

Глава 3

Принципы диагностики кожных болезней

Диагностика заболеваний кожи основана на результатах тщательного осмотра всего кожного покрова и видимых слизистых оболочек пациента и его всестороннего обследования с использованием клинических и лабораторных методов. Определенное значение для диагностики имеют данные анамнеза и характер субъективных ощущений пациента. Порядок работы с больным включает выслушивание жалоб, предварительный осмотр участков поражения кожи, целенаправленный сбор анамнеза и тщательный осмотр всего кожного покрова и слизистых оболочек. При сборе анамнеза жизни следует обращать внимание на условия труда и быта больного, заболевания, перенесенные самим больным и его родственниками, на склонность к аллергическим реакциям, наследственность, пребывание в эндемически неблагоприятных районах. Собирая анамнез болезни, следует установить ее давность, характер течения, сезонность, выявить возможные причины заболевания. Осмотр больного следует проводить в теплом, хорошо освещенном помещении, лучше всего при рассеянном дневном свете. При осмотре обращают внимание на состояние здоровой кожи: ее окраску, степень увлажнения и сальности, тургор, а также на состояние волосяного покрова и ногтевых пластинок, что дает возможность составить определенное представление о функциональном состоянии кожи.

Объективными признаками заболеваний кожи являются морфологические элементы кожной сыпи, представляющие собой клиническое отображение в коже развивающихся патологических процессов. Все морфологические элементы кожной сыпи разделяют на первичные и вторичные. *Первичными* называют те, которые возникают на неизмененной коже; *вторичные* образуются из первичных путем их естественного развития или

повреждения. К первичным элементам относят пятно, папулу, волдырь, пузырь, пузырек, пустулу, бугорок, узел; к вторичным — вторичные пятна, чешуйку, корку, эскориацию, трещину, эрозию, язву, рубец. Выделяют также особые патологические состояния кожи, которые могут возникать первично и вторично: кератоз, лихенизацию, дерматосклероз, вегетацию, атрофодермию и анетодермию. Морфологические элементы кожной сыпи следует изучать в плане как их клинической характеристики, так и оценки отображаемых ими патологических процессов в коже. Для этой цели нередко прибегают к гистологическому исследованию очагов поражения.

ПЕРВИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ КОЖНОЙ СЫПИ

Пятно (*macula*) — изменение цвета кожи или слизистой оболочки на ограниченном участке. Различают сосудистые (рис. 3.1, а), пигментные (рис. 3.1, б) и искусственные пятна (рис. 3.1, в). Последние возникают в результате попадания красящих веществ в кожу извне, например, при татуировке.

Сосудистые пятна имеют различные оттенки красного цвета. Их возникновение связано со стойким или нестойким расширением сосудов (гиперемические), избыточным образованием сосудов или выходом крови из сосудов (геморрагические). Пятна, возникающие вследствие нестойкого расширения сосудов, отражают воспалительную или рефлекторную сосудистую реакцию; при диаскопии они исчезают. Пятна, возникающие вследствие стойкого расширения сосудов (телеангиэктазии) или их избыточного образования (сосудистые пороки развития, ангиомы),

при диаскопии исчезают частично. Пятна, обусловленные расширением артериальных сосудов, имеют розовый или ярко-красный цвет, а венозных — темно-красный, синюшный. Пятна диаметром до 2 см называют **розеолами**, величиной с ладонь и больше — **эритемами**.



а



б



в

Рис. 3.1. Пятна: а — сосудистое при пламенеющем невусе; б — пигментное при стойкой дисхромической эритеме; в — искусственное, в области правого плеча отмечается татуировка

Пятна, возникающие вследствие выхода крови из сосудов путем диапедеза или после разрыва стенки сосуда, окрашены в пурпурный цвет, при диаскопии они не исчезают. Последовательно окраска геморрагических пятен меняется на коричневый через зеленый и желтый. Геморрагические пятна

величиной до 1 см в диаметре называются **петехиями**, пятна большей величины — **экхимозами**; обширные кровоподтеки — **суггелляциями**; полосовидные — **вибицес**; заболевания и синдромы, характеризующиеся высыпаниями геморрагических пятен, независимо от размеров и формы последних, называют **пурпурой**.

Пигментные пятна возникают вследствие изменения количества пигмента в коже, чаще всего меланина. От количества и распределения меланина зависит цвет кожи основных человеческих рас: черный, желтый, белый. Цвет кожи, обусловленный генетически, называется **конституциональной пигментацией**. Под действием УФЛ количество меланина увеличивается — возникает индуцированная пигментация (загар). Избыточное накопление меланина приводит к развитию гиперпигментированных пятен (меланоз). Эти пятна бывают **меланоцитарными**, обусловленными повышением количества меланина за счет возрастания числа меланоцитов (лентиго), и **меланиновыми**, возникающими при избыточной продукции меланина без увеличения числа самих меланоцитов (хлоазма). При полном исчезновении или отсутствии



а



б

Рис. 3.2. Волдыри: а — бесполое плотноватое возвышение кожи красного или бледно-розового цвета с гладкой поверхностью; б — уртикарные элементы при реакции на укусы насекомых

от рождения пигмента меланина возникают *депигментированные пятна (витилиго)*. Они могут быть обусловлены полным или частичным отсутствием меланоцитов или угнетением их функционального состояния. Гипопигментированные пятна называют *лейкодермой*. Пятна от отложения в коже красящих веществ могут быть эндогенными, например оранжевые пятна от отложения каротина, или экзогенными, образующимися при введении в кожу красящих веществ.

Волдырь (urtica) — бесполое плотноватое возвышение кожи красного или бледно-розового цвета с гладкой поверхностью (рис. 3.2). Возникновение волдырей всегда связано с ощущением зуда и жжения. Волдырь имеет округлую или неправильную форму. В основе его развития лежит ограниченный отек сосочкового слоя дермы в результате остро возникающего расширения капилляров и увеличения проницаемости их стенок. Особенно характерно для волдыря его внезапное, почти мгновенное возникновение, кратковременное (несколько минут или часов) существование и быстрое бесследное исчезновение.

Пузырь (bulla) — полостное однокамерное возвышение эпидермиса, заполненное прозрачной или геморрагической жидкостью, различной формы и величины (рис. 3.3). В зависимости от уровня локализации полости пузыря различают интраэпидермальные (субкорнеальные, супрабазальные) и субэпидермальные пузыри. Полость пузыря возникает лишь при условии предварительного повреждения клеток эпидермиса, нарушения связей между ними или между эпидермисом и дермой. Причины этих повреждений могут быть внешними и внутренними. К внешним относятся трение, высокая и низкая темпе-

ратура, сильные концентрации кислот и щелочей, бактериальные инфекции. Внутренними причинами являются изменения в десмосомах эпидермоцитов (акантолиз) или в зоне эпидермо-дермального соединения (эпидермолиз).

Пузырек (vesicula) — полостное возвышение эпидермиса, имеющее размеры не более горошины, наполненное серозной жидкостью (рис. 3.4). Полость пузырьков всегда расположена интраэпидермально. Возникновению пузырька предшествуют повреждение клеток эпидермиса и нарушение связей между ними. Причины этих повреждений могут быть внешними (внедрение в кожу микробов, грибов, вирусов) или внутренними (например, при истинной экземе). Морфологической основой пузырьков являются внутри- или внеклеточный отек эпидермиса, баллонизирующая дистрофия, очаговый токсический некробиоз эпидермоцитов.



Рис. 3.3. Пузырь на эпитематозном основании у больного буллезным пемфигодом



а



б

Рис. 3.4. Пузырьки: а — микровезикулы при микровезикулярной экземе кистей рук; б — пузырьки *Herpes simplex* (простой герпес)

Гнойничок (*pustula*) — полостное полушаровидное возвышение кожи размером не более горошины, содержащее гной (рис. 3.5). Чаще всего гнойничок формируется в устье волосяного фолликула (остеофолликулит), реже — субэпидермально. Образованию пустулы предшествует повреждение эпидермальных клеток продуктами жизнедеятельности гноеродных микробов (экзогенные факторы инфекционной природы) либо факторами неинфекционной природы (спонгиозформная пустула Когоя при некоторых амикробных пустулезных дерматозах, рис. 3.6). Скопление гноя в глубине кожи или подкожной клетчатке называют **абсцессом**. Иногда пустулы возникают вторично из пузырей или пузырьков (пустулизация).

Узелок (папула, *papula*) — бесполостное возвышение кожи различной плотности и размеров (рис. 3.7). Морфологической основой папулы может быть воспалительная или опухолевая пролиферация эпидермиса, хроническое воспаление или пролиферация опухолевых клеток в дерме, гиперплазия любого структурного элемента дермы, отложение в ней продуктов обмена. Воспалительные папулы окрашены в различные оттенки красного цвета и разрешаются без следа. По форме папулы бывают плоскими (эпидермальными и эпидермо-дермальными), полушаровидными (дермальными) и остроконечными (фолликулярными). По размерам папулы разделяют на милиарные (до 2 мм в диаметре), лентикулярные (до 5–7 мм) и нуммулярные (2–3 см и более). Папулы размером более 5 см в диаметре называют бляшками (рис. 3.7, б).



Рис. 3.5. Гнойничок. Пустулы при фолликулите верхней части головы и акне



Рис. 3.6. Амикробная пустула при пустулезе ладоней и подошв



а



б

Рис. 3.7. Узелки: а — эпидермо-дермальные папулы при псориазе; б — папулы и бляшки при стационарной стадии псориаза



Рис. 3.8. Бугорки при кожном лейшманиозе, вторичные отсевы

Бугорок (*tuberculum*) — бесполостное воспалительное образование, возвышающееся над уровнем кожи или лежащее в ее толще, величиной от просыаного зерна до горошины (рис. 3.8). Консистенция бугорков мягкая или плотная, цвет — от буровато-красного до синюшно-красного. Морфологической основой бугорка является инфекционная гранулема, локализуемая в дерме. После разрешения бугорка всегда остается рубец или рубцовая атрофия.

Узел (*nodus*) — крупное, с лесной орех или куриное яйцо и больше, бесполостное различной плотности возвышение воспалительной и невоспалительной природы, иногда располагающееся в толще кожи, не возвышаясь (рис. 3.9). Морфологической основой узла могут быть острое и неспецифическое хроническое воспаление,

инфекционная гранулема и доброкачественные и злокачественные опухоли подкожной жировой клетчатки. Узлы воспалительной природы окрашены в красный цвет. Узлы, обусловленные острым воспалением, имеют нерезкие контуры, пастозную консистенцию и быстро разрешаются; узлы, возникающие вследствие хронического воспаления или опухолевого роста, отличаются плотностью, хорошей очерченностью и медленным разрешением. Узлы, являющиеся следствием специфического воспаления (инфекционная гранулема) или



Рис. 3.9. Узлы на передней и внутренней поверхностях бедер и голени у больного узловатой эритемой

злокачественного опухолевого процесса, могут распадаться.

ВТОРИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ КОЖНОЙ СЫПИ

Вторичное пятно может быть гиперпигментированным, что чаще обусловлено отложением гемосидерина и реже — меланина, и лейкодермическим (рис. 3.10), вследствие уменьшения количества меланина из-за временного нарушения функции меланоцитов, оказавшихся в зоне воспалительного процесса.

Чешуйка (*squama*) — конгломерат чешуек рогового слоя эпидермиса (рис. 3.11). В нормальных условиях размеры этих конгломератов настолько малы, что их отторжение незаметно для нево-



Рис. 3.10. Лейкодерма. Делигментированные пятна округлой формы на задней поверхности шеи у пациентки с вторичным рецидивным сифилисом. Симптом «немытой кожи» или «ожерелье Венеры»

оруженного глаза (физиологическое шелушение). Интенсивность десквамации у молодых людей за год, без волос и ногтей — 115 г/м^2 . При многих заболеваниях кожи в процесс вовлекается эпидермис и рогообразование нарушается, формируются довольно крупные чешуйки, их отторжение становится видимым и называется патологическим шелушением, то есть шелушение представляет собой клиническое отображение нарушения процесса кератинизации эпидермиса. В зависимости от размеров и вида отторгающихся чешуек различают отрубевидный, крупно- и мелкопластинчатый или эксфолиативный типы шелушения. В основе шелушения в большинстве случаев лежит один из двух видов нарушения рогообразования: гиперкератоз (избыточное рогообразование) и паракератоз (неполноценное рогообразование). Гиперкератоз развивается вследствие как воспалительного, так и дистрофического процессов; паракератоз — всегда из-за воспалительного процесса.

Эрозия (*erosio*) — дефект кожи в пределах эпидермиса, возникающий в результате вскрытия внутриэпидермальных полостей либо вследствие нарушения питания эпидермиса из-за патологического процесса в дерме. Поверхность эрозии розовая или красная, влажная (рис. 3.12). Эрозия на месте полостного образования имеет бахромку отслаивающегося рогового слоя. Эрозия, образовавшаяся в результате нарушения питания из-за патологического процесса в дерме, располагается на инфильтрате. Слившиеся эрозии имеют полициклические очертания.

Эксориация (*excoriatio*) — результат механической травмы кожи при ее расчесывании. Эксориации имеют линейную форму, форму запятой или треугольника. Клинически это либо



а



б

Рис. 3.11. Чешуйки: а — конгломерат чешуек рогового слоя эпидермиса; б — паракератотические чешуйки у больного псориазом



Рис. 3.12. Эрозии в области щеки у ребенка грудного возраста с атопическим дерматитом



Рис. 3.13. Экскориация. Результат механической травмы кожи при ее расчесывании

белые полосы взрыхленного эпидермиса, либо «пунктиры» из кровяных корок, либо сплошные кровянистые корки (рис. 3.13). Если эксkoriирован какой-либо элемент, то очертания, а иногда и размеры, эксkoriации соответствуют площади этого элемента.

Трещина (*rhagada, fissura*) — надрыв кожи линейной формы и различной глубины (рис. 3.14). Возникает при растяжении кожи, утратившей эластичность и прочность из-за того, что она находится в состоянии либо кератоза (обычно в области ладоней и подошв), либо мацерации (в складках тела), либо инфильтрации (в области очагов хронического воспаления либо при пересушивании кожи). Трещины болезненны, легко кровоточат.

Корка (*crusta*) — ссохшийся экссудат (рис. 3.15). По цвету корок можно судить о характере экссудата: серозный экссудат ссыхается в корки медово-желтого цвета, гнойный — зеленовато-серого, геморрагический — черновато-бурого. Определенное значение имеют толщина корок, их консистенция и форма.

Язва (*ulcus*) — дефект дермы или более глубоких тканей (рис. 3.16). Возникает вследствие распада патологически измененных тканей при гнойно-некротическом воспалении, инфекционной гранулеме, злокачественных опухолях. Диагностическое значение имеют края язвы, представляющие собой остатки патологического процесса, приведшего к распаду кожи; дно и характер отделяемого, дающие представление о том, как произошел распад (гнойное расплавление или некроз тканей). Определенное значение имеет форма язвы (блюдцеобразная, кратерообразная, серпигинирующая и т.п.).

Рубец (*cicatrix*) — новообразованная соединительная ткань на месте поврежденной дермы или более глубоких тканей (рис. 3.17). Рисунок кожи в области рубца отсутствует, его цвет розовый или белый. Рубец может располагаться на уровне



Рис. 3.14. Трещина. Надрыв кожи линейной формы и различной глубины у больного эритродермией



Рис. 3.15. Корка. Ссохшийся экссудат в виде гнейса при осложненной форме себорейного дерматита у ребенка грудного возраста

кожи, выстоять над ней (гипертрофический) или быть ниже уровня кожи (атрофический). Если рубцевание происходит без предварительного разрушения кожи, то подобное состояние называется рубцовой атрофией.