под редакцией Н. Г. Короткого

практическая медицина

Москва © 2010

## Оглавление

Предисловие к русскому изданию .....	13
Предисловие .....	14
Примечание редакторов .....	15
Литература .....	15
Сокращения.....	16
<b>Глава 1.</b> Характеристика различных видов сыпи .....	17
<b>Глава 2.</b> Методы диагностики .....	27
<b>Глава 3.</b> Методы лечения.....	35
<b>Дерматит</b> .....	45
<b>Глава 4.</b> Атопический дерматит.....	46
<b>Глава 5.</b> Контактный дерматит (простой и аллергический) ..	60
<b>Угри</b> .....	71
<b>Глава 6.</b> Обыкновенные угри.....	72
<b>Глава 7.</b> Неонатальные и младенческие угри.....	86
<b>Глава 8.</b> Околоротовой дерматит.....	92
<b>Инфекции кожи</b> .....	97
<b>Местные вирусные инфекции</b> .....	97
<b>Глава 9.</b> Простой герпес.....	98
<b>Глава 10.</b> Опоясывающий лишай .....	107
<b>Глава 11.</b> Контагиозный моллюск .....	111
<b>Глава 12.</b> Бородавки .....	115
<b>Системные вирусные инфекции</b> .....	121
<b>Глава 13.</b> Инфекционная эритема.....	122
<b>Глава 14.</b> Синдром Джанотти–Крости .....	127
<b>Глава 15.</b> Пузырчатка полости рта и конечностей, герпангина.....	131
<b>Глава 16.</b> Корь.....	136

<b>Глава 17.</b> Синдром папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков.....	141
<b>Глава 18.</b> Детская розеола .....	145
<b>Глава 19.</b> Краснуха .....	148
<b>Глава 20.</b> Односторонняя латероторакальная экзантема ..	153
<b>Глава 21.</b> Ветряная оспа .....	156
<b>Местные бактериальные инфекции</b> .....	161
<b>Глава 22.</b> Острая паронихия .....	162
<b>Глава 23.</b> Буллезный дактилит.....	166
<b>Глава 24.</b> Эктима .....	170
<b>Глава 25.</b> Фолликулит, фурункулез, карбункулез .....	174
<b>Глава 26.</b> Импетиго .....	179
<b>Глава 27.</b> Периаанальный стрептококковый дерматит.....	183
<b>Системные бактериальные инфекции, риккетсиозы и спирохетозы с кожными проявлениями</b> .....	187
<b>Глава 28.</b> Лаймская болезнь .....	188
<b>Глава 29.</b> Менингококковый сепсис.....	193
<b>Глава 30.</b> Пятнистая лихорадка Скалистых гор .....	198
<b>Глава 31.</b> Скарлатина .....	203
<b>Глава 32.</b> Синдром ошпаренной кожи .....	208
<b>Глава 33.</b> Токсический шок .....	213
<b>Грибковые инфекции</b> .....	219
<b>Глава 34.</b> Кандидоз .....	220
<b>Глава 34А.</b> Заеда .....	221
<b>Глава 34В.</b> Кандидозный пеленочный дерматит .....	224
<b>Глава 34С.</b> Хроническая паронихия.....	227
<b>Глава 34D.</b> Врожденный кандидоз. Кандидоз у новорожденных .....	230
<b>Глава 34Е.</b> Кандидозный стоматит .....	234
<b>Глава 35.</b> Онихомикозы .....	237
<b>Глава 36.</b> Дерматофитии волосистой части головы.....	242
<b>Глава 37.</b> Дерматофитии гладкой кожи .....	249
<b>Глава 38.</b> Паховая дерматофития.....	253

<b>Глава 39.</b>	Дерматофитии стоп .....	257
<b>Глава 40.</b>	Отрубевидный лишай.....	262

---

### **Паразитарные болезни** .....

<b>Глава 41.</b>	Кожная форма синдрома «мигрирующей личинки» .....	268
<b>Глава 42.</b>	Педикулез.....	271
<b>Глава 43.</b>	Укусы насекомых и папулезная крапивница .....	276
<b>Глава 44.</b>	Чесотка .....	286

---

### **Болезни, проявляющиеся**

#### **папулезно-сквамозной сыпью** .....

<b>Глава 45.</b>	Блестящий лишай .....	296
<b>Глава 46.</b>	Плоский лишай .....	299
<b>Глава 47.</b>	Линейный лишай .....	303
<b>Глава 48.</b>	Розовый лишай .....	306
<b>Глава 49.</b>	Псориаз.....	311
<b>Глава 50.</b>	Себорейный дерматит.....	317

---

### **Сосудистые реакции** .....

<b>Глава 51.</b>	Мраморная кожа.....	324
<b>Глава 52.</b>	Полиморфная эритема и синдром Стивенса—Джонсона .....	328
<b>Глава 53.</b>	Токсический эпидермальный некролиз.....	334
<b>Глава 54.</b>	Крапивница .....	339

---

### **Сосудистые заболевания** .....

<b>Глава 55.</b>	Идиопатическое врожденное ливедо, мраморная кожа .....	346
<b>Глава 56.</b>	Младенческая гемангиома.....	350
<b>Глава 57.</b>	Синдром Казабаха—Меррит.....	362
<b>Глава 58.</b>	Пиогенная гранулема .....	366
<b>Глава 59.</b>	Телеангиэктазии.....	369
<b>Глава 60.</b>	Сосудистые мальформации.....	375

---

### **Дисхромии**.....

#### **Гипопигментация**.....

<b>Глава 61.</b>	Альбинизм .....	386
<b>Глава 62.</b>	Белый лишай.....	390
<b>Глава 63.</b>	Послевоспалительная гипопигментация.....	393
<b>Глава 64.</b>	Витилиго .....	395

---

#### **Гиперпигментация**.....

<b>Глава 65.</b>	Acanthosis nigricans.....	400
<b>Глава 66.</b>	Приобретенный меланоцитарный невус.....	403
<b>Глава 67.</b>	Пятна цвета кофе с молоком .....	409
<b>Глава 68.</b>	Врожденный меланоцитарный невус .....	415
<b>Глава 69.</b>	Веснушки .....	419
<b>Глава 70.</b>	Лентиго .....	421
<b>Глава 71.</b>	Монгольское пятно .....	425

---

### **Заболевания кожи, характеризующиеся**

#### **образованием папул или узлов** .....

<b>Глава 72.</b>	Кожный мастоцитоз .....	428
<b>Глава 73.</b>	Кольцевидная гранулема .....	434
<b>Глава 74.</b>	Ювенильная ксантогранулема .....	438

---

### **Буллезные дерматозы** .....

<b>Глава 75.</b>	Герпетиформный дерматит в детском возрасте ..	442
<b>Глава 76.</b>	Буллезный эпидермолиз.....	447
<b>Глава 77.</b>	Линейный IgA-зависимый буллезный дерматоз...	455

---

### **Генодерматозы** .....

<b>Глава 78.</b>	Ихтиоз.....	460
<b>Глава 79.</b>	Недержание пигмента .....	468
<b>Глава 80.</b>	Нейрофиброматоз .....	474
<b>Глава 81.</b>	Туберозный склероз.....	481

---

### **Заболевания волос** .....

<b>Глава 82.</b>	Гнездная алопеция .....	490
<b>Глава 83.</b>	Синдром алопеции в фазе анагена.....	498

<b>Глава 84.</b>	Алопеция в фазе телогена.....	503
<b>Глава 85.</b>	Тракционная алопеция.....	509
<b>Глава 86.</b>	Трихотилломания.....	513

### **Заболевания кожи у новорожденных**

<b>и детей грудного возраста.....</b>	519	
<b>Глава 87.</b>	Пеленочный дерматит.....	520
<b>Глава 88.</b>	Эозинофильный пустулезный фолликулит.....	527
<b>Глава 89.</b>	Токсическая эритема новорожденных.....	530
<b>Глава 90.</b>	Младенческий акропустулез.....	535
<b>Глава 91.</b>	Опрелости.....	538
<b>Глава 92.</b>	Потница.....	541
<b>Глава 93.</b>	Невус салых желез.....	544
<b>Глава 94.</b>	Транзиторный пустулезный меланоз новорожденных.....	547

### **Лекарственная сыпь**

.....	551	
<b>Глава 95.</b>	Синдром лекарственной гиперчувствительности.....	552
<b>Глава 96.</b>	Лекарственная экзантема и крапивница.....	557
<b>Глава 97.</b>	Фиксированная лекарственная сыпь.....	563
<b>Глава 98.</b>	Аллергические реакции по типу сывороточной болезни.....	567

### **Кожные проявления заболеваний**

<b>соединительной ткани.....</b>	571	
<b>Глава 99.</b>	Ювенильный дерматомиозит.....	572
<b>Глава 100.</b>	Системная красная волчанка.....	581

### **Другие заболевания**

.....	597	
<b>Глава 101.</b>	Болезнь Кавасаки.....	598
<b>Глава 102.</b>	Склероатрофический лишай.....	604

## **Предисловие к русскому изданию**

Данное издание представляет собой совместный труд нескольких известных педиатров и детских дерматологов США. Авторы преследовали цель сделать простой в каждодневном использовании справочник, в котором не только описаны кожные болезни, встречающиеся в повседневной работе педиатра, но и приведены имеющиеся современные средства и методы их лечения.

Каждый, кто работает с больными, страдающими дерматозами, понимает, что главным инструментом в этом случае являются глаза врача, и поэтому авторы прекрасно иллюстрировали свой труд.

В книге исчерпывающе представлена дифференциальная диагностика и терапевтические подходы к лечению на современном этапе. Надо отметить, что аналогичного руководства по детской дерматологии в нашей стране не существует.

Книга рассчитана в первую очередь на практических врачей, работающих в педиатрии, и детских дерматологов.

*Заведующий кафедрой дерматовенерологии педиатрического факультета РГМУ им. Н. И. Пирогова, член-корреспондент РАЕН, доктор медицинских наук, профессор*

Н. Г. Короткий

## Диагностика

- Диагноз устанавливается клинически, на основании характерного внешнего вида и локализации сыпи.
- В некоторых случаях при постановке диагноза может помочь биопсия кожи, однако необходимость в ней возникает редко.
- Анализ крови на маркеры гепатита В не показан. Проведение этого анализа может быть обосновано при наличии факторов риска или соответствующих данных объективного обследования.

## Лечение

- Специального лечения не требуется. Исключения составляют случаи, когда точно известна этиология синдрома.
- При наличии зуда назначаются пероральные антигистаминные препараты.
- Применение топических глюкокортикоидов не влияет на течение сыпи, однако может оказать помощь при зуде.

## Прогноз

- Заболевание проходит спонтанно, с полным разрешением сыпи (иногда с образованием постлевоспалительной гипопигментации).
- Элементы сыпи могут сохраняться до 2 мес. в отличие от большинства вирусных экзантем.

## Пузырчатка полости рта и конечностей, герпангина

### Введение, этиология, эпидемиология

#### Пузырчатка полости рта и конечностей

- Сопровождается характерными высыпаниями на коже.
- Возбудителем наиболее часто бывает вирус Коксаки А16, реже — вирусы Коксаки типов А5, А7, А9, А10, В1, В2, В3 и В5, а также энтеровирус 71-го типа.
- Пик заболеваемости отмечается в конце лета и начале осени.
- Инкубационный период 4–6 дней.
- Инфекция очень заразна, случаются эпидемические вспышки.

#### Герпангина

- Высыпания на слизистых оболочках очень сходны с таковыми при вирусной пузырчатке полости рта и конечностей (но высыпаний на коже не бывает).
- Самые частые возбудители — вирусы Коксаки групп А и В.

## Клиническая картина

### Пузырчатка полости рта и конечностей

- Короткий продромальный период — лихорадка, недомогание.
- Нередко кашель и понос.
- Характерным высыпаниям на коже предшествуют высыпания на слизистой оболочке рта.
- Высыпания на слизистой оболочке рта при вирусной пузырчатке полости рта и конечностей.
  - Быстро лопающиеся с образованием язвочек везикулы на гиперемизированном основании диаметром 4–8 мм (рис. 15.1).
  - Наиболее частая локализация — слизистая оболочка щек и язык.
  - Могут также поражаться нёбо, нёбный язычок и дужки зева.
  - Высыпания нередко болезненны, иногда настолько, что препятствуют приему пищи и жидкостей и приводят к обезвоживанию.
- Высыпания на коже при вирусной пузырчатке полости рта и конечностей.
  - Глубоко сидящие серовато-белые везикулы и пустулы диаметром 3–7 мм (рис. 15.2), часто овальной формы (рис. 15.3).
  - Везикулы с венчиком гиперемии.
  - Характерные высыпания в большинстве случаев располагаются только на подошвах и ладонях, но у детей раннего возраста иногда захватывают боковые поверхности кистей и стоп, ягодицы, локти, колени, промежность.
- Иногда увеличиваются шейные и подчелюстные лимфоузлы.

### Герпангина

- Мелкие болезненные везикулы и эрозии с отесными краями на слизистых оболочках.

**Рис. 15.1.** Высыпания на слизистой оболочке щек и языке при вирусной пузырчатке полости рта и конечностей



**Рис. 15.2.** Везикулы с венчиком гиперемии на кисти при вирусной пузырчатке полости рта и конечностей у ребенка



**Рис. 15.3.** Нередко наблюдающаяся при вирусной пузырчатке полости рта и конечностей овальная форма везикул

- Локализация высыпаний на мягком нёбе, нёбном язычке, нёбных дужках и задней стенке глотки.
- Характерен ободок гиперемии вокруг везикул и желтовато-серый налет на эрозиях.
- Часто лихорадка; в  $1/4$  случаев — боль в животе, рвота.
- Эрозии держатся приблизительно 7 дней.

## Дифференциальный диагноз

### Пузырчатка полости рта и конечностей

- Вид и распределение высыпаний очень характерны. Заболевание трудно спутать с другими

### Герпангина

Заболевание	Характерные признаки
Герпетический гингивостоматит	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Обычно сопровождается лихорадкой</li> <li>● Изъязвления локализуются на деснах и коже вокруг рта</li> </ul>
Афты	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Хроническое или рецидивирующее течение</li> <li>● Отсутствие лихорадки и других общих симптомов</li> </ul>

## Диагностика

- Диагноз вирусной пузырчатки полости рта и конечностей и герпангины ставят по клинической картине.
- Изредка для подтверждения диагноза требуется выделение вируса путем культивирования, серологическое исследование или исследование с помощью ПЦР мазка из ротоглотки, крови, кала или мочи.
- Выделение вируса простого герпеса путем культивирования, требующее относительно немного времени, помогает дифференцировать герпангину и герпес слизистой оболочки рта.

## Лечение

- В большинстве случаев как при вирусной пузырчатке полости рта и конечностей, так и при герпангине достаточно симптоматической терапии (обильное питье, анальгетики, жаропонижающие средства).
- При резкой болезненности высыпаний показана госпитализация, т.к. требуется более активное обезболивание, в т.ч. наркотическими анальгетиками, и регидратация путем в/в введения жидкостей.

## Прогноз

- Прогноз вирусной пузырчатки полости рта и конечностей и герпангины абсолютно благоприятен. Оба заболевания никаких последствий не оставляют.

## Когда нужна консультация специалиста

- Сомнения в диагнозе или стойкость или рецидивирование высыпаний.
- Обезвоживание, требующее госпитализации.
- Поскольку лето и осень — сезон максимума заболеваемости энтеровирусным менингитом, при ригидности мышц шеи, гиперестезии, угнетении сознания показано полноценное обследование для его исключения.

- В различных исследованиях показана эффективность в/в иммуноглобулинов.
- Противопоказано назначение глюкокортикоидов внутрь из-за повышения риска летального исхода.

### Лечение сопутствующих заболеваний

- Наблюдают за состоянием почек, ЖКТ и легких; при необходимости начинают лечение осложнений.
- Эрозии конъюнктивы могут потребовать применения увлажняющих мазей (необходима консультация офтальмолога).
- Тяжелое поражение промежности может приводить к задержке мочи, что требует установки постоянного катетера.

### Прогноз

- Смертность при токсическом эпидермальном некролизе, вызванном приемом лекарственных средств, составляет около 20 %.
- Смертность при идиопатическом токсическом эпидермальном некролизе достигает 50 %.
- Прогноз ухудшается при появлении нейтропении, тяжелой гипопротейнемии и обширном поражении кожи.
- Возможны отдаленные осложнения: поражение глаз (синдром «сухого» глаза, нарушение роста ресниц и функции слезных желез), кожи (нарушения пигментации), ногтей (деформации).

### Когда нужна консультация специалиста

- Всех больных следует госпитализировать в ожоговый центр или блок интенсивной терапии.

### Введение, этиология, эпидемиология

- Острая крапивница (< 6 нед.) часто наблюдается в детском возрасте; хроническая крапивница (≥ 6 нед.) встречается редко.
- Вазодилатация вызывает эритему, а волдыри образуются при просачивании жидкости из капилляров в дерму.
- Основной медиатор — гистамин. Он выделяется при действии различных антигенов (микроорганизмов, лекарственных средств, пищевых продуктов, яда насекомых).
- Крапивница, вызванная физическими факторами, развивается под действием жары, холода, солнечного света или воды.

### Клиническая картина

- Начало острое. На коже появляются зудящие волдыри розового или красного цвета, различных формы и размера (дугобразные, кольцевидные, бляшки) (рис. 54.1).
- Высыпания быстро проходят, обычно в течение 0,5–3 ч, и появляются на других участках кожи.
- Высыпания должны измениться или исчезнуть в течение 24 ч.



## Дифференциальный диагноз

Заболевание	Характерные признаки
Полиморфная экссудативная эритема	<ul style="list-style-type: none"> <li>● При крапивнице высыпания изменяют форму или исчезают в течение нескольких часов, тогда как при полиморфной экссудативной эритеме высыпания сохраняются в течение всего заболевания (7–14 дней)</li> <li>● При полиморфной экссудативной эритеме центральная часть высыпаний темнее периферической; в центре часто появляется пузырь или корка</li> <li>● В отличие от крапивницы высыпания при полиморфной экссудативной эритеме располагаются в основном на лице и конечностях, тогда как кожа туловища поражена значительно меньше</li> </ul>
Геморрагический васкулит	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Высыпания обусловлены васкулитом, поэтому они длительно сохраняются и со временем становятся фиолетовыми</li> <li>● Высыпания обычно расположены на нижней половине туловища и ногах</li> <li>● Характерны боль в животе, артралгия, артриты</li> </ul>
Сывороточная болезнь	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Обычно наблюдаются гигантские бляшки</li> <li>● Характерны лихорадка, артралгия, артриты</li> </ul>
Папулезная крапивница	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Беспорядочно разбросанные, длительно сохраняющиеся бляшки, часто с углублением в центре</li> <li>● Часто встречаются везикулы и расчесы</li> </ul>
Уртикарный васкулит	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Характерны чувство жжения или боль</li> <li>● Высыпания сохраняются более 24 ч, нередко наблюдается геморрагическая сыпь и остаточная гиперпигментация</li> <li>● Может встречаться при аутоиммунных заболеваниях, гепатитах, дефиците компонентов комплемента, артритях</li> </ul>

## Диагностика

- Основной диагностический критерий — появления красных волдырей, которые изменяют форму или исчезают в течение 24 ч.
- Острое начало после контакта с триггерными факторами, способствующими высвобождению гистамина.



**Рис. 54.1.** Крапивница. Красные волдыри различной формы, папулы и дуги

- Выявить триггерный фактор обычно сложно. Причиной могут быть микроорганизмы (*Streptococcus pyogenes*, вирус Эпштейна—Барр, аденовирусы, паразиты), лекарственные средства (пенициллины, опиаты, НПВС, инсулин, компоненты крови), пищевые продукты (орехи, яйца, моллюски, земляника), системные заболевания (диффузные болезни соединительной ткани, хронические воспалительные заболевания кишечника, тиреозит), укусы насекомых.
- Если диагноз крапивницы представляется сомнительным, назначают адреналин п/к для разрешения высыпаний.

## Лечение

- В качестве симптоматического лечения эффективны  $H_1$ -блокаторы внутрь. Обычно применяют препараты I поколения

ния: дифенгидрамин 5 мг/кг/сут в 4 приема или гидроксизин 2–4 мг/кг/сут в 3–4 приема.

- При неэффективности препаратов I поколения или появлении сонливости их назначают только на ночь, а в течение дня — препараты II (цетиризин, лоратадин) или III (дезлоратадин, фексофенадин) поколения.
- При неэффективности  $H_1$ -блокаторов хороший результат может дать одновременное назначение  $H_2$ -блокаторов (циметидин, ранитидин), но единого мнения на этот счет нет.
- Глюкокортикоиды внутрь используют как препараты резерва в тяжелых случаях.
- Лечение продолжают в течение 5–7 дней после исчезновения симптомов для профилактики рецидива. При хронической крапивнице длительность терапии  $H_1$ -блокаторами может увеличиваться.
- При выявлении триггерного фактора больной должен избегать контакта с ним. Если причиной является другое заболевание, его необходимо лечить.

### Лечение сопутствующих заболеваний

- Возможно вовлечение подкожной клетчатки (например, отек Квинке).
  - У больных появляются отеки с нечеткими границами на веках, губах, конечностях, половых органах. Иногда поражаются ротовая полость и дыхательные пути.
  - При неосложненном отеке Квинке в сочетании с крапивницей проводят обычное лечение (см. выше). При поражении дыхательных путей назначают адреналин п/к.
- Анафилактический шок.
  - Анафилактический шок — угрожающее жизни состояние, развивающееся при массивном высвобождении гистамина, которое приводит к отеку дыхательных путей, ларингоспазму, резкому снижению АД и шоку.
  - Основная причина смерти — нарушение проходимости дыхательных путей.

- Как можно быстрее вводят адреналин одновременно с  $H_1$ -блокаторами.
- Наследственный отек Квинке обусловлен дефицитом ингибитора  $C_1$ -эстеразы. Клиническая картина: отек лица, горла, конечностей, иногда боль в животе без сопутствующих проявлений крапивницы. Для подтверждения диагноза определяют уровень ингибитора  $C_1$ -эстеразы.

### Прогноз

- Острая крапивница проходит в течение 1–2 нед.
- Хроническая крапивница может сохраняться несколько лет, но у 30–55 % больных самостоятельно разрешается в течение 5 лет.

### Когда нужна консультация специалиста

- Рецидивирующая или хроническая крапивница и даже единственная анафилактическая реакция требуют аллергологического исследования.

### Введение, этиология, эпидемиология

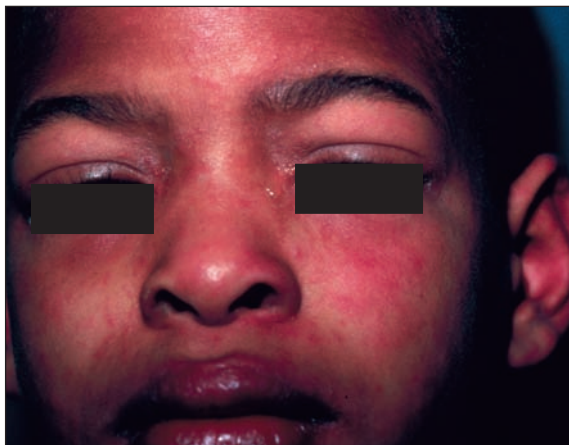
- Распространенная сыпь, вызванная аллергической реакцией на лекарственное средство, в сочетании с системными проявлениями.
- Также известен как DRESS-синдром (**d**rug **r**eaction with **e**osinophilia and **s**ystemic **s**ymptoms — лекарственная сыпь с эозинофилией и системными проявлениями).
- Классическая триада заболевания включает лихорадку, сыпь и поражение внутренних органов (обычно печени).
- Развивается через 1–8 нед. (чаще всего через 2–4 нед.) после начала применения лекарственного средства.
- Чаще всего развивается после повторного приема препарата.
- Заболевание потенциально опасно для жизни.
- Наиболее часто причиной заболевания бывают противосудорожные средства (фенитоин, карбамазепин, фенобарбитал, ламотриджин), сульфаниламиды, дапсон, миноциклин и аллопуринол.
- Кроме того, этиологическими факторами являются нарушение процессов детоксикации и, возможно, инфицирование вирусом герпеса человека 6-го типа.
- Может иметь место наследственная предрасположенность.



**Рис. 95.1.** Синдром лекарственной гиперчувствительности: сыпь, состоящая из эритематозных пятен и папул, возникла у пациента на 2-й неделе приема карбамазепина, кроме того, наблюдались лихорадка и гепатит

### Клиническая картина

- Первые симптомы — повышение температуры тела и общее недомогание.
- Первоначально сыпь имеет характер экзантемы, с течением времени становится более яркой, нарастает отечность, отдельные элементы сыпи сливаются друг с другом (рис. 95.1).
- Элементы сыпи могут трансформироваться в везикулы, пузырьки или пурпуру, может развиваться токсический эпидермальный некролиз.
- Возможно поражение слизистых оболочек.
- Характерен отек лица, особенно периорбитальной области (рис. 95.2).
- Часто наблюдается шейная лимфаденопатия.



**Рис. 95.2.** Синдром лекарственной гиперчувствительности: распространенная кожная сыпь и выраженный периорбитальный отек у ребенка, вызванные фенитоином; кроме того, присутствовали отек губ, лихорадка, лимфаденопатия и гепатит

- Из системных проявлений самым частым является поражение печени, которое может прогрессировать до фульминантного гепатита.
- Среди других системных проявлений встречается нефрит, пневмонит и миокардит.

## Дифференциальный диагноз

Заболевание	Характерные признаки
Простая лекарственная экзантема	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Отек лица, лимфаденопатия, гепатит и атипичный лимфоцитоз отсутствуют</li> <li>● Повышение температуры тела наблюдается реже</li> </ul>
Вирусная экзантема	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Поражение кожи не настолько распространенное</li> <li>● Отек лица и гепатит обычно отсутствуют</li> <li>● Повышение температуры тела чаще бывает незначительным и непродолжительным</li> <li>● Указания в анамнезе на употребление лекарственных средств отсутствуют</li> </ul>
Лимфома кожи	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Отек лица и гепатит отсутствуют</li> <li>● Повышение температуры тела нехарактерно</li> <li>● Указания в анамнезе на употребление лекарственных средств отсутствуют</li> <li>● Биопсия кожи позволяет подтвердить диагноз</li> </ul>

## Диагностика

- Данный синдром должен быть заподозрен при наличии лихорадки, распространенной сыпи, отека лица, лимфаденопатии, возникших после приема лекарственного средства.
- При лабораторном исследовании в пользу данного синдрома свидетельствует атипичный лимфоцитоз и эозинофилия, а также повышение активности печеночных трансаминаз.
- В случае выполнения биопсии кожи в дерме обнаруживают плотные лимфоцитарные инфильтраты с эозинофилами.

## Лечение

- После установления диагноза применение препарата, вызвавшего поражение кожи, должно быть немедленно прекращено.
- При тяжелом течении или прогрессировании заболевания назначают системные глюкокортикоиды с постепенным снижением дозы (на протяжении 3–4 нед.), однако данные относительно их эффективности противоречивы.
- Антигистаминные препараты и топические глюкокортикоиды способствуют облегчению зуда, пероральные жаропонижающие средства снижают выраженность сыпи и других симптомов. Следует с осторожностью назначать жаропонижающие средства пациентам с поражением печени, особенно совместно с системными глюкокортикоидами.
- При тяжелом течении и прогрессировании заболевания применяют иммуноглобулины для в/в введения, реже — трансплантацию печени.

## Лечение сопутствующих заболеваний

- Заболевание может привести к развитию гипотиреоза, в этом случае должно быть назначено соответствующее лечение.

## Прогноз

- Долгосрочный исход зависит от тяжести системных проявлений заболевания.
- Ранняя диагностика и отмена провоцирующего препарата могут улучшить прогноз, однако в ряде случаев, несмотря на это, заболевание продолжает прогрессировать.
- В случае, если заболевание было вызвано противосудорожным средством, имеющим ароматическую структуру (фенитин, карбамазепин, фенobarбитал, примидон), из-за высокого риска перекрестных реакций жизненно важно не использовать в дальнейшем препараты этой группы.

## Когда нужна консультация специалиста

- При наличии распространенной сыпи в сочетании с повышением температуры тела и лимфаденопатией следует заподозрить синдром лекарственной гиперчувствительности и/или направить пациента к дерматологу.
- При наличии гепатита пациент должен быть направлен к гастроэнтерологу или гепатологу.

## Лекарственная экзантема и крапивница

### Введение, этиология, эпидемиология

- Лекарственная сыпь характеризуется большим разнообразием морфологических вариантов.
- Может наблюдаться экзантема (кореподобная сыпь), крапивница, сыпь, состоящая из пустул или пузырей.
- Чаще всего встречается сыпь в виде экзантемы.
- Второе место по частоте занимает сыпь по типу крапивницы.
- При описании сыпи следует избегать неопределенного термина «пятнисто-папулезная».
- Экзантема может возникнуть в любой момент времени на протяжении первых 2 нед. после начала применения препарата, крапивница развивается быстрее (реакция немедленного типа).
- Зачастую эти реакции служат причиной досрочного прекращения лечения.
- Пациенты с вирусной инфекцией, а также принимающие несколько препаратов имеют повышенный риск развития лекарственной сыпи.
- Чаще всего данное заболевание вызывают противомикробные средства.

## Клиническая картина

- Лекарственная экзантема.
  - Распространенная сыпь в виде эритематозных пятен и папул (рис. 96.1).
  - Сыпь может быть коре- или скарлатиноподобной.
  - Часто первые высыпания появляются на голове и в верхней части туловища, далее сыпь распространяется в направлении нижних конечностей.
  - Отдельные элементы сыпи могут сливаться между собой, характерен зуд.
  - Изредка развивается эритродермия или десквамация кожи.
  - Заболевания могут вызывать антибактериальные средства (особенно  $\beta$ -лактамы антибиотики и сульфаниламиды), барбитураты, противосудорожные препараты, ингибиторы АПФ, препараты золота и противовоспалительные средства.
- Лекарственная крапивница.
  - Зудящие волдыри различного размера (рис. 96.2).
  - Высыпания могут быть кольцевидными, дугообразными, а также сливаться между собой.



**Рис. 96.1.** Лекарственная экзантема: эритематозные пятна и папулы, которые возникли во время лечения амоксициллином

558



**Рис. 96.2.** Лекарственная крапивница: отечные папулы и бляшки, развившиеся через 2 дня после начала перорального приема сульфаниламидного препарата

- Отдельные волдыри исчезают не позже чем через 24 ч после возникновения, однако появляются новые подсыпания.
- При вовлечении в патологический процесс областей, имеющих выраженный слой рыхлой клетчатки (например, губ, периорбитальной зоны, слизистых оболочек), развивается так называемый ангионевротический отек.
- Заболевания могут вызывать антибактериальные средства (особенно  $\beta$ -лактамы антибиотики и сульфаниламиды), противосудорожные препараты, ингибиторы АПФ, противогрибковые средства из группы азолов, наркотические анальгетики, салицилаты и рентгеноконтрастные препараты.

559

## Дифференциальный диагноз

Заболевание	Характерные признаки
<b>Лекарственная экзантема</b>	
Вирусная экзантема	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Присутствует симптоматика инфекционного заболевания</li> <li>● Отсутствуют указания на применение лекарственного средства</li> <li>● В некоторых случаях отличить вирусную экзантему от лекарственной не представляется возможным</li> </ul>
Скарлатина	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Сыпь концентрируется в складках кожи</li> <li>● Зона вокруг рта остается свободной от сыпи</li> <li>● Наблюдается фарингит и так называемый малиновый язык</li> <li>● При экспресс-анализе или бактериологическом исследовании обнаруживают <i>Streptococcus pyogenes</i></li> </ul>
Красная потница (климатический гипергидроз)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Преобладает поражение закрытых участков кожи (например, кожных складок)</li> <li>● Отсутствуют указания на применение лекарственного средства</li> </ul>
Синдром лекарственной гиперчувствительности	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Характерен выраженный отек лица</li> <li>● Часто присутствует шейная лимфаденопатия</li> <li>● Часто наблюдается повышение температуры тела</li> <li>● Наблюдается атипичный лимфоцитоз, эозинофилия и гепатит</li> </ul>
Реакция «трансплантат против хозяина»	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Наличие предрасположенности (например, состояние после трансплантации костного мозга)</li> <li>● Поражаются ладони, подошвы, складки за ушами</li> <li>● Наблюдается диарея и повышение уровня билирубина</li> </ul>
<b>Лекарственная крапивница</b>	
Многоформная эритема	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Очаги в виде мишени (темный центр, окруженный ободком светлой кожи, а затем — кольцом эритемы)</li> <li>● Очаги часто располагаются на ладонях и подошвах</li> <li>● Указания на применение лекарственного средства обычно отсутствуют</li> <li>● В редких случаях поражаются исключительно слизистые оболочки</li> </ul>
Аллергические реакции по типу сывороточной болезни	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Сыпь по типу крапивницы, имеющая пурпурную окраску</li> <li>● Часто сопровождается повышением температуры тела</li> <li>● Присутствует отечность суставов и затруднение движений</li> <li>● Изредка выявляется протеинурия</li> </ul>

Заболевание	Характерные признаки
Болезнь Kawasaki	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Характерна высокая температура тела</li> <li>● Наблюдаются инъекцированность конъюнктив, гиперемия слизистой оболочки полости рта и трещины губ</li> <li>● Часто присутствует шейная лимфаденопатия</li> <li>● Может наблюдаться более тяжелое поражение кожи в зоне промежности с десквамацией эпидермиса</li> </ul>

## Диагностика

- Предварительный диагноз устанавливают на основании анамнеза и кожных симптомов.
- У пациентов, принимавших несколько лекарственных средств, при определении провоцирующего препарата учитывают промежуток времени между началом лечения и развитием симптомов.
- Для подтверждения диагноза необходимо исключить другие возможные причины симптомов с помощью лабораторного исследования и методов диагностической визуализации.
- Изредка прибегают к биопсии кожи.

## Лечение

- После прекращения приема препарата, вызвавшего поражение кожи, обычно наступает спонтанное выздоровление.
- Лечение симптоматическое, возможно применение пероральных антигистаминных средств и местных препаратов, облегчающих зуд. Последние включают топические глюкокортикоиды, препараты, содержащие камфару или ментол, каламин и экстракт гаммелиса (могут использоваться также местные препараты дифенгидрамина, однако они могут вызывать контактную сенсibilизацию).
- В случае, если провоцирующий препарат не может быть заменен и пациент нуждается в нем, под тщательным медицинским наблюдением лечение может быть продолжено, несмотря на наличие лекарственной сыпи.