

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

Кафедра дерматовенерологии с клиникой

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ
РЕКОМЕНДАЦИИ
по овладению практическими навыками
обследования больных кожными
и венерическими болезнями**

Лицензия ИД № 00597 от 15.12.99 г.
Подписано в печать 27.06.13. Усл. печ. л. 2,75.
Формат 60×84 1/16. Печать офсетная. Тираж 100 экз. Заказ №606/13.
197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, 6-8
Издательство СПбГМУ

Санкт-Петербург
Издательство СПбГМУ
2013

УДК [616.5+616.97]-07-08(075.5)
ББК 55.83+55.81
У91

Авторы: к.м.н., доцент **Г.Н. Михеев**
к.м.н., доцент **Т.В. Красносельских**
д.м.н. профессор **К.Н. Монахов**
д.м.н. профессор **Е.Р. Аравийская**
к.м.н., доцент **М.М. Хобейш**
к.м.н., доцент **В.В. Ястребов**
к.м.н., доцент **Н.Н. Третьякова**
к.м.н., доцент **Ю.А. Тимоховский**
к.м.н., доцент **П.О. Амелина**
к.м.н., доцент **О.Л. Романова**
к.м.н., доцент **А.В. Игнатовский**
к.м.н., ассистент **А.Э. Григорян**

Редактор: заведующий кафедрой дерматовенерологии с клиникой д.м.н. профессор **Е.В. Соколовский**

Рецензент: зав. кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ВИЧ-медицины СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, д.м.н. профессор **Д.А. Ляознов**

Утверждено на заседании ЦМК по постдипломному образованию СПбГМУ им. ак. И.П. Павлова. Протокол №32 от 26.02.13.

Учебно-методические рекомендации по овладению практическими навыками обследования и наружного лечения больных кожными и венерическими болезнями / Г.Н. Михеев [и др.]; под ред. проф. Е.В. Соколовского. – 3-е изд., исправ. и доп. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2013. – 44 с.

ISBN 978-5-88999-176-2

Главной задачей сотрудников кафедры дерматовенерологии с клиникой является обучение студентов диагностике, терапии и профилактике заболеваний, которые в данной специальности отличаются огромным многообразием. Несмотря на доступность кожных покровов и слизистых оболочек визуальному осмотру, диагностика дерматологической патологии в ряде случаев бывает весьма непростой, требует клинического опыта, хорошего знания пропедевтики кожных болезней, а во многих случаях – выполнения дополнительных лабораторных исследований. Предлагаемые рекомендации призваны содействовать повышению знаний студентов о методах клинического обследования дерматологических и венерических больных, облегчению усвоения специальных, довольно многочисленных методов лабораторного обследования пациентов данного профиля, повышению уровня медицинской деонтологии. Составляя эти рекомендации, авторский коллектив надеется, что излагаемые в них материалы облегчат студентам решение стоящих перед ними задач и обеспечат успешное усвоение ими учебной программы.

Предназначены для студентов лечебного, стоматологического, педиатрического факультетов и факультета спортивной медицины СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, а также врачей-интернов и клинических ординаторов.

ISBN 978-5-88999-176-2

© Издательство СПбГМУ, 2013

МЕТОДИКА ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ

Болезни кожи нельзя рассматривать в отрыве от нарушений функции внутренних органов, эндокринной и нервной систем. При ряде заболеваний поражение кожи представляет собой частное проявление страдания всего организма. Сопутствующие заболевания внутренних органов, эндокринной и нервной систем оказывают определенное влияние на течение кожного процесса (играют роль в патогенезе дерматозов). Поэтому при обследовании больного необходимо не только установить вид (морфологию) высыпаний, но и провести всестороннее исследование состояния организма, его отдельных систем и органов, попытаться выяснить взаимосвязь между изменениями во внутренних органах, эндокринной и нервной системах и поражением кожи.

Диагностика болезней кожи основывается, прежде всего, на тщательном осмотре всего кожного покрова и видимых слизистых оболочек, а не только того участка, на который указывает больной. С помощью осмотра, пальпации и простых вспомогательных средств (лупа, стеклянный шпатель или предметное стекло, зонд) дается оценка состояния не только измененных, но и неповрежденных участков кожи. Осмотр предпочтительно проводить в теплом помещении (18-20°C), при достаточном освещении, лучше естественном (электрический свет оказывает влияние на восприятие окраски морфологических элементов). При более низкой температуре может проявляться мраморность кожи из-за спазма сосудов.

При анализе состояния **непораженной кожи** следует обращать внимание на ее цвет, рисунок, тургор, эластичность, влажность (состояние потоотделения), состояние жировой смазки поверхности и отверстий сальных желез (расширены, закупорены комедонами), на следы ранее перенесенных заболеваний.

Окраска кожи дает возможность получить представление о состоянии ее сосудов и кровоснабжения, а также пигментообразовательной функции. Нормальная кожа имеет матовый оттенок и своеобразный («телесный») цвет, зависящий в основном от пигмента меланина, окраски рогового слоя и просвечивания через эпидермис крови в сосудах дермы. Степень влажности и сальности кожи отражает функциональное состояние потовых и сальных желез, а рисунок кожи, тургор и эластичность – состояние соединительной ткани кожи.

У нормальной кожи рисунок ее поверхности образован треугольными и ромбическими полями, ограниченными бороздками. Следует обращать

внимание на сглаженность борозд кожи на отдельных участках или усиление их рельефа (подчеркнутость кожного рисунка). Тургор кожи следует определять, собирая кожу в складку. Для определения эластичности кожа берется в складку, устанавливается ее растяжимость и быстрота возврата в исходное положение.

Влажность кожи (состояние потоотделения) определяется на ощупь и визуально. Нормальная кожа умеренно влажная и не блестит. Салоотделение определяется прикладыванием промокающей бумаги к области нососщечной складки. При нормальном салоотделении жирного следа на бумаге не остается.

Оценивая состояние волос, следует обращать внимание на тип их роста (по мужскому или женскому типу), густоту, цвет, блеск, ломкость (высоту обломанных волос от поверхности кожи), выпадение (количество выпавших волос), наличие прикрепленных к волосам беловатых гнид (яиц вшей). Рост волос по мужскому типу у женщины, а также невыраженность их роста по мужскому типу у мужчины свидетельствуют о наличии у них эндокринных нарушений. Состояние ногтевых пластинок оценивают по их форме, цвету, толщине, прочности, характеру поверхности, наличию исчерченности, блеска поверхности (отполированности) и т.д. В норме они матовые, гладкие, блестящие.

Тщательно осматривают видимую **слизистую оболочку**, на которой также могут располагаться элементы сыпи. Для оценки состояния слизистой оболочки полости рта следует последовательно осмотреть её в области губ, щек, мягкого и твердого неба, языка, зева.

Анализируя состояние кожного покрова и слизистой оболочки полости рта вне пораженных участков, следует также обратить внимание на различные изменения и образования, которые могут быть последствиями ранее перенесенных дерматозов или патогенетически связанными с основным заболеванием (акроцианоз, телеангиэктазии, атрофия, дисхромия, рубцы, невусы и т.д.).

Существуют определенные методы исследования, с помощью которых можно составить представление о состоянии вегетативной нервной системы. К ним относятся методы определения местного дермографизма и мышечно-волоскового, или пилomotorного, рефлекса.

Дермографизм представляет собой реакцию нервно-сосудистого аппарата кожи на механическое раздражение. Оценка дермографизма производится спустя 30-40 секунд после умеренного линейного раздражения шпателем неизменной кожи передней поверхности грудной

клетки или спины. В ответ возникает реакция кожи в виде красной полосы (*красный дермографизм*) или белой (*белый дермографизм*). Если красная полоса постепенно сменяется белой или по бокам красной появляются белые расширяющиеся полосы, констатируют *смешанный дермографизм*.

Красный дермографизм обусловлен повышенной возбудимостью судорасширяющих центров и нервов парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (ее гипертонусом), белый – симпатического, смешанный – вегето-сосудистой дистонией. При оценке дермографизма учитываются также быстрота появления реакции, ее интенсивность и продолжительность. Нормальный дермографизм характеризуется образованием более или менее широкой розово-красной полосы, исчезающей через 1-15 минут. При белом дермографизме через несколько секунд появляется расширяющаяся белая полоса, затем медленно исчезающая (атопический дерматит, почесуха). При возвышенном, или уртикарном, дермографизме возникает широкая, красная, несколько возвышенная полоса, которая держится несколько минут (экзема, крапивница).

Мышечно-волосковый, или пилomotorный, симпатический рефлекс вызывается механическим раздражением кожи шпателем или местным охлаждением ее. Он характеризуется кратковременным появлением мелких фолликулярных узелков («гусиная кожа»). Мышечно-волосковый рефлекс может быть местным или распространяться в пределах соответствующего сегмента. Выраженный мышечно-волосковый рефлекс свидетельствует о гипертонусе симпатического отдела вегетативной нервной системы (при atopическом дерматите). При ихтиозе и почесухе рефлекс отсутствует.

После обследования неизменной кожи и слизистой оболочки следует перейти к осмотру **пораженных участков**, результаты которого будут отражены в описании дерматологического статуса больного.

Прежде всего, следует установить распространенность или ограниченность и локализацию поражения кожи, симметричность, асимметричность или систематизированность (по ходу нерва или сосуда) расположения высыпных элементов, особенности их взаимного расположения (рассеянное, сгруппированное, сливное), монотипный или полиморфный (истинный, ложный полиморфизм) характер высыпаний.

При очаговом характере поражения кожи следует обращать внимание на количество очагов, размеры, форму, очертания, четкость границ, цвет, особенности поверхности, выраженность инфильтрации.

При рассеянном (диссеминованном) поражении кожи следует анализировать морфологические элементы кожной сыпи: сначала первичные, затем вторичные.

Большое значение для установления диагноза имеет определение вида высыпаний, которые являются главными объективными проявлениями кожных заболеваний (морфологический этап в постановке диагноза). Использование лупы с увеличением в 3-5 раз при осмотре элементов сыпи значительно расширяет возможности их детального изучения. Следует отметить, что предшествующее наружное лечение (особенно наружными глюкокортикостероидными средствами) может существенно изменить характер высыпаний, минимизировать характерные проявления.

Высыпные элементы делят на **первичные**, которые возникают на видимо неизменной коже, и **вторичные** – появляющиеся в результате эволюции первичных высыпаний. При осмотре устанавливают тип первичного элемента, его цвет, величину, форму, очертания, состояние поверхности и границ, рельеф, состояние поверхности, консистенцию, склонность к периферическому росту и слиянию, группировку.

При анализе морфологических элементов следует различать **мономорфное высыпание**, состояние только из одного вида первичных элементов (например, при псориазе и красном плоском лишае первичным высыпным элементом является воспалительная папула). Когда высыпания состоят из различных видов первичных элементов (пятно, папула, волдырь, пузырь и др.), констатируют **истинный полиморфизм** (герпетиформный дерматоз Дюринга, токсикодермия и др.). Различают также **ложный**, или **эволюционный, полиморфизм**, когда высыпания составлены элементами одного вида, находящимися на разных этапах развития (экзема, псориаз, импетиго).

Разные дерматозы могут характеризоваться высыпанием одного и того же вида первичных элементов. Так, пузыри возникают при пузырьчатке, пемфигоидах, дерматозе Дюринга, многоформной экссудативной эритеме, артифициальном дерматите. Поэтому после определения первичного элемента сыпи значительно суживается круг заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику. Необходимо помнить, что тип первичного элемента бывает трудно определить в ряде случаев:

1) когда отдельные первичные высыпания (например, папулы или бугорки) разрастаются и сливаются в крупные бляшки. В таких случаях следует искать мелкие, свежие высыпания в окружности сливного очага или на других участках кожи;

- 2) когда первичный элемент быстро (еще до осмотра врача) трансформировался во вторичные высыпания, которые длительно остаются на коже и поэтому выявляются при осмотре. Так, вялый поверхностный пузырь (фликтена) при стрептококковом импетиго быстро трансформируется в медово-желтые корки;
- 3) при вторичных эритродермиях, когда вся кожа гиперемирована, отечна, инфильтрирована и обильно шелушится, отдельные первичные элементы обнаружить нельзя;
- 4) при локализации высыпаний в складках (так называемые интертригинозные очаги поражения), когда вследствие мацерации и трения соприкасающихся поверхностей кожи полостные высыпания (пузырьки, пустулы, пузыри) быстро вскрываются и приводят к образованию эрозий (при стрептококковой и кандидозной опрелости, интертригинозной форме микоза стоп и др.). Первичные высыпания в таких случаях удается обнаружить лишь по краю слившихся эрозий с фесточатыми очертаниями.

Зная основные закономерности и особенности эволюции различных первичных элементов, можно по вторичным высыпаниям определить предшествовавший первичный элемент сыпи. В Приложении 3 представлены основные этапы эволюции высыпаний. Значительное преобладание количества вторичных высыпаний свидетельствует о том, что первичные элементы появляются все меньше, то есть прогрессирование заболевания прекращается.

Закончив осмотр кожного покрова и слизистой оболочки, необходимо оценить состояние всех доступных пальпации подкожных периферических **лимфатических узлов**, определяя их размеры, консистенцию, подвижность, чувствительность. При их неучастии в патологическом процессе они не пальпируются. В процессе обследования больного важно выяснить состояние кровоснабжения конечностей (наличие варикозно расширенных вен, симптомокомплекса Рейно и др.), обратить внимание на возможное изменение кожи в области нарушенного кровоснабжения.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ

Результаты визуального и пальпаторного обследования в необходимых случаях дополняются вспомогательными методами обследования. К ним относятся: пальпация, диаскопия (витропрессия), поскабливание

(граттаж), воспроизведение симптома «проваливания зонда», симптомов Никольского и др.

Пальпация

Сдавливая элемент двумя пальцами, можно определить его консистенцию и глубину залегания. Проведение пальцем по высыпному элементу позволяет определить его рельеф и состояние поверхности (гладкая, шероховатая, флюктуирующая, сухая, влажная, бородавчатая).

Диаскопия (витропрессия)

Осуществляется путем надавливания на пораженный участок кожи предметным или часовым стеклом или сделанным из прозрачного материала шпателем. При этом окраска высыпаний может исчезать, изменяться или оставаться прежней. Этот метод дает возможность отличить гиперемическое пятно от геморрагического: гиперемическое пятно под влиянием давления бледнеет, а геморрагическое – почти не меняется в цвете. Большую ценность диаскопия имеет при диагностике туберкулезной волчанки, бугорки при которой, вследствие удаления из них крови при надавливании, приобретают желтовато-бурую окраску (симптом «яблочного желе») (см. Приложение 4).

Поскабливание очага поражения кожи (граттаж)

Метод поскабливания используется при диагностике поражений кожи, характеризующихся шелушением (см. Приложение 5). Для этой цели используется скальпель или предметное стекло. Поскабливанием можно выявить:

- скрытое шелушение (при отрубевидном лишае);
- установить прочность соединения роговых чешуек между собой и на этом основании определить характер нарушения процесса рогообразования (паракератоз или гиперкератоз). При псориазе, себорейном дерматите и микозе гладкой кожи чешуйки рыхлые и легко удаляются вследствие паракератоза. При оомозелелостях чешуйки удаляются с трудом, так как они компактны и плотно прилегают друг к другу из-за гиперкератоза;
- выявить не достигшие клинической выраженности интраэпидермальные полости по появлению на поскабливаемой поверхности капелек серума (скрытая везикуляция), что характерно для abortивной экзематозной реакции кожи при экзематиде.

Поскабливание позволяет изучить не только особенности шелушения (размеры чешуек, цвет, плотность прикрепления), но и состояние поверхности элемента сыпи после снятия наслоений чешуек.

Методом поскабливания выявляется псориазная триада. Ее лучше воспроизводить на недавно появившейся папуле (лентикулярной).

При легком поскабливании лентикулярной папулы скальпелем (или боковой поверхностью предметного стекла) чешуйки дробятся, частично отслаиваются, между ними проникает воздух, в связи с чем поверхность папулы приобретает серебристо-белый цвет. Подобную картину наблюдают при отскабливании капли стеарина (*симптом «стеаринового пятна»*). При дальнейшем, более энергичном поскабливании удаляется компактная нижняя часть рогового слоя в виде тонкой пленки (*феномен «терминальной пленки»*), и обнажается красная лаково-блестящая поверхность. При продолжении поскабливания в пределах красной влажной поверхности (искусственно эрозированная папула) появляются мелкие, не сливающиеся капельки крови (*феномен «точечного кровотечения»*, «*кровавой росы»*, *феномен Аустрица*). Патоморфологической основой «триады» являются паракератоз, агранулез и неравномерный папилломатоз, характерные для гистологических изменений в псориазной папуле.

Методом поскабливания выявляются также существенные диагностические симптомы при дискоидной красной волчанке – симптом Мещерского–Бенье и симптом «канцелярской кнопки». При этом заболевании чешуйки, покрывающие очаг поражения, при поскабливании удаляются с трудом, и при их отделении больной испытывает болезненность (симптом Мещерского–Бенье). На месте удаленной чешуйки открываются расширенные воронки устьев фолликулов, а на внутренней поверхности удаленной чешуйки обнаруживаются мелкие роговые «пробки», или «шипики» (симптом «канцелярской кнопки»). Патоморфологической основой этого симптома является фолликулярный гиперкератоз, характерный для красной волчанки.

Методика определения сетки Уикхема

Выявление сетки Уикхема имеет значение при диагностике красного плоского лишая. Для ее получения бляшку смазывают растительным маслом. В результате на поверхности бляшки сиреневого цвета отчетливо выявляются белесоватые полоски, образующие неправильную сеточку. Патоморфологической основой этого симптома является очаговая гипертрофия зернистого слоя эпидермиса (гипергранулёз), характерная для этого заболевания.

Кожная проба с раствором йода (проба Бальзера)

Осуществляется смазыванием пораженного участка и прилегающей к нему кожи 2-5% спиртовым раствором йода. Пораженный участок, где

роговой слой разрыхлен, окрашивается интенсивнее, чем здоровая кожа (при отрубевидном, или разноцветном, лишае).

Методики получения симптома Никольского

Воспроизведение этого симптома имеет важное значение при диагностике и дифференциальной диагностике буллезных дерматозов, так как он характерен для всех форм пузырчатки.

Симптом Никольского может быть получен на границе пузыря или эрозии («краевой»), вблизи этих высыпаний («очаговый») и на отдаленных от них участках на видимо не измененной коже. Краевой симптом Никольского воспроизводится с помощью пинцета. Захватывают покрывку пузыря или ее остаток в виде бахромки по краю эрозии, и, потягивая за них, получают расслоение эпидермиса более чем на 0,5 см за пределы эрозии. Вблизи высыпаний или в отдалении от них симптом Никольского воспроизводится скользящим давлением (трением) внешне нормальной кожи пальцем или шпателем, что влечет за собой «сдвигание» (как бы «соскальзывание») верхнего слоя эпидермиса в виде тонкой плёнки и образование эрозии. Патоморфологической основой симптома Никольского является акантолиз.

Получение симптома «проваливания зонда»

Этот симптом имеет существенное значение при диагностике туберкулезной волчанки. Он воспроизводится легким давлением на туберкулезный бугорок (люпому) тупым зондом, в результате чего образуется вдавливание, кожа в области которого не сразу возвращается в исходное состояние после прекращения давления. При более сильном давлении зонд легко «протыкает» кожу и проваливается, при этом появляется кровь, а больной испытывает боль. Патоморфологической основой симптома является некроз волокнистых структур дермы в люпоме.

Определение чувствительности кожи

Для определения *температурной* чувствительности пользуются двумя пробирками, наполненными холодной и горячей водой, которыми бессистемно прикасаются к поверхности кожи. Не видя пробирок, больной должен правильно определить тепло и холод. В случае нарушения температурной чувствительности при ее определении может быть выявлена неадекватная реакция (холод ощущается как тепло и наоборот), снижение температурной чувствительности или ее отсутствие.

Для определения *тактильной* чувствительности пользуются кисточкой, полоской бумаги или ватой, которой легко проводят по поверхности кожи. Тактильная чувствительность исследуется при закрытых глазах

больного в области очагов поражения и на неизменной коже. При некоторых заболеваниях тактильная чувствительность может быть снижена или отсутствовать.

Для определения *болевого* чувствительности пользуются инъекционной иглой или булавкой, которой наносят незначительные уколы в очаге поражения и на видимо неизменной коже, чередуя их с воздействием тупым концом иглы. Расстройство болевой чувствительности может выражаться в ее повышении, понижении и отсутствии.

При лепре в очагах поражения вначале исчезает болевая и температурная чувствительность. При сирингомиелии также имеется диссоциированное расстройство чувствительности: снижена или утрачена температурная и болевая чувствительность (по сегментарному типу) при сохранении тактильной чувствительности. В анамнезе у больных сирингомиелией нередко отмечаются безболезненные ожоги, порезы в дистальных отделах конечностей, панариции. При опоясывающем лишае в зоне поражения наблюдается расстройство чувствительности (ее понижение – гипестезия – или дизестезия, то есть ощущение, не соответствующее раздражителю) вследствие поражения вирусом чувствительных нервов.

Методы выявления аллергической реактивности кожи (кожные пробы)

Существуют накожные (эпикутаннные) пробы – аппликационная (компрессная) и капельная. С их помощью выявляют скрытую сенсибилизацию кожи, определяют аллерген, к которому она возникла, и тип аллергической реакции. Тестирование проводят только в период ремиссии дерматоза.

Факт сенсибилизации и аллерген устанавливаются на основании клинически выраженной воспалительной реакции кожи в месте воздействия определенного аллергена, а тип реакции – по характеру изменения кожи в месте тестирования и времени их возникновения.

Для аллергической реакции I (реагинового) типа характерно образование волдыря, возникающего через 10-20 минут после воздействия аллергена. Для аллергической реакции III (иммунокомплексного) типа и IV (замедленного) типа характерна острая воспалительная реакция (отек, гиперемия, везикуляция). При реакции III типа признаки воспаления появляются через 4-6 часов, а при реакции IV типа – через 24-48 часов. Результаты реакции учитываются соответственно.

Кожные тесты имеют важное, но не решающее значение, так как в некоторых случаях отсутствие реакции на них не говорит об отсутствии повышенной чувствительности. Возможны и ложноположительные реакции.

Аппликационная проба

Ставится на сгибательную поверхность предплечья. На предварительно продезинфицированную кожу накладывают сложенный вчетверо кусок марли размером 1 см², на который наносят 5-6 капель 1-2% раствора предполагаемого аллергена. Марлю закрывают компрессной бумагой и закрепляют полосками липкого пластыря. Аналогично ставят пробу с растворителем (контроль).

Результаты учитывают через 20 минут (реакция немедленного типа) и через 24 и 48 часов (реакция замедленного типа). Положительная реакция выражается возникновением на участке пробы гиперемии, отека и везикуляции. При высокой степени сенсибилизации может возникнуть крупный пузырь или некроз.

Капельная проба

Вариант аппликационной пробы. Каплю слабого раствора аллергена наносят на продезинфицированную кожу живота и дают высохнуть. Место пробы отмечают маркером. Одновременно ставится контрольная проба с растворителем (обычно – вода). Результат учитывают через 20 минут, 24 и 48 часов. Положительная реакция на один или несколько аллергенов характеризуется развитием очагов эритемы, отека, папул, везикуляции.

Кожные пробы при необходимости дополняют иммунологическими методами, позволяющими вне организма больного выявить наличие у него специфических антител. К этим методам относятся: реакция агломерации лейкоцитов, реакция бласттрансформации лимфоцитов и реакция дегрануляции базофилов. Эти тесты особенно показательны при оральной и парентеральной сенсибилизации, когда аллергическая реакция развивается по реактиновому и иммунокомплексному типу. Тесты бласттрансформации и реакция дегрануляции базофилов считаются наиболее информативными, их рекомендуют ставить параллельно.

После изучения дерматологического статуса следует получить представление о состоянии внутренних органов и систем пациента, т.к. патологические изменения в них могут иметь отношение к этиологии или патогенезу диагностируемого дерматоза, а в некоторых случаях являться противопоказанием к назначению того или иного лекарственного препарата для лечения.

Объективное исследование общего статуса осуществляется по общепринятым правилам и включает в себя как клинические, так и лабораторные методы исследования. Учитывая связь многих заболеваний кожи

с болезнями внутренних органов или систем организма, в соответствующих случаях необходимо производить общее обследование больного с использованием лабораторных методов.

Кроме того, при диагностике и дифференциальной диагностике некоторых дерматозов применяются **специальные методы лабораторного обследования**, в частности, цитологические, гистологические и иммунологические.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ

Лабораторная диагностика чесотки

Обнаружение возбудителя (самки чесоточного клеща, яиц или личинок) является обязательным для установления диагноза чесотки. Важно правильно выбрать характерные высыпные элементы для исследования (везикулу, чесоточный ход, милиарную папулу). Известны несколько способов взятия материала для микроскопического исследования: извлечение клеща иглой (самый старый), соскоб поверхности высыпаний и метод тонких срезов поражённого участка рогового слоя эпидермиса. Сейчас чаще применяют способ соскоба папулы или везикулы острой глазной ложечкой.

В 1984-85 гг. была разработана и внедрена в практику новая *методика экспресс-диагностики чесотки с применением 40% водного раствора молочной кислоты* (Ланге А.Б. и др.). Каплю 40% молочной кислоты наносят на чесоточный элемент (ход, везикулу, папулу, корочку и др.). Через 5 минут разрыхленный эпидермис соскабливают острой глазной ложечкой до появления капиллярной крови. Полученный материал переносят на предметное стекло в каплю 40% молочной кислоты, покрывают покровным стеклом и микроскопируют под малым увеличением микроскопа. При положительном результате исследования обнаруживают самку чесоточного клеща и/или ее яйца и экскременты.

Метод основан на способности молочной кислоты быстро просветлять эпидермис и клещей в препарате. Эта кислота не кристаллизуется, не раздражает кожу и хорошо разрыхляет роговой слой эпидермиса перед соскобом, препятствует рассыпанию материала во время соскоба и развитию пиогенных осложнений. Существует и другой способ размягчения и просветления рогового слоя эпидермиса – с помощью смеси равных объемов 20% щёлочи (NaOH или KOH) с глицерином.

Люминесцентная диагностика (исследование с помощью люминесцентной лампы с фильтром Вуда)

Для диагностики некоторых дерматозов имеет значение осмотр пораженной кожи и волос под люминесцентной лампой с фильтром Вуда. Он представляет собой пластинку сине-фиолетового, почти черного цвета из увиолевого стекла с добавками оксида кобальта или никеля. Применение люминесцентной лампы основано на том, что она испускает ультрафиолетовые лучи с длиной волны от 360 до 370 нанометров, называемых также «черным светом». В таких невидимых лучах наблюдается феномен люминесценции волос или чешуек кожи, поражённых некоторыми дерматофитами или бактериями. Лампу с фильтром Вуда используют также для диагностики пигментных нарушений кожи (витилиго, мелазма, поствоспалительная гипо- и гиперпигментация).

Диагностика проводится в темной комнате. Для этого лампу располагают на расстоянии пятнадцати-двадцати сантиметров от поверхности исследуемого участка.

Волосы, пораженные грибами *Microsporum canis* или *Microsporum audouinii*, имеют отчетливое зеленовато-голубое свечение (светятся даже единичные пораженные волосы), а волосы, пораженные *Trichophyton schoenleinii* (возбудитель фавуса у человека), – тусклое зеленоватое. При этом необходимо учитывать следующие два обстоятельства:

1) предварительная обработка очагов дерматомикоза спиртовым раствором йода или другими фунгицидными препаратами может «гасить» феномен люминесценции;

2) некоторые штаммы дерматофитов рода микроспорум при поражении волос не вызывают их люминесценцию.

Очаги поражения при разноцветном лишае в лучах люминесцентной лампы дают бледное белое или золотисто-жёлтоватое свечение.

В лучах люминесцентной лампы очаги эритразмы светятся ярким кирпично-красным (кораллово-красным) светом.

Люминесцентная диагностика не исключает, а лишь дополняет другие методы исследования (микроскопический, культуральный и др.).

Взятие материала из очага поражения для диагностики дерматомикоза

Микроскопическое исследование является первым и важным звеном, позволяющим подтвердить предварительный клинический диагноз, основанный на оценке клинических проявлений. При ряде заболеваний характерный вид гриба в пораженном материале является не только достаточ-

ным основанием для установления грибковой природы заболевания, но и единственным критерием диагностики. Успех микроскопического исследования во многом зависит от правильного взятия материала.

При подозрении на дерматомикоз гладкой кожи и крупных складок *кожные чешуйки* необходимо соскабливать с периферической зоны очагов поражения, где грибок находится в большем количестве в виде септированного мицелия. Пушковые волосы соскабливаются вместе с чешуйками.

При межпальцевой форме микоза стоп для микроскопического исследования используют кожные чешуйки и обрывки мацерированного рогового слоя. При сквамозно-гиперкератотической форме микоза стоп чешуйки соскабливают со всей подошвенной поверхности. При дисгидротической форме микоза стоп для исследования срезают покрывки пузырей.

Особую диагностическую ценность имеет микроскопическое исследование пораженного *волоса*. Для микроскопического исследования необходимо выбирать волосы, имеющие различимые на глаз признаки поражения грибом (серого цвета, утолщенные, обломанные). Измененные по внешнему виду волосы извлекают эпиляционным пинцетом. При отборе пораженных волос можно использовать ряд дополнительных признаков. Волос, пораженный микроспорумом, в основании имеет серый «чехлик» из окружающих его спор. При хронической трихофитии в толще чешуек обнаруживают короткие серого цвета изогнутые и в виде «запятых» и «вопросительных знаков» пораженные волосы, а также «черные точки» (утолщенные серые пораженные волосы, обломанные в устье фолликула у основания кожи).

На предметное стекло наносят небольшую каплю 30% раствора КОН и в нее препаровальной иглой переносят пораженный волос. Каплю с волосом слегка подогревают над пламенем горелки до появления паров над поверхностью жидкости или выпадения ободка кристаллов по краю капли. Не следует допускать закипания и испарения щелочи. Перегрев приводит к резкому изменению формы волоса или к его расплавлению, что полностью исключает возможность микроскопического исследования. Затем каплю с волосом накрывают покровным стеклом, а избыток щелочи удаляют фильтровальной бумагой. Препарат исследуется сначала под малым, а затем под большим ($\times 400$) увеличением.

Участок *ногтя*, который необходимо взять для микроскопического исследования, зависит от формы онихомикоза. При поверхностной форме онихомикоза необходимо делать соскоб с поверхности ногтевой пластинки.

При самой частой дистальной подногтевой форме используют соскоб с ногтевого ложа из-под пластинки. Ногтевые чешуйки направляют для исследования вместе с частью срезанной измененной в цвете ногтевой пластинки. При проксимальной подногтевой форме для взятия материала используют особые методы (высверливание «окон» с помощью бормашины, биопсии ногтя).

Тонкие кожные чешуйки могут быть приготовлены для микроскопического исследования экспресс-методом. Их помещают на предметное стекло в каплю 30% раствора КОН, после чего нагревают, добавляя щелочь при испарении. Остывший неокрашенный препарат накрывают покровным стеклом и микроскопируют.

Более толстые кожные и ногтевые чешуйки предварительно помещают в центрифужные пробирки и заливают несколькими каплями 30% раствора КОН. Пробирки нагревают на спиртовой горелке до закипания и оставляют на 20-30 минут.

Часть размягченных кожных или ногтевых чешуек переносят стеклянной палочкой на предметное стекло, придавливая палочкой или спичкой до появления «облачка», после чего приступают к микроскопии.

При инфильтративно-нагноительной трихофитии для микроскопического исследования, кроме пораженного волоса, можно использовать гной и корки. Каплю гноя смешивают с каплей спирта пополам с глицерином и исследуют в нативном препарате. Следует помнить, что такие препараты необходимо рассматривать под микроскопом с опущенным конденсором и применять вогнутое зеркало.

Для окончательного уточнения диагноза и эпидемиологии заболевания осуществляют культуральную диагностику. Она включает в себя получение культуры гриба с последующим микроскопическим исследованием. Пораженные волосы, чешуйки, покрышки пузырей и гной засевают в пробирку или на чашку Петри на твердую питательную среду Сабуро. Их помещают в термостат при 37 °С и через 2-3 недели выросшие колонии гриба исследуют. По их внешнему виду можно составить представление о возбудителе (*Microsporum*, *Trichophyton*, *Epidermophyton*), а при микроскопии колонии – о его роде и виде (*M. canis* или *M. ferrugineum*, *T. violaceum*, *verrucosum* или *gypseum*). При микроскопическом исследовании изучают строение мицелия и органов размножения гриба. Установление рода и вида гриба возможно только на основании микроскопического исследования полученной культуры.

Взятие материала из очага поражения для диагностики поверхностного кандидоза

Для лабораторного исследования на дрожжеподобные грибы необходимо использовать свежеснятый материал. В зависимости от характера клинических проявлений и локализации поражения, могут быть взяты чешуйки кожи, соскобы с ногтей, капля гноя из под заднего околоногтевого валика, беловатые налеты с пораженных участков слизистой оболочки рта, наружных половых органов, стенок влагалища, поверхности влагалищной части шейки матки, соскоб со слизистой уретры или отделяемое уретры, а также смывы с красной каймы губ, пораженных участков кожи в крупных и мелких складках.

В зависимости от места поражения и характера клинических проявлений материал для исследования берут ватным тампоном, скальпелем, петлей и т.п.

Кожные и ногтевые чешуйки, обрывки эпидермиса и соскобы со слизистой оболочки предварительно обрабатывают 30% раствором КОН. Патологический материал исследуют в неокрашенных или окрашенных препаратах.

В первом случае материал смешивают с равным количеством спирта с глицерином. При окраске по Граму дрожжевые клетки и псевдомицелий выглядят темно-фиолетовыми, по Цилю-Нильсену – синими и по Романовскому-Гимзе – розово-фиолетовыми. При этом отличительным признаком дрожжевой клетки является почкование, т.е. обнаружение фигуры песочных часов.

Взятие материала со слизистой оболочки рта, половых органов, с кожи красной каймы губ, с углов рта, с кожи крупных и мелких складок осуществляется стерильным тампоном. После взятия материала тампон помещается в другую пробирку со стерильной средой «жидкое сусло». Пробирку с тампоном и сопроводительным документом направляют в лабораторию.

Выделение чистой культуры дрожжеподобных грибов рода *Candida* проводится по общепринятой микробиологической методике.

Цитологическое исследование на акантолитические клетки пемфигуса (цитологическая диагностика по Тцанку)

Мазки-отпечатки берут со дна свежих пузырей после удаления покрышки или с поверхности эрозий после очистки их поверхности тампоном, смоченным в изотоническом растворе NaCl. Для этого нужно плотно приложить обезжиренное предметное стекло к поверхности эрозии.

Обычно делают несколько мазков-отпечатков на 3-5 стеклах. Для получения мазков с эрозий на слизистой оболочке твердого, мягкого неба и зева проводят мягкое поскабливание поверхности эрозии фолькмановской ложечкой (не допуская видимого травмирования поверхности и кровотечения). После чего полученный со дна эрозии материал аккуратно переносят на предметное стекло в виде тонкого мазка.

Полученные мазки фиксируют, высушивают и окрашивают по Романовскому-Гимзе как обычный мазок крови. Микроскопируют под иммерсией. В случае пузырчатки находят характерные клетки, являющиеся измененными в результате акантолиза клетками шиповатого слоя. Акантолитические клетки (клетки Павлова-Гцанка) имеют ряд особенностей:

- они меньше нормальных клеток эпидермиса, имеют круглую форму и более крупное ядро;
- ядро имеет интенсивную синюю или фиолетовую окраску и занимает почти весь объем клетки;
- в ядре почти всегда можно обнаружить несколько крупных светлых ядрышек;
- цитоплазма клеток резко базофильна и окрашивается неоднородно: вокруг ядра имеется светло-голубая зона, по периферии же цитоплазма окрашивается в интенсивно-синий цвет, образуя характерный более темный ободок;
- клетки часто содержат несколько ядер и образуют фигуры причудливых очертаний.

Дерматоскопия

Дерматоскопия – неинвазивный метод диагностики дерматозов, прежде всего, пигментных новообразований кожи, с помощью специального прибора – дерматоскопа. Дерматоскоп позволяет произвести визуальную оценку участков кожи посредством микроскопии в падающем свете (эффект эпилюминисценции) при увеличении рассматриваемого объекта в десятки раз. Дерматоскопия показана для дифференциальной диагностики доброкачественных (невусов, старческих бородавок, папиллом, гемангиом и др.) и злокачественных (меланомы, базальноклеточной карциномы) новообразований кожи. С помощью дерматоскопии можно выявить на ранних стадиях признаки, специфичные для злокачественной опухоли, но которые не видны невооруженным глазом.

В ходе дерматоскопии на исследуемый участок кожи наносят специальный гель (если это предусмотрено конструкцией дерматоскопа), чтобы предотвратить отражение от поверхности кожи и сделать невидимыми

помехи рельефа кожи. После нанесения геля дерматоскоп прикладывают контактным стеклом к исследуемому участку. Контактное стекло имеет маркированную шкалу (мм), предназначенную для измерения пигментированных новообразований кожи. Если поражения кожи имеют выпуклую или чувствительную к прикосновениям структуру, дерматоскоп применяют без контактного стекла.

Дерматоскопия позволяет тщательно рассмотреть структуру, оценить симметричность-асимметричность новообразования, его размеры, четкость границ, однородность цвета и оттенок, динамику изменений и пр. Данная методика является обязательным дополнительным методом обследования перед удалением кожного новообразования и проведением гистологического исследования тканей.

Иммунологические исследования – прямая и непрямо реакции иммунофлюоресценции (РИФ) – ставятся при диагностике дерматозов, в патогенезе которых имеют значение аутоиммунные реакции (буллезные дерматозы, красная волчанка, дерматомиозит) для выявления иммунных комплексов в тканях и антител в сыворотке крови.

Целый ряд дерматозов не может быть с уверенностью диагностирован только на основании анализа их клинических проявлений и оценки функциональных нарушений кожи. Для уточнения диагноза в этих случаях прибегают к **гистологическому исследованию** пораженной кожи, а при необходимости – и лимфатического узла.

Патоморфологические изменения в коже развиваются по законам общей патологии. Однако часть из них, возникающая, в основном, в эпидермисе, отличается своеобразием, зависящим от особенностей строения и функции кожи как органа. Эти своеобразные изменения возникают при разных болезнях кожи и являются общими для многих из них. Различные их сочетания составляют часть патоморфологической картины, присущей тому или иному заболеванию кожи. Знание патоморфологических изменений и их обозначений необходимо изучающему дерматологию для понимания происходящих в коже патологических процессов (см. Приложение 1).

Приложение 1

Словарь основных патоморфологических терминов, применяемых в дерматологии

Акантоз – увеличение количества рядов клеток шиповатого слоя эпидермиса. Различают акантоз:

- простой – равномерное и умеренно выраженное увеличение количества рядов клеток шиповатого слоя над и между сосочками дермы (юношеские бородавки);
- межсосочковый – увеличение количества шиповатых клеток преимущественно между сосочками дермы (псориаз);
- инфильтрирующий – резко выраженная пролиферация шиповатых клеток, в результате которой разросшиеся, анастомозирующие между собой отростки эпидермиса проникают в дерму на значительную глубину (бородавчатый туберкулез, краевая зона длительно существующих язв).

Акантолиз – утрата связи между эпидермальными (эпителиальными) клетками вследствие повреждения их десмосомальных контактов, приводящая к образованию интраэпидермальных полостей. Различают:

- глубокий супрабазальный акантолиз (вульгарная и вегетирующая пузырчатка);
- высокий акантолиз (себорейная и листовидная пузырчатка);
- диффузный акантолиз (вирусные дерматозы).

Акантолитические клетки – дистрофически измененные кератиноциты, утратившие между собой связь вследствие акантолиза, что может сопровождаться изменением формы, размеров и строения этих клеток (пузырчатка, вирусные дерматозы).

Баллонизирующая дистрофия – сочетание спонгиоза, ретикулярной дистрофии и акантолиза, обуславливающее образование интраэпидермальной полости, в которой находятся свободные эпидермоциты или их комплексы, а также клетки в состоянии некробиоза и некроза (вирусные дерматозы).

Вакуолизация (внутриклеточный отек) – образование вакуолей в цитоплазме эпидермоцитов. Вакуоли располагаются перинуклеарно или отсутствуют. Могут обнаруживаться мелкие интраэпидермальные полости из слившихся вакуолизированных клеток (аллергический дерматит, плоская бородавка).

Вакуолизация может ограничиваться только базальными эпидермоцитами и приводить к недержанию пигмента или, разрушая клетку, обуславливать образование субэпидермальной полости (красная волчанка, красный плоский лишай). Эти изменения называют гидropической дистрофией базальных клеток.

Гипергранулёз – утолщение зернистого слоя. Может быть диффузным и очаговым (красный плоский лишай).

Гиперкератоз – утолщение рогового слоя чаще вследствие его избыточного образования, иногда – задержки отшелушивания роговых чешуек (ихтиоз).

Папилломатоз – удлиненные, нередко разветвленные сосочки дермы, неравномерно приподнимающие над собой эпидермис. Обнаруживается при вегетирующих процессах, являясь морфологической основой вегетации.

Паракератоз – термин, применяющийся для обозначения незавершенного, неполноценного ороговения, которое характеризуется наличием ядер в роговом слое и недоразвитием или отсутствием зернистого слоя. Встречается при многих воспалительных заболеваниях кожи, особенно характерен для псориаза.

Ретикулярная дистрофия – характеризуется внутриэпидермальными многокамерными полостями, образовавшимися в результате разрывов эпидермальных клеток вследствие резко выраженного внутриклеточного отека; перегородками полостей служат сохранившиеся оболочки клеток. Обнаруживаются при остром неспецифическом воспалении.

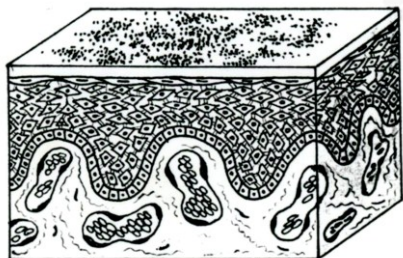
Спонгиоз (внеклеточный отек) – расширение межклеточных пространств в эпидермисе вследствие увеличения в них межклеточной жидкости. Встречается при многих острых и подострых воспалительных процессах в коже. Очаговый спонгиоз особенно характерен для аллергического дерматита и экземы.

Эпидермолиз – утрата связи между эпидермисом и дермой в области базальной мембраны, вследствие повреждения контактов в полудесмосомах, приводящая к образованию субэпидермальной полости. Характерен для буллезного пемфигоида, рецессивного и приобретенного буллезного эпидермолиза.

Приложение 2

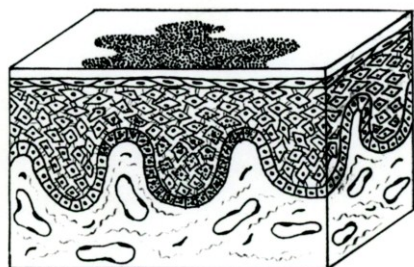
Основные патоморфологические изменения в коже, обуславливающие возникновение высыпаний

I. Первичные высыпные элементы



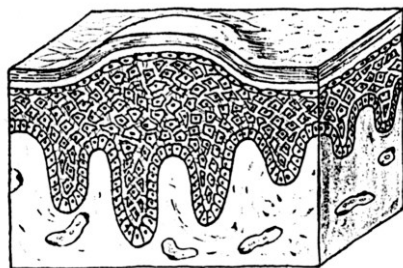
ПЯТНО (macula)

Сосудистое пятно (macula vasculosa) – обусловлено расширением мелких сосудов кожи и наполнением их кровью. Периваскулярная инфильтрация выражена незначительно.



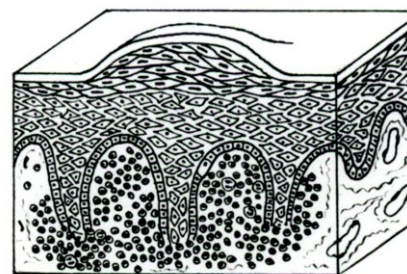
Пигментное пятно (macula pigmentosa):

– обусловлено увеличением количества меланина в клетках базального слоя, в меньшей степени – в клетках шиповатого слоя и в гистиоцитах (меланофагах) сосочков дермы;
– обусловлено отложением в дерме включений гемосидерина и других красящих веществ (искусственных пигментов).

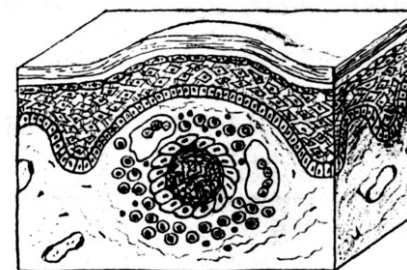


УЗЕЛОК (papula)

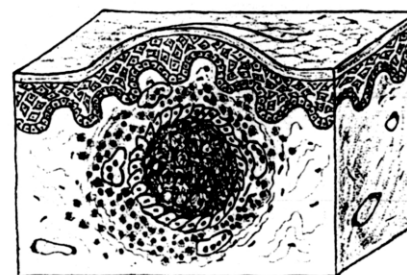
Эпидермальная папула – возникает в результате ограниченного увеличения массы клеток эпидермиса как следствие акантоза, гипергранулёза, гиперкератоза.



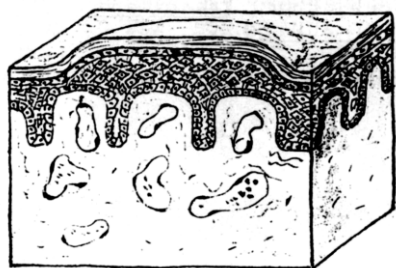
Эпидермально-дермальная папула – возникает в результате увеличения массы ткани эпидермиса и дермы в результате папилломатоза, инфильтрата или разрастания соединительной ткани, железистых образований, сосудов, мышц, поднимающей волос или отложении продуктов метаболизма.



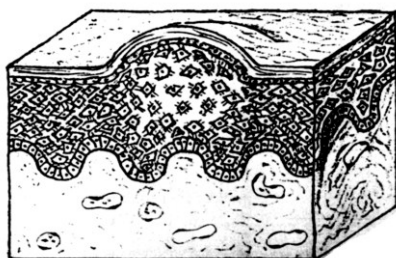
БУГОПОК (tuberculum) – возникает в результате формирования в дерме очага продуктивного воспаления типа инфекционной гранулемы вследствие кооперации лимфоцитов, эпителиоидных клеток, гигантских клеток типа Пирогова-Лангханса.



УЗЕЛ (nodus) – обусловлен значительным скоплением в подкожной клетчатке и глубоких слоях дермы клеток, составляющих инфекционную гранулему, клеток обычного воспалительного инфильтрата или опухоли.
Гумма (gumma) – разновидность хронического воспалительного узла.



ВОЛДЫРЬ (urtica) – обусловлен увеличением объема сосочков дермы из-за выраженного их отека, сдавливающего сосуды. Одновременно истончаются прилегающие выросты эпидермиса.

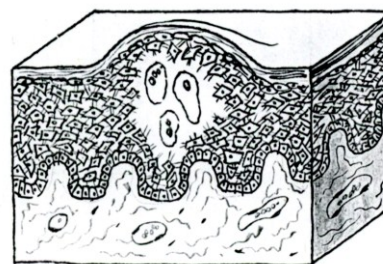
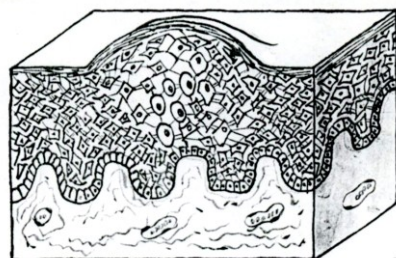


ПУЗЫРЕК (vesicula) – мелкая полость в эпидермисе. Известны три механизма ее образования:

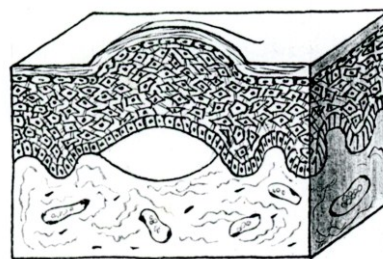
1. *Межклеточный отек (спонгиоз)* – экссудат скапливается в межклеточных щелях, расширяя их. Нарушаются связи между клетками шиповатого слоя, что приводит к образованию мелких полостей.

Очаговый спонгиоз характерен для аллергического дерматита и экземы.

2. *Внутриклеточный отек (вакуолярная дистрофия клеток)* – в цитоплазме клеток формируются вакуоли, которые увеличиваются, вскрываются, разрушая клетку, и образуют мелкие полости (аллергический дерматит, экзема, красная волчанка).



3. *Балонирующая дистрофия клеток* – сочетание спонгиоза, внутриклеточного отека и очагового акантолиза, сопровождающее некробиотические изменения эпидермоцитов. Приводит к разобщению клеток и образованию интраэпидермальной полости. При этом дистрофически измененные, разобщенные, шарообразной формы клетки эпидермиса (иногда многоядерные) находятся в содержимом пузырька. Характерна для герпетической инфекции.



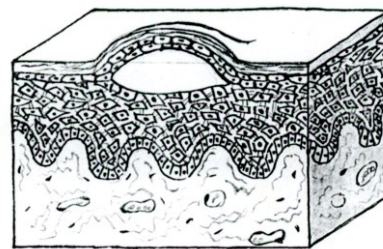
ПУЗЫРЬ (bulla) – полость в эпидермисе. Известны два основных механизма ее образования:

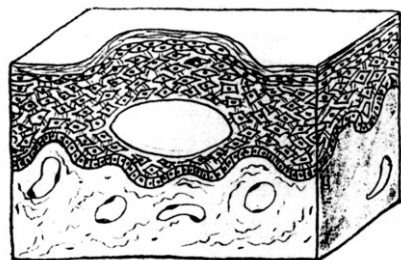
1. *Эпидермолиз*, когда полость под эпидермисом возникает из-за нарушения связи клеток с базальной мембраной. При этом отслаивается весь эпидермис.

Возникает при артериальном дерматите, пемфигоиде, синдроме Лайелла.

2. *Акантолиз*, при котором щелевидная полость в эпидермисе возникает из-за характерной дегенерации шиповатых клеток, сопровождающейся нарушением их десмосомальных связей.

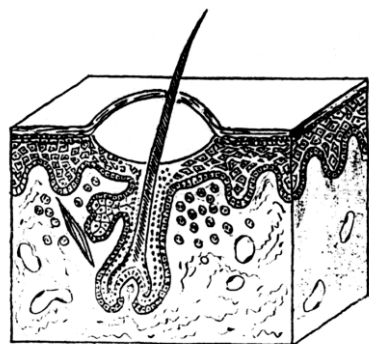
При *высоком акантолизе* пузырь располагается субкорнеально (под роговым слоем, расслаивая верхние ряды клеток шиповатого слоя). Характерен для себорейной и листовидной форм пузырчатки.





При *глубоком акантолизе* пузырь располагается над базальными клетками эпидермиса, расслаивая нижние ряды клеток шиповатого слоя (супрабазально).

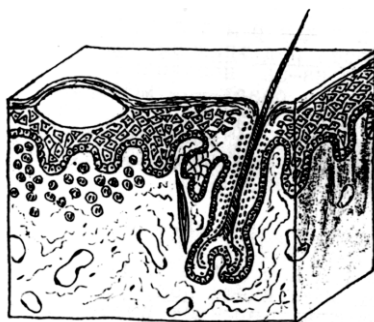
Характерен для вульгарной и вегетирующей форм пузырчатки.



ГНОЙНИЧОК (pustula) – небольшая полость в эпидермисе, заполненная гноем, с нейтрофилами в содержимом; возникает в результате дистрофии и некроза эпидермоцитов. В дерме – очаговая инфильтрация в основном нейтрофильными лейкоцитами.

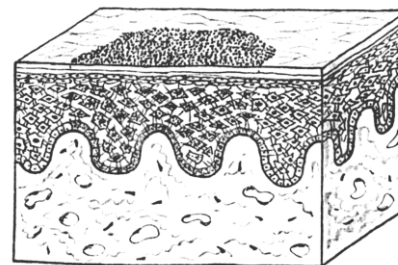
Характерен для пиодермитов, угрей, кандидоза кожи и др.

Различают *фолликулярную пустулу*, когда полость с гнойным содержимым расположена в устье волосяного фолликула и

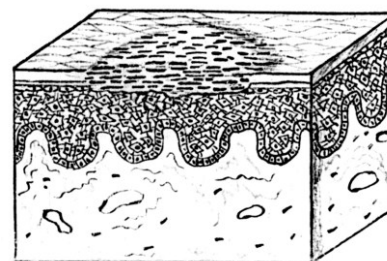


нефолликулярную пустулу, когда полость с гнойным содержимым расположена в эпидермисе и не связана с волосяным фолликулом и сальной железой.

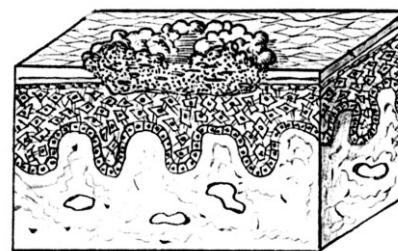
II. Вторичные высыпные элементы



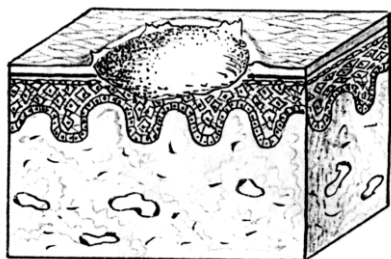
ПЯТНО ВТОРИЧНОЕ – возникает на месте первичных элементов сыпи в результате временного отложения в базальных клетках эпидермиса и в гистиоцитах дермы меланина или гемосидерина.



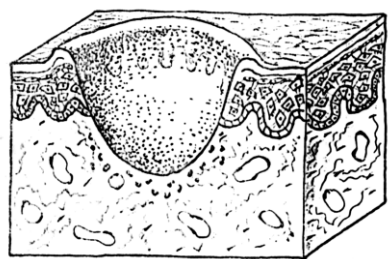
ЧЕШУЙКА (squama) – пласт эпителиальных клеток, возникает в результате гиперкератоза и паракератоза из-за отслоения верхних рядов клеток рогового слоя, сохранивших ядра. Все первичные воспалительные элементы сыпи сопровождаются паракератозом, выраженным в разной степени.



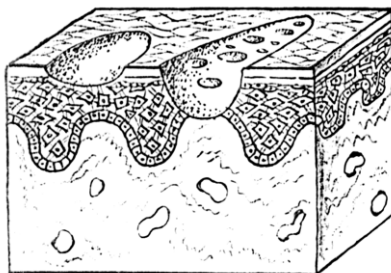
КОРКА (crusta) – высохший на воздухе экссудат на месте поверхностного или глубокого дефекта кожи (обычно один из этапов эволюции полостных элементов). В зависимости от характера экссудата бывает серозной, гнойной, геморрагической или смешанной (серозно-гнойной, гнойно-геморрагической и др.).



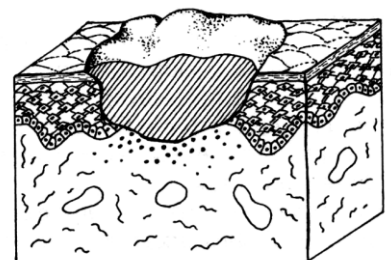
ЭРОЗИЯ (erosio) – поверхностный дефект в пределах эпидермиса (эпителия). Развивается из первичных полостных элементов или в результате нарушения трофики в поверхностных отделах кожи.



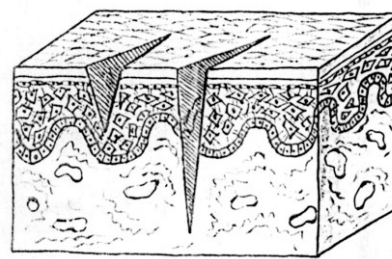
ЯЗВА (ulcus) – глубокий дефект эпидермиса и дермы, иногда захватывающий и подкожную жировую клетчатку. В тканях, окружающих дефект кожи, выражены изменения, обусловившие их распад (инфильтрация нейтрофилами, гранулематозное воспаление, васкулит и др.).



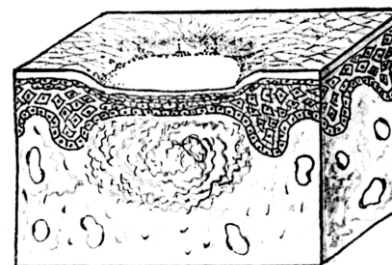
ССАДИНА (excoriatio) – травматический дефект кожи, захватывающий иногда и сосочки дермы. Часто является следствием расчесов.



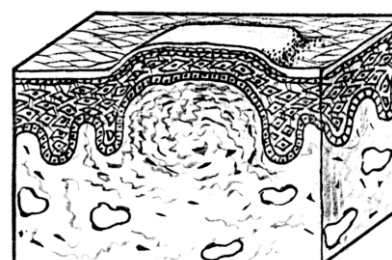
СТРУП (eschara) – ограниченный сухой некроз кожи, распространяющийся на различную глубину и прочно связанный с подлежащими тканями.



ТРЕЩИНА (rhagas, fissura) – линейный дефект кожи, связанный с нарушением ее эластичности. Может быть в пределах эпидермиса, а иногда – и дермы. Причинами образования трещин могут служить: утолщение и сухость рогового слоя, набухание его во влажной среде, а также инфильтрация дермы.

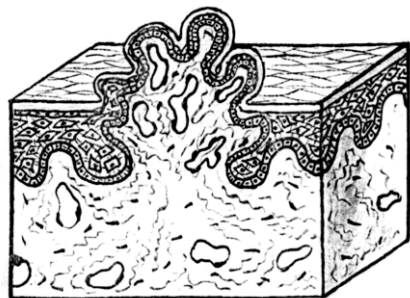


РУБЕЦ (cicatrix) – новообразованная грубоволокнистая соединительная ткань, развившаяся на месте разрушенной дермы. Бывает нормотрофическим, атрофическим, гипертрофическим и келоидным. В области *атрофического рубца* эпидермис истончен, сосочки дермы и выросты эпидермиса отсутствуют, атрофированы также волосяные фолликулы и железы, значительно уменьшено количество клеточных элементов и сосудов.

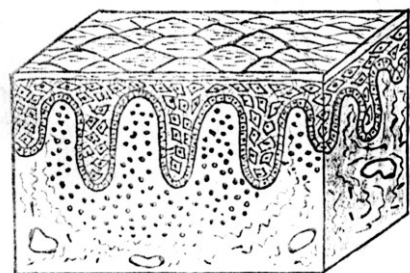


Гипертрофический рубец – новообразованная грубоволокнистая ткань, возвышающаяся над уровнем кожи в результате ее гипертрофии.

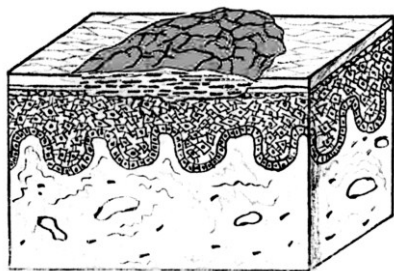
III. Патологические состояния кожи



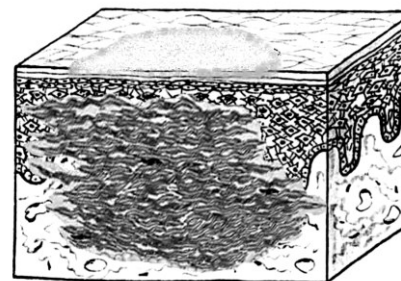
ВЕГЕТАЦИЯ (vegetatio) – возникает в результате разрастания сосочков дермы и утолщения межсосочковых отростков эпидермиса.



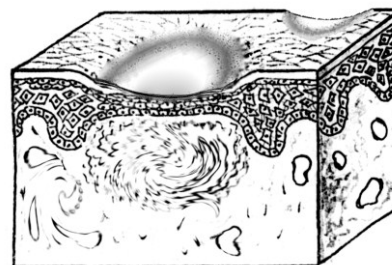
ЛИХЕНИФИКАЦИЯ, ЛИХЕНИЗАЦИЯ (lichenificatio, lichenisatio) – хроническая воспалительная инфильтрация сосочкового слоя дермы с акантозом, папилломатозом и паракератозом, которые обуславливают утолщение кожи, утрированный кожный рисунок, шелушение.



КЕРАТОЗ (keratosis) – наслоение сухих, плотных, с трудом удаляемых роговых масс восковидно-желтого или сероватого цвета. Морфологической основой кератоза является гиперкератоз (утолщение рогового слоя эпидермиса). Обычно возникает на коже ладоней и подошв.



ДЕРМАТОСКЛЕРОЗ (dermatosclerosis) – участок уплотнения кожи с уменьшением ее подвижности по отношению к подлежащим тканям. Морфологической основой является фиброз соединительной ткани дермы. Первичный дерматосклероз характерен для склеродермии, вторичный – развивается у больных с хронической венозной недостаточностью в области дистальных отделов нижних конечностей.



АНЕТОДЕРМИЯ (anetodermia) – небольшие участки атрофии собственно кожи (дермы) беловатого цвета с морщинистой или слегка грыжеподобно выпячивающейся поверхностью. При надавливании на эти участки тупым зондом, последний легко уходит в глубь кожи, как в пустоту. Морфологически обнаруживается атрофия соединительной ткани дермы, преимущественно эластических волокон.

АТРОФОДЕРМИЯ (atrophodermia) – различной глубины западения кожи телесного или коричневатого цвета над участками атрофии подкожной жировой клетчатки. Морфологически обнаруживается атрофия подкожной жировой ткани.

Приложение 5

Применение поскабливания в диагностике дерматозов

Дерматоз	Проявления	Симптомы, выявляемые при поскабливании очага
Псориаз	Красные папулы и бляшки, покрытые серебристыми чешуйками	1. Симптом «стеаринового пятна» 2. Симптом «терминальной пленки» 3. Симптом «точечного кровотечения», или «кровяной росы»
Себорейный дерматит	Желтовато-розовые пятна, покрытые мелкими жирными чешуйками	Легко и безболезненно снимающиеся жирные отрубевидные чешуйки
Дискоидная красная волчанка	Красновато-синюшные пятна и бляшки, покрытые серовато-белыми мелкими чешуйками	1. Болезненность при поскабливании очагов (симптом Мещерского-Бенье) 2. Трудно отделяемые чешуйки с шипиками, прикрепленными в устьях волосяных фолликулов
Экзема в подострой стадии или экзематид	Экзематозные очаги, покрытые отрубевидными чешуйками и серозными корочками	Мелкие серозные капли становятся видимыми или обнаруживаются в виде темных пятнышек при прикосновении папиросной бумаги

Приложение 6

ОПИСАНИЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА

1. Состояние непораженной кожи

Общие данные:

- цвет;
- кожный рисунок: усилен, сглажен, не изменен;
- тургор;
- эластичность;
- потоотделение (влажность кожи, в том числе локальная, или сухость);
- салоотделение (жирность кожи, в том числе локальная, или матовость);
- фолликулярный аппарат;
- наличие рубцов (их локализация, тип, цвет, размер, форма, подвижность, болезненность);
- наличие дисхромии.

Состояние придатков кожи:

- волосы (тип оволосения, блестящие или тусклые, обламывание, выпадение, поредение очаговое или диффузное);
- ногти (форма, цвет, прозрачность, блеск, толщина, характер свободного края, состояние поверхности, наличие поперечных и продольных борозд, углублений, ломкость, состояние околоногтевых валиков).

Сосудистые реакции кожи:

- дермографизм (цвет, скорость появления, стойкость);
- пилomotorный рефлекс.

2. Описание кожного заболевания

В первую очередь описывают первый по времени возникновения или самый обширный очаг независимо от локализации. Описывать несколько очагов вместе можно только в случае их тождественности.

Описание наружных проявлений кожных болезней производится последовательно сверху вниз в следующем порядке: голова, шея, грудь, живот, спина, ягодицы, верхние и нижние конечности. Затем описывается клиническая картина поражения придатков кожи – волос, ногтей и, наконец, слизистых оболочек.

Общие данные:

- поражение распространенное (охватывает несколько анатомических областей) или ограниченное (охватывает одну анатомическую область);
- распространенное поражение – диссеминированное, субтотальное или тотальное; ограниченное поражение – очаговое или диффузное;
- при распространенном поражении – преимущественная локализация (туловище, конечности, сгибательные или разгибательные поверхности, незащищенные одеждой участки кожного покрова, волосистая часть головы, себорейные зоны и т.д.); при ограниченном поражении – точная локализация, размеры, форма, очертания очага и его границы;
- симметричность/асимметричность высыпаний, линейность, расположение по определенной системе: по ходу нервных стволов (сегментарно), кровеносных сосудов, вокруг естественных отверстий и т.д.;
- взаимное расположение элементов сыпи:
 - рассеянное (диссеминированное) или сгруппированное (попарное, герпетиформное, серпигинирующее, с образованием фигур, дуг, колец, сетки);
 - склонность к слиянию элементов или изолированное (фокусное) расположение;
 - приуроченность к придаткам кожи (фолликулярные и перипоральные элементы);
- мономорфность или полиморфизм сыпи (истинный, эволюционный).

Подробная характеристика первичных высыпаний:

- тип(ы) элементов, воспалительные или невоспалительные;
- цвет (его оттенки);
- величина (приблизительные размеры в сантиметрах);
- очертания: округлые, овальные, полигональные, полициклические, мелко- и крупнофестончатые, звездчатые, неправильные, в виде «мишени», «кокарды» и др.;
- форма: плоская, полушаровидная, остроконечная (конусовидная), на ножке, с пупковидным вдавлением;
- глубина залегания: эпидермальные, дермальные, гиподермальные;
- границы: четкие, нечеткие, «активный» край очага;
- поверхность: гладкая, блестящая, шероховатая, шелушащаяся, бугристая, мацерированная, эрозированная, с папилломатозными разрастаниями;

- консистенция: мягкая, тестоватая, твердая, плотно-эластическая, каменистой плотности и т.д.;
- для полостных элементов – крышка (вялая, напряженная);
- периферический рост, тенденция к слиянию;
- реакция окружающих тканей (не изменены, гиперемированы и др.);
- болезненность при пальпации.

Наличие эволюции высыпаний, подробная характеристика вторичных элементов: цвет, размер, очертания и др.

- При наличии шелушения:
 - тип: муковидное (отрубевидное), мелкопластинчатое, крупнопластинчатое, эксфолиативное;
 - цвет;
 - чешуйки покрывают центр элементов, периферию, всю поверхность;
 - чешуйки снимаются легко, с трудом и болезненностью, не снимаются.
- При наличии корок: тип, цвет, тонкие или массивные, слоистые, компактные или рыхлые, влажные или сухие.
 - Для эрозивных поражений – размеры, форма (правильная – округлая, овальная; неправильная – полициклическая), цвет, границы (четкие, нечеткие, бордюр отслаивающегося эпидермиса), поверхность (гладкая или неровная, наличие и характер отделяемого/налета), наличие воспаления по периферии, инфильтрата в основании.
 - Для язвенных поражений – размер, форма, глубина, характер дна (ровное, бугристое, с грануляциями вялыми, активными), характер краев (пологие, блюдцеобразные, отвесные, нависающие, подрывные, вывороченные), консистенция краев (мягкая, плотная, плотно-эластическая, деревянистая), характер отделяемого, реакция окружающих тканей, наличие инфильтрата в основании.
 - Остающиеся при разрешении сыпи стойкие изменения кожи и слизистых (рубцы, атрофия).

3. Оценка состояния видимой слизистой оболочки

Цвет; наличие высыпаний (энантемы), их локализация и характеристики; влажность слизистых.

4. Оценка состояния лимфатических узлов

Локализация пальпируемых лимфатических узлов (затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, надключичные и подключичные,

подмышечные, локтевые (кубитальные), паховые, подколенные), их величина, форма, консистенция, болезненность, подвижность, сращения между собой и с окружающими тканями, состояние кожи над ними.

5. Результаты специальных диагностических исследований (выбрать исследования, целесообразные при конкретном дерматозе)

а). Диаскопия (витропрессия) – для дифференциальной диагностики воспалительных и невоспалительных элементов, гиперемических и геморрагических пятен, выявления эпителиоидноклеточной инфильтрации при туберкулезной волчанке (симптом «яблочного желе»), люпоидной розацеа, саркоидозе кожи.

б). Поскабливание (граттаж):

– получение псориазической «триады» при псориазе (симптомы «стеаринового пятна», «терминальной пленки», «кровавой росы»);

– выявление скрытого шелушения (симптом «стружки» при отрубевидном лишае);

– выявление скрытой везикуляции (при экзематиде);

– выявление фолликулярного гиперкератоза (симптом «канцелярской кнопки», или «дамского каблука») и болезненности (симптом Бенье–Мещерского) при дискоидной красной волчанке;

в). Просветление рогового слоя маслом или спиртом для выявления сеточки Уикхема (при красном плоском лишае).

г). Симптомы Никольского (краевой, очаговый и на видимо неизменной коже), Асбо-Хансена (при пузырчатке).

д). Эпикутанная проба со спиртовым раствором йода (при отрубевидном, или разноцветном, лишае).

е). Исследование тактильной, болевой и температурной чувствительности (при подозрении на лепру).

ж). Симптом «проваливания зонда» (при туберкулезной волчанке).

з). Люминесцентная диагностика (микроспория, фавус, эритразма, отрубевидный лишай).

и). Другие.

6. Предварительный клинический диагноз (развернутый, с указанием клинической формы, фазы, стадии болезни, имеющихся осложнений).

Специальный статус больного сифилисом пишется как дерматологический, но при описании рекомендуется следующий порядок:

1. Данные осмотра кожных покровов (начиная с волосистой части головы и заканчивая подошвами) и слизистой оболочки полости рта.

2. Пальпация лимфоузлов (подчелюстных, шейных, затылочных, подмышечных, локтевых, паховых и др.)

3. Осмотр и пальпация суставов, костей (черепа, ключиц, предплечий, голеней).

4. Данные осмотра гениталий и анальной области. Наличие отделяемого из уретры и его характер. Данные осмотра влагалища и шейки матки с зеркалами.

Специальные исследования:

1. Исследование нативного препарата «раздавленная капля», приготовленного из отделяемого эрозий, язв, мокнущих папул, с помощью темнопольного конденсора в обычном микроскопе.

2. Серологическое обследование: микрореакция, экспресс-тест на реакины плазмы, РПГА, ИФА, РИФ, РИТ (по показаниям).

3. Исследование цереброспинальной жидкости (содержание белка, цитоз, постановка серологических тестов с ликвором) – при подозрении на специфическое поражение нервной системы.

Приложение 7

Пример специального статуса больного кожным заболеванием

Кожа непораженных участков слегка загорелая, тонкая, эластичная, без выраженного фолликулярного рисунка. На кистях и стопах усилено потоотделение. Дермографизм красный, быстро появляется. Пиломоторный рефлекс не выражен. Волосы на голове густые, блестящие. Пушковые – на туловище и конечностях развиты слабо. Рост волос по мужскому типу. Ногтевые пластинки кистей тонкие, прозрачные, розового цвета, на некоторых видны точечные вдавления в виде «наперстка». На стопах ногти не изменены.

Поражение кожи, распространенное и симметричное, располагается на волосистой части головы, туловище и конечностях, преимущественно на их разгибательных поверхностях. Высыпания монотипные. Представлены плоскими папулами величиной от лентикулярных до нуммулярных. Очертания их круглые, границы четкие, цвет на туловище и верхних конечностях – розовый, на голенях – застойно-красный. Поверхность папул целиком покрыта мелкими, рыхлыми, серебристого цвета чешуйками. На голове, в заушной области поражение сливное, располагается на границе роста волос. Вокруг папул, расположенных на груди, животе и плечах, видна зона более бледно окрашенной кожи, нежная складчатость рогового слоя шириной 0,5 см (псевдоатрофический ободок Воронова).

При поскабливании поверхности папул последовательно получают симптомы «стеаринового пятна», «терминальной пленки» и «кровавой росы».

Предварительный диагноз: распространенный псориаз, обычная форма, стационарная стадия.

Пример специального статуса больного сифилисом

Непораженная кожа бледная, эластичная. На предплечьях, бедрах и голенях выражена мраморность кожи. Кисти и стопы цианотичные, влажные, холодные на ощупь. На лице кожа жирная, в области лба, носа, подбородка видны расширенные устья фолликулов, многочисленные комедоны. Ногти на кистях и стопах не изменены. Дермографизм розовый, пиломоторный рефлекс умеренно выражен. На груди и плечах – многочисленные татуировки.

На коже груди, живота, боковых поверхностей туловища, сгибательных поверхностей плеч, ягодицах и бедрах имеется обильная симметричная пятнистая сыпь бледно-розового цвета, без склонности к группировке и слиянию. Пятна 0,5 см в диаметре, округлой формы, с нерезкими границами, не возвышаются над уровнем кожи. Шелушение отсутствует. При надавливании стеклянной пластинкой пятна исчезают.

На слизистой оболочке рта в области передних и задних дужек, миндалин, мягкого неба видна насыщенно-красного цвета энантема, резко ограниченная от нормальной слизистой. На боковой поверхности языка справа видно образование 0,5 см в диаметре, четко ограниченное, округлой формы, слегка возвышающееся над уровнем слизистой. Центральная часть его имеет беловатый цвет, периферический ободок – насыщенно-красного цвета.

Пальпируются подчелюстные, шейные, подмышечные лимфатические узлы, величиной до 1 см. Более значительно увеличены паховые узлы: справа – три узла, самый крупный – величиной 3 см, два других – 1,5 см. Слева два узла достигают размера 2 см. Узлы плотно-эластической консистенции, не спаяны между собой и с подлежащими тканями, безболезненны. Кожа над ними не изменена.

В области венечной борозды справа, рядом с уздечкой расположена эрозия округлой формы, 1 см в диаметре, с ровными краями, гладким дном темно-красного цвета, со скудным отделяемым. В основании эрозии пальпируется листовидный инфильтрат плотно-эластической консистенции. В окружности эрозии воспалительных изменений нет.

Предварительный диагноз: сифилис вторичный свежий? (обильная розеола туловища и конечностей, эритематозная ангина, «опаловая» папула языка, полиаденит с преобладанием пахового, первичная сифилома венечной борозды полового члена).

- 42 -

ДЛЯ ЗАМЕТОК

- 43 -

ДЛЯ ЗАМЕТОК