ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ







Под редакцией
О.Ю. Олисовой

практическая медицина

УДК 616.5
ББК 55.83
П69

Авторский коллектив: Белоусова Т.А. — канд. мед. наук; Грабовская О.В. — канд. мед. наук; Кочергин Н.Г. — д-р мед. наук, профессор; Максимов И.С. — канд. мед. наук; Олисова О.Ю. — д-р мед. наук, профессор; Орлова Е.В. — канд. мед. наук; Снарская Е.С. — д-р мед. наук, профессор; Теплюк Н.П. — д-р мед. наук, профессор.

П69 Практическая дерматология / Т.А. Белоусова, О.В. Грабовская, Н.Г. Кочергин и др.; под ред. О.Ю. Олисовой. — М.: Практическая медицина, 2022. — 168 с.: 168 ил.

ISBN 978-5-98811-684-4

Книга написана коллективом кафедры кожных и венерических болезней Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова. Она предназначена для врачей общей практики, а также семейных и поликлинических врачей. Издание содержит краткие иллюстрированные описания дерматозов, с которыми может столкнуться практикующий врач.

Первые главы книги содержат информацию о строении и функциях кожи человека, об основных морфологических проявлениях дерматозов, а также общих терапевтических подходах при этих заболеваниях. В последующих главах описаны часто встречающиеся дерматозы, сгруппированные по этиопатогенетическим механизмам. Каждую главу завершают указания по принципиальным диагностическим и тактическим подходам к описанной группе заболеваний.

Для врачей, сталкивающихся в своей практике с диагностикой и лечением болезней кожи.

УДК 616.5
ББК 55.83

Научно-практическое издание

Белоусова Татьяна Алексеевна, **Грабовская** Ольга Валентиновна, **Кочергин** Николай Георгиевич, **Максимов** Иван Сергеевич, **Олисова** Ольга Юрьевна, **Орлова** Екатерина Вадимовна, **Снарская** Елена Сергеевна, **Теплюк** Наталия Павловна

ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ

Под редакцией Ольги Юрьевны **Олисовой**

Главный редактор канд. мед. наук *Д.Д. Проценко*
Редактор *Е.Б. Родина*
Корректор *И.Ф. Козлова*
Макет, верстка *Э.Ф. Гулямова*

Издательство «Практическая медицина».
115201, Москва, 1-й Котляковский пер., д. 3.
Тел. +7 (495) 324-93-29. E-mail: medprint@mail.ru (редакция).
Тел. +7 (495) 981-91-03. E-mail: opt@medprint.ru (отдел реализации).
WWW.MEDPRINT.RU

Подписано в печать 15.12.2021.
Формат 60 × 90 1/16.
Объем 7,07 авт. л. / 10,5 п. л.
Тираж 1000 экз.

ISBN 978-5-98811-684-4

© Коллектив авторов, 2022
© практическая медицина, 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Сокращения 4
Глава 1. Анатомия кожи 5
Глава 2. Функции кожи 9
Глава 3. Диагностика заболеваний кожи 12
Глава 4. Морфологические элементы кожной сыпи 19
Глава 5. Общие принципы наружной терапии 30
Глава 6. Неотложная медицина в дерматологии 32
Глава 7. Пиодермии 37
Глава 8. Паразитарные дерматозы 47
Глава 9. Грибковые дерматозы 54
Глава 10. Вирусные дерматозы 69
Глава 11. Дерматозы путешественников 75
Глава 12. Дерматиты 82
Глава 13. Фотодерматиты 89
Глава 14. Зудящие дерматозы 92
Глава 15. Метаболические дерматозы 103
Глава 16. Дерматозы, локализующиеся на лице 112
Глава 17. Дерматозы с нарушением пигментации 121
Глава 18. Заболевания волос и ногтей 125
Глава 19. Паранеопластические заболевания кожи 137
Глава 20. Опухоли кожи 152

Глава 1
АНАТОМИЯ КОЖИ

Кожа человека является многофункциональным органом, взаимосвязанным с другими органами и системами организма, выполняет функцию биологического барьера между организмом человека и окружающей средой. Она состоит из эпидермиса, дермы и подкожной жировой клетчатки (гиподермы). В коже располагаются волосы, потовые и сальные железы, кровеносные и лимфатические сосуды, нервные окончания (**рис. 1**).

Эпидермис состоит из многослойного ороговевающего эпителия, где преобладают кератиноциты, которые находятся в постоянном обновлении и формируют базальный, шиповатый, зернистый, блестящий и роговой слои. Следует отметить, что блестящий слой имеется только на ладонях и подошвах.

Самый нижний слой — базальный (зародышевый). В базальном слое различают два типа клеток: базальные и меланоциты. Он отделен от дермы базальной мембраной и состоит из одного ряда высоких цилиндрических клеток, расположенных перпендикулярно базальной мембране. Цитоплазма клеток базофильная. Ядра овальные или удлиненные, гиперхромные. В цитоплазме меланоцитов содержится меланин.

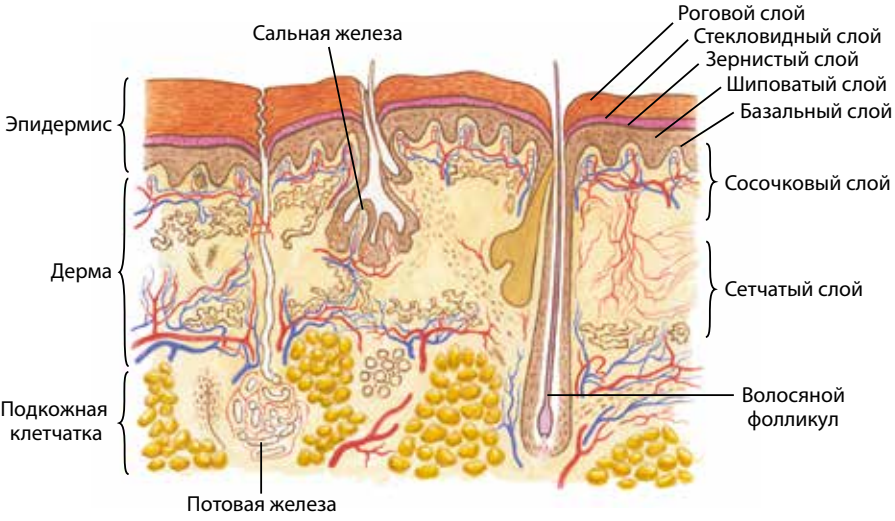


РИС. 1. Строение кожи

Выше располагается шиповатый слой, состоящий из нескольких (5–10) рядов более крупных полигональных клеток. Между клетками присутствуют многочисленные протоплазматические отростки, в местах соединения которых находятся десмосомы.

Над шиповатым слоем расположен зернистый слой. Он состоит из 3–4 рядов уплощенных, вытянутых вдоль поверхности кожи клеток. Эти клетки содержат большое количество зерен кератогеалина, интенсивно окрашивающихся гематоксилином.

Выше зернистого слоя находится блестящий (стекловидный) слой, который состоит из вытянутых клеток. Эти клетки содержат вещества, преломляющие свет (гликоген, липиды и элеидин), вследствие чего границы и структура слоя приобретают вид блестящей полосы и становятся незаметными.

Над блестящим слоем расположен роговой. Этот слой состоит из ороговевших безъядерных клеток, носящих название корнеоцитов. Последние содержат большое количество кератина и пузырьков воздуха, которые образовались в результате деления кератиноцитов и их миграции к поверхности кожи. Они придают каждому слою выраженные индивидуальные особенности.

В дерме анатомически различают два слоя: глубокий (сетчатый) и поверхностный (сосочковый). Сосочковый слой имеет многочисленные выросты (сосочки), вдающиеся в эпидермис. Ткань этого слоя состоит из тонких коллагеновых, эластических, ретикулярных волокон и различных соединительнотканных клеток (фибробластов, тучных клеток, макрофагов и др.). Между волокнами соединительной ткани расположено аморфное бесструктурное межуточное вещество, содержащее кислые мукополисахариды и различные ферменты (гиалуронидазу, гистаминазу и др.). Сосочковый слой пронизан большим количеством кровеносных и лимфатических сосудов, нервных волокон и нервных окончаний. В нем встречаются также пучки гладких мышечных клеток. Ниже сосочкового слоя находится сетчатый слой, состоящий из рыхлой, волокнистой соединительной ткани, расположенной параллельно поверхности кожи. Значительная часть сетчатого слоя представлена пучками коллагеновых и эластических волокон. В нем видны кровеносные сосуды. Дерма переходит в подкожную клетчатку, которая состоит из волокнистой соединительной ткани, между ее волокнами находятся многочисленные дольки жировой ткани.

К придаткам кожи относят волосы, сальные и потовые железы, ногти. В волосе различают стержень и корень. Корень волоса оканчивается волосяной луковицей, расположенной в волосяном влагалище, внутренний слой которого эпителиальный, а наружный — соединительнотканный. В просвет волосяного влагалища, в верхней его части, носящей название волосяной воронки, открываются выводные протоки сальных желез (**рис. 2**).

Сальные железы имеют альвеолярное строение и открываются выводными протоками как в устье волосяного мешочка, так и на поверхность кожи.

Потовые железы подразделяют на эккринные и апокринные. Их относят к простым трубчатым железам. Эккринные потовые железы встречаются на всех участках кожного покрова, их особенно много на ладонях и подошвах. Исключение составляют красная кайма губ, головка полового члена и внутренний листок крайней плоти. Апо-

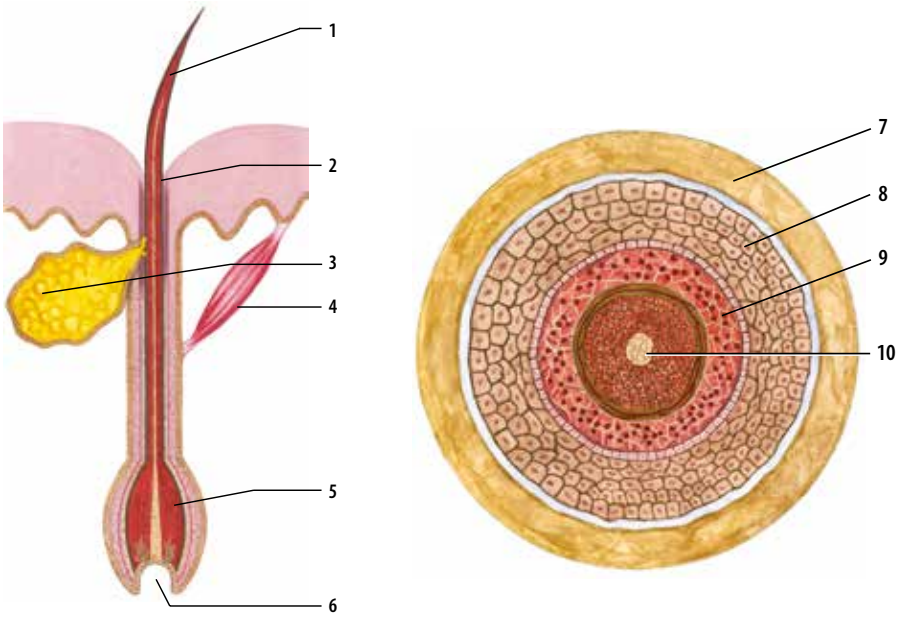


РИС. 2. Схема строения и расположения волоса в коже.

1 — стержень волоса; *2* — волосяная воронка; *3* — сальная железа; *4* — мышца, поднимающая волос; *5* — луковица; *6* — сосочек волосяного фолликула; *7* — кутикула; *8* — наружное корневое влагалище; *9* — внутреннее корневое влагалище; *10* — мозговое вещество

кринные потовые железы локализуются в подмышечных впадинах, в области наружных половых органов, промежности, сосков молочных желез. Апокринные железы, как правило, открываются выводными протоками в волосяную воронку.

На границе подкожной жировой клетчатки и собственно кожи находится глубокое артериальное сплетение, от которого перпендикулярно вверх отходят сосуды, образующие подсосочковые сплетения. Из сплетений выходят мелкие артерии, снабжающие кровью различные отделы и образования в дерме.

Лимфатическая система кожи состоит из двух сетей лимфатических капилляров и отводящих лимфатических сосудов. Поверхностная сеть лимфатических капилляров расположена в подсосочковом слое, глубокая — в нижнем слое дермы (**рис. 3**).

Кожа богата нервными волокнами и их окончаниями. В ней разветвляются спинномозговые, черепные и вегетативные нервы. Основное сплетение локализуется в подкожной жировой клетчатке, откуда разветвления достигают собственно кожи. В сосочковом слое нервные волокна формируют густую сеть, от которой отходят нервные волокна к волосяным мешочкам, железам, сосудам, эпидермису. В коже расположены тельца Фатера—Пачини, Мейсснера, концевые колбы Краузе и клетки Меркеля.

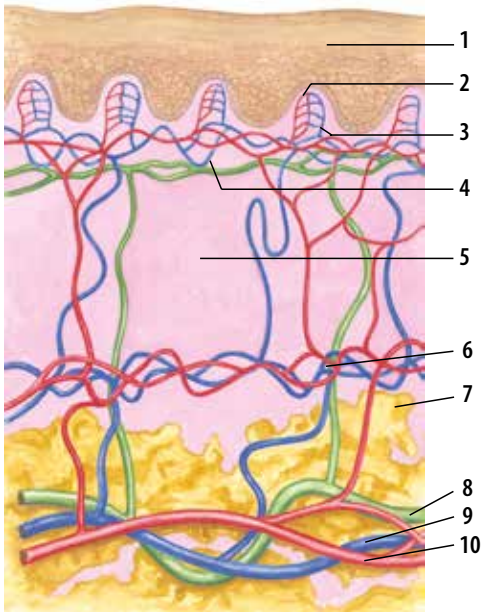


РИС. 3. Схема строения и расположения в коже кровеносных и лимфатических сосудов.

1 — эпидермис; *2* — артериальный капилляр; *3* — венозный капилляр; *4* — подсосочковое сплетение; *5* — дерма; *6* — глубокое сосудистое сплетение; *7* — гиподерма; *8* — лимфатический сосуд; *9* — вена; *10* — артерия

Ногти состоят из ногтевой пластинки и ногтевого ложа. Ногтевую пластинку образуют плотные роговые массы, которые на наружной поверхности ногтя гладкие, а на внутренней — неровные из-за наличия роговых выступов, обеспечивающих плотное прилегание ногтевой пластинки к ногтевому ложу. Выделяют дистальную, проксимальную и латеральную части ногтевой пластинки. Проксимальная часть, или корень, находится в задней части ногтя и покрыта ногтевой кожицей (кутикулой). Участок ногтя, на котором лежит корень, называется матрицей — это место роста ногтя. Ногтевая пластинка обновляется полностью в течение 90–160 дней (на кистях быстрее, на стопах дольше). В области корня ногтя имеется зона в виде дуги белесоватого цвета, особенно заметная на больших пальцах. Дистальная часть ногтя свободно выступает отрастающим краем и лежит на ногтевом ложе. Латеральные части с обеих сторон ногтевой пластинки прилегают к околоногтевым валикам.

Глава 2
ФУНКЦИИ КОЖИ

У человека имеются органы, которые в основном носят узкую специфическую направленность. Так, органы слуха воспринимают звуковые колебания, органы зрения — свет, органы обоняния — запахи. В отличие от них кожа является универсальным органом, который благодаря присутствию в нем множества структурных и функциональных единиц может одновременно воспринимать свет, звуковые колебания, температуру, механическое прикосновение и ряд других воздействий. Таким образом, кожа защищает организм человека от неблагоприятных воздействий внешней среды и в то же время оказывает положительное действие на физиологические процессы.

Кожа выполняет множество функций, основные из которых: защитная, иммунная, рецепторная, терморегулирующая, экскреторная, секреторная, дыхательная, обменная, резорбционная.

Нарушение какой-либо функции кожи может привести к кожным заболеваниям, которые требуют специального лечения.

Защитная функция кожи. Барьерные свойства кожи как органа механической защиты обеспечиваются значительной электросопротивляемостью, прочностью коллагеновых и эластических волокон, толщиной и прочностью рогового слоя, наличием упругой подкожной жировой клетчатки, выполняющей роль механического буфера.

От воздействия химических веществ кожу защищает протеиновый барьер, расположенный в роговом слое эпидермиса. Он защищает кожу от многих химических раздражителей, за исключением тех, которые способны разрушить этот слой или раствориться в липидах эпидермиса, получив доступ в более глубокие слои кожи. Благодаря химическому составу кожного сала и пота, защитной водно-липидной мантии на ее поверхности, а также присутствию микроорганизмов, относящихся к постоянной бактериальной флоре, кожа защищает организм от проникновения бактерий. Соответственно, при травматизации кожи, переохлаждении, перенагревании нарушается ее способность противостоять проникновению микробов.

Важное значение в защите от повреждающего действия ультрафиолетового (УФ) излучения имеют меланобласты и меланоциты, вырабатывающие меланин — пигмент кожи. Благодаря меланину, способному поглощать УФ-лучи, кожа защищает организм от повреждающего воздействия солнечного света.

Иммунная функция кожи как органа иммунной системы заключается в распознавании антигенов, в пролиферации, дифференциации и регуляции иммунокомпетентных клеток кожи.

К иммунокомпетентным клеткам кожи относятся кератиноциты, Т-лимфоциты, клетки Лангерганса, тканевые гистиоциты, гранулоциты, сосудистые эндотелиальные клетки и др. Эти клетки синтезируют биологически активные вещества, выполняющие различные физиологические функции.

Кератиноциты, располагающиеся в базальном и шиповатом слоях, синтезируют противовоспалительный фактор — интерлейкин 1-α, выделяют хемокины, привлекающие в эпидермис клетки Лангерганса и Т-лимфоциты. Т-лимфоциты составляют 90 % всех лимфоцитов кожи и располагаются преимущественно в эпидермисе и верхних слоях дермы. Они распознают экзогенные и эндогенные антигены после их представления антигенпрезентирующими клетками Лангерганса. Последние захватывают и доставляют антигены в лимфатические узлы, где они нейтрализуются. Таким образом, клетки Лангерганса связывают в единую функциональную систему два органа: кожу и лимфатические узлы.

Рецепторная функция заключается в способности кожи воспринимать болевое, тактильное и температурное раздражения. Выделяют следующие виды функциональных единиц, передающих нервные импульсы: механорецепторы, терморецепторы. Существуют также болевые рецепторы, однако они отвечают только на ту стимуляцию (термическую, механическую, химическую), степень которой превышает болевой порог. Стимуляция холодовых рецепторов происходит при воздействии температуры ниже на 1–20 °С нормальной температуры кожи (34 °С), тепловых — при температуре 32–35 °С. Температура выше 45 °С выходит за пределы болевого порога человека и поэтому воспринимается не тепловыми рецепторами, а ноцицепторами. Ноцицепторы ответственны за восприятие боли и зуда; среди них выделяют механические, температурные и полимодальные (т. е. воспринимающие несколько видов раздражителей) ноцицепторы.

За счет **терморегулирующей функции** кожа может поглощать и выделять тепло. Усиление теплоотдачи происходит за счет расширения сосудов кожи по различным причинам (например, повышение температуры окружающей среды), а снижение теплоотдачи, соответственно, при сужении сосудов. Выделение тепла осуществляется путем излучения, проведения, конвекции и испарения, причем наиболее эффективным путем отдачи тепла является испарение выделяемого пота.

Обменная функция кожи объединяет группу частных функций: секреторную, экскреторную, резорбционную и дыхательную активность.

Секреторная функция кожи осуществляется сальными и потовыми железами, выделяющими сало и пот, которые, смешиваясь, образуют на поверхности кожи тонкую пленку водно-жировой эмульсии. Эта пленка играет важную роль в поддержании физиологически нормального состояния кожи.

Экскреторная функция кожи тесно связана с секреторной и осуществляется секрецией потовых и сальных желез, выделяющих органические и неорганические вещества, продукты минерального обмена, углеводы, гормоны, ферменты и т. д.

Резорбционная функция кожи — способность кожи поглощать различные вещества, в т. ч. лекарственные. В этом заключается преимущество местных лекарственных средств перед пероральными, т. к. применение первых не зависит от побочных факторов (например, кислотности среды и содержимого желудка), а также отсутствует вероятность передозировки препарата.

Дыхательная функция позволяет коже поглощать кислород и выделять углекислый газ. Она усиливается при повышении температуры окружающей среды, во время физической работы, при пищеварении, развитии в коже воспалительных процессов.

Глава 3
ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

Дерматовенерология — одна из немногих дисциплин, требующих знания многих разделов медицины, таких как патологическая физиология, патологическая анатомия, микробиология, внутренние болезни, психиатрия, неврология, инфекционные болезни и др.

Кожный покров человека подвергается воздействиям как экзогенных, так и эндогенных факторов, в результате чего в коже возникают патологические процессы, приводящие к появлению многообразных высыпаний и субъективных симптомов.

Наиболее часто среди экзогенных факторов встречаются механические (трение, давление и др.), физические (высокие и низкие температуры, излучение, электрический ток и др.), химические (кислоты, щелочи, лаки, краски, стиральные порошки и др.), инфекционные (микробы, вирусы), паразитарные (грибы, клещи, блохи и др.).

Нередко заболевание кожи представляет собой проявление болезней внутренних органов. Из эндогенных факторов важную роль играют различные висцеропатии, заболевания сосудов, эндокринных желез, нервной системы, изменения психического статуса и др. В развитии кожных заболеваний немаловажное значение имеет нарушение иммунного статуса.

Экзо- и эндогенные факторы могут играть провоцирующую роль в развитии того или иного заболевания, т. е. быть триггерными. На фоне воздействия определенных факторов при наличии генетической предрасположенности у человека может развиться кожная патология. Например, после длительного пребывания на солнце возможно возникновение системной красной волчанки (СКВ). Однако после инсоляции она возникает не у всех людей: вероятнее всего, в данном случае под воздействием экзогенного фактора (инсоляции) проявляется генетическая предрасположенность. Таким эндогенным фактором может, например, стать стрептококковая инфекция в виде хронического тонзиллита. В связи с этим, подбирая больному терапию, необходимо учесть все подобные факторы и попытаться выявить очаги хронической инфекции, проводя одновременно системное и местное лечение. К сожалению, воздействовать на генетическую предрасположенность к развитию того или иного заболевания пока не удается.

Несмотря на разработку новейших технологий для диагностики кожных заболеваний, основным методом остается клинико-морфологическая оценка изменений кожи

и слизистых оболочек. Клиническая картина болезней кожи представляет собой определенный симптомокомплекс, складывающийся из субъективных и объективных проявлений. Субъективные симптомы — это различные по интенсивности и характеру ощущения больного, проявляющиеся зудом, жжением, болью и др. Объективные изменения выявляет врач при обследовании больного.

Для постановки диагноза требуется подробный сбор жалоб и анамнеза. Прежде всего выясняют жалобы пациента, касающиеся кожного заболевания, а также его субъективные ощущения: зуд, жжение, болезненность. При диагностике болезней кожи особенно важным параметром является зуд; определяют его интенсивность с колебаниями в течение дня, связь его появления со временем суток. Например, ночной зуд характерен для чесотки, при почесухе наблюдается биопсирующий зуд, сопровождающийся глубокими экскориациями. Если зуд не связан с первичными кожными высыпаниями, следует подумать о заболеваниях внутренних органов. Так, например, зуд может наблюдаться при сахарном диабете, патологии печени (при повышении уровня трансаминаз, билирубина), почек (при азотемии), злокачественных новообразованиях и т. д.

После выяснения жалоб уточняют анамнестические данные. Возраст больного часто помогает при постановке диагноза. Так, при проведении дифференциальной диагностики угревой сыпи мы наблюдаем акне чаще в возрасте до 30 лет, а розацеа — после 40–50 лет. Важное значение для постановки диагноза имеет место жительства пациента. Например, лейшманиозом чаще заболевают жители Средней Азии (эндемичный район для этого заболевания).

Выяснить семейное положение необходимо, в частности, при диагностике чесотки или венерических заболеваний, поскольку обследование и лечение проводят не только больному, обратившемуся за медицинской помощью, но и всем членам семьи.

Рабочая деятельность пациента может провоцировать развитие профессиональных болезней кожи.

Перенесенные заболевания и сопутствующая патология внутренних органов влияют как на течение заболевания, так и на дальнейшую терапию. Так, наличие сахарного диабета ограничивает, а у ряда больных исключает назначение системных глюкокортикостероидов (ГКС). Гипертоническая болезнь и онкологические заболевания служат противопоказанием для физиотерапевтических процедур. У некоторых больных сопутствующая патология определяет диагноз. Так, рецидивирующий опоясывающий лишай часто является маркером ВИЧ-инфекции или злокачественного образования внутренних органов, поэтому у такого больного наряду с лечением необходим онкологический поиск.

Сбор генетического анамнеза важен для диагностики многих кожных болезней (псориаза, атопического дерматита, ихтиоза и др.).

Аллергологический анамнез связан как с постановкой диагноза, так и с назначением лечения. При подозрении на токсидермию важно подробно выяснить, какие препараты больной получал в последнее время. Следует учитывать, что некоторые пациенты не указывают на витамины или анальгетики, принимаемые при головной

боли, а также на биологические добавки как причину, вызвавшую токсидермию, и не рассматривают их как лекарственные средства. При глубоких формах заболевания или вторичной пиодермии, а также венерических болезнях, когда необходимо назначение антибактериальной терапии, важно выяснить аллергологический анамнез, чтобы избежать развития аллергической реакции на препарат в процессе лечения. Кроме того, под воздействием лекарственных препаратов может изменяться течение заболевания, что приводит к неправильному диагнозу. Например, при приеме противохламидийных антибиотиков до посева возможны ложноотрицательные результаты.

Вредные привычки провоцируют развитие многих заболеваний. Так, ринофима часто наблюдается при злоупотреблении алкогольными напитками, а наркотики (например, героин) могут стать триггерным фактором развития аутоиммунной пузырчатки. Алкоголь и наркотики влияют на течение заболевания, приводя к торпидному его развитию и частым рецидивам.

При опросе определяют срок начала заболевания и его связь с провоцирующими факторами, сезонность, периодичность, выявляют причины, приведшие к обострению кожного заболевания, результаты предшествующей терапии.

Давность заболевания кожи влияет на клиническую картину кожной патологии.

Важно определить провоцирующий фактор при первом появлении сыпи и последующих обострениях. Так, связь обострения экземы со стрессом обусловливает необходимость консультации психиатра и дополнительной терапии, а связь с погрешностями в диете — разъяснения больному важности соблюдения гипоаллергенной диеты.

Выяснение сезонности течения заболевания позволяет разработать правильную индивидуальную терапевтическую тактику для пациента. Обострение псориаза в летнее время исключает назначение такому больному фототерапии. Частое начало и последующие обострения при СКВ наблюдаются в период максимальной инсоляции (в средней полосе России этот период длится с марта до конца июля).

Частые рецидивы кожного заболевания могут быть следствием как неэффективности проводимой терапии, так и нарушения иммунного статуса пациента.

Ранее проведенное лечение, его эффективность и переносимость определяют индивидуальный терапевтический подход к лечению больного в дальнейшем.

После сбора анамнеза тщательно осматривают кожные покровы и видимые слизистые оболочки пациента с описанием локального статуса. Важно осматривать весь кожный покров и видимые слизистые оболочки, а не только участки, указанные пациентом (больные склонны фиксировать внимание врача на том, что их беспокоит в данный момент).

Осмотр кожных покровов и видимых слизистых лучше проводить при рассеянном дневном либо достаточно ярком электрическом свете. Температура в комнате должна быть 22–23 °С. Уделяют внимание окраске кожи, которая в норме может быть бледной, розовой, смуглой.

Варианты патологической окраски кожи могут быть весьма разнообразными. С точки зрения диагностического значения бледность кожи как признак возможной патологии рассматривается в сочетании с изменением цвета слизистых. Так, бледный

цвет кожи наблюдается при анемии, заболевании почек, аортальной недостаточности (бледность без определения анемии), микседеме. Бледно-желтый цвет кожи характерен для дефицита витамина B_{12} и для мальабсорбции при спру-синдроме, гемолитических кризов и наследственных гемолитических анемий. Желтый цвет кожного покрова свидетельствует о развитии желтухи на фоне разнообразной патологии печени, например при гепатите, лептоспирозе (болезнь Вейля с конъюнктивитом и носовыми кровотечениями), циррозе печени. Коричневая окраска кожи встречается при болезни Аддисона, порфирии, особенно на открытых солнцу участках. В случае диффузной, генерализованной пигментации можно предположить отложение тяжелых металлов или хронический интерстициальный нефрит. У беременных начиная со II триместра возможно появление коричневых пятен (хлоазм) поперек лба или в виде маски, а также на фоне приема эстрогенов. Эритема (красный цвет) лица помимо заболеваний кожи характерна для гипертоников, больных с истинной полицитемией, сахарным диабетом, карциноидным синдромом, вегетативно лабильных лиц. Цианоз (синюшный цвет) наблюдается при тяжелых сердечно-сосудистых заболеваниях, хронической обструктивной болезни легких, тромбоэмболии легочной артерии или пневмотораксе, эмфиземе и раке тонкой кишки, сопровождающихся эритроцитозом.

Подобный осмотр позволяет обнаружить сыпь, определить, из каких элементов она состоит, разграничить ее, т. е. выявить первичные высыпания, которые появились на неизмененной коже (первичные элементы сыпи), и установить, какие высыпания стали следствием дальнейшего развития первичных элементов (вторичные элементы).

При осмотре кожных покровов кроме окраски оценивают тургор, эластичность, сало- и потоотделение, подкожную жировую клетчатку. Например, снижение эластичности и тургора кожи наблюдается у больных атопическим дерматитом. При акне, напротив, кожа лица и шейно-воротниковой зоны блестит, лоснится, что свидетельствует о повышенном сало- и потоотделении.

Необходимо обращать внимание на состояние видимых слизистых оболочек. В случае появления на них сыпи при ее описании применяют такие же параметры, как и для кожных покровов.

Осматривают и описывают состояние волос и ногтевых пластинок.

Правильно поставить диагноз помогают специальные диагностические приемы (поскабливание, потирание, диаскопия, надавливание зондом, смазывание маслом, йодом и др.) в сочетании с другими методами. Например, послойное поскабливание элементов сыпи позволяет выявить при псориазе патогномоничную для этого заболевания псориатическую триаду. При разноцветном (отрубевидном) лишае проводят пробу Бальцера, смазывая очаги 5% настойкой йода: из-за разрыхленного грибом рогового слоя пятна окрашиваются интенсивнее окружающей кожи.

Диаскопия (витропрессия) применяется, например, при диагностике кожной формы туберкулеза, когда при надавливании предметным стеклом на бугорок его цвет становится желтовато-коричневатым (феномен «яблочного желе»). Другие дополнительные методы исследования представлены в соответствующих главах.

При ряде заболеваний с целью уточнить диагноз проводят инструментальные исследования с помощью дерматоскопа, лампы Вуда (свечение органов поражения при микозах). При аллергодерматозах и профессиональных дерматозах используют аллергические кожные тесты. Кожные тесты могут быть скарификационные внутрикожные (их действие основано на гиперчувствительности немедленного типа), а также капельные аппликационные (определяют отсроченный гиперчувствительный ответ).

Для обнаружения возбудителей (таких как чесоточный клещ, патогенные грибы, бледная трепонема, гонококк и т. д.) и клеток Тцанка в мазках-отпечатках при акантолитической пузырчатке проводят микроскопическое исследование. Например, для диагностики грибкового поражения гладкой кожи с помощью скальпеля берут чешуйки из очага поражения, кусочки ногтей при онихомикозе, волосы обрабатывают щелочью (10–30% калия или натрия гидроксидом), затем переносят на предметное стекло в каплю глицерина, накрывают покровным стеклом и проводят микроскопическое исследование. Для выявления бледных трепонем исследуют тканевый сок со дна твердого шанкра в микроскопе с темнопольным конденсором.

Культуральное исследование используется для уточнения видовой принадлежности грибов, возбудителей инфекций, передающихся половым путем; при пиодермиях — для определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам.

При онкологических заболеваниях кожи необходимым дополнением являются цитологические исследования (мазков-отпечатков, скарификата и др.), а в последнее время также дерматоскопия.

Из лабораторных методов наиболее важное значение имеет патогистологическое исследование (световая и электронная микроскопия, иммуногистохимические исследования и др.) биоптатов кожи или слизистых оболочек, взятых из очагов поражения. Важный момент — выбор наиболее информативного очага поражения. При псориазе или красном плоском лишае, например, это сформировавшаяся папула или бляшка; при истинной акантолитической пузырчатке проводят биопсию видимо не измененной кожи в области верхнего плечевого пояса. Биопсию осуществляют под местной анестезией, предварительно выяснив у больного аллергологический анамнез.

Для диагностики аутоиммунных заболеваний (СКВ, буллезных дерматозов) используют реакции прямой и непрямой иммунофлюоресценции. Эти методы позволяют обнаружить фиксированные аутоантитела, характерные для данной патологии, в определенных структурах эпидермиса. С помощью прямой иммунофлюоресценции выявляют фиксацию иммуноглобулинов в коже или слизистых оболочках. Например, при истинной акантолитической пузырчатке антитела класса IgG фиксированы в межклеточной склеивающей субстанции шиповатого слоя, а при буллезном пемфигоиде Левера их обнаруживают на базальной мембране. При непрямой иммунофлюоресценции антитела выявляют в крови или пузырной жидкости, однако данный метод часто дает ложные результаты.

При дифференциальной диагностике лимфопролиферативных заболеваний (лимфомы, псевдолимфомы) одним из основных методов является молекулярно-генетический по определению клональности инфильтрата, однако его результат всегда оценивают в совокупности с данными клинико-гистологического и иммуногистохимического исследований. В последнее время для оценки морфологических изменений в очагах поражения при дерматозах все чаще применяют неинвазивный метод диагностики — конфокальную микроскопию.

Обследование пациента с кожным заболеванием помимо сбора жалоб, анамнестических данных и осмотра включает проведение лабораторных исследований: гематологических, серологических, биохимических, иммунологических и др., а также инструментального изучения функций внутренних органов и систем.

Общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови могут указать на заболевание внутренних органов, провоцирующее развитие дерматоза. Так, изменения в общем анализе крови (лейкопения — снижение уровня лейкоцитов) при повышении СОЭ наблюдаются при СКВ. Вместе с тем при длительном лечении кожной формы СКВ препаратами хинолинового ряда возможна лейкопения без увеличения СОЭ, а повышение уровня лейкоцитов (лейкоцитоз) наряду с ростом СОЭ указывает на воспалительную реакцию. При лечении циклоспорином больных атопическим дерматитом или псориазом необходимо определить уровень креатинина в моче и крови, поскольку у некоторых пациентов при применении данного препарата развиваются изменения со стороны почек. Изменение уровня билирубина, трансаминаз в биохимическом анализе крови часто сопровождается кожным зудом; подобные нарушения при псориазе являются противопоказанием для ПУВА-терапии.

Общеклиническое обследование

Кожа отражает состояние внутренних органов и систем. Некоторые заболевания внутренних органов (такие, как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, неопластические заболевания внутренних органов и др.) служат противопоказанием для проведения физиотерапевтических процедур, поэтому помимо осмотра дерматологом больной нуждается в консультации других специалистов: терапевта, гинеколога, эндокринолога, онколога и др. Так, рецидивирующее течение фурункулов указывает на необходимость исключения сахарного диабета и консультации эндокринолога; хронические заеды требуют консультации отоларинголога; при лечении варикозной экземы необходимо обследование у флеболога; при розовых угрях и периоральном дерматите — дополнительное обследование у гастроэнтеролога.

Больные сифилисом также должны быть обследованы в период как раннего, так и позднего сифилиса для исключения поражения нервной и сердечно-сосудистой систем, а также других органов и систем.

Как правило, кожные болезни характеризуются длительным, торпидным течением, сопровождаются частыми и регулярными рецидивами, что приводит к нарушению качества жизни больного. Стресс часто становится провоцирующим фактором

заболевания или его обострения. Кроме того, если заболевание внутренних органов окружающие больного люди не замечают, то кожные болезни скрыть невозможно, поэтому при развитии у пациента различных психогенных реакций также возникает необходимость в консультации психиатра.

Таким образом, при кожных заболеваниях необходимо лечение не только кожи, но и внутренних органов и систем.

Все применяемые методы исследования помогают определить объективное состояние кожи и поставить правильный диагноз. При этом один из главных диагностических критериев — анализ первичных и вторичных морфологических элементов, служащих внешним проявлением патологических процессов, происходящих в коже.