

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ

Соколовский Евгений Владиславович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова;

Красносельских Татьяна Валерьевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова;

Михеев Георгий Николаевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова;

Ястребов Василий Васильевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова;

Аравийская Елена Роальдовна — доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова;

Монахов Константин Николаевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова;

Хобейш Марианна Михайловна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова;

Амелина Полина Олеговна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова;

Романова Оксана Львовна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова;

Крылов Александр Владимирович — научный сотрудник Центра лазерной медицины научно-образовательного института биомедицины Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова.

СОДЕРЖАНИЕ

Условные сокращения	7
Предисловие	9
Часть I. Папула и бугорок как морфологические элементы сыпи (<i>Красносельских Т. В., Михеев Г. Н., Крылов А. В.</i>)	11
Часть II. Дерматозы, проявляющиеся воспалительными папулами и бугорками	52
Акне вульгарные (<i>Аравийская Е. Р.</i>)	52
Болезнь Кирле (<i>Аравийская Е. Р.</i>)	57
Болезнь Сульцбергера – Гарбе (<i>Монахов К. Н.</i>)	59
Васкулиты кожи (<i>Амелина П. О., Михеев Г. Н.</i>)	60
Волчанка красная дискоидная (<i>Монахов К. Н.</i>)	66
Волчанка красная подострая (<i>Монахов К. Н.</i>)	70
Гранулема инородного тела (<i>Аравийская Е. Р., Михеев Г. Н., Ястребов В. В.</i>) ..	71
Гранулема кольцевидная (<i>Михеев Г. Н.</i>)	75
Гранулема лица с эозинофилией (<i>Ястребов В. В., Михеев Г. Н.</i>)	78
Дерматит атопический (<i>Монахов К. Н.</i>)	80
Дерматит лихеноидный пурпурозный пигментный (<i>Амелина П. О., Михеев Г. Н.</i>)	92
Дерматит периоральный (<i>Аравийская Е. Р.</i>)	94
Дерматит себорейный (<i>Красносельских Т. В., Михеев Г. Н.</i>)	98
Дерматомиозит (<i>Монахов К. Н.</i>)	107
Дискератоз фолликулярный Дарье – Уайта (<i>Красносельских Т. В., Михеев Г. Н.</i>)	110
Зернистость носа красная (<i>Аравийская Е. Р.</i>)	117
Лимфоцитарная инфильтрация кожи Джесснера – Канофа (<i>Ястребов В. В., Михеев Г. Н.</i>)	119
Крапивница пигментная (мастоцитоз) (<i>Аравийская Е. Р.</i>)	121
Лейшманиоз кожный (<i>Монахов К. Н.</i>)	127
Лепра (<i>Монахов К. Н.</i>)	131
Лимфоцитоза кожи (<i>Ястребов В. В., Михеев Г. Н.</i>)	135
Лихен шиповидный (<i>Романова О. Л.</i>)	137
Лишай блестящий (<i>Михеев Г. Н.</i>)	138
Лишай красный плоский (<i>Хобейш М. М.</i>)	140
Лишай отрубевидный красный волосистой Девержи (<i>Михеев Г. Н.</i>)	149
Лишай простой хронический (ограниченный нейродермит) (<i>Монахов К. Н.</i>) ..	155
Лишай розовый Жибера (<i>Хобейш М. М.</i>)	157

Лишай склерозирующий и атрофический (Михеев Г. Н.)	159
Некробиоз липоидный (Михеев Г. Н.)	164
Папулез атрофический злокачественный (Михеев Г. Н.)	169
Парапсориаз бляшечный (Аравийская Е. Р.)	172
Парапсориаз каплевидный (Аравийская Е. Р.)	176
Псевдофолликулиты области роста бороды (Михеев Г. Н.)	181
Псориаз (Хобейш М. М.)	182
Ретикулоид актинический (Михеев Г. Н., Ястребов В. В.)	197
Розацеа (Аравийская Е. Р.)	200
Саркоидоз (Михеев Г. Н., Романова О. Л.)	204
Синдром Свита (Амелина П. О.)	208
Сифилид папулезный, папуло-пустулезный, папуло-бугорковый, бугорковый (Красносельских Т. В.)	212
Токсидермия папулезная лекарственная (Романова О. Л.)	255
Туберкулез кожи (Монахов К. Н.)	261
Узелки подагрические (подагра) (Михеев Г. Н.)	266
Фотодерматоз полиморфный (Монахов К. Н.)	268
Хондродерматит завитка ушной раковины узелковый хронический (Михеев Г. Н.)	269
Чесотка узелковая (Михеев Г. Н.)	271
Эритема многоформная экссудативная (Романова О. Л.)	273
Эритема надбровная рубцующая (Аравийская Е. Р.)	277
Часть III. Дерматозы, проявляющиеся невоспалительными папулами	280
Акантоз черный (Михеев Г. Н.)	280
Акрохордон (Ястребов В. В., Михеев Г. Н.)	284
Амилоидоз кожи (Романова О. Л.)	286
Ангиома сенильная (Ястребов В. В., Михеев Г. Н.)	292
Ангиофиброма лица изолированная (Ястребов В. В., Михеев Г. Н.)	294
Ангиофиброма лица при туберозном склерозе (Ястребов В. В., Михеев Г. Н.)	295
Атерома (Ястребов В. В., Михеев Г. Н.)	298
Болезнь Боуэна (Ястребов В. В., Михеев Г. Н.)	300
Болезнь Рэнду — Ослера — Вебера (Аравийская Е. Р.)	304
Болезнь Фавра — Ракушо (Аравийская Е. Р.)	307
Болезнь Фокса — Фордайса (Михеев Г. Н.)	309
Бородавки вирусные (Хобейш М. М.)	310
Гемангиома губы сенильная (Михеев Г. Н.)	315
Гиперплазия сальных желез ограниченная сенильная (Ястребов В. В., Михеев Г. Н.)	316
Гранулема телеангиэктатическая (Ястребов В. В., Михеев Г. Н.)	318
Дерматофиброма (Ястребов В. В., Михеев Г. Н.)	321
Карцинома из клеток Меркеля (Ястребов В. В., Михеев Г. Н.)	323
Келоид (Ястребов В. В., Михеев Г. Н.)	324
Кератоакантома (Ястребов В. В., Михеев Г. Н.)	327

Кератоз актинический (<i>Ястребов В. В., Михеев Г. Н.</i>)	331
Кератоз себорейный (<i>Михеев Г. Н., Ястребов В. В., Крылов А. В.</i>)	334
Киста дермоидная (<i>Ястребов В. В., Михеев Г. Н.</i>)	343
Коллоид-милиум (<i>Красносельских Т. В.</i>)	344
Ксантелазма (<i>Михеев Г. Н., Ястребов В. В.</i>)	347
Ксантогранулема ювенильная (<i>Красносельских Т. В.</i>)	350
Ксантома эруптивная (<i>Михеев Г. Н.</i>)	354
Лимфома кожи (<i>Ястребов В. В., Михеев Г. Н.</i>)	356
Лихен микседематозный (<i>Красносельских Т. В.</i>)	364
Меланома (<i>Ястребов В. В., Михеев Г. Н., Крылов А. В.</i>)	370
Микседема ограниченная претибияльная (<i>Красносельских Т. В.</i>)	383
Милиум (<i>Ястребов В. В., Михеев Г. Н.</i>)	386
Моллюск контагиозный (<i>Хобейш М. М.</i>)	388
Муциноз фолликулярный (<i>Красносельских Т. В.</i>)	391
Неvus веррукозный эпидермальный (<i>Амелина П. О.</i>)	395
Неvus комедовидный (<i>Красносельских Т. В.</i>)	398
Неvus сальных желез (<i>Амелина П. О.</i>)	402
Невуса базальноклеточного синдром (синдром Горлина – Гольца) (<i>Ястребов В. В., Михеев Г. Н.</i>)	405
Невусы меланоцитарные (<i>Ястребов В. В., Михеев Г. Н., Крылов А. В.</i>)	408
Опухоли кожи метастатические (<i>Ястребов В. В., Михеев Г. Н.</i>)	419
Папиллома (<i>Ястребов В. В., Михеев Г. Н.</i>)	422
Папулез бовеноидный (<i>Хобейш М. М.</i>)	426
Плазмоцитома (<i>Ястребов В. В., Михеев Г. Н.</i>)	428
Порокератозы (<i>Монахов К. Н.</i>)	431
Псевдоксантома эластическая (<i>Аравийская Е. Р.</i>)	434
Рак кожи базальноклеточный (<i>Ястребов В. В., Михеев Г. Н., Крылов А. В.</i>)	438
Рак кожи плоскоклеточный (<i>Ястребов В. В., Михеев Г. Н.</i>)	445
Саркома Капоши (<i>Ястребов В. В., Михеев Г. Н.</i>)	451
Сирингома (<i>Ястребов В. В., Михеев Г. Н.</i>)	456
Сирингоцистаденома сосочковая (<i>Ястребов В. В., Михеев Г. Н.</i>)	458
Спираденома эккринная (<i>Ястребов В. В., Михеев Г. Н.</i>)	460
Трихоэпителиома (<i>Амелина П. О.</i>)	462
Эпидермодисплазия Левандовского – Лютца верруциформная (<i>Хобейш М. М.</i>)	465
Эритроплазия Кейра (<i>Ястребов В. В., Михеев Г. Н.</i>)	468
Глоссарий	471

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АЛТ	—	аланинаминотрансфераза
АНФ	—	антинуклеарный фактор
АСД	—	антисептик-стимулятор Дорогова
АСТ	—	аспартатаминотрансфераза
ВИЧ	—	вирус иммунодефицита человека
ВПЧ	—	вирус папилломы человека
ГЗТ	—	гиперчувствительность замедленного типа
ГЛП	—	гиперлипопротеинемия
ГНТ	—	гиперчувствительность немедленного типа
ЖКТ	—	желудочно-кишечный тракт
ИБ	—	иммуноблоттинг
ИГХ	—	иммуногистохимия
ИК	—	иммунный комплекс
ИХГ	—	иммунохроматографический тест на сифилис
ИХЛ	—	реакция иммунохемилюминесценции
КВД	—	кожно-венерологический диспансер
ЛК	—	лимфома кожи
ПАСК	—	парааминосалициловая кислота
ПУВА-терапия	—	метод лечения, предполагающий использование псоралена и ультрафиолетового излучения диапазона А
ПЦР	—	полимеразная цепная реакция
РИБТ	—	реакция иммобилизации бледных трепонем
РИФ	—	реакция иммунофлюоресценции
РМП	—	реакция микропреципитации
РПГА	—	реакция пассивной гемагглютинации
РПР	—	экспресс-тест на реакины плазмы
СОЭ	—	скорость оседания эритроцитов
ТМП	—	темнопольная микроскопия
УЗИ	—	ультразвуковое исследование
УФО	—	ультрафиолетовое облучение
ФГДС	—	фиброгастродуоденоскопия
ВВ	—	(borderline leprosy) пограничная лепра
ВЛ	—	(borderline lepromatous leprosy) окололепроматозная лепра
ВТ	—	(borderline tuberculoid leprosy) околотуберкулоидная лепра
CYLD gene	—	(Cylindromatosis gene) ген цилиндроматоза
DRESS-syndrome	—	(drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms) лекарственная реакция с эозинофилией и системными симптомами
EGFR	—	(epidermal growth factor receptor) рецептор эпидермального фактора роста
FGFR	—	(fibroblast growth factor receptor) рецептор фактора роста фибробластов
HRAS	—	(Harvey rat sarcoma viral oncogene homolog) гомолог вирусного онкогена саркомы крыс Харви

- JNK — (c-Jun N-terminal kinase) c-Jun N-терминальная киназа
IGF — (insulin-like growth factor) инсулиноподобный фактор роста
KRAS — (Kirsten rat sarcoma viral oncogene homolog) гомолог вирусного онкогена саркомы крыс Кирстен
LL — (lepomatous leprosy) лепроматозная лепра
LPLK — (lichen planus like keratosis) лихеноидный себорейный кератоз
NF — (nuclear factor) нуклеарный фактор
PAS — (periodic acid-Schiff stain) реакция с йодной кислотой и реактивом Шиффа
PTCH — (patched tumor suppressor gene) ген-супрессор опухолевого роста
SCF — (stem cell factor) фактор стволовых клеток
SCORMA — (scoring mastocytosis) шкала мастоцитоза
SCORAD — (scoring of atopic dermatitis) шкала атопического дерматита
SERCA — (sarcolemmal and endoplasmic reticulum calcium-ATPase) (Ca^{2+} -транспортирующая АТФаза мембран саркоплазматического/эндоплазматического ретикула)
TNM — (tumor-nodes-metastases) система классификации злокачественных опухолей: Т — размер первичной опухоли, N — состояние лимфатических узлов, M — наличие или отсутствие отдаленных метастазов
TT — (tuberculoid leprosy) туберкулоидная лепра

ПРЕДИСЛОВИЕ

Послевузовское профессиональное образование врача по специальности «Дерматовенерология» имеет целью подготовку квалифицированного специалиста, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового к самостоятельной профессиональной деятельности. Предлагаемое читателям пособие призвано помочь как врачам, только начавшим обучение по профилю «Дерматовенерология», так и специалистам, уже имеющим практический опыт работы и желающим повысить свою квалификацию в рамках системы непрерывного медицинского образования, в освоении теоретических основ дисциплины, формировании врачебного мышления и умений, обеспечивающих решение профессиональных задач.

Несмотря на кажущуюся простоту постановки дерматологического диагноза, обусловленную доступностью кожи для осмотра, в реальности дерматовенерология представляет собой одну из наиболее сложных медицинских дисциплин. Огромное многообразие нозологий, наличие малосимптомных и атипично протекающих форм в рамках почти каждого дерматоза, сходство их клинических и патоморфологических проявлений часто существенно затрудняют постановку диагноза. В таких случаях врач-дерматовенеролог должен неукоснительно следовать диагностическому алгоритму, в основе которого лежит оценка клинических и патоморфологических характеристик первичного элемента сыпи, его локализации и эволюции. Каноническая диагностика дерматозов «от высыпного элемента» позволяет врачу сузить диагностический поиск в направлении конкретной группы нозологий, проявляющихся данным типом высыпаний. Исходя из этих соображений, авторы приняли решение создать серию руководств по клинической дерматовенерологии, построенную по морфологическому принципу. Данная книга — первая в планируемой серии — посвящена дерматозам, проявляющимся папулами и бугорками.

Книга состоит из трех разделов: общего и двух специальных. В разделе «Папула и бугорок как морфологические элементы сыпи» подробно описаны этапы постановки диагноза при папулезных и бугорковых дерматозах — клинический, основанный на оценке особенностей первичных элементов сыпи и рутинных методах обследования (пальпации, витропрессии, граттаже, дерматоскопии и др.), гистологический и другие методы исследования. Специальные разделы пособия посвящены описанию дерматозов, проявляющихся воспалительными папулами и бугорками, и дерматозов, манифестирующих невоспалительными папулами. В специальных разделах описание заболеваний приводится в алфавитном порядке. Основное внимание уделено изложению клинических и патоморфологических проявлений, а также современным подходам к диагностике папулезных и бугорковых дерматозов. Для удобства читателей в конце приведен глоссарий использу-

емых терминов. Авторы приводят большое количество цветных иллюстраций из архива кафедры дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И. П. Павлова.

Предлагаемое издание, основанное на традициях Санкт-петербургской дерматовенерологической школы и учитывающее современные тенденции развития дерматовенерологии, ориентировано на клинических ординаторов и врачей, желающих повысить свою квалификацию. Авторы надеются, что оно окажется полезным в сложных клинических ситуациях, поможет в разрешении спорных вопросов диагностики и дифференциальной диагностики папулезных и бугорковых дерматозов.

Qui bene diagnoscit, bene curat.

Кто хорошо диагностирует, тот хорошо лечит.

Латинское изречение

ЧАСТЬ I

ПАПУЛА И БУГОРОК КАК МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ

Группа папулезных дерматозов — одна из самых больших по числу входящих в нее нозологических форм. В данную группу включены заболевания, при которых первичным элементом сыпи является **папула (узелок, *papula*)** — бесполостное образование воспалительного или невоспалительного происхождения, возвышающееся над уровнем кожи и обычно разрешающееся без образования рубца. Папула может образоваться в результате пролиферативных патологических процессов в эпидермисе, в дерме или одновременно в эпидермисе и в дерме. В традиционной классификации первичных высыпных элементов от папулы отличали **бугорок (*tuberculum*)** — воспалительный бесполостной высыпной элемент, возвышающийся над уровнем кожи, всегда разрешающийся с образованием рубца или рубцовой атрофии. На начальных стадиях развития на основании клинических проявлений различить воспалительную папулу и бугорок не представляется возможным. Достоверно распознать бугорок позволяет лишь патоморфологическое исследование, в связи с чем в зарубежных учебниках по дерматовенерологии в настоящее время бугорок не выделяют в качестве самостоятельного высыпного элемента. Поэтому в данном руководстве в обширную группу папулезных дерматозов нами включена также небольшая группа хронических, преимущественно инфекционных заболеваний кожи, проявляющихся бугорками. Внешнее сходство с папулой может иметь также кожная **киста (*cystis*)** — замкнутая полость в дерме или эпидермисе, выстланная эпителием и имеющая содержимое различной консистенции (жидкость, желеобразное мукоидное содержимое, экскрет сальных желез, кератин).

Папулезные высыпания при различных дерматозах отличаются значительным клиническим многообразием, что в ряде случаев создает большие диагностические трудности как для начинающих, так и для опытных дерматовенерологов. Диагноз заболевания устанавливают на основе изучения жалоб больного, анамнеза, тщательного осмотра кожи и видимых слизистых оболочек, а также результатов дополнительных клинических и лабораторных исследований. Большое значение для диагностики дерматозов имеет тщательный сбор анамнеза заболевания (начало, предполагаемые провоцирующие факторы, динамика симптомов и др.) и анамнеза жизни пациента (образование, условия жизни, особенности питания, физической активности, личной гигиены, наличие подобного заболевания у членов семьи, наличие неблагоприятных профессиональных факторов, интоксикаций и т. п.). Особое внимание обращают на наличие сопутствующих заболеваний, тяжесть дерматологической патологии, наследственность, акушерско-гинекологический, аллергологический и эпидемиологический анамнез.

Клинический этап постановки диагноза предполагает формирование первоначального представления о нозологии заболевания исходя из морфологических особенностей первичного элемента сыпи (цвета, размера, очертаний, формы и др.), его локализации и эволюции. При одном и том же дерматозе папулы, располагающиеся на гладкой коже, в области гениталий и кожных складок, ладоней и подошв, на коже волосистой части головы, лица, век, губ и т. п., могут существенно отличаться по внешнему виду. Так, например, на волосистой части головы папулезные высыпания при различных дерматозах отличаются незначительной выраженностью инфильтрации и во многом утрачивают свои характерные черты, что существенно затрудняет диагностику. Лишь на гладкой коже и по краю роста волос папулезные высыпания сохраняют характерные особенности, присущие определенным дерматозам, что позволяет отличать, например, псориаз от таковой при себорейном дерматите и «короны Венеры» при вторичном сифилисе.

Прежде всего при осмотре пациента оценивают распространенность высыпаний. При *ограниченном* (очаговом) поражении описывают локализацию, количество очагов, размеры, цвет, форму, очертания, четкость границ, особенности поверхности, выраженность инфильтрации. При *распространенном* поражении устанавливают степень распространения (диссеминированное, субтотальное или тотальное) и преимущественную локализацию высыпаний (себорейные зоны, кожа туловища, сгибательных или разгибательных поверхностей конечностей, складки кожи, незащищенные одеждой участки кожного покрова и т. п.). При ряде дерматозов высыпания в местах излюбленной локализации существуют особенно долго («дежурные бляшки» при псориазе). Кроме того, обращают внимание на симметричность/асимметричность высыпаний, линейность, расположение по определенной системе: по ходу нервных стволов (сегментарно), кровеносных сосудов, вокруг естественных отверстий, по ходу линий Лангера, линий Блашко и т. п., а также оценивают мономорфность или полиморфизм сыпи (истинный или эволюционный). *Мономорфная* сыпь состоит только из одного вида первичных элементов (например, при псориазе и красном плоском лишае первичным высыпным элементом является воспалительная папула). Когда сыпь представлена различными видами первичных элементов (папула, пятно, волдырь, пузырь и др.), констатируют *истинный полиморфизм* (вторичный сифилис, герпетиформный дерматоз Дюринга — Брока, многоформную экссудативную эритему и др.). Различают также *ложный, или эволюционный, полиморфизм*, когда высыпания представлены первичными элементами одного вида, находящимися на разных этапах эволюции (экзема).

Затем тщательно анализируют морфологические элементы кожной сыпи: сначала первичные, потом вторичные. Использование лупы с увеличением в 3—5 раз или дерматоскопа при осмотре элементов сыпи значительно расширяет возможности их детального изучения. Следует отметить, что предшествующее наружное лечение глюкокортикостероидными препаратами и ингибиторами кальциневрина существенно изменяет морфологию высыпаний, минимизирует характерные клинические проявления.

Клинически и патоморфологически различают папулы воспалительные и невоспалительные. Воспалительные папулы имеют розовый или красный цвет

с различными оттенками — синюшным, буроватым, желтоватым, фиолетовым (сиреневым), пурпурным и др. Невоспалительные папулы могут быть серовато-желтоватыми (восковидными), телесными, перламутрово-белыми, цвета слоновой кости, ярко-желтыми (оранжевыми), голубыми (синими), различных оттенков коричневого или черного цвета. Оценка цвета папул имеет определенное диагностическое значение (табл. 1).

Таблица 1

Диагностическое значение цвета папул

Цвет папул	Патоморфологическая основа	Заболевания
Красный/розовый с оттенками: — медно-красным (цвет полированной меди) или буровато-красным — буровато-красным («ветчинным») — оранжево-красным («лососевым», «морковным», «кирпичным»)	Воспалительная инфильтрация, расширение сосудов и отек в дерме, а также: — отложение гемосидерина в дерме, плазматические клетки в составе воспалительного инфильтрата — плазматические клетки в составе воспалительного инфильтрата — фолликулярный гиперкератоз, отложение гемосидерина в дерме	Вульгарный псориаз, себорейный дерматит Папулезный сифилид, бугорковый сифилид Папулезный сифилид Отрубевидный красный волосистой лишаи Девержи
Фиолетовый/сиреневый	Поверхностная воспалительная инфильтрация в дерме (лихеноидная реакция), расширение поверхностных сосудов дермы, отложение гемосидерина в глубоких отделах дермы	Красный плоский лишаи, ограниченная склеродермия (периферическая зона бляшек), дерматомиозит, красная волчанка, саркома Капоши
Пурпурный, вишневый, алый	Новообразование сосудов, телеангиэктазии, разрастание грануляционной ткани с большим количеством расширенных сосудов, воспаление с геморрагическим компонентом	Гемангиома, саркоидоз кожи («ознобленная волчанка» Бенъе — Теннесона), телеангиэктатическая гранулема (пиогенная гранулема)
Желтый/желтовато-розовый	Отложение в дерме липидов, гемосидерина	Гиперплазия сальных желез, липоидный некробиоз
Желтовато-бурый (симптом «яблочного желе»)	Гранулематозное воспаление (очаговая эпителиоидноклеточная инфильтрация в дерме)	Туберкулезная волчанка, саркоидоз, люпоидная розацеа, туберкулоидная форма лейшманиоза кожи

Продолжение таблицы 1

Цвет папул	Патоморфологическая основа	Заболевания
Оранжевый	Гранулематозное воспаление с большим количеством вакуолизированных гистиоцитов, содержащих липиды	Ксантогранулема ювенильная, ксантелазма, ксантома эруптивная
Коричневый/серо-коричневый	Отложение меланина, гемосидерина в поверхностных отделах дермы, хроническое воспаление, поствоспалительная гиперпигментация	Меланоцитарный эпидермальный невус, дерматофиброма лентикулярная
Голубой/серо-голубой	Отложение меланина в глубоких отделах дермы, сосудистые образования, регресс при пролиферативных процессах — как злокачественных, так и доброкачественных	Голубой невус, ангиомы, себорейный кератоз, лихеноидный кератоз, пигментная форма узловой базалиомы, меланомы
Черный	Меланин, некроз, травма сосудистого образования	Меланома, пигментный невус, папуло-некротический васкулит, телеангиэктатическая эруптивная ангиома
Белый	Изменение кератина эпидермоцитов в результате мацерации эпидермиса в области кожных складок и на слизистых оболочках (в условиях повышенной влажности) Скопление дегенерированных кератиноцитов в эпидермисе Отложение кристаллов мочевой кислоты в дерме Атрофия кожи Регресс при пролиферативных процессах — как злокачественных, так и доброкачественных	Папулезный сифилид, красный плоский лишай, фолликулярный дискератоз Дарье Милюм, эластоз узелковый актинический с кистами, эпидермоллиз буллезный дистрофический альбопапулоидный Пазини подагрические узелки (тофусы) Склероатрофический лишай, злокачественный атрофический папулез Дегоса Меланома
Желтовато-белый (цвет старой слоновой кости)	Дерматосклероз, атрофия кожи	Бляшечная склеродермия
Телесный (естественный цвет кожи представителя европеоидной расы)	Пролиферативные процессы в эпидермисе без воспалительных изменений дермы	Контагиозный моллюск, плоские бородавки



Рис. 1. Разновидности папул по размеру:
1 — милиарная; 2 — лентикулярная; 3 — нуммулярная

По **величине** различают папулы: *милиарные* (размером с просяное зерно — около 1–2 мм в диаметре), *лентикулярные* (размером с чечевицу — приблизительно 4–6 мм), *нуммулярные* (размером с монету — примерно 1,5–3 см) и *бляшки* (более 3 см в диаметре) (рис. 1, 2).

Бляшки образуются в результате разрастания папул по периферии и/или их слияния. Бляшки, возникшие в результате периферического роста изолированных папул, имеют круглые очертания. При слиянии папул бляшки имеют фестончатые, неправильные очертания. В отдельных случаях бляшки могут достигать гигант-



Рис. 2. Сливные бляшки с полициклическими очертаниями (псориаз)

ских размеров и покрывать почти весь кожный покров (универсальный псориаз). При этом у пациента все же можно обнаружить отдельные места, где кожа не поражена. Например, наличие небольших круглых участков видимо неизменной кожи («островки», *nappes claires*), окруженных оранжево-красной (цвета лосося) или темно-красной пораженной кожей. Это клиническое проявление является важным дифференциально-диагностическим признаком при диагностике отрубевидного красного волосяного лишая (болезни Девержи) и грибовидного микоза. В таких «островках» при прогрессировании отрубевидного красного волосяного лишая появляются характерные мелкие милиарные папулы. От слившихся гигантских бляшек при субтотальном поражении следует отличать качественно иное состояние эритродермии, когда вся кожа диффузно гиперемирована, отечна, инфильтрирована и обильно шелушится, отдельные первичные элементы обнаружить нельзя (псориатическая эритродермия, эритродермическая форма болезни Девержи, эритродермическая Т-клеточная лимфома кожи и др.).

По **огертаниям** папулы могут быть круглыми (дискоидными), овальными, треугольными, полигональными, кольцевидными, фестончатыми, мелко- и крупнофестончатыми, звездчатыми, неправильными (в виде «географической карты»), мишеневидными и др. (рис. 3, 4).

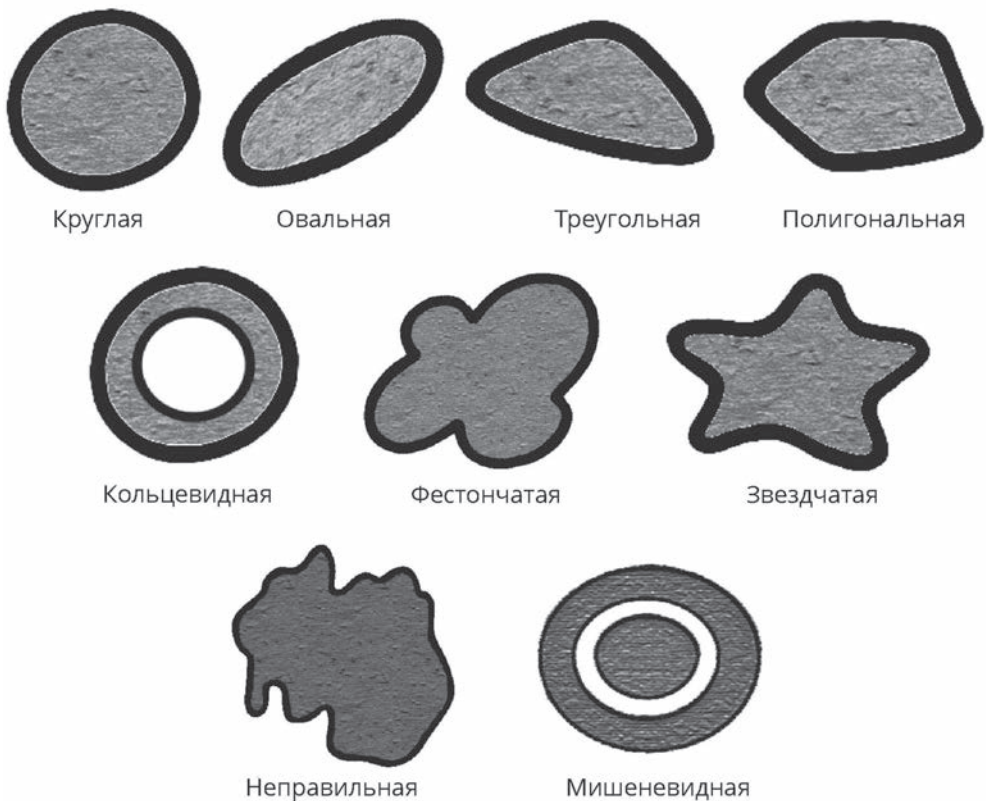


Рис. 3. Разновидности папул по очертаниям

Для диагностики дерматоза важна **форма** (рельеф) папулы – плоская (*papula plana*), полушаровидная (*papula hemispherica*), остроконечная (*papula acuminata*), с пупковидным вдавлением в центре (*papula umbilicata*), с бородавчатыми разрастаниями, или вегетирующая (*papula verrucosa, seu vegetans*), на ножке (*papula pedunculata*) (рис. 5).

Плоская папула – это эпидермальный или эпидермо-дермальный элемент; эпидермис при этом утолщается, чаще всего за счет шиповатого слоя (акантоз). Плоские папулы наблюдают при псориазе, красном плоском лишае, плоских бородавках и др. Бляшки, образовавшиеся в результате периферического роста и слияния плоских папул, имеют рельеф с резко выраженным кожным рисунком (лихенифицированные бляшки при ограниченном нейродермите Видаля, красном плоском лишае, псориазе).

Полушаровидная папула образуется в результате патологических процессов



Рис. 4. Кольцевидные папулы (псориаз)



Рис. 5. Разновидности папул по форме

преимущественно в дерме (папулезные высыпания при вторичном сифилисе). Бляшки, образовавшиеся в результате периферического роста и слияния полушаровидных папул, имеют ровный, несколько уплощенный рельеф (бляшковидный папулезный сифилид).

Остроконечная папула связана с волосяным фолликулом, поэтому называется также *фолликулярной (перифолликулярной)*. Такие папулы наблюдаются при фолликулярной форме красного плоского лишая, отрубевидном красном волосяном лишае Девержи, фолликулярном дискератозе (болезни Дарье) (рис. 6).

При тесном расположении остроконечных папул поверхность кожи при поглаживании напоминает терку (фолликулярный кератоз, отрубевидный красный волосяной лишай Девержи).

Папулы могут быть покрыты бородавчатыми разрастаниями (*веррукозные папулы*), например при гипертрофической форме красного плоского лишая, вульгарной бородавке, бородавчатом туберкулезе кожи, фолликулярном дискератозе Дарье и др.

Поверхность папул, расположенных в кожных складках и вокруг естественных отверстий, мацерируется, может также эрозироваться, гипертрофироваться, покрываться сосочковыми разрастаниями. Гипертрофические папулы в складках имеют тенденцию к слиянию и образованию вегетирующей бляшки, или кондиломы (от греч. *kondyloma* — бородавчатое разрастание, нарост). Кондиломы наблюдаются у больных вторичным сифилисом (широкие кондиломы), папилломавирусной инфекцией (остроконечные кондиломы).

Иногда на поверхности папул можно видеть углубление — пупковидное вдавление (при красном плоском лишае, контагиозном моллюске, ограниченной сенильной гиперплазии сальных желез, злокачественном атрофическом папулезе



Рис. 6. Фолликулярные папулы (фолликулярный дискератоз Дарье)

Дегоса) и др. К особой форме папул относят папулы на ножке (мягкая фиброма, нитевидные бородавки).

Поверхность папул может быть гладкой и блестящей или неровной, шероховатой, покрытой чешуйками (*папуло-сквамозные высыпания*) (рис. 7).

Шелушение папул бывает:

— отрубевидным (пityриазиформным), например на дочерних элементах розового лишая;

— мелко- и крупнопластинчатым (при псориазе);

— эксфолиативным (при токсикодермии и псориатической эритродермии).

При одних дерматозах чешуйки прикреплены плотно и отслаиваются с трудом и болезненностью (дискоидная красная волчанка, актинический кератоз и др.), при других — чешуйки рыхлые и удаляются довольно легко (вульгарный псориаз). Чешуйки могут отторгаться с поверхности кожи пластами. Для диагностики важно оценить цвет чешуек и то, как они располагаются на поверхности папул, — в центре, по периферии, по всей поверхности. Цвет чешуек варьирует от полупрозрачного, белого, сероватого до буровато-желтого и даже серо-черного. Например, при псориазе чешуйки серебристо-белые, рыхлые, напоминают слоистый минерал слюду. Периферическое шелушение папул, напоминающее воротничок («воротничок Биетта»), наблюдают при папулезном сифилиде. Для «материнской»

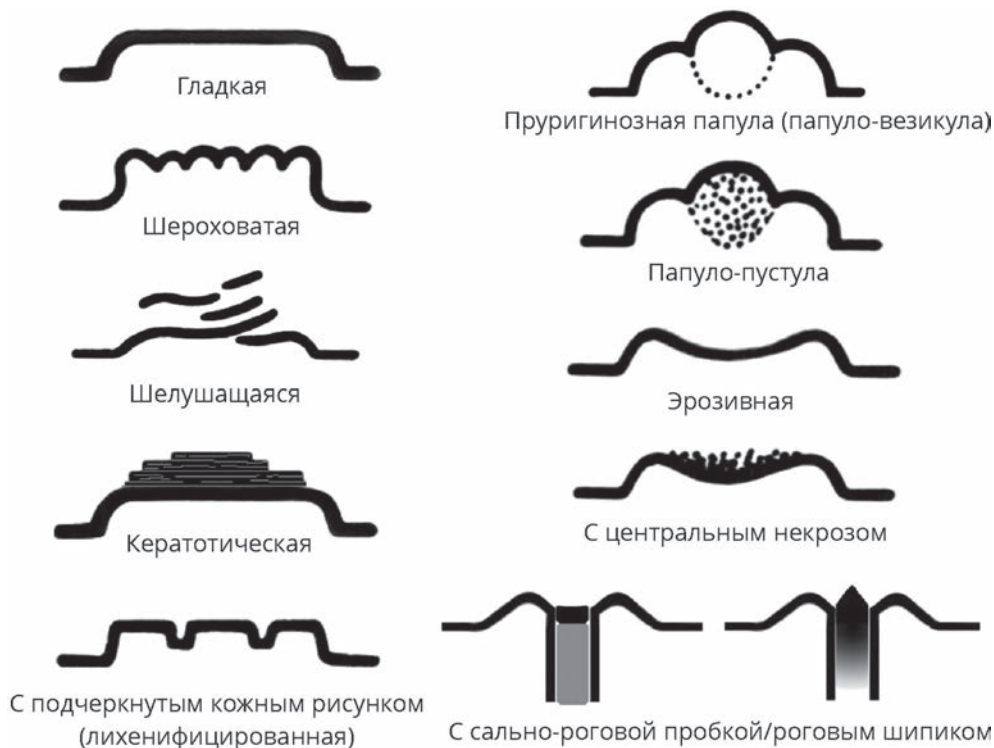


Рис. 7. Характеристики поверхности папул

бляшки розового лишая характерны тонкие складчатые («гофрированные») чешуйки, которые со временем отторгаются в центральной части элемента, оставляя лишь узкое кольцо шелушения, окружающее центр; при этом периферическая зона бляшки свободна от чешуек. При каплевидном параспориозе чешуйки имеют вид «облатки», прикрепленной лишь в центре, и легко удаляются при потягивании за край. Иногда чешуйки пропитываются экссудатом и приобретают характер чешуйко-корок — тонких или массивных, слоистых, напоминающих устричную раковину, например, при экссудативном псориозе, компактных или рыхлых, влажных или сухих. При себорейном дерматите чешуйки желтоватые, жирные или восковидные, отделяются хлопьями.

Поверхность папул может быть покрыта плотными роговыми наслоениями (*кератотигеские папулы*), например при вульгарной бородавке, актиническом кератозе.

В центре папулы может располагаться пузырек (везикула) или гнойничок (пустула). *Папуло-везикулезные элементы* (серопапулы) характерны для почесухи (пруриго), поэтому их называют пруригинозными. Они, как правило, располагаются на отечном основании. *Папуло-пустулезные элементы* наблюдают в себорейных зонах при вульгарных угрях.

При некоторых дерматозах (папуло-некротический туберкулез кожи, папуло-пустулезный сифилид, васкулиты кожи) в результате некротического процесса или геморрагических изменений происходит изъязвление папул. В подобных случаях на местах папул формируются круглые атрофические рубцы. Разрешение папул с исходом в атрофию без предшествующего изъязвления наблюдается при атрофической форме красного плоского лишая, склероатрофическом лишене, злокачественном атрофическом папулезе Дегоса.

В ряде случаев в центре папул (чаще фолликулярных) образуется сально-кератиновая пробка (открытый комедон) или роговой шипик (фолликулярные кератозы, отрубевидный красный волосяной лишай Девержи, фолликулярный красный волосяной лишай), расположенные в устье сально-волосяного фолликула, при удалении которых остается воронкообразное углубление.

Особенности эволюции папулы и бугорка представлены на рис. 8.

Консистенция папул может быть плотной, упругой или мягкой (тестоватой). Оценка консистенции имеет важное значение, например при дерматофибrome. При пальпации лентикулярной дерматофибромы обнаруживается плотная пластинка, напоминающая пуговицу, при боковом давлении на которую большим и указательным пальцами появляются симптом «ямки» (симптом Фитцпатрика).

Границы папулезных элементов обычно четкие — имеется отчетливая линия разграничения папулы и окружающей непораженной кожи. Редко линия разграничения папулезного элемента отсутствует (нечеткие границы). При периферическом росте папулезных высыпаний, например в прогрессирующей стадии псориоза, край элементов может быть эритематозным, более ярким по сравнению с центром, свободным от чешуек («венчик» роста). При некоторых папулезных дерматозах (дискоидная красная волчанка, кольцевидная гранулема, базалиома) вследствие более выраженной инфильтрации на периферии очага образуется возвышенный край, окружающий в виде кольца несколько запавший центр.