

---

**МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ**

---

**Кафедра дерматовенерологии**

**К. И. Разнатовский, Р. А. Равадин, А. А. Вашкевич**

**ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ  
В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ**

**Учебное пособие**

**Санкт-Петербург  
Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
2017**

УДК 616.5:616.97  
ББК 55.83я7  
О-75

**Основы клинической диагностики в дерматовенерологии:** учебное пособие / К.И. Разнатовский, Р.А. Раводин, А.А. Вашкевич. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2017. — 96 с.

**Рецензент:**

д-р мед. наук, профессор кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России **К.Н. Монахов.**

В учебном пособии рассмотрены вопросы клинического обследования дерматовенерологического больного. Подробно разбираются последовательность проведения осмотра, сбор анамнеза, особое внимание уделено морфологическим элементам сыпи на коже и слизистых оболочках, приводится характеристика всех возможных изменений ногтей и волос.

Учебное пособие предназначено для врачей-дерматовенерологов, урологов, гинекологов, а также для врачей общей практики.

Утверждено  
в качестве учебного пособия  
Методическим советом ФГБОУ ВО  
СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
Минздрава России,  
протокол № 2 от 12 мая 2017 г.

© Коллектив авторов, 2017  
© Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2017

---

Редактор *Т.В. Руксина*  
Технический редактор *Е.Ю. Паллей*

Подписано в печать 26.07.2017 г.  
Формат бумаги 60×84/16. Уч.-изд. л. 3,43. Усл. печ. л. 5,58.  
Тираж 100 экз. Заказ № 257.

Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение .....	5
1. Общий осмотр дерматовенерологического больного (требования к проведению осмотра и методика).....	6
1.1. Морфологические элементы кожной сыпи .....	13
1.1.1. Пятно .....	13
1.1.2. Папула.....	19
1.2.3. Серопапула, волдырь, бугорок, узел.....	25
1.1.4. Пузырь, пузырек, гнойничок.....	27
1.1.5. Чешуйка, корка, струп, эскориация, эрозия, трещина, язва .....	31
1.1.6. Рубец, вегетация, лихенификация, кератоз, дерматосклероз, атрофодермия, атрофия, пойкилодер- мия, анетодермия.....	37
1.2. Морфологические элементы сыпи на слизистых оболочках .....	43
1.2.1. Пятно .....	43
1.2.2. Папула, бугорок, узел.....	48
1.2.3. Пузырь, пузырек, эрозия, трещина, язва, рубец.....	52
1.2.4. Вегетация, склероз, атрофия, налет, корка, чешуйка, лихенификация .....	58

---

1.3. Особенности расположения сыпи .....	62
2. Изменения ногтей .....	68
3. Поражения волос.....	70
4. Анализ жалоб и анамнеза дерматовенерологического больного .....	72
5. Логика построения диагноза в дерматовенерологии .....	80
5.1. Перечень диагностически значимых симптомов и клинических методов исследования в дерматовенерологии .....	85
Литература.....	90
Тестовые задания .....	92
Эталоны ответов.....	96

## ВВЕДЕНИЕ

Клиническое обследование в дерматовенерологии остается актуальным и по сей день, несмотря на наблюдаемый в последние годы технический прогресс и успехи в создании искусственного интеллекта. Постановка диагноза остается в компетенции врача-дерматовенеролога, который на основании совокупности выявленных симптомов выносит свое заключение. Выявление этих симптомов базируется на правильной последовательности проведения осмотра, на знании морфологических элементов сыпи на коже и слизистых оболочках, а также на грамотных алгоритмах оценки изменения волос и ногтей. В учебной литературе проведению осмотра, характеристикам элементов сыпи уделяется, на наш взгляд, недостаточно внимания, что требует восполнения данного пробела.

Наша работа выполнена на основе анализа симптомов более 200 дерматологических заболеваний и их описания в литературных источниках конца XIX — начала XXI века. Мы постарались дать наиболее подробную характеристику морфологических элементов сыпи на коже и слизистых оболочках, а также классифицировать все возможные поражения волос и ногтей. Предлагаемый анализ жалоб включает подробную характеристику жалоб, встречающихся у дерматологического больного, а анамнез — вскрывает все многообразие причинных факторов, вызывающих кожную сыпь. В заключении мы отразили логику построения диагноза в дерматовенерологии, которая облегчит процесс диагностики. В пособии приведен наиболее полный перечень диагностически значимых симптомов и клинических методов исследования в дерматовенерологии, а также даны ссылки на наиболее ценные интернет-ресурсы.

# 1. ОБЩИЙ ОСМОТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ТРЕБОВАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ОСМОТРА И МЕТОДИКА)

Дерматологическое обследование пациента должно проводиться в хорошо освещенном помещении, при этом желательно иметь не электрическое, а естественное дневное освещение. В кабинете должна быть комфортная температура воздуха (около 25 °С), но допускается и более низкая температура — около 18–20 °С, это делается для того, чтобы вызвать незначительный спазм поверхностных сосудов кожи (в этом случае становятся более заметными любые воспалительные экзантемы на коже, в частности, сифилитическая розеола). В арсенале врача должны иметься: одноразовые перчатки, лупа, предметное стекло, одноразовый скальпель, пуговчатый зонд (или спичка), пинцет, шпатель, йод, ватные палочки, пробирки с горячей водой, кубики льда, дерматоскоп и микроскоп (с набором инструментов для взятия биоматериала и приготовления препарата).

Врач должен внимательно наблюдать за входящим в кабинет пациентом, отмечая про себя любые детали: внешний вид, выражение лица, позу пациента, походку и даже то, как пациент одет (опрятно, неопрятно, ярко, безвкусно и т.д.). Это помогает оценить его психологический настрой и отношение к себе.

При некоторых заболеваниях (лепре, грибковидном микозе) лицо за счет инфильтрации тканей может напоминать морду льва — *facies leonine*, при сифилисе может изменяться форма носа — седловидный нос, при розацеа ткани носа разрастаются — он стано-

вится шишковидным, а при туберкулезной волчанке нос уменьшается в размерах и приобретает форму птичьего клюва. При псориазе вдоль края роста волос на голове нередко располагаются воспалительные папулы — так называемая псориазная корона. Волосы при сифилисе могут напоминать мех, изъеденный молью, а при дерматомиозите пациенту бывает трудно поднять руки вверх, снять рубашку, расчесать волосы. Опытные доктора, только увидев пациента, иногда сразу могут заподозрить ряд заболеваний, однако даже им в этом случае не стоит переоценивать свои возможности. Для достоверной диагностики того или иного дерматоза требуется тщательный осмотр пациента и исследование его жалоб и анамнеза.

Не все пациенты одинаково доброжелательно настроены на общение с врачом (многие из них пребывают в состоянии тревоги или стресса), поэтому главная задача доктора на начальном этапе знакомства с больным состоит в том, чтобы его успокоить и настроить на доверительную беседу. Затем можно приступить к краткому ознакомлению с жалобами. В этом случае про себя стоит отмечать ключевые фразы, например, указание на зуд, усиливающийся ночью (что характерно для чесотки) или зуд после водных процедур (свойственный экземе) и т.д. При первичном знакомстве с жалобами не стоит вдаваться в подробности и излишние детали, поскольку пациент может Вас далеко увести от предмета разговора, и Вы будете искать, по образному выражению профессора Родионова, черную кошку в темной комнате. В ряде случаев пациент не может словами описать то, что его беспокоит, предлагая сразу перейти к осмотру. В этом случае уместно предложить больному раздеться, а для этого в кабинете врача должна быть ширма (чтобы создать комфортные условия для раздевания пациента, ведь многие люди начинают комплексовать, особенно когда идет речь о высыпаниях в интимных зонах). Некоторые пациенты предлагают поднять белье, чтобы продемонстрировать сыпь, однако на это нельзя соглашаться, настаивая на необходимости раздеться, по возможности, полностью (до пояса сверху, а затем, одевшись сверху, раздеться снизу и наоборот). Это избавит Вас от ошибочных заключений о распространенности дермато-

за, его локализации и группировке кожной сыпи. Кроме того, Вы можете обратить внимание на другие симптомы, которые могут не беспокоить больного, но представлять куда большую опасность чем та проблема, с которой он к Вам обратился. Нам неоднократно удавалось при полном осмотре больного диагностировать меланомы на начальных этапах своего развития, которые абсолютно не беспокоили пациента на момент обращения.

Начинать осмотр следует с очага поражения кожи или слизистой оболочки. При этом сначала вы осматриваете сыпь достаточно бегло, не сильно фиксируя свое внимание на ней, а затем переходите к осмотру кожи (слизистой оболочке) вокруг высыпаний, а затем осматриваете пациента полностью, попросив его медленно поворачиваться вокруг себя. При осмотре лучше использовать естественное дневное освещение. Иногда при осмотре кожи возникает необходимость пользоваться лупой с увеличением в 3–5 раз. Осмотрев больного целиком, необходимо вновь вернуться к осмотру очага поражения кожи (слизистой оболочки). Теперь этот осмотр должен проводиться более подробно и тщательно. Вы должны ответить для себя на ряд вопросов: 1) какими морфологическими элементами представлена сыпь, 2) особенности расположения сыпи (распространенность, симметричность), 3) взаимное расположение элементов сыпи, 4) локализация сыпи, 5) изменения кожи за пределами очагов поражения, 6) симптомы на неизменной коже, 7) изменения волос, 8) изменения ногтей.

При осмотре имеющихся высыпаний необходимо проанализировать, носит сыпь мономорфный характер (представлена одним первичным морфологическим элементом кожной сыпи) или полиморфный (представлена двумя и более первичными морфологическими элементами кожной сыпи). Оценивая элементы кожной сыпи, необходимо их пропальпировать (чтобы определить их консистенцию, глубину расположения, подвижность, форму, размеры, болезненность и температуру в сравнении с окружающей кожей), поскоблить — это можно сделать ногтем или краем предметного стекла (таким образом можно выявить скрытое шелушение, определить его характер, а также обнару-



жить ряд специфичных для некоторых заболеваний симптомов, например, псориазическую триаду). Используя то же самое стекло, можно надавить на элементы сыпи (этот прием называется витропрессия, она позволяет отличить воспалительное пятно от геморрагического, последнее не исчезает при надавливании, а также отличить бугорок от папулы). При надавливании на бугорок через стекло просвечивает желтовато-бурое пятно, напоминающее по цвету яблочное желе, поэтому данный симптом и называется симптомом «яблочного желе».

При оценке элементов сыпи (узлов, папул и бугорков) может использоваться пуговчатый зонд. Им надавливают на элемент сыпи, определяя его болезненность (болезненность при надавливании, например, характерна для сифилитических папул), а также легкость его вхождения в ткань (при надавливании на бугорок при туберкулезной волчанке зонд легко проваливается в ткань, как в пустоту, такое же ощущение встречается и при надавливании на узлы при нейрофиброматозе).

При исследовании элементов сыпи могут использоваться и другие приемы. Так, при исследовании пузыря врач осторожно надавливает пальцем на его покрывку сверху, наблюдая, увеличивается ли пузырь по площади (симптом Асбо–Хансена). При анализе эрозий врач старается пинцетом захватить обрывки эпидермиса по периферии эрозии и тянет их в сторону здоровой кожи, наблюдая за площадью эрозии (происходит ли увеличение ее размеров). При некоторых заболеваниях (пузырчатке, буллезном пемфигоиде) площадь эрозий при этом может значительно увеличиться. Подробнее о специфичных симптомах при исследовании элементов сыпи поговорим при подробном рассмотрении каждого отдельного элемента кожной сыпи и высыпаний на слизистых оболочках.

Осмотр слизистых оболочек имеет ряд особенностей, связанных с соблюдением определенной последовательности действий. Осмотр слизистой оболочки полости рта начинают с осмотра красной каймы губ (оценивают целостность эпителия, наличие сыпи), затем просят пациента вывернуть наружу слизистую оболочку сначала нижней, а затем верхней губы (исключа-

ют наличие сыпи). Потом берут в руки шпатель и с его помощью осматривают слизистую оболочку щек и переходных складок на нижней и верхней челюсти (акцентируют внимание на состоянии выводных протоков околоушных желез и наличии высыпаний). При обнаружении высыпаний или налета с помощью шпателя пытаются определить их консистенцию. Затем просят высунуть язык и осматривают его спинку (оценивают форму, рисунок слизистой оболочки, наличие высыпаний, оценивают наличие или отсутствие налета), а также боковые поверхности языка (смотрят на наличие (отсутствие) отпечатков зубов по краю языка, оценивают сыпь, наличие налета). Далее пациент поднимает язык, позволяя осмотреть его нижнюю поверхность и дно полости рта (оценивают выводные протоки подъязычных желез, цвет слизистой оболочки). На следующем этапе осматривают твердое и мягкое нёбо (оценивают цвет слизистой оболочки, наличие высыпаний), нёбные дужки и миндалины (обращая внимание на их цвет, размеры, наличие гнойных пробок). Затем акцентируют внимание на задней стенке глотки, отмечая ее цвет, присутствие зернистости.

Осмотр половых органов у мужчин лучше проводить на фоне задержки мочеиспускания на 3–4 часа. Сначала осматривают кожу лобка, паховых складок и внутренней поверхности бедер, обращая внимание на наличие или отсутствие высыпаний, увеличение паховых лимфоузлов. Осмотр лимфатических узлов обязательно дополняют пальпацией, проверяя их болезненность (безболезненность), консистенцию, размеры и подвижность. Затем осматривают половой член: корень, ствол. Просят пациента открыть головку, обращая внимание на наружный и внутренний листки крайней плоти. При осмотре головке акцентируют внимание на наличии (отсутствии) высыпаний, налета, затем осматривают наружное отверстие уретры (оценивают его диаметр, воспаление губок, наличие и характер выделений). В случае обильных выделений из мочеиспускательного канала марлевым шариком снимают первую каплю, просят пациента развести (раскрыть) губки уретры и ложкой Фолькмана забирают материал с поверхности уретры для приготовления мазков и

проведения других лабораторных исследований (посевов, ПЦР и др.). Затем осматривают со всех сторон мошонку и пальпируют яички, их придатки, определяя их болезненность (безболезненность), размеры, консистенцию. После осмотра (при наличии воспаления в уретре) пациента просят помочиться и ставят 2- или 3-стаканную пробу. Для осмотра перианальной зоны пациента просят руками развести ягодицы. При наличии эрозивных (язвенных) поражений наружных половых органов и кожи перианальной области с их поверхности берут отделяемое для исследования на наличие бледной трепонемы (темнопольной микроскопии).

Осмотр половых органов у женщин производят в гинекологическом кресле. Вначале осматривают лобок, большие половые губы, кожу промежности, перианальной области, обращая внимание на наличие высыпаний и выделений. Двумя пальцами в перчатке или шпателями раздвигают большие и осматривают малые половые губы, клитор. Затем раздвигают малые половые губы и осматривают наружное отверстие уретры и преддверие влагалища, акцентируя свое внимание на цвете слизистой оболочки, наличии высыпаний и выделений из уретры и влагалища. При наличии воспаления или выделений из мочеиспускательного канала врач двумя пальцами разводит губки уретры и ложкой Фолькмана забирает материал с ее поверхности для приготовления мазков и проведения других исследований.

У женщин, живших половой жизнью, осматривают влагалище при помощи двустворчатого зеркала Куско (при этом оценивают положение шейки матки, наличие (отсутствие) эрозивных или язвенных поражений эктоцервикса, характер выделений из цервикального канала и влагалища, а также состояние слизистой влагалища). Ложкой Фолькмана убирают слизистую пробку из эктоцервикса и забирают материал из цервикального канала для приготовления мазков и проведения других исследований, аналогично из заднего свода влагалища производят взятие биоматериала для микробиологических и других исследований. Затем с помощью двух шпателей раздвигают и осматривают складки

прямой кишки в области анального отверстия. При наличии эрозивных или язвенных поражений вульвы и кожи перианальной области с их поверхности берут отделяемое для исследования на наличие бледной трепонемы.

После осмотра элементов сыпи необходимо вернуться к жалобам больного и снова их проанализировать с позиции обнаруженных симптомов на коже, слизистых оболочках, а также имеющихся изменений волос и ногтей. Например, заподозрив чесотку, мы будем прицельно выяснять, беспокоит ли нашего пациента ночной зуд, каждый раз возвращая больного к зуду, если он будет стараться рассказать нам об его якобы предполагаемой аллергии, лечением которой он безрезультатно занимается уже 3–4 месяца. С этих же позиций необходимо изучить анамнез заболевания: 1) как развилась болезнь (остро или постепенно), 2) где локализовались изначальные высыпания, 3) выясним предполагаемые факторы и условия, провоцирующие заболевание (в случае чесотки уточняем, есть ли зуд у кого-то из членов семьи и т.д.), 4) течение и длительность заболевания, 5) имеющиеся сопутствующие заболевания, 6) сопутствующие проявления аллергии, 7) отягощенную наследственность, 8) взаимосвязь заболевания с вредными привычками.

После этого иногда бывает полезным вновь вернуться к осмотру высыпаний для того, чтобы прийти к заключению.

На основании собранной информации врач выставляет предварительный диагноз, который может быть уточнен в процессе наблюдения за больным. Иногда собранной информации бывает недостаточно для постановки диагноза, тогда необходимо прибегнуть к дополнительным методам обследования: микроскопии, гистологической диагностике, дерматоскопии, а при необходимости могут применяться бактериологические и серологические исследования. Учитывая традиции отечественной дерматологической школы «лечить не болезнь, а больного», заложенные С.П. Боткиным и А.Г. Полотебновым, мы нередко прибегаем к общему обследованию пациента. В это обследование входят: клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, серологические исследования крови на сифилис, гепатиты и

ВИЧ, рентгенография органов грудной клетки, по показаниям ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек, а также фиброгастроуденоскопия.

## 1.1. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ КОЖНОЙ СЫПИ

### 1.1.1. Пятно

Все заболевания кожи представлены разнообразными высыпаниями, которые можно подразделить на отдельные составные элементы, получившие название морфологических элементов кожной сыпи. Это так называемая «дерматологическая азбука», которая была разработана и предложена в 1817 году английским дерматологом Вилланом и доработана его учеником Бейтманом. Морфологические элементы кожной сыпи подразделяются на первичные и вторичные, а также включают в себя состояния кожи. Первичные элементы возникают на неизменной коже, поэтому представляют наибольшую диагностическую ценность. Вторичные элементы являют собой результат дальнейшей эволюции первичных высыпаний (например, после вскрытия пузыря образуется эрозия или язва, представляющие собой вторичные элементы кожной сыпи), поэтому они менее ценны при диагностике дерматозов. Первичных элементов кожной сыпи — девять: пятно, узелок (папула), серопапула, бугорок, узел, волдырь, пузырек, пузырь, гнойничок (пустула). Ко вторичным элементам кожной сыпи относят: вторичное пятно, рубец, эрозию, язву, эксфолиацию, корку, чешуйку, трещину, анетодермию, струп, а также состояния кожи — кератоз, лихенификацию, атрофию, атрофодермию, вегетации, дерматосклероз и пойкилодермию. Состояния кожи преходящи и в случае устранения провоцирующих факторов в ряде случаев могут самостоятельно разрешаться.

**Пятно** — ограниченное изменение окраски кожи без изменения ее рельефа и консистенции. Пятна могут быть сосудистыми, пигментными и искусственными. Сосудистые пятна связаны с изменением сосудов кожи, в зависимости от этих изменений они могут быть гиперемическими (при расши-

рении сосудов кожи), ишемическими (при спазме сосудов), телеангиэктатическими (при паралитическом расширении или новообразовании сосудов), геморрагическими (при разрыве или повышении проницаемости сосудистой стенки). Гиперемические пятна наиболее часто связаны с расширением сосудов при воспалении, в таком случае их именуют воспалительными, реже расширение сосудов носит рефлекторный характер — тогда речь идет о рефлекторных пятнах (так называемая эритема стыдливости либо реакция на прием раздражающей пищи или алкоголя). Рефлекторные пятна характеризуются кратковременным существованием и быстро бесследно разрешаются, поэтому особого диагностического значения не имеют (за исключением, пожалуй, одного заболевания — розацеа). То же самое относится и к ишемическим пятнам, которые встречаются достаточно редко и диагностически значимы лишь при одном заболевании — болезни (синдроме) Рейно. Пигментные пятна (первичные) возникают на неизменной коже и связаны с изменением содержания в ней коричневого пигмента — меланина. В зависимости от этого первичные пигментные пятна могут быть: гиперпигментными (при увеличении концентрации меланина в эпидермисе), гипопигментными (при уменьшении концентрации меланина в эпидермисе) и депигментными (при отсутствии меланина в эпидермисе). Искусственные пятна связаны с попаданием красящих веществ в кожу, при этом красящие вещества могут попадать в кожу как снаружи — татуировки, так и изнутри — с кровью — это токсидермии (аргирия, каротинодермия). Дерматологов больше интересует последняя разновидность искусственных пятен.

Вторичные пятна являются результатом эволюции любых первичных элементов кожной сыпи и могут быть либо гиперпигментными, либо гипопигментными.

**Первичное пятно** — пятно, которое возникает первично на неизменной коже.

**Воспалительное пятно** — первичное пятно различных оттенков красного цвета, связанное с расширением сосудов кожи при воспалении.

Имеет следующие характеристики:

1. Красный цвет (различных оттенков красного).
2. Окраска может быть равномерной или неравномерной.
3. Размеры.
4. Форма.
5. Границы (края).
6. Может иметь шелушение (скрытое шелушение).
7. Может иметь скрытое мокнутие — появление отдельных микроэрозий, выделяющих серозный экссудат при поскабливании пятна.
8. При диаскопии (надавливании на него прозрачным стеклом) пятно исчезает полностью.
9. Динамика — бесследное исчезновение, периферический рост без разрешения (слияние с другими пятнами) и т.д.

**Телеангиэктатическое пятно** — первичное пятно различных оттенков красного цвета вследствие паралитического расширения или новообразования сосудов.

Имеет следующие характеристики:

1. Цвет (красный или синюшно-красный (винный)).
2. Времени появления:
  - врожденное;
  - приобретенное.
3. Окраска может быть равномерной или неравномерной.
4. Размеры.
5. Форма пятна (округлая, паукообразная, древовидная (сетчатая), полосовидная, неправильная).
6. Границы (края).
7. Может иметь шелушение (скрытое шелушение) или оно отсутствует.
8. При диаскопии (надавливании на него прозрачным стеклом) пятно исчезает полностью или пульсирует.
9. Динамика — бесследное исчезновение, периферический рост без разрешения (слияние с другими пятнами) и т.д.

**Геморрагическое пятно** — первичное пятно красного (красно-коричневого) цвета на коже вследствие разрыва, воспаления или повышения проницаемости сосудов.

Имеет следующие характеристики:

1. Цвет (синюшно-красный, красно-коричневый, желто-красно-коричневый).
2. Окраска может быть равномерной или неравномерной.
3. Размеры.
4. Границы (края).
5. При пальпации:
  - пальпаторно не определяется;
  - пальпируемая пурпура (определяется пальпаторно в виде незначительного уплотнения).
6. Может иметь шелушение (скрытое шелушение).
7. При диаскопии (надавливании на него прозрачным стеклом) пятно остается, сохраняя свой красно-коричневый цвет, напоминающий ржавчину.
8. Динамика — без динамики, периферический рост без разрешения (со слиянием отдельных пятен), периферический рост с разрешением, образование пузыря в центре пятна и т.д.

**Гиперпигментное пятно** — первичное пятно различных оттенков коричневого (черного) цвета вследствие увеличения содержания в эпидермисе коричневого пигмента — меланина.

Имеет следующие характеристики:

1. По времени появления:
  - врожденное;
  - приобретенное.
2. Окраска:
  - монохроматичная (присутствует только один цвет или его оттенок):
    - темно-коричневая;
    - светло-коричневая;
    - желто-коричневая;
    - розово-коричневая;
    - красно-коричневая;
    - черная;
    - темно-синяя.
  - полихроматичная (пятно одновременно содержит разные цвета: коричневый, черный, розовый, синий).



3. Равномерность окраски:
  - равномерная;
  - неравномерная.
4. Размеры.
5. Границы (края).
6. Асимметричность:
  - отсутствует;
  - присутствует.
7. Может иметь шелушение (скрытое шелушение).
8. Имеется (отсутствует) положительная проба Бальцера — при смазывании пятна и окружающей кожи спиртовым раствором йода или анилиновой краски пигментированная кожа окрашивается значительно ярче, чем здоровая.
9. Имеется (отсутствует) симптом Унны–Дарье — возникновение волдыря после растирания пигментного пятна.
10. Динамика — без динамики, периферический рост без разрешения, периферический рост с неравномерным разрешением, трансформация в узел, изъязвление, бесследное исчезновение и т.д.

**Гипопигментное пятно** — первичное пятно, возникшее вследствие уменьшения содержания в коже коричневого пигмента — меланина. Характерно для сифилитической лейкодермы.

Имеет следующие характеристики:

1. Размеры.
2. Границы (края).
3. Может шелушиться.
4. Динамика:
  - без изменений;
  - периферический рост без пигментации;
  - периферический рост с пигментацией;
  - пигментация.

**Депигментное пятно** — первичное пятно вследствие исчезновения в коже коричневого пигмента — меланина. Является визитной карточкой витилиго.

Имеет следующие характеристики:

1. По времени появления:

- врожденное;
  - приобретенное.
2. Размеры.
  3. Границы (края)
  4. Может шелушиться.
  5. Динамика:
    - без динамики;
    - периферический рост без пигментации;
    - периферический рост с пигментацией;
    - пигментация.

**Искусственное пятно** — пятно, связанное с попаданием в кожу красящих химических веществ, в норме в ней не встречающихся. Представлено наиболее часто татуировками, иногда встречается при токсикодермии — аргирии (интоксикациях серебром), каротинодермии (чрезмерном употреблении в пищу моркови или морковного сока).

Имеет следующие характеристики:

1. По этиологии:
  - искусственное, связанное с попаданием химических веществ в кожу экзогенно;
  - искусственное, связанное с попаданием химических веществ в кожу с кровью (эндогенно).
2. Цвет.
3. Размеры.
4. Динамика:
  - без изменений;
  - превращение в бугорок и/или специфический узел;
  - бесследное исчезновение.

**Вторичное пятно** — пятно, образующееся из первичных элементов кожной сыпи в процессе их дальнейшего развития.

**Гиперпигментное пятно** — вторичное пятно, связанное с увеличением количества меланина в коже.

Имеет следующие характеристики:

1. Размеры.
2. Границы (края).
3. Может шелушиться.

#### 4. Динамика:

- без изменений;
- бесследное исчезновение.

**Гипопигментное пятно** — вторичное пятно, связанное со снижением количества меланина в коже.

Имеет следующие характеристики:

1. Размеры.
2. Границы (края).
3. Может шелушиться.
4. Динамика:
  - без изменений;
  - периферический рост без пигментации;
  - периферический рост с пигментацией;
  - пигментация.

Подробнее с характеристиками пятен и их фотографиями при различных дерматологических заболеваниях можно ознакомиться на сайте <https://logoderm.ru/docschool/level2/>

### 1.1.2. Папула

**Папула (узелок)** — первичный морфологический элемент кожной сыпи, возвышающийся над поверхностью кожи, плотный при пальпации и отражающий изменения в эпидермисе и/или дерме. По форме поверхности папулы подразделяют на плоские, полушаровидные (валикообразные) и остроконечные. Последний вид папул всегда привязан к волосяным фолликулам, поэтому их еще называют фолликулярными. По происхождению выделяют папулы эпидермального происхождения (связаны с изменениями в эпидермисе), дермального происхождения (связаны с изменениями в дерме) и эпидермально-дермального происхождения (отражают изменения в эпидермисе и дерме). Все папулы, в образовании которых задействован эпидермис, имеют плоскую поверхность (наиболее типичный пример — плоские, подошвенные и вульгарные бородавки). В зависимости от размеров папулы бывают милиарными (что буквально означает размером с просыное зерно) (1–2 мм в диаметре), лентикулярными (размером с чечевицу) (3–5 мм в ди-

аметре) и нуммулярными (5 мм — 5 см) (размером с монету), папулы большего размера именуют бляшками. Консистенция папул разнообразна и связана с их природой (папулы воспалительной природы имеют, как правило, плотно-эластичную консистенцию, а опухолевой — различную от мягко-эластичной до плотной).

**Полусферовидная (валикообразная) папула (узелок)** — первичный морфологический элемент кожной сыпи, возвышающийся над уровнем кожи, плотный при пальпации и имеющий полусферовидную (валикообразную) поверхность. Имеет, как правило, дермальное происхождение. Встречается при контагиозном моллюске, чесотке, кольцевидной гранулеме, ангиоретикулезе Капоши, нейрофиброматозе, претибиальной микседеме, ксантоматозе, гемодермиях, новообразованиях кожи (базалиомах, фибропапилломах, лейомиомах, ботримикоме).

Имеет следующие характеристики:

1. Поверхность:
  - с пупковидным вдавлением в центре;
  - гладкая.
2. Цвет.
3. Равномерность окраски.
4. Имеется (отсутствует) блеск поверхности папулы при боковом освещении.
5. Границы (края):
  - округлые;
  - неправильные;
  - полосовидные.
6. Размеры.
7. Может иметь шелушение (скрытое шелушение — появление видимых глазом чешуек при поскабливании папулы).
8. Имеется (отсутствует) симптом Ядассона — болезненность при вертикальном надавливании на папулу тупым зондом.
9. При диаскопии (надавливании на нее прозрачным стеклом):
  - папула полностью обесцвечивается;
  - папула полностью не обесцвечивается (появление центрально расположенных пятнышек желтовато-корич-

- невого цвета — положительный симптом яблочного желе);
- папула полностью не обесцвечивается (отчетливо выявляется желтая окраска папулы);
  - папула полностью не обесцвечивается (отчетливо выявляется коричневая (черная) окраска папулы);
  - папула полностью не обесцвечивается (отчетливо выявляется красно-коричневая окраска папулы);
  - отмечается пульсация папулы;
  - папула не меняет окраску.
- 10. Имеется (отсутствует) симптом западающей кнопки — ощущение проваливания в пустоту при надавливании на папулу.
  - 11. Имеется (отсутствует) симптом Унны–Дарье — покраснение и возникновение волдыря на поверхности папулы после ее растирания.
  - 12. Имеется (отсутствует) симптом щипка — появление кровозлияний (геморрагических пятен) на поверхности папулы при ее трении или прищипывании.
  - 13. Имеется (отсутствует) симптом ямочки — при сдавливании кожи по бокам папулы она как бы проваливается внутрь, образуя ямку.
  - 14. Основание и окружение.
  - 15. Динамика.

**Остроконечная (фолликулярная) папула** — первичный морфологический элемент кожной сыпи, возвышающийся над поверхностью кожи, плотный при пальпации и имеющий конусообразную форму. Наиболее характерна для фолликулярной формы красного плоского лишая, шиповидного лишена, фолликулярного кератоза, болезни Дарье.

Имеет следующие характеристики:

1. Цвет.
2. Границы (края).
3. Размеры.
4. Кератоз на поверхности:
  - отсутствует;
  - присутствует.

5. Имеется (отсутствует) скрытое шелушение — появление видимых глазом чешуек при поскабливании папулы.
6. Имеется (отсутствует) блеск поверхности папулы при боковом освещении.
7. Имеется (отсутствует) псориатическая триада — симптомы стеаринового пятна, терминальной пленки и кровяной росы.
8. Имеется (отсутствует) симптом яблочного желе — появление центрально расположенных пятнышек желтовато-коричневого цвета (цвета яблочного желе) при надавливании на папулу прозрачным стеклом.
9. Основание и окружение.
10. Динамика:
  - без динамики
  - некроз в центре и изъязвление с последующим рубцеванием;
  - мацерация и эрозирование;
  - рубцевание без изъязвления;
  - периферический рост и слияние с другими папулами с образованием бляшки;
  - периферический рост с разрешением в центре;
  - бесследное разрешение.

**Плоская папула** — первичный морфологический элемент кожной сыпи, возвышающийся над уровнем кожи, плотный при пальпации и имеющий плоскую поверхность. Имеет эпидермальное или эпидермо-дермальное происхождение. Наиболее часто встречается при бородавках, бородавчатом туберкулезе кожи, красном плоском лишае, псориазе, вторичном сифилисе, новообразованиях кожи (себорейные кератомы, дерматофибромы).

Имеет следующие характеристики:

1. Поверхность:
  - с пупковидным вдавлением в центре;
  - гладкая;
  - с расширенными фолликулярными устьями;
  - кратерообразная;

- 
- неровная (шероховатая).
2. Окраска:
    - монохроматичная (один цвет):
      - розовый;
      - красный;
      - желтый;
      - синюшно-красный (сиреневый);
      - коричневый;
      - нормальной кожи;
      - фарфорно-белый;
      - черный;
      - бурый;
      - желто-бурый;
      - желто-красный;
      - желто-розовый;
      - желто-серый;
      - медно-красный;
      - темно-синий.
    - полихроматичная (смесь цветов: черного, коричневого, розового, темно-синего).
  3. Равномерность окраски.
  4. Границы (края).
  5. Размеры.
  6. Шелушение.
  7. Имеется (отсутствует) псориатическая триада — симптомы стеаринового пятна, терминальной пленки и кровяной росы.
  8. Имеется (отсутствует) скрытое шелушение — появление видимых глазом чешуек при поскабливании папулы.
  9. Имеется (отсутствует) блеск поверхности папулы при боковом освещении.
  10. Имеется (отсутствует) сетка Уикхема — белесоватый сетчатый рисунок при смачивании поверхности папулы водой или маслом.
  11. Имеется (отсутствует) симптом Ядассона положительный — болезненность при вертикальном надавливании на папулу тупым зондом.

12. Имеется (отсутствует) феномен Кебнера — появление свежих папул на месте механического раздражения кожи.
13. Имеется (отсутствует) симптом пурпуры — появление кровоизлияний на поверхности папулы при интенсивном покабливании.
14. При диаскопии (изменение окраски папулы при надавливании на нее прозрачным стеклом):
  - папула полностью обесцвечивается;
  - папула полностью не обесцвечивается (появление центрально расположенных пятнышек желтовато-коричневого цвета — положительный симптом яблочного желе);
  - папула полностью не обесцвечивается (отчетливо выявляется желтая окраска папулы);
  - папула полностью не обесцвечивается (отчетливо выявляется коричневая (черная) окраска папулы);
  - папула полностью не обесцвечивается (отчетливо выявляется красно-коричневая окраска папулы);
  - папула полностью не обесцвечивается (отмечается пульсация папулы);
  - папула не меняет окраску.
15. Имеется (отсутствует) симптом Унны—Дарье положительный — покраснение и возникновение волдыря на поверхности папулы после ее растирания.
16. Имеется (отсутствует) симптом ямочки — при сдавливании кожи по бокам папулы она как бы проваливается внутрь, образуя ямку.
17. Основание и окружение.
18. Динамика: без динамики, некроз в центре и изъязвление с последующим рубцеванием, мацерация и эрозирование, рубцевание без изъязвления и т.д.

Подробнее с характеристиками папул и их фотографиями при различных дерматологических заболеваниях можно ознакомиться на сайте <https://logoderm.ru/docschool/level2/>



### 1.2.3. Серопапула, волдырь, бугорок, узел

**Серопапула** — первичный элемент кожной сыпи, представляющий собой папулу, расположенную на волдыре и увенчанную пузырьком (везикулой). Характерна для стропулюса, встречается при укусах насекомых (гамазовых клещей), особенно часто у детей.

Имеет следующие характеристики:

1. Цвет:
2. Размеры.
3. Содержимое пузырька:
  - серозное
  - серозно-геморрагическое.
4. Динамика:
  - формирование папул, покрытых коркой;
  - разрешение с формированием вторичных гипо-(гипер-) пигментных пятен.

**Волдырь** — первичный морфологический элемент кожной сыпи, возвышающийся над поверхностью кожи, который возникает вследствие острого ограниченного отека сосочкового слоя кожи. Встречается при крапивнице, укусах насекомых (комаров), уртикарном васкулите.

Имеет следующие характеристики:

1. Цвет.
2. Размеры.
3. Динамика:
  - бесследное разрешение;
  - разрешение с образованием (геморрагического) пигментного пятна;
  - образование пузырька в центре волдыря, превращающегося в пустулу;
  - трансформация в пузырь;
  - длительность существования не более нескольких часов;
  - длительность существования более суток.

**Бугорок** — первичный морфологический элемент кожной сыпи, представляющий собой уплотнение кожи, возвышающееся над ее поверхностью или располагающееся вровень с ней, ко-

торый является продуктом специфического (гранулематозного) воспаления в дерме. Встречается при туберкулезе, лейшманиозе, третичном сифилисе. Подробнее с характеристиками бугорка можно ознакомиться на сайте <https://logoderm.ru/docschool/level2/>

Имеет следующие характеристики:

1. Форма поверхности:
  - плоская;
  - полушаровидная;
  - остроконечная.
2. Цвет.
3. Размеры.
4. Консистенция.
5. Имеется (отсутствует) блеск поверхности при боковом освещении.
6. Имеется (отсутствует) симптом зонда — проваливание зонда в рыхлую ткань при надавливании на бугорок с образованием ямки или перфорации, что вызывает боль или кровотечение.
7. Имеется (отсутствует) шелушение поверхности.
8. Имеется (отсутствует) скрытое шелушение — появление видимых глазом чешуек при поскабливании бугорка.
9. Имеется (отсутствует) положительный симптом яблочного желе — появление центрально расположенных пятнышек желтовато-коричневого цвета (цвета яблочного желе) при надавливании на бугорок прозрачным стеклом.
10. Динамика — без динамики, изъязвление с последующим рубцеванием, разрешение без изъязвления с образованием рубцовой атрофии, трансформация в специфический узел (инфильтрат).

**Узел** — первичный морфологический элемент кожной сыпи, представляющий собой уплотнение кожи, возвышающееся над ее поверхностью или располагающееся вровень с ней, определяясь при этом пальпаторно, и отражающий изменения в глубоких отделах дермы и гиподерме. Размеры узла колеблются от лесного ореха до голубинового яйца и более. Консистенция его может быть

различна и зависит от его происхождения. Узлы могут быть воспалительного и невоспалительного происхождения. Воспалительные узлы в свою очередь подразделяются на воспалительные узлы вследствие гранулематозного (специфического) воспаления (при лейшманиозе, гуммозном сифилиде, скрофулодерме, саркоидозе) и обычного (негранулематозного) воспаления (при фурункулах, гидрадените, узловой эритеме, панникулитах).

Имеет следующие характеристики:

1. Цвет.
2. Размеры.
3. Консистенция:
  - мягко-эластическая (пастозная);
  - плотно-эластическая;
  - твердая (деревянистой плотности);
  - флюктуирующая (характеризуется чувством волнообразного движения, возникающим под пальцами врача при пальпации узла с жидким содержимым).
4. Подвижность.
5. Контуры.
6. Отношение к поверхности кожи:
  - возвышается над поверхностью кожи;
  - не возвышается над поверхностью кожи;
  - западает с образованием блюдцеобразного вдавления.
7. Кожа над узлом.
8. Имеется (отсутствует) симптом Унны–Дарье — покраснение и возникновение волдыря на поверхности узла после его растирания.
9. Динамика — без динамики, периферический рост (со сливанием с другими узлами), периферический рост с формированием инфильтрата, изъязвление с последующим рубцеванием, обызвествление.

#### **1.1.4. Пузырь, пузырек, гнойничок**

**Пузырь (булла)** — первичный морфологический элемент кожной сыпи, представляющий собой полостное однокамерное образование размерами более 0,5 см в диаметре. В пузыре выделяют

полость, содержимое, дно и покрывку. Покрывка пузыря может быть дряблой или напряженной, что в значительной степени зависит от ее толщины. Содержимое пузырей может быть серозным или серозно-геморрагическим, что отражает глубину их расположения в коже. Фотографии пузырей при различных дерматозах представлены на сайте <https://logoderm.ru/docschool/level2/>

В зависимости от уровня возникновения пузырей в коже, выделяют: интраэпидермальные пузыри и субэпидермальные пузыри, образующиеся по механизму акантолиза и эпидермолиза соответственно. Акантолиз и эпидермолиз могут быть связаны с аутоиммунными механизмами, с действием бактериальных токсинов, а также являться следствием внешних воздействий (температурных, химических, механических, УФО). Интраэпидермальные пузыри локализуются в пределах эпидермиса (выше базальной мембраны), а субэпидермальные пузыри — под эпидермисом в зоне базальной мембраны или глубже (на уровне сосочков дермы). Интраэпидермальные пузыри разрешаются бесследно, а субэпидермальные пузыри могут оставлять после себя рубцы. Интраэпидермальные пузыри, в свою очередь, могут быть субкорнеальными (локализоваться под роговым слоем эпидермиса) и супрабазальными (располагаться над базальным слоем клеток эпидермиса), последние наиболее характерны для вульгарной пузырчатки.

Для постановки диагноза ряда буллезных дерматозов (кожных заболеваний, сопровождающихся образованием пузырей) значимую роль играет периферический симптом Никольского, предложенный русским дерматологом П.В. Никольским в 1896 году. Периферический симптом Никольского характеризуется отслойкой эпидермиса с образованием эрозии при трении здоровой кожи вблизи пузырей. Этот симптом наиболее характерен для листовидной и вульгарной пузырчатки, а также для синдрома Лайелла. Другие симптомы, характеризующие буллезные дерматозы, включают: краевой симптом Никольского, симптом Асбо—Хансена и симптом груши. Краевой симптом Никольского проявляется отслойкой эпидермиса на значительное расстояние при потягивании его обрывков по краю эрозии. Симptom груши —

это провисание содержимого пузыря при вертикальном положении тела, по форме напоминающее грушу. Симптом Асбо—Хансена характеризуется увеличением площади пузыря при надавливании на его покрывку. Пузыри наиболее характерны для пузырчатки, буллезного пемфигиода, встречаются при дерматитах (потертостях, ожогах, отморожениях), стрепто-стафилококковых поражениях кожи (буллезное импетиго).

Имеет следующие характеристики:

1. Содержимое:
  - серозное;
  - серозно-геморрагическое;
  - гнойное.
2. Размеры:
  - от 0,5 до 1 см в диаметре;
  - более 1 см в диаметре.
3. Покрывка:
  - дряблая;
  - напряженная.
4. Основание и окружение.
5. Симптом Никольского краевой — отслойка эпидермиса на значительное расстояние при потягивании его обрывков по краю эрозии.
6. Симптом груши — свисание содержимого пузыря при вертикальном положении тела, по форме напоминающее грушу.
7. Симптом Асбо—Хансена — увеличение площади пузыря при надавливании на его покрывку.
8. Динамика — подсыхает с образованием корки, вскрывается с образованием эрозии, разрешается с рубцеванием.

**Пузырек (везикула)** — первичный морфологический элемент кожной сыпи, представляющий собой полостное многокамерное образование в эпидермисе до 0,5 см в диаметре. Пузырьки локализуются всегда в пределах эпидермиса (интраэпидермально), поэтому разрешаются, как правило, бесследно. Пузырек образуется по механизму спонгиоза, вакуольной или баллонной дистрофии, что принципиально отличает его от пузыря. Спонгиоз

наиболее характерен для экземы, вакуольная дистрофия — для аллергического дерматита, а баллонная дистрофия — для герпетических поражений кожи. Иногда (при выраженном воспалении или толстом роговом слое эпидермиса) пузырьки могут сливаться друг с другом с образованием многокамерных пузырей.

Имеет следующие характеристики:

1. Форма поверхности:
  - с пупковидным вдавлением;
  - гладкая.
2. Содержимое:
  - серозное;
  - серозно-геморрагическое.
3. Размеры:
  - до 0,2 см в диаметре;
  - от 0,2 до 0,5 см в диаметре.
4. Основание и окружение:
  - внешне неизменная кожа;
  - воспалительное пятно;
  - папула/волдырь;
  - папула (бляшка);
  - очаг лихенификации.
5. Динамика:
  - бесследное разрешение;
  - вскрытие с образованием эрозии;
  - превращение в пустулу;
  - превращение в пузырь;
  - превращение в корку.

**Гнойничок (пустула)** — первичный морфологический элемент, представляющий собой полость, выполненную гноем. Встречается при остиофолликулитах, фолликулитах, пустулезлах ладоней и подошв, пустулезном псориазе, токсикодермиях.

Имеет следующие характеристики:

1. Форма поверхности:
  - коническая;
  - полушаровидная;
  - полушаровидная с пупковидным вдавлением.

2. Размеры:
  - до 0,2 см в диаметре;
  - от 0,2 до 0,5 см в диаметре;
  - более 0,5 см.
3. Основание и окружение:
  - внешне неизменная кожа;
  - воспалительное пятно;
  - воспалительная папула (бляшка);
  - узел (инфильтрат).
4. Разрешение:
  - бесследное;
  - с рубцеванием
5. Имеется (отсутствует) распределение содержимого пустулы по фракциям: в нижней части пустулы — гной, вверху — серозная жидкость.

### **1.1.5. Чешуйка, корка, струп, экскориация, эрозия, трещина, язва**

**Чешуйка** — вторичный морфологический элемент кожной сыпи, представляющий собой видимое глазом скопление отторгающихся с поверхности кожи роговых пластинок (корнеоцитов). В норме происходит постоянное образование и отторжение роговых чешуек с поверхности кожи, но вследствие их ничтожно малых размеров для глаза это происходит незаметно — это так называемое физиологическое шелушение. При патологии чешуйки могут возникать вследствие неполного ороговения клеток эпидермиса, в этом случае они сохраняют остатки ядер и легко отторгаются с поверхности кожи при поскабливании. Этот процесс называется паракератоз (встречается при псориазе, себорейном дерматите и ряде других заболеваний), а чешуйки при этом именуют паракератотическими. Патологические чешуйки могут также образовываться на фоне повышенного рогообразования (кератоза), в этом случае они плотные и с трудом отторгаются с поверхности кожи при интенсивном поскабливании (гиперкератотические чешуйки), что характерно для кератодермии, ихтиоза и ряда других дерматозов. Изображения различных вариан-

тов чешуек представлены на сайте <https://logoderm.ru/docschool/level2/>

Имеет следующие характеристики:

1. Характер шелушения (процесса отторжения чешуек):
  - крупнопластинчатое (эксфолиативное);
  - пластинчатое;
  - пластинчатое, напоминающее пергамент;
  - пластинчатое, напоминающее рыбью чешую;
  - отрубевидное.
2. Цвет чешуек:
  - цвета нормальной кожи;
  - серебристо-белый;
  - темно-коричневый (грязный);
  - серый.
3. Основание и окружение:
  - внешне неизменная кожа;
  - внешне неизменная кожа в виде извилистой или С-образной полоски шириной 0,2 см и длиной до 1 см;
  - воспалительное пятно;
  - гиперпигментное пятно;
  - гипопигментное пятно;
  - поверхность папулы (бляшки);
  - очаг лихенификации;
  - поверхность узла (инфильтрата);
  - поверхность бугорка (инфильтрата);
  - атрофированная кожа;
  - кератоз.
4. Имеется (отсутствует) симптом облатки и коллоидной пленки — появление на поверхности разрешающейся папулы чешуйки, которая снимается целиком.

**Корка** — вторичный морфологический элемент кожной сыпи, представляющий собой ссохшийся экссудат или кровь. Поэтому цвет корки отражает характер экссудата: для серозного экссудата характерны корки медово-желтого цвета, для гнойного — зеленовато-серого или желтовато-серого цвета, а для геморрагического — черно-бурого цвета. Иногда (при импетиго, хронической диф-



фузной стрептодермии, сифилитических эктимах) корки имеют слоистый характер, напоминая индийские монеты — рупии (рупиоидные корки). Помимо корок встречаются еще чешуйко-корки — это элементы, обладающие свойствами чешуек и корок одновременно, они образуются в результате пропитывания эпидермиса серозным экссудатом и склеивания чешуек, наслоившихся на его поверхности.

Имеет следующие характеристики:

1. Цвет:

- медово-желтый;
- бурый;
- зеленовато-серый;
- желтовато-серый;
- желтовато-коричневый.

2. Основание и окружение:

- внешне неизменная кожа;
- воспалительное пятно;
- поверхность бляшки;
- поверхность папулы;
- поверхность узла (инфильтрата);
- поверхность бугорка (инфильтрата);
- геморрагическое пятно;
- поверхность эрозии;
- поверхность язвы;
- поверхность вегетации.

3. По структуре: слоистая (рупиоидная) — имеется (отсутствует).

**Струп** — вторичный элемент кожной сыпи, представляющий собой участок некроза кожи черного цвета, окруженный зоной демаркационного (реактивного) воспаления. Струп может развиваться на фоне бактериальных (менингококцемия), вирусных (гангренозная форма опоясывающего лишая) поражений кожи, а также явиться следствием воздействия химических или термических (отморажение) факторов (особенно на фоне сирингомиелии или других нарушений чувствительности). После отторжения струпа всегда образуется язва, заживающая с рубцеванием.

**Экскориация** — вторичный морфологический элемент кожной сыпи, представляющий собой дефект эпидермиса или дермы, возникающий при расчесывании. Экскориации носят, как правило, линейную форму, однако в случае наличия зудящих серопапул или папул могут быть округлыми. При наличии сильного зуда эксскориации могут носить глубокий (биопсирующий) характер, захватывая сосочковый слой дермы, в этом случае они разрешаются с образованием рубцов.

Имеет следующие характеристики:

1. По форме:

- округлая;
- линейная.

2. Динамика:

- бесследное разрешение;
- разрешение с образованием рубца.

**Эрозия** — вторичный морфологический элемент кожной сыпи, представляющий собой дефект кожи не глубже базальной мембраны на месте вскрывшихся полостных элементов, или возникающий первично вследствие трофических расстройств, или мацерации эпидермиса. При вторичных эрозиях их очертания и размеры, как правило, соответствуют площади первичного полостного элемента, приведшего к их образованию. Иногда эрозии обнаруживают выраженную тенденцию к самостоятельному периферическому росту, что встречается, например, при синдроме Лайелла. В случае пузыря — размеры эрозии превышают 0,5 см в диаметре, а в случае пузырька — не более 0,5 см в диаметре. Поверхность эрозии может активно отделять серозный экссудат, что называется мокнутием (очень характерно для экземы). В случае присоединения вторичной инфекции экссудат на поверхности эрозии может стать серозно-гнойным или гнойным. Мацерация эпидермиса с образованием эрозий встречается в складках на фоне повышенной влажности кожи (гипергидроза, нарушение правил гигиены и ухода за кожей у младенцев и пожилых). Примером эрозии на фоне трофических расстройств является эрозивный твердый шанкр. Эрозии почти всегда разрешаются бесследно, иногда могут трансформироваться в язву (в этом слу-

чае возможно их рубцевание). Фотографии эрозий при различных дерматозах можно просмотреть на сайте <https://logoderm.ru/docschool/level2/>

Имеет следующие характеристики:

1. Первичность:
  - первичная (развивается на изначально неизменной коже);
  - вторичная (развивается из элементов кожной сыпи).
2. Имеется (отсутствует) болезненность при пальпации.
3. Размеры.
4. Имеется (отсутствует) уплотнение в основании (в виде пластинки или узла хрящевой плотности).
5. Основание и окружение.
6. Имеется (отсутствует) симптом периферического роста эрозий.
7. Динамика:
  - бесследное разрешение;
  - разрешение с рубцеванием;
  - трансформация в язву;
  - возникновение вегетаций на поверхности.

**Трещина** — вторичный элемент кожной сыпи, представляющий собой щелевидный дефект кожи. Трещины отличаются выраженной болезненностью.

Имеет следующие характеристики:

1. Основание и окружение:
  - сухая кожа;
  - воспалительный инфильтрат;
  - эрозия;
  - корка;
  - кератоз.
2. Динамика:
  - бесследное разрешение;
  - разрешение с рубцеванием;
  - трансформация в язву.

**Язва** — вторичный морфологический элемент кожной сыпи, представляющий собой дефект кожи глубже базальной мембра-

ны (в пределах дермы или гиподермы), образующийся в результате распада ряда первичных элементов, отторжения струпа или первично вследствие трофических расстройств. Наиболее часто язвы являются вторичными и образуются при распаде бугорков или специфических узлов (при туберкулезе, кожном лейшманиозе и сифилисе), нередко — при разрешении воспалительных узлов (фурункулез), иногда язва возникает первично — в результате трофических расстройств (на фоне венозной недостаточности или при первичном сифилисе).

Язвы всегда разрешаются с образованием рубцовых изменений. Язву необходимо дифференцировать с раной, которая представляет собой механический дефект ранее неизмененных тканей, вызванный внешним фактором.

Имеет следующие характеристики:

1. Первичность:

- первичная (развивается на изначально неизменной коже);
- вторичная (развивается из элементов кожной сыпи).

2. Размеры.

3. Имеется (отсутствует) болезненность при пальпации.

4. Край:

- отвесный;
- подрытый;
- неровный (изъеденный);
- блюдцеобразный;
- кратерообразный.

5. Дно:

- чистое;
- с некротическим распадом;
- гнойное;
- вегетирующее;
- гранулирующее;
- зернистое.

6. Имеется (отсутствует) уплотнение в основании в виде пластинки или узла хрящевой плотности.

7. Основание и окружение.

8. Консистенция окружающих тканей:
  - не изменена;
  - плотно-эластическая;
  - твердая (деревянистой плотности).
9. Динамика — без динамики, периферический рост без рубцевания, периферический рост с рубцеванием в центре и т.д.

### **1.1.6. Рубец, вегетация, лихенификация, кератоз, дерматосклероз, атрофодермия, атрофия, пойкилодермия, анетодермия**

**Рубец** — вторичный морфологический элемент кожной сыпи, представляющий собой новообразованную соединительную ткань на месте дефекта дермы или гиподермы. Новообразованная рубцовая ткань имеет красный цвет (за счет активного ангиогенеза), состоит из коллагена и не содержит эластических волокон, рубец впоследствии уплотняется и приобретает белый цвет за счет запустевания сосудов. Придатки кожи в области рубца отсутствуют. Рубцы по отношению к поверхности кожи и зоне язвенного (раневого) дефекта могут быть келоидными, гипертрофическими, нормотрофическими и атрофическими. Все рубцы, за исключением келоидных, всегда появляются на месте раневого или язвенного дефекта кожи и, как правило, не сопровождаются субъективными ощущениями. Келоидные рубцы могут возникать как на месте раневого или язвенного дефекта кожи, так и спонтанно на неизменной коже, сопровождаясь болевыми ощущениями или парестезиями (чувством онемения или ползания мурашек), и уже в самом начале своего существования они характеризуются выраженной плотностью, что отличает их от других видов рубцов.

Имеет следующие характеристики:

1. По отношению к поверхности кожи:
  - келоидный (возвышается над уровнем неизменной окружающей кожи и выходит за пределы раневого или язвенного дефекта);
  - гипертрофический (возвышается над поверхностью кожи, но не выходит за пределы раневого или язвенного дефекта);

- нормотрофический (находится на уровне неизменной окружающей кожи в пределах раневого или язвенного дефекта);
  - атрофический (находится ниже уровня неизменной окружающей кожи в пределах раневого или язвенного дефекта).
2. По цвету:
    - красный;
    - перламутрово-белый;
    - пигментированный (коричневатый).
  3. По характеру поверхности:
    - сплошной;
    - мозаичный (звездчатый).

**Веgetация** — патологическое состояние кожи, характеризующееся ее разрастанием, напоминающим цветную капусту (петушинный гребень). Веgetации могут быть первичными, т.е. возникать на неизменной коже (остроконечные кондиломы), и вторичными — на фоне имеющихся элементов сыпи (при сифилисе, вегетирующей пузырчатке). Морфологической основой веgetаций является удлинение и древовидное разрастание сосочков дермы.

Имеет следующие характеристики:

1. Цвет.
2. По характеру поверхности:
  - сухая;
  - бородавчатая (покрытая корками или роговыми массами);
  - эрозированная (мокнущая).
3. Основание:
  - неизменная кожа;
  - эрозия (язва) на коже;
  - папула (бляшка);
  - гиперпигментное пятно;
  - узел (инфильтрат);
  - бугорок (инфильтрат).

**Лихенификация** — патологическое состояние кожи, характеризующееся усилением кожного рисунка. Встречается при нейродермите и атопическом дерматите, хронической экземе.

Имеет следующие характеристики:

1. Первичность:

- первичная — возникает на изначально неизменной коже при расчесывании;
- вторичная — возникает на фоне предшествующих высыпаний в результате их расчесывания.

2. Цвет:

- розовый;
- коричневым;
- синюшно-красный;
- белый (депигментированный).

3. Имеется (отсутствует) шелушение поверхности.

**Кератоз** — патологическое состояние кожи, характеризующееся ограниченным скоплением плотных, сухих, с трудом удаляемых с поверхности кожи чешуек (роговых масс) восковидно-желтого или сероватого цвета. Обычно кератоз локализуется на ладонях и подошвах.

Имеет следующие характеристики:

1. По форме и площади поверхности:

- сплошной (занимает всю анатомическую область):
  - врожденный;
  - приобретенный;
- ячеистый (напоминает рабочую поверхность наперстка);
- фолликулярный (скопление роговых масс в устье волосяных фолликулов в виде роговых конусов);
- ограниченный;
- точечный;
- вельветообразный (по текстуре напоминает вельвет).

2. Основание и окружение:

- на фоне неизменной кожи;
- на поверхности остроконечных папул (бляшек);
- на поверхности плоских папул (бляшек);
- на поверхности полушаровидных папул;
- на поверхности узлов;
- на фоне воспаленной кожи;
- на поверхности вегетаций.

3. При поскабливании:

- определяется отрубевидное шелушение;
- определяется отрубевидное шелушение, наиболее выраженное в кожных бороздах;
- определяется пластинчатое шелушение;
- центральная часть образования выкрашивается с образованием ямки, на дне которой имеются плотные пучки нитевидных сосочков;
- роговая пробка отделяется с образованием кратерообразного углубления (язвы).

4. Имеется (отсутствует) симптом канцелярской кнопки — наличие роговых шипиков на нижней поверхности чешуек, напоминающих канцелярскую кнопку.

5. Имеется (отсутствует) симптом Бенъе—Мещерского — болезненность при поскабливании чешуек, напоминающих канцелярскую кнопку.

**Дерматосклероз** — патологическое состояние кожи, характеризующееся ее уплотнением. При этом уменьшается подвижность кожи по отношению к подлежащим тканям: при надавливании ямка не остается, кожа в складку не собирается. Дерматосклероз может быть как первичным (склередема Бушке), так и вторичным (бляшечная склеродермия, хроническая венозная недостаточность). Фотографии можно просмотреть на сайте <https://logoderm.ru/docschool/level2/>

Имеет следующие характеристики:

1. Первичность:

- первичный (возникает на изначально неизменной коже);
- вторичный (возникает на фоне существующих воспалительных заболеваний кожи).

2. По глубине:

- поверхностный (в виде пятен) — захватывает сосочковый слой дермы;
- срединный — захватывает средние отделы дермы;
- глубокий — захватывает глубокие отделы дермы, подкожную жировую клетчатку, нередко фасции и мышцы.



---

### 3. Цвет:

- перламутрово-белый;
- цвета слоновой кости;
- бурый;
- цвета нормальной кожи.

### 4. По форме:

- диффузный (генерализованный) — захватывает две или более анатомические области;
- бляшечный;
- полосовидный (линейный).

### 5. По плотности:

- при надавливании пальцем на кожу ямка не остается;
- при надавливании пальцем на кожу ямка остается.

### 6. Динамика:

- бесследное разрешение;
- исход в атрофию;
- самоампутация фаланг пальцев;
- рубцовая деформация;
- эрозирование (изъязвление);
- периферический рост

**Атрофодермия** — патологическое состояние кожи, характеризующееся ее ограниченным западением. Это связано с атрофией подкожной жировой клетчатки, при этом рисунок коже сохранен. Встречается при атрофодермии Пазини–Пьерини, подкожном введении инсулина.

Имеет следующие характеристики:

#### 1. По форме:

- бляшечная;
- червеобразная.

#### 2. Цвет:

- синюшный;
- бурый;
- нормальной кожи.

**Атрофия** — состояние кожи, характеризующееся истончением всех ее слоев при сохранности их структуры. Физиологическая атрофия кожи встречается у пожилых людей. Патологическая

атрофия развивается как исход ряда воспалительных дерматозов (туберкулезной волчанке, кожных формах красной волчанки, склеродермии) или при наружном применении глюкокортикостероидов, реже является первичной (например, стрии беременных).

Имеет следующие характеристики:

1. Первичность:

- первичная (возникает на неизменной коже);
- вторичная (развивается из элементов кожной сыпи).

2. По глубине:

- поверхностная;
- глубокая.

3. Цвет:

- нормальной кожи;
- синюшно-красный;
- перламутрово-белый;
- желтовато-бурый;
- коричневый;
- желтый.

4. По форме и распространенности:

- диффузная (генерализованная) — захватывает две и более анатомические области;
- очаговая (локализованная) — располагается в пределах одной анатомической области;
- полосовидная — может располагаться как в пределах одной, так и нескольких анатомических областей.

5. Имеется симптом А.И. Пospelова — кожа, взятая в складку, напоминает смятую папиросную бумагу.

**Пойкилодермия** — патологическое состояние кожи, характеризующееся пестротой ее окраски в виде сочетания симптомов атрофии, гиперпигментации, гипопигментации и телеангиэктазий.

Имеет следующие характеристики:

По форме и распространенности:

- диффузная (генерализованная) — захватывает две и более анатомические области;

- очаговая (пятнистая) — располагается в пределах одной анатомической области;
- сетчатая.

**Анегидермия** — патологическое состояние кожи, характеризующееся наличием ее грыжевидных выпячиваний. Может развиваться из воспалительных пятен (тип Ядассона), на неизменной коже (тип Швеннингера—Буцци) или на месте волдырей (тип Pellizzari).

Имеет следующие характеристики:

1. Возникает:

- на фоне ранее не измененной кожи;
- на месте воспалительного пятна;
- на месте волдыря.

## 1.2. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ НА СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧКАХ

### 1.2.1. Пятно

Морфологические элементы сыпи на слизистых, подобно сыпи на коже, подразделяют на первичные и вторичные, также выделяют состояния слизистой (включая красную кайму губ). Первичные элементы возникают на неизменной слизистой, поэтому представляют наибольшую диагностическую значимость. Вторичные элементы являют собой результат дальнейшей эволюции первичных высыпаний (например, после вскрытия пузыря на слизистой образуется эрозия (язва), представляющая собой вторичный элемент сыпи), поэтому они имеют меньшую диагностическую ценность. Первичных элементов сыпи на слизистых — шесть: пятно, узелок (папула), бугорок, узел, пузырек, пузырь. Ко вторичным морфологическим элементам сыпи на слизистых относят: рубец, эрозию, язву, корку, чешуйку, трещину и налет, а также состояния слизистой оболочки — лихенификацию (на красной кайме губ), атрофию, вегетации и склероз. Перечисленные состояния слизистой оболочки в ряде случаев могут самостоятельно разрешаться (при устранении провоцирующих факторов). Просмотреть изобра-

жения элементов сыпи на слизистых можно на сайте <https://logoderm.ru/docschool/level2/>

**Пятно** — первичный морфологический элемент, представляющий собой ограниченное изменение окраски слизистой оболочки без изменения ее рельефа и консистенции. Пятна на слизистой, подобно пятнам на коже, могут быть сосудистыми, пигментными и искусственными. Мы выделяем также пятна, возникающие вследствие ороговения эпителия слизистой оболочки. В норме эпителий слизистой оболочки является неороговевающим, но под действие ряда факторов (физической или химической природы) может подвергаться ороговению. Участки ороговевшего эпителия выглядят в виде пятен белесоватого цвета. Сосудистые пятна также, в свою очередь, подразделяются на гиперемические, ишемические, геморрагические и телеангиэктатические. Гиперемические пятна связаны с расширением сосудов и представлены главным образом воспалительными пятнами, рефлекторные пятна особого диагностического значения не имеют. Ишемические пятна возникают в результате сосудистого спазма, на слизистых встречаются крайне редко и, как правило, это визитная карточка болезни (синдрома) Рейно. Телеангиэктатические пятна связаны с паралитическим расширением или новообразованием сосудов.

В последние годы они встречаются все чаще, что связано с эпидемией ВИЧ-инфекции и ростом заболеваемости ангиоретикулезом Капоши, являющимся ВИЧ-маркерным дерматозом. Геморрагические пятна образуются вследствие разрыва, воспаления или повышения проницаемости сосудов и на слизистых оболочках встречаются достаточно редко, являясь чаще всего проявлением системных заболеваний (лейкозов, тромбоцитопенической пурпуры, цинги) или травматических повреждений слизистой. Пигментные пятна на слизистых оболочках представлены исключительно гиперпигментными пятнами, являющимися проявлением наследственных синдромов (синдром Пейтца—Егерса) или невусов.

Искусственные пятна связаны с попаданием в слизистую оболочку красящих веществ, в норме в ней не встречающихся. При-

чем красящие вещества могут попадать в слизистую оболочку как снаружи (татуировки), так и изнутри (с кровью) (например, при аргирии, каротинодермии).

**Первичное пятно** — пятно, которое возникает первично на неизмененной слизистой.

**Воспалительное пятно** — пятно различных оттенков красного цвета, связанное с расширением сосудов при воспалении.

Имеет следующие характеристики:

1. Цвет:
  - ярко-красный;
  - синюшно-красный.
2. При диаскопии (надавливании на него прозрачным стеклом) пятно исчезает полностью
3. Равномерность окраски.
4. Размеры.
5. Границы (края)
6. Динамика — без изменений, периферический рост без разрешения (слияние с другими пятнами), периферический рост с разрешением в центре, периферический рост с неравномерным разрешением и др.

**Телеангиэктатическое** — пятно различных оттенков красного цвета, которое образуется вследствие паралитического расширения или новообразования мелких сосудов. Встречается при болезни Рандю-Ослера, синдроме Стерджа-Вебера.

Имеет следующие характеристики:

1. Цвет (красный, синюшно-красный (винный)).

2. По времени появления:

- врожденное;
- приобретенное.

3. Диаскопия (изменение окраски пятна при надавливании на него прозрачным стеклом):

- пятно исчезает полностью, или
- пульсирует.

4. Размеры.

5. Границы (края).

6. Форма пятна.

### 7. Динамика:

- без динамики;
- периферический рост без разрешения;
- периферический рост с неравномерным разрешением;
- периферический рост с некоторым возвышением;
- превращение в папулу или узел;
- бесследное исчезновение;
- периферический рост и слияние отдельных пятен.

**Геморрагическое** — пятно красного (красно-коричневого) цвета, образующееся вследствие разрыва, воспаления или повышения проницаемости сосудов.

Имеет следующие характеристики:

#### 1. Цвет:

- красный;
- красно-коричневый.

#### 2. Диаскопия (изменение окраски пятна при надавливании на него прозрачным стеклом):

- пятно остается, сохраняя свой красно-коричневый цвет, напоминающий ржавчину.

#### 3. Размеры.

#### 4. Границы (края).

#### 5. Динамика:

- бесследное исчезновение;
- периферический рост с разрешением;
- превращение в пузырь;
- превращение в эрозию (язву).

**Пигментное** — пятно различных оттенков коричневого (черного) цвета, обусловленное увеличением количества меланина в эпителии слизистой. Может встречаться изолированно (лентиго) или как симптом синдрома Пейтца–Егерса.

Имеет следующие характеристики:

#### 1. По времени появления:

- врожденное;
- приобретенное.

#### 2. Окраска:

- монохроматичная (присутствует только один цвет или его оттенок):

- темно-коричневая;
  - светло-коричневая;
  - желто-коричневая;
  - розово-коричневая;
  - красно-коричневая;
  - черная;
  - синяя;
  - полихроматичная (смесь цветов).
3. Равномерность окраски:
    - равномерная;
    - неравномерная.
  4. Размеры.
  5. Границы (края).
  6. Имеется (отсутствует) асимметрия пятна.
  7. Динамика:
    - без динамики;
    - периферический рост без разрешения;
    - периферический рост с неравномерным разрешением;
    - периферический рост с неравномерным возвышением (образованием папул(ы) на фоне пятна);
    - превращение в узел;
    - изъязвление;
    - бесследное исчезновение.

**Искусственное** — пятно, связанное с попаданием в слизистую красящих химических веществ, в норме в ней не встречающихся.

Имеет следующие характеристики:

1. По этиологии:
  - искусственное, связанное с попаданием химических веществ в слизистую оболочку экзогенно;
  - искусственное, связанное с попаданием химических веществ в слизистую оболочку с кровью (эндогенно).
2. Цвет.
3. Размеры.
4. Динамика пятна:
  - без динамики;
  - превращение в бугорок или специфический узел;

– бесследное исчезновение.

**Пятно вследствие ороговения эпителия слизистой оболочки.**  
Встречается при лейкоплакии, а также при ВИЧ-инфекции.

Имеет следующие характеристики:

1. Цвет:
  - серый;
  - белый.
2. Размеры:
  - до 1 см в диаметре;
  - более 1 см в диаметре.
3. Динамика пятна:
  - без динамики;
  - превращение в папулу;
  - периферический рост;
  - бесследное исчезновение.

### 1.2.2. Папула, бугорок, узел

**Папула (узелок)** — первичный морфологический элемент сыпи, возвышающийся над поверхностью слизистой, плотный при пальпации и имеющий ограниченные размеры, разнообразную форму поверхности и окраску. По форме своей поверхности папулы на слизистой бывают плоскими и полушаровидными (валикообразными). Остроконечных (фолликулярных) папул на слизистой оболочке нет, поскольку на слизистых отсутствуют волосяные фолликулы.

**Полушаровидная (валикообразная) папула** — первичный элемент сыпи, имеющий ограниченные размеры, разнообразную окраску, плотный при пальпации и полушаровидно возвышающийся над уровнем слизистой.

Имеет следующие характеристики:

1. Поверхность:
  - с пупковидным вдавлением в центре;
  - гладкая.
2. Цвет.
3. Равномерность окраски.
4. Границы (края).



5. Размеры.

6. Динамика папулы:

- без динамики;
- некроз в центре и изъязвление с последующим рубцеванием;
- мацерация и эрозирование;
- периферический рост и слияние с другими папулами с образованием бляшки;
- периферический рост с разрешением;
- возникновение вегетаций на поверхности;
- бесследное разрешение;
- образование незаживающей эрозии (язвы) на поверхности;
- трансформация в узел

**Плоская папула** — первичный элемент сыпи, имеющий ограниченные размеры, разнообразную окраску, плотный при пальпации, возвышающийся над уровнем слизистой и имеющий плоскую поверхность. Этот вид папул наиболее характерен для красного плоского лишая и вторичного сифилиса.

Имеет следующие характеристики:

1. Поверхность:

- с пупковидным вдавлением в центре;
- гладкая.

2. Цвет.

3. Равномерность окраски.

4. Границы (края).

5. Размеры.

6. Динамика папулы:

- без динамики;
- некроз в центре и изъязвление с последующим рубцеванием;
- мацерация и эрозирование;
- периферический рост и слияние с другими папулами с образованием бляшки (кружевного рисунка);
- периферический рост с неравномерным разрешением;
- бесследное разрешение;

- возникновение вегетаций на поверхности папул;
- образование незаживающей эрозии (язвы) на поверхности;
- трансформация в узел

**Бугорок** — первичный морфологический элемент сыпи, представляющий собой уплотнение слизистой, возвышающееся над ее поверхностью или располагающееся вровень с ней, который является продуктом специфического (гранулематозного) воспаления в собственно слизистой или подслизистой. На слизистой оболочке полости рта бугорки достаточно быстро изъязвляются с последующим рубцеванием или разрешаются без изъязвления с образованием рубцовой атрофии. Бугорки нередко группируются друг с другом, формируя ограниченный инфильтрат (например, при туберкулезной волчанке).

Имеет следующие характеристики:

1. Форма поверхности:
  - плоская;
  - полушаровидная;
  - остроконечная.
2. Цвет:
  - синюшно-красный;
  - розовый;
  - бурый.
3. Размеры.
4. Консистенция:
  - плотная;
  - мягкая.
5. Имеется (отсутствует) симптом зонда — проваливание зонда в рыхлую ткань при надавливании на бугорок с образованием ямки или его перфорация, что вызывает боль и кровотечение.
6. Имеется (отсутствует) симптом яблочного желе — при надавливании на бугорок прозрачным стеклом выявляется характерный цвет яблочного желе.
7. Динамика:
  - без динамики;
  - разрешение без изъязвления с образованием рубцовой атрофии;

- изъязвление с последующим рубцеванием;
- трансформация в специфический узел (инфильтрат) с последующим изъязвлением.

**Узел** — первичный морфологический элемент сыпи, представляющий собой уплотнение слизистой, возвышающееся над ее поверхностью или располагающееся вровень с ней, определяясь пальпаторно, и отражающий изменения в глубоких отделах собственно слизистой и подслизистой. Узлы на слизистых могут образовываться в результате неспецифического воспаления (паратонзиллярный абсцесс, актиномикоз), специфического (гранулематозного) воспаления (сифилитическая гумма), опухолевого роста (доброкачественного или злокачественного), образования кист, отложения кальция или холестерина.

Имеет следующие характеристики:

1. Цвет.
2. Размеры.
3. Консистенция:
  - мягко-эластическая (пастозная);
  - плотно-эластическая;
  - твердая (деревянистой плотности);
  - флюктуирующая (характерное чувство волнообразного движения, возникающее под пальцами врача при пальпации узла с жидким содержимым)
4. Подвижность.
5. Контур.
6. Отношение к поверхности слизистой оболочки:
  - возвышается над поверхностью;
  - не возвышается над поверхностью.
7. Динамика:
  - без динамики;
  - периферический рост;
  - изъязвление с последующим рубцеванием;
  - рубцевание без изъязвления;
  - бесследное разрешение;
  - образование незаживающей эрозии (язвы) на поверхности;
  - размягчение и вскрытие свищевыми отверстиями с выделением гноя.

### 1.2.3. Пузырь, пузырек, эрозия, трещина, язва, рубец

**Пузырь** — первичный элемент сыпи, представляющий собой полостное однокамерное образование размерами более 0,5 см. В пузыре выделяют полость, содержимое, дно и покрывку. Покрывка пузыря может быть дряблой или напряженной, что в значительной степени зависит от ее толщины. Дряблые покрывки могут восприниматься как пленчатые или салные налеты. На слизистых оболочках дряблые пузыри быстро вскрываются, поэтому часто их почти не удается заметить (особенно, когда речь идет о пузырях во рту). Содержимое пузырей может быть серозным или серозно-геморрагическим, что отражает глубину их расположения в слизистой оболочке.

В зависимости от уровня возникновения пузырей в слизистой, выделяют: интраэпителиальные пузыри и субэпителиальные пузыри, образующиеся по механизму акантолиза и эпидермолиза (термин используется по аналогии с кожей) соответственно. Акантолиз и эпидермолиз могут быть связаны с аутоиммунными механизмами, с действием бактериальных токсинов, а также являться следствием внешних воздействий (температурных, химических, механических). Интраэпителиальные пузыри локализуются в пределах эпителия слизистой (выше базальной мембраны) — при вульгарной и вегетирующей пузырчатке, а субэпителиальные пузыри — под эпителием в зоне базальной мембраны или еще глубже (при буллезном и рубцующем пемфигоиде). Интраэпителиальные пузыри разрешаются бесследно, а субэпителиальные могут оставлять после себя рубцы. Интраэпителиальные пузыри чаще всего представлены супрабазальными пузырями, располагающимися над базальным слоем клеток эпителия, и характерны для вульгарной пузырчатки.

Для постановки диагноза ряда буллезных дерматозов (кожных заболеваний, сопровождающихся образованием пузырей) с локализацией высыпаний на слизистых оболочках могут быть полезны следующие симптомы: краевой симптом Никольского и симптом Асбо–Хансена. В сравнении с аналогичными симптомами на коже их диагностическая значимость значительно ниже, что связано, как правило, с низкой воспроизводимостью

данных симптомов на слизистых (ограниченностью высыпаний, их небольшими размерами и трудностью доступа к ним). Краевой симптом Никольского проявляется дальнейшей отслойкой эпителия при потягивании его обрывков по краю эрозии. Симптом Асбо–Хансена характеризуется увеличением площади пузыря при надавливании на его покрывку (иногда интерпретация данного симптома для слизистых представляется в виде возможности перекатить пузырь с одной стороны слизистой полости рта на другую без вскрытия покрывки пузыря). Фотографии пузырей представлены на сайте <https://logoderm.ru/docschool/level2/>

Пузырь имеет следующие характеристики:

1. Содержимое:
  - серозное;
  - серозно-геморрагическое.
2. Размеры:
  - от 0,5 до 1 см в диаметре;
  - более 1 см в диаметре.
3. Покрывка:
  - дряблая;
  - напряженная.
4. Основание и окружение:
  - внешне неизменная слизистая оболочка;
  - воспалительное пятно;
  - поверхность папулы (бляшки).
5. Динамика:
  - вскрытие с образованием эрозии (язвы);
  - бесследное разрешение;
  - разрешение с образованием рубцовых изменений слизистой оболочки.

**Пузырек (везикула)** — первичный морфологический элемент сыпи, представляющий собой полостное многокамерное образование до 0,5 см в диаметре в эпителии слизистой оболочки. Пузырьки локализуются всегда в пределах эпителия (интраэпителиально), поэтому разрешаются, как правило, бесследно. Пузырек образуется по механизму спонгиоза, вакуольной или баллонной дистрофии, что принципиально отличает его от пузыря. Спонги-

оз наиболее характерен для экземы, вакуольная дистрофия — для аллергического дерматита, а баллонная дистрофия — для герпетических поражений слизистых оболочек.

Имеет следующие характеристики:

1. Форма поверхности:
  - полушаровидная с пупковидным вдавлением в центре;
  - полушаровидная.
2. Содержимое:
  - серозное;
  - серозно-геморрагическое.
3. Размеры:
  - до 0,2 см в диаметре;
  - от 0,2 до 0,5 см в диаметре.
4. Основание и окружение:
  - внешне неизменная слизистая оболочка.
  - воспалительное пятно.
5. Динамика:
  - вскрытие с образованием эрозии (язвы).

**Эрозия** — вторичный морфологический элемент сыпи, представляющий собой дефект слизистой не глубже базальной мембраны на месте вскрывшихся полостных элементов, а также иногда возникающий первично вследствие трофических расстройств или мацерации. Очертания эрозии соответствуют очертаниям первичного полостного элемента, из которого она образуется. В случае пузыря — размеры эрозии превышают 0,5 см в диаметре, а в случае пузырька — не более 0,5 см в диаметре. Поверхность эрозий на слизистых оболочках часто покрыта налетом. Мацерация эпителия нередко встречается на поверхности сифилитических папул, локализующихся на слизистых оболочках. При этом мацерированный эпителий не устойчив к действию механических факторов и легко отторгается с образованием мокнущих эрозий. Примером эрозии на фоне трофических расстройств является эрозивный твердый шанкр. Эрозии всегда разрешаются бесследно.

Имеет следующие характеристики:

1. Первичность:

- первичная (развивается на изначально неизменной слизистой оболочке);
  - вторичная (развивается из элементов сыпи).
2. Имеется (отсутствует) болезненность при пальпации.
  3. Размеры.
  4. Имеется (отсутствует) уплотнение в основании в виде пластинки или узла хрящевой плотности.
  5. Основание и окружение:
    - внешне неизменная слизистая оболочка;
    - воспалительное пятно;
    - поверхность папулы (бляшки);
    - поверхность (узла) инфильтрата.
  6. Динамика:
    - без динамики;
    - бесследное разрешение;
    - разрешение с формированием рубцовых изменений слизистой;
    - трансформация в язву

**Трещина** — вторичный морфологический элемент сыпи, представляющий собой щелевидный дефект слизистой оболочки. Трещины на слизистых оболочках, как правило, расположены на красной кайме губ и в области углов рта. Их образование происходит в результате снижения эластичности тканей на фоне их сухости, инфильтрации, образования корок или эрозирования. Иногда трещины могут быть достаточно глубокими (затрагивают сосочковый слой дермы), и по разрешении оставляют после себя рубцы, что в ряде случаев может иметь важное диагностическое значение (рубцы Робинсона — Фурнье вокруг рта при врожденном сифилисе).

Имеет следующие характеристики:

1. Окружение и основание:  
воспалительный инфильтрат;
  - эрозия;
  - сухость слизистой
2. Динамика:
  - бесследное разрешение;

- разрешение с образованием рубца;
- трансформация в язву

**Язва** — вторичный морфологический элемент сыпи, представляющий собой дефект слизистой глубже базальной мембраны, образующийся в результате распада первичных элементов или, реже, первично вследствие трофических расстройств. Наиболее часто язвы являются вторичными и образуются при распаде бугорков или специфических узлов (при туберкулезе, кожном лейшманиозе или сифилисе), реже — при изъязвлении воспалительных узлов, иногда язва возникает первично — в результате трофических расстройств (при первичном сифилисе). Язвы всегда разрешаются с образованием рубцовых изменений. Язву необходимо дифференцировать с раной, которая представляет собой механический дефект ранее неизменных тканей, вызванный внешним фактором.

Имеет следующие характеристики:

1. Первичность:

- первичная (развивается на изначально неизменной слизистой);
- вторичная (развивается из элементов сыпи).

2. Размеры.

3. Имеется (отсутствует) болезненность при пальпации.

4. Край:

- отвесный;
- подрытый;
- неровный (изъеденный);
- блюдцеобразный;
- кратерообразный.

5. Дно:

- чистое;
- с некротическим распадом;
- гнойное;
- гранулирующее;
- зернистое (из-за множества микроабсцессов).

6. Имеется (отсутствует) уплотнение в основании в виде пластинки или узла хрящевой плотности.



7. Окружение и основание.

8. Динамика:

- без динамики;
- периферический рост без рубцевания;
- перфорация твердого нёба;
- перфорация носовой перегородки;
- периферический рост с рубцеванием;
- рубцевание с образованием грануляций в центре по типу рыбьей икры;
- рубцевание с образованием равномерных грануляций;
- рубцевание с образованием мозаичного рубца.

**Рубец** — вторичный морфологический элемент сыпи, представляющий собой новообразованную соединительную ткань на месте дефекта слизистой оболочки глубже базальной мембраны, реже при разрешении очагов поражения без изъязвления. Рубцы по отношению к поверхности слизистой и зоне язвенного (раневого) дефекта могут быть келоидными, гипертрофическими, нормотрофическими и атрофическими. Все рубцы, за исключением келоидных, всегда появляются на месте раневого или язвенного дефекта слизистой и, как правило, не сопровождаются субъективными ощущениями. Келоидные рубцы могут возникать как на месте раневого или язвенного дефекта, так и спонтанно на неизменной коже или слизистой, сопровождаясь болевыми ощущениями или парестезиями (чувством ползания мурашек), и уже в самом начале своего существования характеризуются выраженной плотностью, что отличает их от других видов рубцов.

Наиболее часто атрофические и гипертрофические рубцы на слизистых оболочках встречаются при рубцующем пемфигоиде, приводя нередко к рубцовым деформациям и сращениям соприкасающихся поверхностей слизистой (анкилоблефарон, стриктуры пищевода, кишечная непроходимость).

Имеет следующие характеристики:

1. По отношению к поверхности слизистой оболочки:

- келоидный (возвышаются над уровнем неизменной окружающей слизистой и выходит за пределы раневого или язвенного дефекта);

- гипертрофический (синехии) (возвышается над поверхностью слизистой, но не выходит за пределы раневого или язвенного дефекта, образуя спайки);
  - нормотрофический (находится на уровне неизменной окружающей слизистой в пределах раневого или язвенного дефекта);
  - атрофический (находится ниже уровня неизменной окружающей слизистой в пределах раневого или язвенного дефекта).
2. По цвету:
- нормальной слизистой оболочки;
  - перламутрово-белый;
  
  - пигментированный (коричневый).
3. По характеру поверхности:
- сплошной;
  - мозаичный (звездчатый);
  - полосовидный.

#### **1.2.4. Вегетация, склероз, атрофия, налет, корка, чешуйка, лихенификация**

**Вегетация** — патологическое состояние слизистой, характеризующееся ее разрастанием, напоминающим цветную капусту (петушиный гребень). Вегетации могут быть первичными (возникать на неизменной слизистой), что наиболее характерно для остроконечных кондилом, или вторичными (развиваться из элементов сыпи). Вторичные вегетации наиболее часто развиваются под действием механических факторов (трения) на поверхности эрозий или папул (при вегетирующей пузырьчатке и вторичном сифилисе соответственно).

Имеет следующие характеристики:

1. Цвет.
2. По характеру поверхности:
  - неизменная слизистая оболочка;
  - эрозированная (мокнущая).
3. Основание:

- неизменная слизистая оболочка;
- эрозия (язва);
- папула (бляшка).

**Склероз** — патологическое состояние слизистой, характеризующееся ее уплотнением. Встречается, как правило, при склероатрофическом лишае и хронической диффузной склеродермии.

Имеет следующие характеристики:

1. Первичность:

- первичный (возникает на изначально неизменной слизистой оболочке);
- вторичный (возникает на фоне воспалительных заболеваний слизистой оболочки).

2. По глубине:

- поверхностный (в виде белых пятен) — захватывает сосочковый слой собственно слизистой;
- глубокий — захватывает глубокие отделы собственно слизистой и подслизистый слой.

3. По форме:

- бляшечный;
- полосовидный (линейный);
- скротальный (складчатый, напоминающий кожу мошонки).

4. Динамика:

- исход в атрофию;
- стойкая рубцовая деформация слизистой оболочки;
- трансформация в рак.

**Атрофия** — состояние слизистой оболочки, характеризующееся истончением всех ее слоев при сохранности их структуры. Слизистая оболочка при этом приобретает тусклый с желтоватым оттенком цвет.

Имеет следующие характеристики:

1. Первичность:

- первичная (возникает на изначально неизменной слизистой);
- вторичная (возникает на фоне воспалительных заболеваний слизистой).

2. Цвет.

### 3. Форма:

- очаговая (пятнистая);
- полосовидная;
- диффузная (захватывает всю слизистую оболочку).

**Налет** — вторичный морфологический элемент сыпи, представляющий собой образование на слизистой оболочке, состоящее из микроорганизмов (грибов), фибринозной пленки и слоев отторгнутого эпителия. В ряде случаев может возникать первично (при кандидозе), но чаще — вторично при эрозивно-язвенных поражениях слизистых.

Имеет следующие характеристики:

#### 1. Цвет.

#### 2. Вид:

- пленчатый;
- крошковатый (творожистый или напоминающий манную крупу);
- кашицеобразный.

#### 3. Основание:

- неизменная слизистая оболочка;
- эрозия;
- язва;
- воспалительное пятно.

**Корка** — вторичный морфологический элемент сыпи, представляющий собой ссохшийся экссудат или кровь на поверхности красной каймы губ. Поэтому цвет корки отражает характер экссудата: для серозного экссудата характерны корки медово-желтого цвета, для гнойного — зеленовато-серого или желтовато-серого цвета, а для геморрагического — черно-бурого цвета. Помимо корок встречаются еще чешуйко-корки — это элементы, обладающие свойствами чешуек и корок одновременно, они образуются в результате пропитывания эпителия серозным экссудатом и склеивания чешуек, наслоившихся на его поверхности.

Имеет следующие характеристики:

#### 1. Цвет.

#### 2. Основание и окружение:

- внешне неизменная слизистая оболочка;

- воспалительное пятно;
- поверхность папулы (бляшки);
- поверхность узла (инфильтрата);
- поверхность бугорка (инфильтрата);
- геморрагическое пятно;
- поверхность эрозии;
- поверхность язвы.

3. По характеру — слоистая (рупиоидная) — имеется (отсутствует).

**Чешуйка** — вторичный морфологический элемент сыпи, представляющий собой видимое глазом скопление отторгающихся с поверхности эпителия красной каймы роговых пластинок (корнеоцитов).

Имеет следующие характеристики:

1. Характер шелушения (процесса отторжения чешуек):
  - пластинчатое;
  - отрубевидное.
2. Цвет чешуек:
  - полупрозрачный;
  - серовато-коричневый;
  - серый.
3. Основание и окружение:
  - внешне неизменный эпителий;
  - воспалительное пятно;
  - пигментное пятно;
  - поверхность папулы (бляшки);
  - очаг лихенификации;
  - поверхность узла (инфильтрата);
  - поверхность бугорка (инфильтрата).

**Лихенификация** — патологическое состояние эпителия красной каймы губ, характеризующееся усилением его рисунка. Встречается наиболее часто при атопическом дерматите.

Имеет следующие характеристики:

1. Первичность:
  - первичная — возникает на изначально неизменном эпителии при расчесывании;

- вторичная — возникает на фоне предшествующих высыпаний в результате их расчесывания.
- 2. Цвет:
  - розовый;
  - красный.
- 3. Имеется (отсутствует) шелушение поверхности.

### 1.3. ОСОБЕННОСТИ РАСПОЛОЖЕНИЯ СЫПИ

Характеризуя кожную сыпь, необходимо обратить внимание на ее *распространенность*. В зависимости от распространенности сыпь может носить: 1) *универсальный характер* (поражая 90% и более площади поверхности тела), 2) *распространенный характер* (захватывая две и более анатомических области) и 3) *локализованный характер* (когда высыпания ограничены одной анатомической областью). Также всегда надо оценивать *симметричность* высыпаний, так при некоторых дерматозах (например, токсидермии) сыпь всегда носит симметричный характер, при других — всегда асимметричный (опоясывающий лишай).

Взаимное расположение элементов сыпи. Это очень важный раздел характеристики высыпаний, располагающихся как на коже, так и на слизистых оболочках. Сыпь при целом ряде дерматозов имеет свойство к группировке, что иногда имеет решающее значение при постановке правильного диагноза. Например, герпетиформная группировка пузырьков характерна для простого герпеса, а полосовидная и герпетиформная — для опоясывающего лишая. Мишеневидная группировка специфична для полиморфной экссудативной эритемы, а кольцевидная — для дерматомикозов. Далее мы подробно остановимся на возможной группировке высыпаний в случае распространенного (в пределах нескольких анатомических областей) и локализованного (в пределах одной анатомической области) характера сыпи. Изображения высыпаний, характерные для каждого варианта группировки кожной сыпи, представлены на сайте <https://logoderm.ru/docschool/level2/>

Варианты взаимного расположения элементов кожной сыпи:

1. Распространенное (расположение элементов сыпи в пределах нескольких анатомических областей):

- без группировки отдельных элементов кожной сыпи;
- с группировкой отдельных элементов кожной сыпи:
  - вдоль линий растяжения кожи (Лангера);
  - с кольцевидной (расположение сыпи с образованием кольца);
  - с дугообразной (расположение элементов сыпи с образованием дуги);
  - с образованием кольца в кольце;
  - с линейной (полосовидной) (расположение элементов сыпи вдоль воображаемой линии);
  - с герпетиформной (группировка первичных элементов сыпи (пузырьков, пузырей), напоминающая группировку пузырьков при простом герпесе);
  - с мишеневидной (расположение элементов сыпи с образованием воображаемой мишени);
  - с серпигинозной (расположение элементов сыпи, напоминающее след, оставляемый змеей, с «расползанием» высыпаний и разрешением очага в центре);
  - с нуммулярной (взаимное расположение элементов сыпи с образованием резко ограниченного очага округлых очертаний диаметром 1,5–3 см и более);
  - с полицикличной (расположение элементов сыпи с образованием очага неправильных очертаний);
  - со слиянием отдельных элементов;
  - с ретикулярной (расположение элементов сыпи с образованием сетчатого (древовидного) рисунка);
  - в форме бабочки;
  - с попарной группировкой элементов сыпи;
  - с образованием четко очерченных очагов, ограниченных местами контакта с раздражителем;
  - с образованием сплошного очага, занимающего несколько анатомических областей;
  - вдоль линий Blaschko.

2. Локализованное (взаимное расположение элементов сыпи на ограниченном участке кожного покрова (в пределах одной анатомической области)):

- без группировки отдельных элементов кожной сыпи;
- с группировкой отдельных элементов кожной сыпи:
  - кольцевидной (расположение сыпи с образованием кольца);
  - дугообразной (расположение элементов сыпи с образованием дуги);
  - линейной (полосовидной) (расположение элементов сыпи вдоль воображаемой линии);
  - с образованием кольца в кольце (расположение элементов сыпи с образованием кольца в кольце);
  - герпетиформной (группировка первичных элементов сыпи (пузырьков, пузырей), напоминающая группировку пузырьков при простом герпесе);
  - мишеневидной (расположение элементов сыпи с образованием воображаемой мишени);
  - серпигиозной (расположение элементов сыпи, напоминающее след, оставляемый змеей, с «расползанием» высыпаний и разрешением очага в центре);
  - нуммулярной (взаимное расположение элементов сыпи с образованием резко ограниченного очага округлых очертаний диаметром 1,5–3 см и более);
  - полициклической (расположение элементов сыпи с образованием очага неправильных очертаний);
  - ретикулярной (расположение элементов сыпи с образованием сетчатого (древовидного) рисунка);
  - со слиянием отдельных элементов;
  - с попарной группировкой элементов сыпи;
  - с образованием «целующихся» элементов на соприкасающихся поверхностях кожи или слизистой оболочки;
  - с образованием четко очерченного очага, ограниченного местом контакта с раздражителем;
  - с образованием сплошного очага, занимающего целую анатомическую область;
  - вдоль линий Blaschko.



### 3. Одиночный элемент.

**Локализация сыпи.** Локализация сыпи имеет очень важное значение. Поскольку некоторые дерматозы имеют характерную (излюбленную) локализацию, то врач, оценивая сыпь, должен учитывать данный факт. Так, визитной карточкой чесотки у мужчин являются высыпания на половом члене, тогда как у женщин при чесотке нередко поражается околососковый кружок (ареола соска). При псориазе дежурные бляшки располагаются на разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов. При себорейном дерматите поражается кожа лица в области носо-щечных складок, иногда передней поверхности груди (область декольте). При красной волчанке (дискоидной и системной форм), розацеа сыпь чаще всего локализуется на лице в виде «бабочки». Этот перечень можно продолжать и продолжать. В электронной части данного раздела Вы можете подробно ознакомиться с анатомическими областями тела, выделенными в соответствии с местами возможной локализации сыпи на коже и слизистых оболочках.

Изменения кожи за пределами очагов поражения. Оценка изменений кожи за пределами очагов поражения также играет важную роль в правильной интерпретации обнаруженных ранее симптомов. Так, многие заболевания развиваются на фоне влажной кожи (в основном это бактериальные, вирусные и грибковые поражения), другие чаще встречаются на фоне сухой кожи (белый лишай), для третьих характерна жирная кожа (вульгарные угри). Болезненность здоровой кожи характерна для начинающегося синдрома Лайелла, в то время как отсутствие болевой чувствительности нормальной на вид кожи встречается при лепре.

Характеристика возможных изменений кожи за пределами высыпаний:

- повышена сальность;
- повышена влажность;
- повышена сухость;
- содержит комедоны;
- имеет сетчатый или ветвистый фиолетово-красный рисунок (ливедо):
  - исчезающий при согревании;

- не исчезающий при согревании;
- атрофична;
- холодная при пальпации;
- отсутствует потоотделение;
- отсутствует болевая чувствительность;
- отечна;
- утолщена (тестообразная);
- восковидная;
- бледная;
- морщинистая;
- болезненна при пальпации;
- содержит телеангиэктазии;
- содержит пятна «кофе с молоком»;
- островки неизменной кожи посреди очагов поражения;
- уплотнена.

**Симптомы на неизменной коже.** Позволяют дополнить клиническую картину, полученную при изучении собственно высыпаний. При ряде дерматологических заболеваний симптомы на неизменной коже имеют даже более важное диагностическое значение, чем симптомы в очаге поражения (например, периферический симптом Никольского при начинающемся синдроме Лайелла). Для исследования сосудодвигательных рефлексов применяется штриховое механическое раздражение кожи путем легкого проведения по ней шпателем или ногтем, которое именуют дермографизмом. При нормальной реакции после такого раздражения почти тотчас получается красная или розовая полоса, бесследно исчезающая через 1–3 минуты. В некоторых случаях красная полоса сменяется белой, также быстро проходящей, или по бокам красной полосы появляются белые полосы, исчезающие в пределах 1–3 минут. Последний вид реакции именуют смешанным дермографизмом. Существуют также патологические (измененные) сосудодвигательные реакции: белый, розовый (красный) и уртикарный дермографизм. При розовом (красном) дермографизме розовая (красная) полоса резкая, интенсивная по окраске и стойкая (существует более 3 минут), иногда краснота разливается по периферии от места раздражения

кожи. Розовый (красный) дермографизм считается признаком ваготонии и встречается при экземе. При белом дермографизме после скрытого периода в 15–40 секунд получается стойкая белая полоса, которая существует в течение 5–10 минут и может выходить за пределы зоны механического раздражения кожи. Такую реакцию связывают с перевозбуждением сосудосуживающих центров и нервов, считая ее проявлением симпатикотонии. Белый дермографизм специфичен для атопического дерматита. Уртикарный дермографизм характеризуется появлением волдырей линейной формы в месте механического раздражения кожи, цвет их может быть вначале белым, а затем сменяется на красный, или изначально они могут иметь красный цвет. По форме волдыри повторяют контуры рисунка, оставленного шпателем, появляются спустя 20–60 секунд и существуют в течение 5–15 минут, бесследно разрешаясь. Уртикарный дермографизм наблюдается при механической крапивнице.

Перечень возможных симптомов на неизменной коже:

1. Дермографизм:

- белый (появление стойкой белой полосы в месте механического раздражения кожи);
- розовый (появление стойкой розовой полосы в месте механического раздражения кожи);
- смешанный (появление сначала красной, а затем стойкой белой полосы в месте механического раздражения кожи);
- уртикарный (появление волдырей линейной формы в месте механического раздражения кожи).

2. Периферический симптом Никольского (отслойка эпидермиса с образованием эрозии при трении пальцем здоровой кожи вблизи пузырей).

3. Проба со льдом (прикладывание кубика льда к неизменной коже на 15 минут сопровождается появлением волдыря).

4. Тепловая проба (прикладывание нагретого цилиндра с горячей водой (50–55 °С) на 5 минут к неизменной коже сопровождается появлением волдыря).

5. Проба с водой (наложение водного компресса (температура воды 35 °С) на неизмененную кожу сопровождается появлением волдыря).
6. Симптом щипка (появление геморрагических пятен при прищипывании (трении) здоровой кожи).
7. Патергический тест (появление пустулы в месте укола иглой здоровой кожи).

## 2. ИЗМЕНЕНИЯ НОГТЕЙ

Оценка изменений ногтевых пластинок имеет важное значение при диагностике различных дерматозов. Так, поражение ногтевых пластинок может предшествовать появлению псориазических высыпаний на коже. Может иметь место поражение одной ногтевой пластинки или поражение сразу нескольких ногтей, иногда ногтевые пластинки могут полностью выпасть (анонихия). При осмотре измененных ногтевых пластинок необходимо оценить их цвет, форму, поверхность, толщину, состояние околоногтевого валика и ногтевого ложа.

Ногти могут поражаться при псориазе, дерматомикозах, красном плоском лишае, хроническом акродерматите Аллопо и ряде других заболеваний кожи. При псориазе наиболее часто изменяется поверхность ногтевой пластинки — содержит точечные вдавления (симптом наперстка), также может встречаться и симптом масляного пятна — ноготь меняет свой цвет на желто-серый, окаймленный венчиком воспалительной гиперемии. При онихомикозах ногтевая пластина также может менять свой цвет на желто-серый, но по периферии пораженного ногтя нет воспалительной каймы. Важное значение имеет и форма ногтевой пластины — при муковисцидозе и других хронических поражениях легких она приобретает вид часового стекла, а при железодефицитной анемии она становится ложкообразной (койлонихия). При красном плоском лишае она часто продольно расщепляется с формированием птеригиума. При акродерматите Аллопо возможно формирование пустул на ногтевом ложе с последующей отслойкой ногтевой пластины. Подробнее оз-

накопиться с поражениями ногтей вы сможете на сайте <https://logoderm.ru/docschool/level2/>

Характеристика изменений ногтевых пластинок:

1. Изменены:

- локализация поражения;
  - цвет ногтя;
  - форма ногтевой пластинки;
  - не изменена;
  - изменена:
    - ониходистрофия по типу часовых стекол (ногтевая пластинка напоминает часовое стекло);
    - койлонихия (ложкообразные ногти);
    - продольно расщеплена (содержит продольные трещины).
  - поверхность;
  - толщина ногтевой пластинки;
  - околоногтевой валик:
    - не изменен;
    - изменен:
      - ◇ воспален;
      - ◇ содержит околоногтевые опухоли (опухоли Кенена);
      - ◇ формирует птеригиум (V-образное нарастание кожи на проксимальный отдел ногтя с прикреплением к ногтевому ложу);
      - ◇ содержит околоногтевые телеангиэктазии;
  - ногтевое ложе:
    - не изменено;
    - изменено:
      - ◇ содержит полосовидные кровоизлияния;
      - ◇ содержит подногтевые гематому(-ы);
      - ◇ содержит подногтевые пустулу(-ы);
      - ◇ содержит папулу(-ы).
2. Отсутствуют (анонихия):
- локализация:
    - одна ногтевая пластинка;
    - две и более ногтевых пластинок.

### 3. ПОРАЖЕНИЯ ВОЛОС

Учитывая, что волосы у человека имеются как на волосистой части головы, так и на теле, то мы попытались принять во внимание все изменения волос (включая их локализацию), которые значимы для постановки диагноза. В этот перечень были включены изменения волос на волосистой части головы, в области роста бороды и усов, на гладкой коже, в подмышечных впадинах, на лобке, изменения бровей и ресниц.

Характеристика поражений волос:

1) не изменены;

2) изменены:

- обламываются на высоте 1—2 мм над уровнем волосяного фолликула с образованием мелких округлых плешинок;
- обламываются на высоте 5—8 мм над уровнем волосяного фолликула с образованием округлых очагов поражения белого цвета;
- выпадают или выпали:

1) без образования рубцовой атрофии:

- диффузное поредение волос (поредение волос равномерно на всей волосистой части головы);
- тотальная алопеция (полное выпадение волос на волосистой части головы и на лице (бровей, ресниц, бороды));
- универсальная алопеция (волосы отсутствуют на всем теле);
- постепенное прогрессирующее выпадение волос с образованием заливов в лобно-теменной области;
- с образованием мелких очагов, напоминающих мех, изъеденный молью;
- с образованием крупных округлых очагов;

2) с образованием рубцовой атрофии:

- псевдопеллада Брока (гладкая атрофированная кожа в очаге облысения нередко с ростом сразу нескольких волос из одного фолликула по периферии очага);
- на месте воспалительного узла (инфильтрата), вскрывающегося с выделением гнояного содержимого;
- на месте фолликулярных пустул (папуло-пустул);

- на месте эритемы и кератоза;
- на месте скутул — желтых блюдцеобразных элементов, склонных к периферическому росту и слиянию;
- на месте некротизирующегося узла (инфильтрата);
- на месте очагового уплотнения кожи (дерматосклероза);
- на месте врастания вьющихся волос;
- на месте фолликулярных папул;
- на месте бугорков (инфильтрата);
- на месте язвы;
- на месте пластинчатых чешуек, стягивающих кожу;
- на месте пузыря(ей);
- на месте опухолевого узла (бляшки);
- на месте очаговой атрофии кожи.

Учитывая, что поражения волос в области роста бороды и усов сильно не отличаются от таковых на волосистой части головы, то рассмотрим другую локализацию волос — на гладкой коже. Подробнее ознакомиться с поражениями волос вы сможете на сайте <https://logoderm.ru/docschool/level2/>

Характеристика поражений волос на гладкой коже:

1. Не изменены.

2. Изменены:

- 1) обламываются на высоте 1–2 мм над уровнем волосяного фолликула с образованием мелких округлых плешинок;
- 2) обламываются на высоте 5–8 мм над уровнем волосяного фолликула с образованием округлых очагов поражения белого цвета.

3. Выпадают или выпали:

1) без образования рубцовой атрофии:

- универсальная алопеция (волосы отсутствуют на всем теле);
- диффузное поредение;
- на месте фолликулярных папул;
- на месте бляшек (инфильтрата);
- на месте очага лихенификации;

2) с образованием рубцовой атрофии:

- на месте желтых блюдцеобразных элементов (скутул), склонных к периферическому росту и слиянию;

- на месте воспалительного узла (инфильтрата), вскрывающегося с выделением гнойного содержимого;
- на месте фолликулярных пустул (папуло-пустул);
- на месте эритемы и кератоза;
- на месте некротизирующегося узла (инфильтрата);
- на месте некротизированных папул;
- на месте очагового уплотнения кожи (дерматосклероза);
- на месте врастания вьющихся волос;
- на месте фолликулярных папул;
- на месте фолликулярных пустул (папуло-пустул);
- на месте бугорков (инфильтрата);
- на месте язвы;
- на месте пластинчатых чешуек, стягивающих кожу;
- на месте очага пойкилодермии;
- на месте пузыря(ей);
- на месте опухолевого узла (бляшки);
- на месте очаговой атрофии кожи.

#### **4. АНАЛИЗ ЖАЛОБ И АНАМНЕЗА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО**

После изучения высыпаний на коже и слизистых оболочках, изменений придатков кожи (волос и ногтей) необходимо оценить жалобы пациента в контексте обнаруженных симптомов. Например, если очаг поражения кожи имеет правильные геометрические контуры, то, расспрашивая пациента, необходимо исключить его контакт с внешними предметами (одеждой, украшениями, орудиями труда), расспросить его о наличии (потере) чувствительности (исключить сирингомиелию). При подозрении на чесотку необходимо поинтересоваться, в какое время суток наиболее сильно беспокоит зуд. При наличии высыпаний на открытых частях тела надо выяснить, как пациент реагирует на солнце.

Мы проанализировали наиболее распространенные жалобы дерматологического больного. Для удобства изложения мы объединили их в группы: 1) жалобы со стороны кожи (придатков кожи) и слизистых оболочек; 2) жалобы на изменение общего самочув-



ствия; 3) жалобы на болевой синдром; 4) жалобы со стороны органов дыхания; 5) жалобы со стороны органов пищеварения; 6) жалобы со стороны костей, суставов и мышц; 7) жалобы со стороны органа зрения; 8) жалобы со стороны других органов и систем.

Жалобы со стороны кожи могут включать:

1. Зуд:

1) кожи:

- постоянный;
- периодический дневной;
- периодический ночной;
- после растирания высыпаний;
- после водных процедур;

2) слизистой оболочки половых органов.

2. Болезненные высыпания.

3. Болезненность нормальной на вид кожи — характерно для синдрома Лайелла.

4. Жжение (зуд) в месте высыпаний — встречается при простом и опоясывающем лишае.

5. Мокнутие очага поражения (отделение серозного экссудата из очага поражения) — характерно для экземы.

6. Парестезии в месте высыпаний (чувство ползания мурашек) — встречается при склерозирующем лишае, келоидах, опоясывающем лишае.

7. Отсутствие чувствительности кожи (болевой, температурной, тактильной) — встречается при лепре.

8. Повышенную чувствительность кожи к УФО — характерно для красной волчанки, полиморфного фотодерматоза, порфирии.

9. Повышенную ранимость кожи к действию механических факторов.

10. Наличие высыпаний (новообразований).

11. Повышенную кровоточивость новообразования(-ий).

12. Изъязвление (эрозивование):

- кожи;
- слизистой оболочки конъюнктив;
- слизистой оболочки конъюнктив полости рта;
- слизистой оболочки конъюнктив половых органов.

13. Изменение (выпадение) ногтей.
14. Нарушение роста (выпадение, обламывание) волос.
15. Избыточный рост волос.
16. Повышенную потливость.
17. Сухость кожи — визитная карточка атопического дерматита.
18. Сетчатый или ветвистый фиолетово-красный рисунок кожи.
19. Уплотнение кожи — имеет место при склеродермии, склеродеме Бушке.
20. Чувство стягивания кожи.
21. Изменение цвета кожи.
22. Неприятный запах от тела.
23. Изменения лица, по внешнему виду напоминающего львиную морду (утолщение отдельных частей лица, кожа которых приобретает бугристый вид).

Жалобы дерматологического больного, как правило, обладают низкой специфичностью (в отличие, например, от кардиологии) и в большинстве случаев не позволяют установить диагноз. К числу высокоспецифичных жалоб можно отнести периодический зуд кожи, усиливающийся к вечеру, характерный для чесотки, а также болезненность нормальной на вид кожи, очень характерную для синдрома Лайелла.

Жалобы на изменение общего самочувствия могут включать:

1. Симптомы общей интоксикации (повышение температуры, озноб, общая слабость и недомогание).
2. Вялость, сонливость.
3. Обмороки.
4. Судороги.
5. Похудание.
6. Увеличение веса.

Изменения общего самочувствия дерматологического больного могут встречаться при инфекционных поражениях кожи (бактериальных, вирусных, грибковых), системных заболеваниях соединительной ткани (красной волчанке, дерматомиозите), при распространенных дерматозах с поражением большой площади поверхности кожи (эритродермии, синдроме Лайелла, распространенной экземе, токсикодермии).

Жалобы на болевой синдром могут включать:

1. Боль в нервах по ходу высыпаний.
2. Боли в суставах.
3. Боли в мышцах.
4. Боли в костях.
5. Боли в животе.
6. Боли в мошонке.
7. Боль в сердце.
8. Боли в груди.
9. Головная боль (включая мигрень).
10. Онемение кончиков пальцев:
  - кистей;
  - стоп.

Жалобы на боль в нервах по ходу высыпаний очень характерны для опоясывающего лишая, остальные не отличаются высокой специфичностью.

Жалобы со стороны органов дыхания могут включать:

1. Приступообразный кашель (с гнойно-кровянистой мокротой).
2. Затруднение дыхания (ком в горле).
3. Одышка.
4. Упорный насморк с гнойно-кровянистым отделяемым.
5. Носовые кровотечения.

Жалоба на ком в горле может встречаться при отеке Квинке, а также у пациенток с истерией, другие жалобы со стороны органов дыхания неспецифичны.

Жалобы со стороны органов пищеварения могут включать:

1. Тошноту, рвоту.
2. Диарею.
3. Дисфагию (нарушение глотания).
4. Гиперсаливацию (повышенное слюноотделение).

Дисфагия очень характерна для дерматомиозита, однако может встречаться и при системной склеродермии с поражением пищевода, а также при рубцующем пемфигоиде.

Жалобы со стороны костей, суставов, мышц могут включать:

1. Невозможность поднять руки выше плеч, расчесать волосы.

2. Слабость мышц.
3. Контрактура(ы) (нарушение движений в суставе(-ах)).
4. Самоампутацию пальцев.
5. Скованность при движениях головы.
6. Уменьшение мимики лица.
7. Выпадение зубов.
8. Патологические (вне связи с внешними факторами) переломы костей.

Жалобы на невозможность поднять руки выше плеч, расчесать волосы встречаются при дерматомиозите, когда поражается поперечно-полосатая мускулатура плечевого пояса, нарушения в движениях суставов встречаются при псориатическом артрите, акросклерозе (варианте системной склеродермии).

Жалобы со органа зрения могут включать:

1. Потеря (снижение остроты) зрения.
2. Светобоязнь.
3. Чувство песка в глазах.
4. Заворот век.
5. Синблефарон (сращение конъюнктивы век и глазного яблока).

Жалобы на сращение конъюнктивы век и глазного яблока могут встречаться при рубцующем пемфигоиде, синдроме Лайелла.

Жалобы со стороны других органов и систем могут включать:

1. Снижение слуха.
2. Отек:
  - лица:
    - периорбитальный (вокруг век);
    - в месте высыпаний;
    - всего лица.
  - половых органов;
  - нижних конечностей.
3. Дизурию (боль и резь при мочеиспускании).
4. Выделения из уретры.
5. Фимоз (сужение крайней плоти и отсутствие возможности открыть головку).

6. Затруднение при мочеиспускании из-за сужения наружного отверстия уретры.
7. Болезненные эрекции.
8. Диспареунию (боли во время полового акта).
9. Сращения больших и малых половых губ, сужение преддверия влагалища.
10. Выделения из влагалища.
11. Увеличение регионарных лимфатических узлов.

**Анамнез заболевания** имеет исключительно важное значение для постановки достоверного диагноза. Иногда для того, чтобы правильно собрать анамнез заболевания, необходимо обладать талантом Шерлока Холмса. Каждый практикующий врач самостоятельно выстраивает беседу с пациентом, но, на наш взгляд, в этом разговоре должны быть учтены следующие ключевые моменты:

1. Как развилась болезнь (начало заболевания).

Многие заболевания могут начинаться остро (в течение нескольких часов или нескольких суток), другие — постепенно (в течение месяца — нескольких лет), третьи являются врожденными (их клинические проявления имеются уже при рождении).

2. Где локализовались изначальные высыпания.
3. Предполагаемые факторы и условия, провоцирующие заболевание:
  - прием (наружное применение) лекарственных препаратов;
  - прием пищи;
  - профессиональные факторы;
  - климато-географические факторы [проживание (пребывание) в определенных регионах мира];
  - время года;
  - ранее перенесенные заболевания;
  - болезни, перенесенные или имеющиеся у членов семьи;
  - контакт с растениями;
  - стресс;
  - контакт с водой;
  - воздействие УФО (солнца);

- воздействие тепла (перегревание);
  - воздействие холода (переохлаждение);
  - вакцинация;
  - лучевая терапия;
  - длительное пребывание на ногах (бег, ходьба, степ-аэробика);
  - занятия спортом (тяжелым физическим трудом);
  - травматизация (повреждение) кожи;
  - расчесывание кожи;
  - истощение;
  - ожирение;
  - ношение чужой одежды и обуви, пребывание в чужой постели;
  - случайная половая связь;
  - перевод ребенка на искусственное вскармливание;
  - прорезывание зубов;
  - быстрый рост в детстве;
  - ношение украшений из различных металлов (никеля, золота);
  - переливание крови и ее компонентов.
4. Течение и длительность заболевания:
- протекает стойко длительно;
  - протекает с закономерной сменой клинической картины в каждом периоде;
  - быстро прогрессирует;
  - медленно прогрессирует;
  - протекает с обострениями и ремиссиями;
  - самостоятельно разрешается;
  - разрешается под действием:
    - препаратов ДДС (диафенилсульфона, дапсона);
    - аминохинолиновых препаратов (плаквенила, делагила);
    - антимикробных препаратов;
    - противовирусных препаратов;
    - противогрибковых препаратов;
    - антигистаминных препаратов;
    - препаратов никотиновой кислоты;

- УФО;
  - заканчивается летально.
5. Имеющиеся сопутствующие заболевания.
  6. Сопутствующие проявления аллергии.
  7. Отягощенная наследственность:
    - тот же дерматоз у ближайших родственников;
    - атопический дерматит и/или бронхиальная астма и/или аллергический ринит в семье;
    - меланома в семье;
    - семейные нарушения обмена липидов;
    - нейрофиброматоз 1-го типа (болезнь Реклингаузена) в семье (нейрофибромы периферических нервов, пятна «кофе с молоком», костные аномалии, глиома зрительного нерва, гамартомы радужки и др.);
    - нейрофиброматоз 2-го типа в семье (двусторонние шванномы преддверно-улитковых нервов, шванномы периферических нервов, пятна «кофе с молоком»);
    - синдром Вискотта—Олдрича в семье (повышенная восприимчивость к инфекционным заболеваниям (частые ОРЗ, бронхолегочные инфекции, инфекции ЛОР-органов, кожи, слизистых, мочевыводящих путей и ЖКТ); геморрагический синдром, обусловленный тромбоцитопенией; атопический дерматит;
    - синдром Дауна в семье (монголоидное лицо, задержка умственного развития, нарушение роста костей и др.);
    - синдром Марфана в семье (арахнодактилия, гигантизм, долихоспленомегалия и др.);
    - синдром Элерса—Данлоса в семье (чрезмерная растяжимость и легкая ранимость кожи, гипермобильность суставов и др.);
    - синдром Ротмунда—Томсона в семье (пойкилодермия, гиперчувствительность к УФО, задержка роста, гипогонадизм, анемия и др.);
    - пигментная ксеродерма в семье (наследственное заболевание кожи, проявляющееся повышенной чувствительностью к ультрафиолетовому облучению, появляется в возрасте двух-трех лет и постоянно прогрессирует);

- синдром Горлина—Гольца в семье (синдром базально-клеточных невусов) (первично-множественный базально-клеточный рак, мелкие углубления на ладонях и подошвах, одонтогенные кисты нижней челюсти, кифосколиоз, пороки развития мягких тканей и внутренних органов);
  - синдром Базекса в семье (X-сцепленное заболевание с фолликулярной атрофодермией на тыле пальцев, множественными базалиомами, локальным ангидрозом и врожденным гипотрихозом);
  - синдром Ромбо в семье (червеобразная атрофодермия, трихоэпителиомы, базалиомы, гипотрихоз и цианоз);
  - синдром Мюир—Торре в семье (опухоли сальных желез (аденомы, эпителиомы и рак), кератоакантомы и злокачественные новообразования внутренних органов);
  - синдром Стерджа—Вебера в семье (сочетание пламенеющего невуса в зоне иннервации тройничного нерва с пороками развития сосудов глаз, мягкой и паутинной мозговых оболочек);
  - синдром Клиппеля—Треноне в семье (сочетание пламенеющего невуса с пороками развития сосудов мягких тканей и костей);
  - синдром Баная—Райли—Рувалкаба в семье (множественные липомы, макроцефалия, лимфангиомы, гемангиомы, полипоз кишечника, пигментные пятна на гениталиях);
  - аутоиммунный полигландулярный синдром в семье (надпочечниковая недостаточность, слизисто-кожный кандидоз и гипопаратиреоз, патология других органов и систем);
  - светлая кожа (1—2 фототип) в семье.
8. Взаимосвязь заболевания с вредными привычками.

## **5. ЛОГИКА ПОСТРОЕНИЯ ДИАГНОЗА В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ**

Знания врачей представляют собой сочетание знаний в определенной предметной области, полученных в процессе обучения и



изучения специальной литературы, а также личного опыта работы по специальности. В процессе постановки диагноза доктор базируется на имеющихся у него знаниях, пропуская их сквозь призму собственного опыта, нередко используя при этом методы аналогий и ассоциаций. Познавательный цикл продуктивного мышления врача-специалиста можно представить в виде следующей логической цепочки: 1) обследование пациента — 2) рассуждения и аргументация — 3) выдвижение диагностических гипотез — 4) получение новых (дополнительных) данных — 5) верификация или фальсификация предварительного диагноза, за чем может последовать пополнение данных и новый познавательный цикл.

Сначала врач анализирует имеющуюся у пациента клиническую картину, жалобы и анамнез и приходит к установлению предварительного (первичного) диагноза, т.е. к построению исходной диагностической гипотезы путем «неаргументированного» рассуждения, по принципу «поскольку имеются признаки..., то может быть диагноз...», не используя систему доказательств, а лишь излагая мысли в логически последовательной форме. Фактически врач оценивает симптомы, располагая их на шкале важности (значимости) путем неаргументированного рассуждения и аналогий, опираясь на собственный опыт (включая память об аналогичных случаях) и литературные данные без использования методов формальной логики.

Так, если у пациента имеется зуд, усиливающийся ночью, и папуло-везикулезная сыпь на теле, то врач сразу заподозрит чесотку. Заключение по аналогии подразделяются на аналогию признаков и аналогию отношений. Аналогия признаков подразумевает сравнение отдельных признаков заболеваний друг с другом и, к сожалению, не всегда позволяет прийти к правильному заключению, поскольку игнорирует имеющиеся связи между этими симптомами.

Например, эритема-бабочка на лице не всегда означает красную волчанку, поскольку может быть связана с местным применением гормональных мазей или с розацеа. Аналогия отношений как раз предполагает учет врачом совокупности факторов, которые ему трудно выстроить в виде логической последователь-

ности, но он «схватывает» их как целое (мысленный образ) при воспоминании об аналогичном случае. Так, например, при дискоидной красной волчанке имеет место сочетание эритемы, гиперкератоза и атрофии, последовательно сменяющих друг друга, а при розацеа — сочетание эритемы и телеангиэктазий. В этом подходе заключается одна из сильных сторон опытных врачей-специалистов. На правильность заключения по методу аналогий влияет как количество одинаковых признаков, так и их индивидуальная значимость (специфичность), а также учет всех имеющихся отличий. Вместе с тем обнаружение специфичных патологических признаков (симптомов) остается одним из главных направлений диагностики, которое является обязательным, но не всегда достаточным условием для идентификации заболевания, что может быть связано с неодинаковой диагностической ценностью этих симптомов в разные периоды болезни.

Симптомы болезни могут различаться по степени своей специфичности на высоко- и средне- и низкоспецифичные. Под высокоспецифичными симптомами мы понимаем симптомы, которые встречаются только при данном заболевании и не бывают при другом (псориатическая триада при псориазе) или всегда встречаются при данном заболевании (например, мокнутие при экземе). Обнаружение высокоспецифичных симптомов, например, псориатической триады является залогом постановки достоверного диагноза «псориаз», в то время как множество среднеспецифичных симптомов не может гарантированно избавить от ошибки, например, симптом «наперстка» или феномен Кебнера при диагностике того же псориаза. Сложности при постановке диагноза возникают и в тех случаях, когда встречаются синдромы, при которых отдельные признаки имеют меньшее диагностическое значение, чем общеклинический фон, на котором они определяются, например, кандидозный баланопостит на фоне сахарного диабета или ангиоретикулез Капоши на фоне ВИЧ-инфекции.

Нередко клиницисты сталкиваются и с другой диагностической проблемой — с атипичными клиническими формами заболеваний, когда клиническая картина неспецифична и не может

служить достаточной базой для постановки окончательного диагноза, в этих случаях возникает необходимость проведения дополнительного обследования пациента или длительного наблюдения за ним.

Кроме метода аналогий мышление врача в процессе профессиональной деятельности использует метод ассоциаций, когда одно понятие, появившись в сознании, вызывает по смежности, сходству и контрасту другое (другие) понятия или образы. Ассоциативное мышление зависит от квалификации врача и используется клиницистом с первых минут общения с пациентом, анализируя уже то, как больной вошел в кабинет, его внешний вид, окраску кожных покровов, жалобы, анамнез и клинические симптомы, а также другие данные.

Ассоциативные связи, возникающие у врача, позволяют учитывать: 1) на фоне каких заболеваний мог возникнуть наблюдаемый патологический процесс; 2) спрогнозировать его течение в дальнейшем; 3) сочетание каких синдромов, наблюдаемых у пациента, не противоречит выдвинутой диагностической гипотезе; 4) информацию о взаимоисключающих симптомах или синдромах (ассоциация по контрасту).

На втором этапе врач осуществляет аргументацию «за», привлекая дополнительные диагностические гипотезы. Формируется дифференциально-диагностический ряд, т.е. круг заболеваний, при которых встречаются имеющиеся у больного симптомы (первичные или вторичные морфологические элементы кожной сыпи). Другими словами, врач-специалист сознательно осуществляет максимальное расширение диагностического поиска для последующего принятия окончательного решения. Так, у пациента с подозрением на чесотку врач обязан будет исключить атопический дерматит, экзему, токсикодермию и дерматит от укуса насекомых, поскольку все эти заболевания могут проявляться зудящей папуло-везикулезной сыпью. Этот этап крайне важен, так как избавляет доктора от ошибочного решения в пользу первой возникшей диагностической гипотезы, поскольку некоторые клинические состояния могут имитировать разные заболевания, например чесотку можно легко спутать с дерматитом от укуса

насекомых, атопическим дерматитом, токсикодермией или экземой. Построение дифференциально-диагностического ряда в значительной степени зависит от квалификации врача, его знаний и опыта работы.

На третьем этапе путем последовательно исключения диагнозов, ранее включенных в дифференциально-диагностический ряд, используя аргументацию «за» и «против», критически оценивая выявленные симптомы, результаты дополнительных исследований и их совокупности, клиницист приходит к окончательному диагнозу.

Это достаточно сложный, трудоемкий и нередко интуитивный процесс, конечным результатом которого является правильный диагноз — состояние больного, наиболее полно согласующееся с имеющимися у него симптомами. Примером может служить пациент с подозрением на чесотку: зуд, усиливающийся ночью, свидетельствует «за» чесотку и «против» атопического дерматита, экземы, токсидермии и дерматита от укуса насекомых; обнаружение чесоточного клеща в соскобе эпидермиса окончательно убеждает «за» чесотку и «против» атопического дерматита, экземы, токсидермии и дерматита от укуса насекомых.

В результате подобных рассуждений врач приходит к предварительному и окончательному диагнозу заболевания, непротиворечиво объединяющему имеющиеся у больного симптомы. Логика аргументации врача в процессе диагностического поиска, основанная на его личном опыте и знаниях, нередко отражает взгляды научной школы, к которой он так или иначе принадлежит, опирается на систему его личных взглядов и характерологических особенностей, что, в конечном счете, может в некоторой степени субъективизировать диагноз.

В том случае, если у пациента отсутствуют симптомы, позволяющие выставить окончательный диагноз, врач оказывается перед необходимостью назначения дополнительных исследований, призванных подтвердить или опровергнуть какое-либо из предполагаемых заболеваний. В процессе диагностики доктору важно также оптимизировать выбор и по-

следовательность проведения дополнительных исследований для максимального повышения вероятности и быстроты установления окончательного диагноза при условии минимизации материальных затрат.

### **5.1. ПЕРЕЧЕНЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ СИМПТОМОВ И КЛИНИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ**

Среди дополнительных клинических методов исследования в дерматологии наибольшее значение имеют следующие:

- осмотр в лучах лампы Вуда (в затемненном помещении), позволяющий выявить поражение волос при микроспории (при условии отсутствии местного лечения и мытья головы в течение 7–10 дней): отмечается ярко-зеленое свечение пораженных волос и пораженных чешуек эпидермиса в зоне их роста; при фавусе отмечается малахитовое свечение пораженных волос; при бластомикозе — оранжево-розовое свечение;

- осмотр в лучах лампы Вуда (в затемненном помещении) позволяет выявить поражение кожи волосистой части головы при отрубевидном лишае при условии отсутствии местного лечения и мытья головы в течение 7–10 дней (о чем нередко забывают): в очагах поражения чешуйки эпидермиса светятся желтоватым, желтовато-коричневым или бурым цветом;

- осмотр в лучах лампы Вуда (в затемненном помещении) позволяет диагностировать эритразму также случае отсутствия местного лечения и общего мытья в течение 7–10 дней: в этом случае в пораженной складке будет наблюдаться кораллово-красное свечение, наиболее выраженное по периферии очага поражения;

- осмотр в лучах лампы Вуда (в затемненном помещении) позволяет диагностировать начальные проявления витилиго: в этом случае на фоне более темной окружающей кожи будут четко контрастировать более светлые или ярко-белые очаги, где пигмента недостаточно или он отсутствует полностью, неразличимые при обычном дневном освещении;

- осмотр в лучах лампы Вуда (в затемненном помещении) позволяет существенно облегчить диагностику красной волчанки

с поражением красной каймы губ: при осмотре очаги поражения на губах более четко контурируются, размеры их больше (чем это можно видеть в условиях обычного дневного освещения), зоны гиперкератоза светятся снежно-белым цветом, участки атрофии — белесоватым цветом, а при остром процессе в отсутствие атрофии наблюдается голубоватое свечение; при остром хейлите и лейкоплакии, которые могут напоминать красную волчанку, свечение отсутствует;

- послойное поскабливание скальпелем, которое позволяет уточнить характер шелушения, а также выявить скрытое шелушение (**симптом скрытого шелушения**), скрытое мокнутие (**симптом скрытого мокнутия**) и повышенную ломкость капилляров;

- **симптомы псориатической триады** (основаны на послойном поскабливании псориатической папулы):

- 1) симптом стеаринового пятна — при поскабливании псориатической папулы на ее поверхности возникает шелушение, напоминающее шелушение застывшей капли стеарина;

- 2) при продолжении поскабливания псориатической папулы ее верхний слой снимается целиком, обнажая блестящую поверхность шиповатого слоя эпидермиса — симптом терминальной пленки;

- 3) если продолжить скоблить папулу, то на блестящей поверхности шиповатого слоя можно обнаружить точечное кровотечение — симптом кровавой росы;

- диаскопия (витропрессия) (надавливание на кожу прозрачным стеклом), помогает отличить воспалительные пятна от геморагических и папулы от бугорков;

- **симптом яблочного желе** — появление центрально расположенных пятнышек желтовато-коричневого цвета (цвета яблочного желе) при надавливании на бугорок прозрачным стеклом;

- смачивание папулы водой или маслом, что позволяет выявить белесоватый сетчатый рисунок на ее поверхности (*сетку Уикхема*), специфичный признак для красного плоского лишая;

- надавливание на папулу или бугорок с помощью пуговчатого зонда может выявить болезненность (что специфично для вторичного сифилиса — **симптом Ядассона**), при надавливании

на папулу иногда возможно ощущение проваливания в пустоту — **симптом западающей кнопки** (признак нейрофиброматоза). В случае бугорка (при туберкулезе) зонд проваливается в рыхлую ткань с образованием ямки или перфорации, что вызывает боль и/или кровотечение (**симптом зонда**);

- растирание поверхности пятна или папулы зондом или спичкой, что вызывает ее покраснение и возникновение волдыря (**симптом Унны—Дарье**) — диагностический признак пигментной крапивницы;

- проба с 5% йодом (**Бальцера**) облегчает диагностику отрубевидного лишая (высыпания прокрашиваются более интенсивно);

- проба с 6% уксусной кислотой, неспецифична, однако может облегчить диагностику остроконечных кондилом на слизистой оболочке половых органов (после контакта с уксусной кислотой кондиломы выглядят как белесоватые папулы);

- **периферический симптом Никольского** — отслойка эпидермиса с образованием эрозии при трении пальцем здоровой кожи вблизи пузырей (встречается при пузырчатке, синдроме Лайелла);

- **симптом Никольского краевой** — отслойка эпидермиса на значительное расстояние при потягивании его обрывков по краю эрозии (характерен для буллезного пемфигоида);

- **симптом груши** — свисание содержимого пузыря при вертикальном положении тела, по форме напоминающее грушу (встречается при вульгарной пузырчатке);

- **симптом Асбо—Хансена** — увеличение площади пузыря при надавливании на его покрывку (характерен для буллезного пемфигоида);

- **феномен Кебнера** — появление свежих папул на месте механического раздражения кожи (характерен для псориаза, красного плоского лишая);

- **симптом щипка** — появление кровоизлияний (геморрагических пятен) на поверхности папулы при ее трении или прищипывании (наблюдается при хроническом каплевидном параспориозе);

- **симптом облатки и коллоидной пленки** — появление на поверхности разрезающейся папулы чешуйки, которая снимается

целиком (наблюдается при хроническом каплевидном парапсориазе);

- **симптом ямочки** — при сдавливании кожи по бокам папулы она как бы проваливается внутрь, образуя ямочку (встречается при дерматофибромах);

- **симптом канцелярской кнопки (дамского каблучка)** — наличие роговых шипиков на нижней поверхности чешуек, напоминающих канцелярскую кнопку (характерен для дискоидной красной волчанки);

- **симптом Бенье-Мещерского** — болезненность при соскабливании чешуек, напоминающих канцелярскую кнопку (характерен для дискоидной красной волчанки);

- **симптом А.И. Пospelова** — кожа, взятая в складку, напоминает смятую папиросную бумагу (встречается при туберкулезной волчанке).

**Перечень дополнительных методов исследования в дерматовенерологии:**

- **микроскопия** помогает в диагностике кожных (грибковых поражений, лейшманиоза, чесотка) и венерических болезней (сифилиса, гонореи, трихомониаза и других);

- **дерматоскопия**, позволяющая дифференцировать доброкачественные пигментные невусы от злокачественных;

- **бактериологическое исследование** (посев) отделяемого язв, пустул позволяет установить этиологию патологического процесса и определить чувствительность возбудителя к антибактериальным препаратам;

- **кожные аллергологические пробы** (накожные и скарификационные), незаменимы при диагностике аллергодерматозов;

- **серологическое обследование** на сифилис, ВИЧ-инфекцию;

- **иммунологическое обследование** (скрининг) на болезни соединительной ткани;

- **гистологическое исследование**, позволяющее подтвердить или опровергнуть предварительный клинический диагноз;

- **иммуногистохимическое исследование** биоптата кожи;

- **ПЦР-диагностика.**



---

Учитывая традиции отечественной дерматологической школы «лечить не болезнь, а больного» мы нередко прибегаем к общему обследованию пациента. В это обследование входят: клинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, рентгенография органов грудной клетки, по показаниям — ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек, а также фиброгастродуоденоскопия.

Таким образом, постановка диагноза в дерматологии — сложный и довольно трудоемкий процесс, занимающий иногда довольно продолжительное время и требующий от врача эрудиции и знаний.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вулф К. Дерматология по Томасу Фицпатрику: атлас—справочник: пер. с англ. — 2-е изд. — М.: Практика, 2007. — 1248 с.
2. Дифференциальная диагностика кожных болезней / Б.А. Беренбейн, А.А. Студницин; под ред. Б.А. Беренбейна, А.А. Студницина. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1989. — 672 с.
3. Дерматовенерология. Национальное руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О. Л. Иванова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 1024 с.
4. Детская дерматология. Цветной атлас и справочник: пер. с англ. / К.Ш. Кэйн, П.А. Лио, А.Дж. Стратигос, Р.А. Джонсон; ред. А.Н. Львов. — М.: Изд-во Панфилова, 2011. — 496 с.
5. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. проф. Е.В. Боровского, проф. А.Л. Машкиллейсона. — М.: МЕДпресс, 2001. — 320 с.
6. Информационно-диагностическая система по дерматовенерологии Логодерм: Школа врача [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://logoderm.ru/docschool/>. — Загл. с экрана.
7. Корнишева В.Г. Патология волос и кожи волосистой части головы / В.Г. Корнишева, Г.А. Ежков. — СПб.: Фолиант, 2012. — 200 с.
8. Ригельман, Р. Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих врачей / Р. Ригельман. — М.: Практика, 1994. — 204 с.
9. Родионов, А.Н. Дерматовенерология: полное руководство для врачей (+ DVD-ROM) / А.Н. Родионов. — СПб.: Наука и техника, 2012. — 1200 с.

10. Самцов А.В. Буллезные дерматозы / А.В. Самцов, И.Э. Белосува. — СПб.: Коста, 2012. — 144 с.
11. Скрипкин Ю.К. Профессиональные ошибки и дефекты оказания дерматовенерологической помощи / Ю.К. Скрипкин, А.Г. Пашинян. — М.: Мед. книга, 2007. — 120 с.
12. Соколова Т.В. Практические навыки в дерматовенерологии: справочник для врачей / Т.В. Соколова, В.В. Гладько, Л.А. Сафонова; ред. Т.В. Соколова. — М.: МИА, 2011. — 132 с.
13. Финн В.К. Интеллектуальные системы для анализа медицинских данных / В.К. Финн, В.Г. Блинова, Е.С. Панкратова // Врач и информ. технологии. — 2007. — №1. — С. 51–57.
14. Хансфилд, Х. Заболевания, передающиеся половым путем: цветной атлас-справочник / Х. Хансфилд. — М.: ООО «БИНОМ-Пресс», 2004. — 296 с.
15. Хэбиф Т.П. Клиническая дерматология. Акнеподобные и папулосквамозные дерматозы / Т.П. Хэбиф. — М.: МЕДПРЕСС-ИНФОРМ, 2014. — 222 с.
16. Шапошников О.К. Ошибки в дерматологии / О.К. Шапошников, А.Я. Браиловский, И.М. Разнатовский, В.И. Самцов. — Л.: Медицина, 1987. — 208 с.
17. Штейн А.А. Дифференциальная диагностика заболеваний кожи / А.А. Штейн. — Киев: Государственное медицинское издательство УССР, 1959. — 252 с.
18. Burns T. Rook's textbook of dermatology / T. Burns. — 8 ed. — Oxford: Willey-Blackwell, 2010. — 5024 p.
19. Wolf K. et al. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. — 7 ed. — New York: McGraw-Hill, 2007. — 2402 p.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

*Выберите правильный ответ.*

**1. Морфологические элементы кожной сыпи предложили выделять:**

- А. Боткин и Полотебнов
- Б. Виллан и Бейтман
- В. Алибер
- Г. Вирхов и Капоши

**2. Морфологические элементы кожной сыпи подразделяют:**

- А. на первичные и вторичные
- Б. на первичные, вторичные и третичные
- В. первичные и вторичные, а также состояния кожи

**3. Пятно — это:**

- А. ограниченное изменение окраски кожи
- Б. ограниченное изменение окраски кожи без изменения ее рельефа
- В. ограниченное изменение окраски кожи без изменения ее рельефа и консистенции

**4. Пятна подразделяют на:**

- А. сосудистые, пигментные и искусственные
- Б. первичные и вторичные
- В. гиперемические, ишемические, телеангиэктатические

**5. Сосудистые пятна классифицируют на:**

- А. гиперемические, ишемические, телеангиэктатические
- Б. гиперемические, искусственные, ишемические, телеангиэктатические
- В. воспалительные, ишемические, телеангиэктатические
- Г. гиперемические, ишемические, телеангиэктатические, геморрагические

**6. Витропрессия:**

- А. позволяет отличить воспалительное пятно от геморрагического
- Б. это диагностический прием, представляющий собой давление прозрачным стеклом на элемент сыпи
- В. это диагностический прием, представляющий собой давление пугочатым зондом на элемент сыпи
- Г. позволяет отличить бугорок от папулы

**7. Первичное пятно:**

- А. не исчезает при надавливании на пятно прозрачным стеклом
- Б. является результатом эволюции любых элементов кожной сыпи
- В. возникает на неизменной коже

**8. Геморрагическое пятно:**

- А. исчезает при витропрессии
- Б. первичное пятно красного (красно-коричневого) цвета на коже вследствие разрыва, воспаления или повышения проницаемости сосудов
- В. может изменять окраску по типу цветения синяка

**9. Телеангиэктатическое пятно:**

- А. первичное пятно различных оттенков красного цвета вследствие паралитического расширения или новообразования сосудов
- Б. вторичное пятно различных оттенков красного цвета вследствие паралитического расширения или новообразования сосудов
- В. первичное пятно различных оттенков красного цвета вследствие рефлекторного расширения или новообразования сосудов

**10. Воспалительное пятно:**

- А. первичное пятно различных оттенков красного цвета вследствие паралитического расширения или новообразования сосудов
- Б. первичное пятно красного (красно-коричневого) цвета на коже вследствие разрыва, воспаления или повышения проницаемости сосудов
- В. первичное пятно различных оттенков красного цвета, связанное с расширением сосудов кожи при воспалении
- Г. не исчезает при витропрессии
- Д. может изменять окраску по типу цветения синяка

**11. В каком году Виллан и Бейтман предложили выделять морфологические элементы кожной сыпи:**

- А. 1925
- Б. 1897
- В. 1817
- Г. 1917

**12. Морфологические элементы сыпи на слизистых подразделяют:**

- А. на первичные и вторичные
- Б. на первичные, вторичные и третичные
- В. первичные и вторичные и состояния слизистой

**13. Пятно — это:**

- А. ограниченное изменение окраски слизистой
- Б. ограниченное изменение окраски слизистой без изменения ее рельефа
- В. ограниченное изменение окраски слизистой без изменения ее рельефа и консистенции

**14. Пятна на слизистых оболочках подразделяют на:**

- А. сосудистые, пигментные и искусственные
- Б. первичные и вторичные
- В. гиперемические, ишемические, телеангиэктатические

**15. Сосудистые пятна классифицируют на:**

- А. гиперемические, ишемические, телеангиэктатические
- Б. гиперемические, искусственные, ишемические, телеангиэктатические
- В. воспалительные, ишемические, телеангиэктатические
- Г. гиперемические, ишемические, телеангиэктатические, геморрагические

**16. К первичным морфологическим элементам сыпи на слизистых оболочках относятся:**

- А. пятно, папула, эрозия, пузырь
- Б. пятно, папула, пузырек, пузырь, волдырь, серопапула
- В. пятно, папула, бугорок, узел
- Г. узел, папула, волдырь, пузырь, пузырек, серопапула, корка

**17. Вторичные морфологические элементы сыпи на слизистых оболочках включают:**

- А. пятно, корку, эксфолиацию, серопапулу

- Б. эрозию, язву, корку, чешуйку, экскориацию, пузырек
- В. чешуйку, корку, эрозию, язву, рубец, трещину

**18. Папула — это:**

- А. ограниченное изменение окраски слизистой оболочки
- Б. первичный морфологический элемент сыпи, представляющий собой ограниченное изменение окраски слизистой с изменением ее рельефа и консистенции
- В. первичный морфологический элемент сыпи, возвышающийся над поверхностью слизистой, плотный при пальпации и имеющий ограниченные размеры, разнообразную форму поверхности и окраску

**19. Папулы по форме поверхности на слизистых оболочках подразделяют на:**

- А. полушаровидные (валикообразные), плоские и остроконечные
- Б. полушаровидные (валикообразные) и плоские
- В. первичные и вторичные

**20. Симптом масляного пятна — это:**

- А. точечные вдавления на поверхности ногтя
- Б. продольное расщепление ногтевой пластинки
- В. ногтевая пластинка желтого цвета, напоминающая часовое стекло
- Г. когда ноготь приобретает желто-серый цвет с воспалительной каймой красного цвета по периферии пораженного участка

**21. Какие бывают цвета патологически измененной ногтевой пластинки:**

- А. желто-серый
- Б. голубой
- В. зеленый
- Г. черный (темно-коричневый)
- Д. синюшно-красный

**22. Как может меняться форма ногтевой пластинки:**

- А. по типу часовых стекол
- Б. по типу канцелярской кнопки
- В. по типу ложки
- Г. по типу открытой книжки
- Д. продольно расщепляться (на две части)

## ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Б
2. В
3. В
4. А, Б
5. Г
6. А, Б, Г
7. В
8. Б, В
9. А
10. В
11. В
12. В
13. В
14. А
15. Г
16. В
17. В
18. В
19. Б
20. Г
21. А, Б, В, Г, Д
22. А, В, Д