

Ричард Эштон
Барбара Леппард
Хайвел Купер

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В ДЕРМАТОЛОГИИ

АТЛАС

Перевод с английского под редакцией
В.В. Владимирова, В.В. Владимировой, Е.В. Владимировой



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

Differential Diagnosis in Dermatology

Fourth Edition

Richard Ashton

*Consultant Dermatologist Portsmouth NHS Trust,
Nobles Hospital, Isle of Man*

Barbara Leppard

Retired Consultant Dermatologist, Southampton University NHS Trust

Hywel Cooper

Consultant Dermatologist, Portsmouth NHS Trust

Введение в диагностику дерматологических заболеваний

Анатомия кожи

Эпидермис.....	12
Дерма.....	12

Диагностика заболеваний кожи

Анамнез болезни.....	13
Анамнез жизни.....	14
Предыдущее лечение.....	14

Описание очагов поражения на коже

Локализация очагов поражения.....	14
Количество очагов поражения.....	14
Преимущественное расположение очагов поражения на коже.....	15
Взаимное расположение элементов.....	16
Поверхностная пальпация.....	17
Глубокая пальпация.....	17
Тип элементов сыпи.....	18
Характерные особенности поверхности очага поражения.....	21
Цвет очагов поражения.....	24
Границы очага поражения или высыпания.....	26
Форма и очертания очага поражения.....	27

Специальные методы исследования

Лампа Вуда.....	28
Дерматоскопия.....	28
Бактериологическое исследование.....	30
Микологическое исследование.....	30
Биопсия кожи.....	30
Прик-тест.....	31
Кожная аппликационная проба.....	31

АНАТОМИЯ КОЖИ (рис. 1.1)

ЭПИДЕРМИС

Поскольку эпидермис — внешний слой кожи, основная его функция — выработка кератина и меланина. Патологический процесс в эпидермисе приводит к формированию высыпаний с чрезмерным шелушением, изменением пигментации или утратой целостности кожного покрова (экссудация или эрозии).

Кератин

Кератин — конечный продукт созревания клеток эпидермиса; его функция состоит в том, чтобы обеспечивать защиту кожи от влаги.

Меланин

Меланин выделяется меланоцитами в базальном слое. С помощью своих отростков — дендритов — меланоциты переносят меланиновые гранулы (меланосомы) в окружающие эпидермальные клетки (рис. 1.2). Меланосомы защищают ядро от вредоносных воздействий ультрафиолетового излучения; без такой защиты может развиваться рак кожи.

ДЕРМА

Большая часть дермы построена из соединительной ткани: коллагена, который придаёт коже прочность, и эластических волокон, которые позволяют ей растягиваться. Здесь также расположены кровеносные и лимфатические сосуды, кожные нервы и придатки кожи (волосные фолликулы, сальные и потовые железы). Заболевания дермы обычно приводят к изменениям рельефа кожи (то есть к возникновению папул, узлов, атрофии); если патология ограничена дермой, то таких изменений поверхности, как шелушение, корки или экссудация, не будет. Поражение или некроз дермы приводит к образованию язвы (в противоположность эрозии, которая возникает в результате повреждения только эпидермиса).

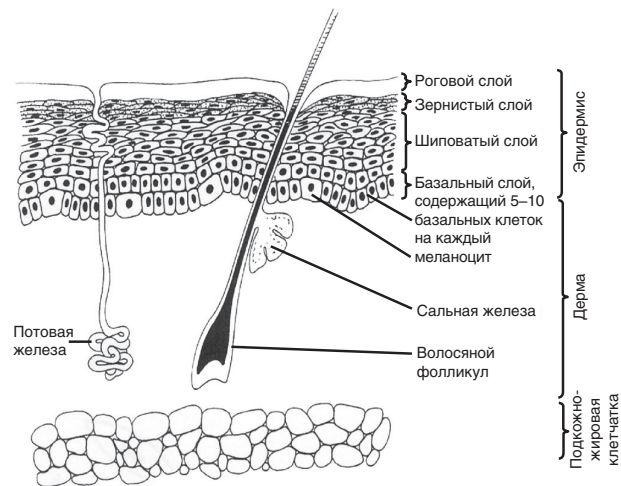


Рис. 1.1. Строение кожи

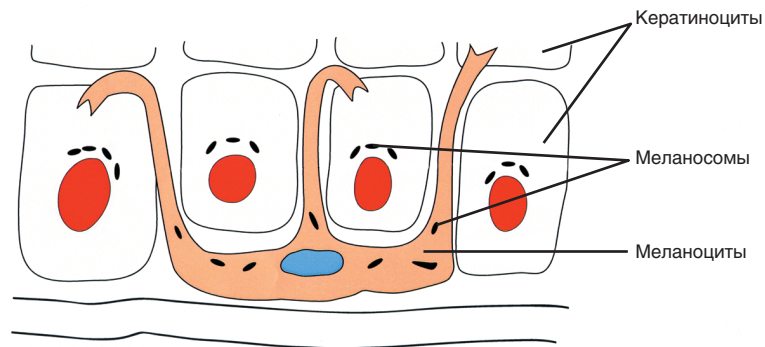


Рис. 1.2. Меланоцит в базальном слое, транспортирующий меланосомы в кератиноциты

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

Диагноз заболевания кожи ставят с учётом тех же общих принципов, которыми руководствуются в любой другой области медицины. Начинать следует со сбора анамнеза. Затем проводят тщательное объективное обследование. Если на этом этапе не был поставлен диагноз, то можно выполнить дополнительные исследования. Очень часто врачи недерматологических специальностей имеют склонность к тому, чтобы, увидев сыпь или повреждение кожи, «угадывать» диагноз. Это совершенно нецелесообразно. В данном разделе мы наметили схему, позволяющую поставить правильный диагноз.

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ

Длительность существования высыпаний на коже

Как давно появилось/появились поражение/поражения? Это самый важный вопрос при сборе анамнеза. Следует различать острые поражения, наблюдающиеся менее 2 нед, и хронические.

Поражения появляются и проходят? Появляются они в одних и тех же местах или всегда в разных? Этот вопрос особенно важен, если врач предполагает крапивницу либо простой герпес.

Крапивницу (см. с. 185) можно диагностировать по анамнезу высыпаний, появляющихся и проходящих в течение суток. Для того чтобы установить преходящую природу волдырей при крапивнице, нарисуйте линию вокруг волдыря и попросите пациента прийти на следующий день. Вы заметите, что локализация и очертания изменились. Простой герпес (см. с. 122) и фиксированная эритема (см. с. 195) сохраняются примерно 7–14 дней и обычно появляются повторно на одном и том же месте.

Отношение к физическим факторам

Анамнез предшествующего проживания или работы в жарком климате может стать необходимой подсказкой для постановки диагноза «рак кожи». Определите реакцию кожи пациента на воздействие солнечных лучей. Имеется шесть типов кожи в зависимости от того, как у пациента проявляется загар (см. табл. 1.1).

Таблица 1.1. Типы кожи

Тип 1. Всегда обгорает, никогда не загорает
 Тип 2. Всегда обгорает, иногда загорает
 Тип 3. Иногда обгорает, всегда загорает
 Тип 4. Редко обгорает, всегда загорает
 Тип 5. Азиатская кожа
 Тип 6. Чёрная кожа

Люди с 1-м и 2-м типами кожи наиболее подвержены заболеванию раком кожи

При наличии сыпи на лице и тыльной стороне кистей расспросите пациента о реакции на солнечные лучи. Следует задать важные вопросы о времени, которое проходит с момента попадания солнечных лучей до появления сыпи, о том, появляется ли сыпь при попадании солнечного света через оконное стекло на кожу пациента в солнечный день. При солнечной крапивнице сыпь появляется в течение 5 мин нахождения на солнце и проходит через 1 ч. При полиформном фотодерматозе (см. с. 114) высыпания появляются в течение нескольких часов после пребывания на солнце и сохраняются несколько дней. При порфирии (которая встречается крайне редко, см. с. 424) сыпь появляется в течение нескольких минут и сохраняется несколько дней. Высыпания, которые появляются при попадании на кожу солнечных лучей, прошедших через оконное стекло, являются реакцией на ультрафиолетовые лучи типа А и требуют использования солнцезащитного средства, содержащего диоксид титана или оксид цинка (см. с. 51).

В случае развития дерматита кистей (см. с. 430) узнайте у пациента о раздражителях, воздействующих на кожу (например, моющих средствах или маслах), о трудовой деятельности и хобби. Были ли защищены руки резиновыми перчатками или напрямую контактировали с раздражителями?

Зуд

Зуд вызывает неприятные ощущения у пациента, однако не всегда может помочь поставить диагноз. Сильный зуд, особенно мешающий

спать ночью, должен наводить на мысль о чесотке (см. с. 263) или, в более редких случаях, о герпетическом дерматите (см. с. 261).

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Анамнез предыдущих заболеваний

Выясните у пациента, беспокоили ли его высыпания в прошлом. Выглядят эти высыпания так же, как раньше, или отличаются? Если врач видит экзематозные высыпания, он может предположить диагноз атопического дерматита при наличии детской экземы, астмы или сенной лихорадки в анамнезе.

Семейный анамнез

Имеет ли кто-либо из членов семьи проблемы с кожей? Они такие же, как и у пациента? Ответы на эти вопросы будут указывать либо на генетическую предрасположенность к заболеванию, как, например, при атопическом дерматите, ихтиозе или псориазе, либо на инфекционный характер патологии, например при чесотке, импетиго.

Социальный анамнез

Сюда следует включать семейные отношения и трудовую деятельность, которые могут помочь определить причины проблемы. Например, в случаях дерматита на кистях: улучшается состояние в выходные дни или во время отпуска?

ПРЕДЫДУЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

Какие препараты местного действия применяли ранее, оказались ли они эффективными? Установите, была это мазь или крем, потому что основа препарата может быть так же важна, как и действующее вещество. Не забывайте, что местнодействующие анестетики, антибиотики и антигистаминные препараты могут вызвать контактный аллергический дерматит. Лекарственный анамнез важен в случае подозрения на то, что сыпь вызвана применением лекарственного препарата, например при внезапном появлении сыпи на большей части тела. Вероятность того, что лекарство является причиной высыпаний, невелика, если пациент применял его более чем 2 мес.

ОПИСАНИЕ ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ НА КОЖЕ

В первую очередь **посмотрите** и определите:

1. Локализацию очагов поражения.
2. Количество очагов поражения.
3. Преимущественное расположение очагов поражения на коже.
4. Взаимное расположение элементов.

Пропальпируйте очаги поражения методом:

5. Поверхностной пальпации – кончиками пальцев.
6. Глубокой пальпации – производя сжатие между указательным и большим пальцами.

Опишите типичный элемент сыпи по следующим пунктам:

7. Тип элементов сыпи.
8. Особенности поверхности.
9. Цвет элементов сыпи, в том числе воспалительный или невоспалительный характер.
10. Граница очага поражения или элемента сыпи.
11. Форма и очертания элемента сыпи.

Осмотрите другие области, например кожу головы, ногти, ротовую полость и гениталии.

1. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ

Опишите поражённые участки тела.

2. КОЛИЧЕСТВО ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ

Единичный очаг поражения



Рис. 1.3. Лимфома

Множественные очаги поражения



Рис. 1.4. Красный плоский лишай

3. ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ НА КОЖЕ

Симметричное



Рис. 1.5. Псориаз

Затрагивает обе стороны тела одинаково; обычно возникает вследствие эндогенных причин. Например, акне, экзема, псориаз

Асимметричное



Рис. 1.6. Микоз гладкой кожи на ягодицах

Затрагивает преимущественно одну сторону тела, обычно возникает вследствие экзогенных причин, например, инфекции или контактного дерматита

Одностороннее



Рис. 1.7. Опоясывающий лишай

Ограничено только одной стороной тела

Локализованное



Рис. 1.8. Пелёночный дерматит

Ограничено только одной областью тела

Генерализованное



Рис. 1.9. Псориатическая эритродермия

Покрывает большую часть поверхности тела

В местах воздействия солнечных лучей



Рис. 1.10

Высыпания расположены на лице, в области до ярёмной ямки, задней поверхности шеи, тыльной поверхности кистей и предплечий.

Примечание: участки кожи за ушами, под подбородком и/или кожа надбровных дуг не вовлекаются (см. с. 115)

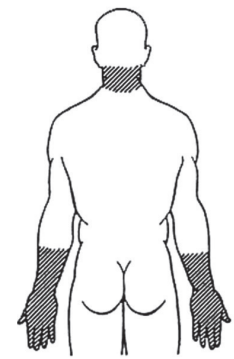


Рис. 1.11

4. ВЗАИМНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ

Отдельно расположенные



Рис. 1.12. Псориаз

Отдельные элементы сыпи разделены между собой участками здоровой кожи

Сливные



Рис. 1.13. Экзема

Одинаковые элементы сыпи, соединяющиеся между собой

Диссеминированные



Рис. 1.14. Псориаз

Отдельные элементы сыпи, распространившиеся на большую площадь кожи

Кольцевидные



Рис. 1.15. Экзема

Расположенные в виде кольца (см. с. 223)

Линейные



Рис. 1.16. Эпидермальный невус

Расположенные в виде линии (см. с. 226)

Сгруппированные

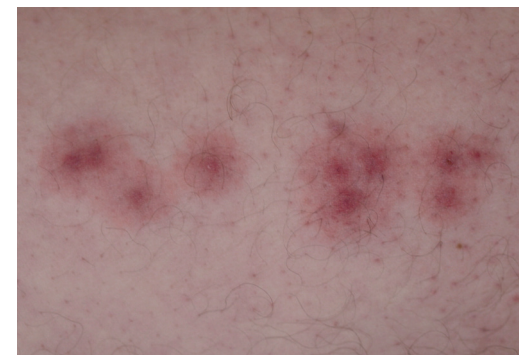


Рис. 1.17. Укусы насекомых

Множественные одинаковые элементы сыпи, сгруппированные в одной области

ПАЛЬПАЦИЯ ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ

5. ПОВЕРХНОСТНАЯ ПАЛЬПАЦИЯ

Пропальпируйте поверхность кончиками пальцев.

Гладкая: ощущается как нормальная кожа.

Неровная: определяется при мелкопластинчатом шелушении или каких-либо бородавчатых элементах сыпи.

Шершавая: по ощущению напоминает наждачную бумагу и характерна для солнечного кератоза, кожного рога или корок.

6. ГЛУБОКАЯ ПАЛЬПАЦИЯ

Для определения консистенции сожмите элемент сыпи между большим и указательным пальцами.

Нормальная: по ощущениям соответствует нормальной окружающей коже.

Мягкая: по ощущениям соответствует плотности губ.

Плотная: по ощущениям соответствует плотности кончика носа.

Твёрдая: по ощущениям соответствует плотности кости.

Гладкая



Рис. 1.18. Крапивница

Неровная



Рис. 1.19. Сложный невус

Шершавая

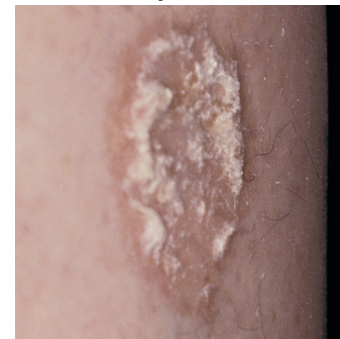


Рис. 1.20. Солнечный кератоз

Мягкая



Рис. 1.21. Мягкие фибромы

Плотная



Рис. 1.22. Келоидный рубец

Твёрдая

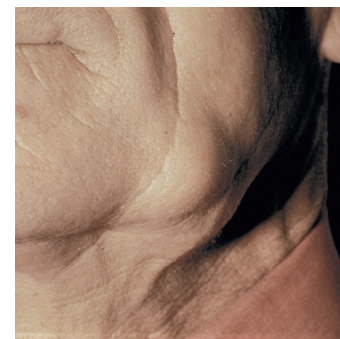


Рис. 1.23. Остеома на челюсти

7. ТИП ЭЛЕМЕНТОВ СЫПИ

Оцените, являются элементы сыпи плоскими или выступающими над уровнем кожи, бесполостными или наполненными жидкостью либо имеют повреждённую поверхность с нарушением целостности кожного покрова.

Плоские элементы сыпи. Любые области кожи с изменением цвета или рельефа, которые не могут быть пропальпированы.

а. Плоские элементы сыпи

Макулы диаметром ≤ 1 см

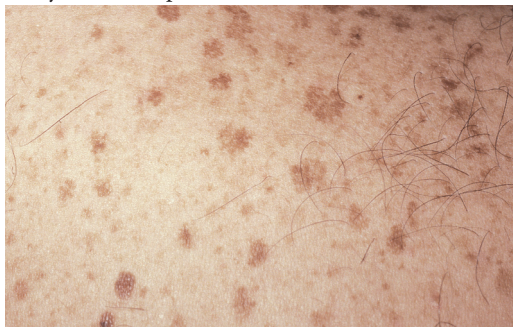


Рис. 1.24. Лентигоноз

Пятно диаметром > 1 см



Рис. 1.25. Винное пятно

б. Бесполостные элементы сыпи, выступающие над поверхностью кожи

Папула диаметром ≤ 1 см



Рис. 1.26. Сложный невус

Узел диаметром > 1 см (диаметр равен толщине)



Рис. 1.27. Земляничный невус

ВЫСТУПАЮЩИЕ БЕСПОЛОСТНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ

Папула. Любой бесполостной элемент сыпи (размером ≤ 1 см), выступающий над поверхностью кожи и пальпируемый.

Узел. Любые элементы сыпи (диаметром > 1 см), выступающие над поверхностью кожи, которые возможно пропальпировать указательным и большим пальцами, то есть у узла имеется морфологическая основа. Зачастую появление узлов связано с патологией дермы, но они могут сопровождаться и изменением поверхности кожи.

Бляшка. Любой элемент сыпи (размером > 1 см), в котором диаметр намного больше, чем толщина, то есть бляшка определяется только при помощи кончиков пальцев. Обычно возникает из-за патологии эпидермиса, сопровождающейся поверхностным шелушением, образованием корок или кератина.

Бляшка диаметром > 1 см (диаметр намного больше толщины)

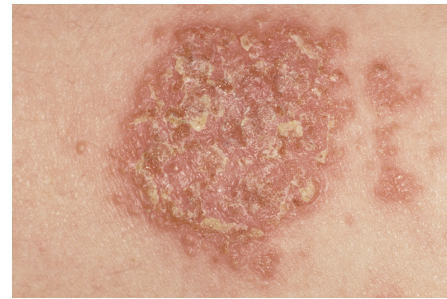


Рис. 1.28. Монетовидная экзема