

Ураження шкіри при внутрішній патології (клінічна лекція)

Ткач В.Є.

Івано-Франківський національний медичний університет

ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ ВНУТРЕННЕЙ ПАТОЛОГИИ (КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ)

Ткач В.Е.

SKIN LESIONS UNDER THE INTERNAL PATHOLOGY (A CLINICAL LECTURE)

Tkach V. Ye.

Організм людини – це справді унікальний, неповторний, складний механізм, у котрому кожна деталь (клітина, тканина, орган, система) відіграє особливу роль. В організмі немає нічого зайвого, усе має своє місце і своє завдання. Ряд органів виконують другорядну роль і при їх пошкодженні чи навіть видаленні організм може продовжувати життя, компенсуючи втрачену функцію цих органів іншими. У той же час є органи і системи, без яких людина помирає; до них, окрім центральної нервової системи, серця, легень, печінки, підшлункової залози, нирок, відноситься і шкіра. Усі зазначені органи взаємопов'язані в системи. Відтак, поломка в одному з них призводить до адекватних змін в іншому (інших). Шкіра, окрім компенсаторної функції, виконує роль посередника між організмом і зовнішнім середовищем. Шкіра – це географічна карта, на яку спроектовані всі органи і системи (зони Геда). Через шкіру можна діяти на функцію різних органів (рефлексотерапія), і навпаки, пошкодження внутрішніх органів призводить до змін функцій шкіри та її структури. Реєструючи біопотенціали в певних зонах шкіри, можливо визначити функціональний стан внутрішнього органу (акупунктурна діагностика).

Функціональні та органічні зсуви у внутрішніх органах проявляються на шкірі зміною кольору, тургору, еластичності, висипаннями (ефлорисценції). Стан шкіри, її фізикальні ознаки

для лікаря мають виключно важливе значення при діагностиці внутрішньої патології. Шкіра є дзеркалом здоров'я людини. Великий М. І. Пирогов писав: «Практично кожна хвороба залишає на обличчі людини свій характерний слід».

З давніх-давен клініцисти при постановці діагнозу широко послуговуються шкірною симптоматикою. Східна медицина завжди вважала, що «читання по обличчю – одне із важливих діагностичних правил». Досвідчені лікарі в давні часи і донині за зовнішнім виглядом шкіри обличчя та тіла підозрювали хвороби, ставили діагноз і прогнозували їх перебіг. На жаль, ці діагностичні прийоми у наш час – вік інформаційного буму та прогресивних технологій, незаслужено забуті. Покладаючись виключно на результати лабораторних і апаратних досліджень, нехтуючи клінічною картиною хвороби, лікар втрачає важливу складову професії – клінічне мислення, і його дії зводяться до механістичного призначення ліків. Тут також вельми доречні крилаті слова: «Перед добрим лікарем-лаборантом чи функціоналістом треба знімати шапку, а не голову».

Прояви на шкірі при внутрішній патології можна умовно поділити на дві групи:

- компенсаторні зміни шкіри при хворобах внутрішніх органів;
- системні ураження організму, у тому числі і шкіри.

А. КОМПЕНСАТОРНІ ЗМІНИ

Шкіра відображає функціональний стан усіх органів і систем. Завдяки своїм компенсаторно-приспосувальним властивостям шкіра бере на себе функції практично будь-якого органу, реагуючи на його найменші розлади. При незначних стресових ситуаціях виникає виражена **гіперемія** (почервоніння) чи, навпаки, блідість шкірного покриву. При оголенні шкіри (особливо у жінок) під час огляду лікарем обличчя, плечового поясу іноді помітні розлиті швидкоплинні еритеми (*erythema e pudore*) – еритеми від сорому. Перехідні еритеми на грудній клітці спостерігаються при гіперфункції щитовидної залози. Множинні дрібні рожеві плями (розеолі) на тлі таких загальних симптомів, як нездування, загальна слабкість, гіпертермія, лихоманка, діарея є невід’ємними ознаками:

- черевного тифу;
- паратифів А і В;
- ерсиніозу;
- кору;
- скарлатини;
- коревої краснухи.

Розеолезно-петехіальні висипи супроводять висипний і поворотний тифи, рідше кір, ерсиніоз. Поліморфні елементи (розеолі, петехії, папули, уртикарія), що нагадують багатоформну ексудативну еритему, є обов’язковими при:

- бруцельозі;
- епідемічних рикетсіозах;
- малярії;
- токсоплазмозі.

При появі петехій, що супроводжуються високою температурою тіла, необхідно виключити геморагічні лихоманки. Множинні петехії, від малих до великих розмірів з некрозом різної форми («зоряне небо»), слід відрізнити від петехій при менінгококовій кокцемії.

Постійна **блідість** шкіри обличчя є одним з важливих симптомів анемії, гострого гломерулонефриту, хронічних отруєнь, а блідість шкіри тулуба буває при хворобі Кушінга. Рум’янець щік на тлі загальної блідості шкіри є характерною ознакою:

- легеневого туберкульозу;
- септичного ендокартиту;
- стенозу мітрального отвору.

Бліда, воскоподібна, суха, набрякла шкіра є проявом гіпофункції щитовидної залози (дифузна мікседема).

Повнокровність шкіри обличчя, шиї з су-

путніми телеангіектазіями є одним із частих симптомів:

- поліцитемії;
- гіпертонічної хвороби;
- цукрового діабету.

Гіперемія обличчя і шиї буває також при лептоспірозі.

Синюшність обличчя, губ, шкіри під нігтьовими пластинками часто спостерігається при декомпенсованих вадах серця, емфіземі легень, легеневого серця. Ціанотично-мармурова, холодна на дотик шкіра плечового поясу і стегон є одним із важливих симптомів гіпоталамічного синдрому, гіперфункції наднирникових залоз. Червоно-синюшні плями, які швидко трансформуються у вузлики (папули) на щоках, повіках, лобі, шиї, верхніх кінцівках, спостерігаються при сибірці.

Нерідко при ревматизмі в гострому періоді на еритематозно видозміненій набряклій шкірі, що покриває суглоби (частіше великі) виникають **геморагії**, які тривають до двох тижнів. Пізніше при стиханні основного процесу шкіра набуває жовтого кольору. Жовтизна триває декілька тижнів. Нерідко кільцевидна гранульома також є однією з ознак ревматизму. Висипні елементи можуть передувати артрити або з’являються одночасно; рідше виникають після суглобових змін.

У клінічній картині ряду хвороб, зокрема печінки (ехінококові кисти, персистуючі гепатити, цирози), шлунку (гастродуоденіти, виразкова хвороба), кишечника (хронічні коліти), нервової системи (неврози, пухлини головного мозку) при глистяних інвазіях частим симптомом є **кропив’янка** (*urticaria*). На будь-яких ділянках шкіри проявляються безпорожнинні елементи (пухирі) різної величини і форми, червоного кольору з блідістю в центрі. Вони турбують відчуттям паління, свербіжу, зникають через декілька годин безслідно і з’являються спонтанно знову.

Міхурцеві висипання (*vesicula*) у вигляді простого герпесу часто супроводжують хвороби з важким перебігом, гіпертермією, лихоманкою, вираженими зсувами в імунному статусі. На ділянках шкіри, частіше червоній облямівці губ, носо-губних складках на червоному з набряком тлі проявляється група міхурців із серозним, рідко геморагічним вмістом. Пізніше міхурці від-

криваються і на їх місці помітні кірки. Останні відпадають, а на їх місці залишається нестійка гіперемія. Висипу передують (чи супроводжують) відчуття поколювання і свербіжу.

Окрім поверхневого ураження шкіри, при ряді внутрішніх хвороб (ревматизм, особливо у дітей; туберкульоз), виникають патологічні зміни в дермі – **горбики** (*tuberculum*) і гіподермі – **вузли** (*nodus*). Вони щільні, болючі, різної інтенсивності, як правило, не виступають над поверхнею шкіри. Проте шкіра змінена і має яскраво-червоне забарвлення. При зворотному розвитку колір стає синім, жовтим і навіть зеленим («цвітіння синця»). Частіше вузли розсмоктуються безслідно, рідко звиразковуються, залишаються звичайні рубці.

Порушення детоксикаційної функції печінки нерідко супроводжується **гіперпигментацією** підборіддя («підкова Пospelова»). Периорбітальна гіперпигментація (симптом Елінека) свідчить про гіперфункцію щитовидної залози. Гіперпигментація навколо рота, на шкірі потилиці, ліктів, колін, пахових ділянок є важливим симптомом гіпоталамічного синдрому. Поява темних плям із бронзовим відтінком на відкритих ділянках шкіри, в складках долонь і підшов у місцях тертя, пігментація слизових оболонок, потемніння волосся, нігтів спонукає спостережливого лікаря до ґрунтовного обстеження функції надниркових залоз з метою виключення адісонової хвороби.

Одним із патогномонічних симптомів холестазу є **іктеричність** шкіри та слизових оболонок. Залежно від ступеня жовтизни, темпів її наростання, інших супутніх симптомів можна судити про характер патології. Швидко наростаюча і швидко спадаюча жовтизна з больовим синдромом буває при жовчнокам'яній хворобі («вентильний камінь»), а поступово наростаюча – свідчить про повільне блокування жовчовивідних шляхів (токсичні гепатити, пухлини). Інтенсивна жовтизна, що супроводжується гіпертермією, діареєю є ознакою інфекційних гепатитів, лептоспірозу. Жовтизна буває також при гемолітичних анеміях.

Сухість, дрібно пластинчасте лущення, зниження тургору і еластичності шкіри, присутність тріщин дають підстави виключити ниркову недостатність, злоякісні пухлини. Надмірно **волога** шкіра буває при:

- хворобі Базеда;
- легеневою туберкульозі;

- лімфогранулематозі;
- вегето-судинних дистоніях;
- хронічних інтоксикаціях.

Жирна, пориста шкіра з рясними камедонами досить часто є проявами порушення обміну вуглеводів, жирів, функції статевих залоз.

Відкладання холестерину в шкірі (ксантелазми, ксантоматоз) частіше буває при зсувах вуглеводного і жирового обмінів речовин, хворобах печінки. У хворих на цукровий діабет, переважно на розгинальних поверхнях гомілок, з'являються поодинокі, рідше – множинні, чітко відмежовані, щільні склеродермоподібні бляшки, що підвищуються над рівнем шкіри та схильні до повільного периферійного росту. З часом можуть виникати виразки з нерівними краями і гіперпигментацією довкола. Це так званий ліпоїдний некробіоз. У рідких випадках на тлі діабетичної ангіо- і нейропатій на шкірі пальців ніг, підшов, рідше – стегон виникають **міхури** (*bulla*) з серозним і геморагічним вмістом (діабетичний бульоз).

Надмірне оволосіння (гірсутизм) брів, вусів, бороди, ареоли сосків, гомілок у жінок спостерігається при полікістозі яєчників, у чоловіків і жінок – при:

- синдромі Іценко–Кушінґа;
- тривалому системному прийомі глюкокортикоїдів;
- тиреотоксикозі.

Випадіння волосся вимагає від лікаря виключити насамперед:

- патологію щитовидної залози;
- хронічну інтоксикацію важкими металами;
- злоякісні новотвори;
- гострі інфекції (висипний тиф, сифіліс та ін.);
- тривалий прийом цитостатиків;
- променеву терапію.

Деформація нігтьових пластинок, потовщення кінцевих фаланг («барабанні палички»), стоншення шкіри пальців характерні для:

- септичного ендокартиту;
- хронічної легеневої недостатності;
- деяких вроджених вад серця;
- біліарного цирозу.

Свербіж шкіри без висипань часто є передвісником:

- злоякісних пухлин внутрішніх органів (рак шлунку, підшлункової залози, печінки);
- хвороб крові (залізодофіцитна анемія, лейкози);
- цукрового діабету;

- тиреотоксикозу;
- хронічної ниркової недостатності;
- гіпоталамічного синдрому;
- тотального склерозу;
- холестази.

Локалізований безпричинний свербіж ділянок ніздрів, вушних проходів нерідко є симптомом хвороб центральної нервової системи, пухлин головного мозку, а періанальної ділянки – хронічного простатиту, тріщин ануса, геморою. Слід також пам'ятати, що при тривалому, часто нестерпному свербіжі шкіри у людей похилого віку (рідше – старше 50 років), які раніше не хворіли, слід виключити злоякісні новотвори. Свербіж може бути різної інтенсивності, з розчухами і без них, але не піддається звичним методам лікування.

Окремою нозологічною групою в дерматології виділяють **паранеопластичні дерматози** (паранеоплазії). Це своєрідні маркери внутрішньої злоякісної патології. Розрізняють факультативні та облігатні ураження шкіри; останні є прямим наслідком наявності злоякісних пухлин в організмі:

- папілярно-пігментна дистрофія шкіри;
- гірляндно-мігруюча еритема Гаммеля;
- набутий паранеопластичний іхтіоз і пушко-вий гіпертрихоз;
- некролітична мігруюча еритема;
- акрокератоз Базекса.

Факультативні ураження шкіри свідчать про велику ймовірність злоякісних новотворів; до останніх відносяться резистентні до лікування і тривкі за перебігом:

- полідерматоміозит;
- герпетичний дерматоз Дюрінга;
- міхурниця;
- пемфігоїд;
- відцентрова еритема Дар'є;
- вузлуватий паніку літ;
- кератодермія;
- синдром Лазера–Трела;
- системний амілоїдоз;
- набуті меланодермії та ін.

Поліморфні висипання на шкірі та слизових оболонках є частим симптомом лейкозів (18-55 %). Серед дерматозів їх виділяють окремою групою – **лейкеміди** шкіри. Ураження шкіри при лейкозах можуть мати специфічний або неспецифічний характер. Специфічні зміни – це компенсаторні пухлиноподібні екстрамедулярні вогнища кровотворення. Вони виникають внаслідок виходу клітин пухлинного походження із судинного русла, їх дисемінації і формування вогнищ проліферації лейкемічних клітин у шкірі, інших тканинах і органах. Лейкеміди проявляються, зазвичай, в апогеї розвитку хвороби крові, у термінальній стадії на тлі

чітких змін в гемо- і мієлограмах та вираженої клінічної симптоматики:

- лихоманка;
- лімфаденопатія;
- гепатоспленомегалія;
- геморагічний синдром.

Лейкеміди завжди є передвісниками фіналу гострого лейкозу. При хронічних лейкозах поява лейкемідів частіше буває першою, нерідко тривалою і єдиною ознакою хвороби.

Специфічні лейкеміди супроводжують майже усі відомі форми лейкозів, однак найчастіше спостерігаються при моноцитарному лейкозі і хронічному лімфолейкозі. Висипні елементи у вигляді плям, папул, вузлів, пухлиноподібних утворень, еритродермії з'являються зазвичай раптово і супроводжуються нестерпним свербіжем. Вони локалізуються симетрично на будь-яких ділянках шкіри, часто уражають слизові оболонки. Проте, з клінічної картини відслідковується, що вузлувато-пухлинні елементи виникають спершу на обличчі, лобі, надбрівних дугах (*facies leonine*), губах, вушних мушлях, тоді як плямисто-папульозні і уртикарні ефлюресценції – на тулубі та кінцівках. Ураження слизових оболонок (гіпертрофія ясен, їх кровоточивість) переважають при мієлоцитарному лейкозі. Чіткої залежності між характером висипань і різновидністю лейкозу не встановлено. Однак, можна відмітити переважання тих чи інших елементів при певних його формах. Зокрема, при гострих мієлобластних і монобластних лейкозах частіше зустрічаються множинні округлі, півсферичні чи плоскі, щільні чи м'які висипання величиною від 3 до 9 мм. Поверхня елементів гладка, на окремих помітні телеангіектазії, лусочки, листовидні кірочки. Папули на слизовій оболонці рота часто ерозуються, спричиняють пекучий, іноді нестерпний біль.

Вузли і пухлиноподібні елементи бувають переважно при хронічному мієлолейкозі та гострих лейкозах у дітей. У гіподермі виявляють поодинокі чи навіть множинні вузли; останні рідко носять десимінований характер, подекуди навіть зливаються. Їх величина сягає розмірів грецького горіха, форма округла, щільні за консистенцією, дуже рідко – пастозні; поверхня вузлів гладка. На шкірі, що вкриває такий вузол, волосся випадає, помітні геморагії, пошарові кірки, фолікулярні папули.

Еритродермію (тотальне ураження шкіри) частіше спостерігають при:

- хронічному лімфо- і мієлоцитарному лейкозі;
- ретикульозах;
- Т-злоякісних лімфомах.

Вона практично не відрізняється від еритродермії іншого походження (екзематозна, псоріатична, атопічна). Еритродермія може бути суха

і ексудативна. Шкіра гіперемована, суха або ж набрякла, рясно лущиться, помітні скальпуючі розчухи. У диференціальній діагностиці допомагає добре зібраний анамнез щодо atopічного дерматиту, екземи, псоріазу, а також нестерпний свербіж, який найчастіше супроводить лейкоемічну еритродермію. Для лейкоемідів на самому початку їх появи характерна насичене червоне забарвлення, а пізніше – синюшно-багряне. Практично завжди на тлі зміненого кольору шкіри присутній геморагічний компонент. Прояви на шкірі при лейкозах часто нага-

дують висипання при багатоформній ексудативній еритемі. Свербіж при вузлувато-пухлинних ефлюорисценціях буває нечасто, при плямисто-папульозних та інфільтративно-бляшкоподібних формах – вже частіше, тоді як при еритродерміях – завжди постійний і, нерідко, передують змінам на шкірі.

Неспецифічні лейкоеміди при лейкозах, зазвичай, зумовлені супутніми процесами і ускладненнями (анемія, тромбоцитопенія, сепсис) і мають характер паранеоплазії.

Б. СИСТЕМНІ УРАЖЕННЯ ШКІРИ

Шкіра – морфологічно складний орган, що містить практично усі відомі тканини. Отож не дивно, що при системних захворюваннях у патологічний процес втягується і цей орган. До групи системних захворювань ми відносимо колагенози, ангіїти (васкуліти). Серед колагенозів у практиці лікаря найчастіше зустрічаються червоний вовчак, дерматоміозит, склеродермія.

Червоний вовчак за формою перебігу ділиться на хронічний і системний. Хронічна форма (дискоїдна, центробіжна, дисемінована) найчастіше зустрічається в практиці дерматолога. Однак, при трансформації хронічного червоного вовчака в системний, прояви на шкірі є важливою діагностичною ознакою:

- при дискоїдній формі на шкірі обличчя (частіше у формі метелика), вушних раковин, рідше – волосистої частини голови проявляється еритема, фолікулярний гіперкератоз, пізніше – атрофія; при пошкрібуванні (граттажі) хворих відчуває болочість (симптом Бенъе–Мещерського), а на поверхні лусочок, що прилягають до шкіри, помітні своєрідні шипики (симптом «дамського каблучка»); рідко відмічається набряк, гіперпігментація, телеангіектазії на рубцево зміненій шкірі;

- центробіжна форма характеризується лише еритемою, яка поширюється з центру до периферії, та дрібним лущенням;

- дисемінована форма – це розповсюджена дискоїдна різновидність, яка, окрім обличчя, також уражає шкіру шиї, плечового поясу, верхніх кінцівок.

Системний червоний вовчак може починатись гостро або ж підгостро. Першими симптомами дифузного ураження сполучної тканини є саме шкірні прояви. Зокрема, на шкірі обличчя, шиї, верхніх кінцівок з'являється еритема, набряк, що нагадує собою сонячний опік. На фоні еритеми – петехії, міхурці, міхури з геморагічним вмістом, лущення, кірки. На кистях рук висипання петехіального характеру локалізуються на суглобових з'єднаннях, долонях, поверхнях кінчиків пальців. Важливим при червоному

вовчаку також є поява і загострення висипань на шкірі у весняно-літній період – час вираженої сонячної активності.

Дерматоміозит – важке системне захворювання, при якому уражаються шкіра і м'язова тканина. Хвороба починається, зазвичай, гостро, з високої гарячки, лихоманки, білло у м'язах, суглобах, загальною слабкістю. Навколо очей, на повіках, щоках, шиї, розгинальних поверхнях верхніх і нижніх кінцівок, у ділянці суглобів виявляється типова еритема синюшно-червоного або яскраво-червоного кольору; бешхоподібна. Особливо діагностично важлива еритема на верхніх повіках і навколо них (симптом окулярів), а на шиї – у вигляді пелерини. Висипання можуть нагадувати еритему при червоному вовчаку. На шиї, кінцівках може бути набряк. На плечовому поясі, грудній клітці на тлі еритеми нерідко спостерігаються дрібні папульозні, везикулярні елементи, геморагії. Як і при червоному вовчаку уражаються відкриті ділянки шкіри, які зазвичай підлягають інсоляції. Пізніше колір шкіри змінюється, стає коричневим, іноді фарфороподібним, шкіра атрофується, з'являються телеангіектазії. Виражені суб'єктивні відчуття на місцях висипань хворі відмічають рідко.

Склеродермія являє собою системне захворювання аутоімунного характеру. Розрізняють обмежену і системну (дифузну) форми. За даними більшості авторів та спостережень у нашій клініці, трансформація обмеженої форми в системну буває вкрай рідко. Ці дві клінічні форми об'єднують лише зміни в шкірі:

- на обмежених ділянках – у вигляді бляшок (бляшкоподібна форма) чи смужок (смушковидна форма);

- на усьому шкірному покриві (дифузна склеродермія) виникають набряк, пізніше – ущільнення, атрофія.

Шкіра має жовтуватий колір (колір слонової кістки), вилискує, по краю вогнища помітна облямівка бузкового кольору. Безпосередньо на місцях вогнищ рідко виникають парестезії; у

стадії атрофії випадає волосся.

При системній склеродермії насамперед уражається шкіра обличчя і кінцівок. Хворі (частіше жінки) скаржаться на відчуття стягування шкіри обличчя: обличчя стає маскоподібним, згладжуються складки шкіри («обличчя Мадонни»), звужується ротова щілина («кисетоподібний рот»), pojawiaються телеангіектазії, ділянки гіпер- і депігментації. На шкірі кистей рук розвиваються явища хвороби Рейно (багато цих хворих довгий час лікуються у ангіологів), розвивається акросклероз. Шкіра холодна, синюшна, набрякла, пізніше стає нерухомою. Внаслідок склеротичних змін судин виникають виразки, суха гангрена. Шкіра атрофується і щільно прилягає до окістя, рухи в суглобах обмежені, виникають анкілози. Весь шкірний покрив витончується, має вигляд шкіри, немов натягнутої на скелет; зрештою людина нагадує мумію.

У рідких випадках на шкірі тулуба, кінцівок можуть з'являтися вогнища звапнування (синдром Тібієржа–Вайсельбаха). У фіналі хвороби випадають волосся, зуби, атрофуються сальні і потові залози. Шкіра стає сухою, покрита муконидним лущенням, множинними телеангіектазіями.

Впродовж останніх років усе частіше відразу у початкових стадіях колагенозів ми зустрічаємо висипання на шкірі, що нагадують і червоний вовчак, і дерматоміозит, і склеродермію. Отож у цих випадках має право на існування компромісний діагноз – «недиференційоване дифузне ураження сполучної тканини». Слід зауважити, що терапія при цій патології майже однотипна.

Ангїїти (васкуліти) – запалення, що розвиваються первинно у судинній системі. Генез цих

захворювань різноманітний, часто алергічний, токсикоалергічний; існують також думки про їх аутоімунний характер. Характер висипань на шкірі залежить від їх виду, калібру уражених судин і глибини їх розміщення. При поверхневих ангїїтах на шкірі виявляється пурпура – дрібні геморагічні плями, рідко більших розмірів (5-20 мм), які, зворотно розвиваючись, залишають після себе стійку гіперпігментацію. Локалізуються висипання на будь-яких частинах тіла, однак переважно вражається шкіра гомілок, стегон, сідниць та стоп.

Запалення судин глибокої сітки дерми, гіподерми супроводжується папульозними і вузлуватими висипаннями. Папули і вузли – щільної консистенції, шкіра над ними гіперемована з геморагіями. Елементи можуть розсмоктуватись, залишаючи гіперемовані плями. У випадках важкого перебігу хвороби папули і вузли некротизуються (некротична форма), утворюються виразки. Виразки болючі, покриті грануляціями, іноді кровоточать, довго не епітелізуються. На місці виразок залишаються нетипові рубці.

Приведені вище зміни шкіри є найбільш характерними проявами для всіх форм васкулітів.

Матеріали клінічної лекції вочевидь не відображають усієї гами характерних змін на шкірі, які супроводять внутрішню патологію. Шкірна симптоматика розмаїта і присутня практично при всіх соматичних хворобах, і щоб подати її детально, практичному лікарю необхідно засвоїти цілий цикл тематичних лекцій. Нашою метою було систематизувати відомості стосовно найбільш характерних змін на шкірі при внутрішній патології людини. Чи вдалось це, судити Вам – наші шановні колеги.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Дерматовенерологія*: Навчальн. посібн. для лікарів / За ред. В. П. Федотова, А. Д. Дюдона, В. І. Степаненка. – Дніпропетровськ–Київ, 2008. – 600 с.
2. *Галнікіна С.О.* Ще раз до питання про паранеоплазії // *Дерматологія. Косметологія. Сексопатологія.* - 2008. - № 3-4.- С. 176-181.
3. *Кожные и венерические болезни*: Руковод. для врачей / Под ред. Ю. К. Скрипкина, В. Н. Мордовцева. – М.: Медицина, 1999. – Т. 2. – 878 с.
4. *Мавров И.И., Болотная Л.А., Сербина И.М.* Основы диагностики и лечения в дерматовенерологии: Руковод. для врачей. – Харьков, 2007. – 791 с.
5. *Савчак В.І., Галнікіна С.О.* Хвороби шкіри. Хвороби, що передаються статевим шляхом: Підручник для студентів. – К.: Укрмедкнига, 2000. – 507 с.
6. *Суворова К.Н., Куклин В.Т., Рукавишнікова В.М.* Детская дерматовенерология: Руковод. для врачей. – Казань, 1996. – 370 с.
7. *Kurzrock R.* Cutaneous paraneoplastic syndromes in solid tumors // *Am. J. Med.* – 1995. – Vol. 99. – P. 662-671.
8. *Pasricha, J. S. Khaitan, B. K.* Clinical methods in dermatology and venerology // *Ind. J. Derm. Venerol. Lepr.* – 2006. – Vol. 72, No 3. – P. 249.