

ОГЛАВЛЕНИЕ

Коллектив авторов	7
Список сокращений и условных обозначений.....	8
Предисловие	10
Глава 1. Перечень практических навыков, которыми должен владеть дерматовенеролог (<i>В.В. Гладько</i>)	13
Глава 2. План обследования больного дерматовенерологического профиля (<i>Т.В. Соколова</i>).....	16
Глава 3. Характеристика морфологических элементов (<i>Т.В. Соколова</i>).....	34
3.1. Первичные морфологические элементы	35
3.2. Вторичные морфологические элементы	40
Глава 4. Патоморфологические изменения в коже (<i>В.В. Мордовцева</i>)	44
4.1. Патоморфологические изменения эпидермиса	44
4.2. Патоморфологические изменения дермы и гиподермы.	46
Глава 5. Симптомы дерматозов (<i>Т.В. Соколова, Л.А. Сафонова</i>)	48
5.1. Алоpecia гнездная.....	48
5.2. Амилоидоз	48
5.3. Атрофия кожи	49
5.4. Волчанка красная	49
5.5. Волчанка туберкулезная.....	49
5.6. Дерматит атопический	50
5.7. Дерматомиозит	50
5.8. Крапивница пигментная (мастоцитоз).....	51
5.9. Лейшманиоз кожный	51
5.10. Лейкемиды	52
5.11. Лишай красный волосистой	52
5.12. Лишай красный плоский	52
5.13. Лепра	53
5.14. Лишай отрубевидный	53
5.15. Микоз грибковидный	53

5.16. Парапсориаз каплевидный.	54
5.17. Пиодермия язвенная	54
5.18. Псориаз вульгарный	54
5.19. Пузырчатка истинная	55
5.20. Саркоидоз	56
5.21. Сикоз вульгарный.	56
5.22. Трихофития инфильтративно-нагноительная.	56
5.23. Туберкулез бородавчатый	56
5.24. Туберкулез кожи и слизистых оболочек язвенный.	56
5.25. Чесотка	57
5.26. Эпидермолиз острый токсический (синдром Лайелла).	57
5.27. Эритема центробежная	57
Глава 6. Симптомы сифилиса (О.К. Лосева)	58
Глава 7. Методы обследования больных дерматозами (Т.В. Соколова).	61
7.1. Аллергодерматозы (аллергический дерматит, атопический дерматит, экземы, крапивница, чесуха и др.)	61
7.2. Болезнь Боровского (кожный лейшманиоз)	63
7.3. Болезнь Дарье	64
7.4. Витилиго	64
7.5. Дерматит атопический.	64
7.6. Демодекоз	69
7.7. Герпетиформный дерматит Дюринга.	72
7.8. Крапивница.	73
7.9. Красная волчанка	73
7.10. Лепра	74
7.11. Лишай красный плоский.	75
7.12. Лишай отрубевидный (разноцветный).	75
7.13. Микроспория	76
7.14. Нейрофиброматоз (нейроглиоматоз, болезнь Реклингхаузена)	76
7.15. Педикулез	77
7.16. Порфирия поздняя	77

7.17. Пузырчатка истинная.	77
7.18. Трихофития	78
7.19. Себорея жирная.	78
7.20. Туберкулезная волчанка.	79
7.21. Фавус	79
7.22. Чесотка	79
7.23. Хейлит эксфолиативный	81
7.24. Эритразма.	81
Глава 8. Методы обследования больных инфекциями, передаваемыми половым путем (В.В. Гладько)	82
Глава 9. Лабораторная диагностика сифилиса (О.К. Лосева)	93
9.1. Прямые методы обнаружения <i>T. pallidum</i>	93
9.2. Серологическая диагностика сифилиса	98
9.3. Алгоритм обследования и ведения пациентов.	113
Глава 10. Гистологический метод диагностики (В.В. Мордовцева) ...	115
Глава 11. Клинические и гистологические критерии меланомы кожи (В.В. Мордовцева).	117
Глава 12. Наружная терапия дерматозов (Т.В. Соколова)	122
12.1. Принципы наружной терапии.	122
12.2. Фармакодинамические свойства лекарств	123
12.3. Классификация наружных средств по механизму действия.	124
12.4. Критерии выбора наружных препаратов.	127
12.5. Лекарственные формы препаратов для наружной терапии дерматозов.	128
12.6. Правила использования препаратов для наружной терапии	136
Глава 13. Лекарственные средства, часто используемые в дерматологической практике	139
13.1. Антигистаминные препараты (Т.В. Соколова)	139
13.2. Генно-инженерные биологические препараты (Э.Г. Санакоева)	150
13.3. Топические глюкокортикоиды (Т.В. Соколова, А.П. Малярчук)	157

13.4. Топические антибактериальные препараты (Л.А. Сафонова)	187
13.5. Топические антисептические препараты (Т.В. Соколова, А.П. Малярчук)	194
13.6. Топические ингибиторы кальциневрина (Т.В. Соколова) . . .	198
13.7. Топические антимикотики (Т.В. Соколова, А.П. Малярчук) . . .	200
13.8. Топические ретиноиды (Т.В. Соколова, А.П. Малярчук)	206
13.9. Противочесоточные препараты (Т.В. Соколова, А.П. Малярчук)	212
13.10. Препараты для лечения педикулеза (педикулициды) (Ю.В. Лопатина)	220
13.11. Эмоленты (увлажняющие лекарственные препараты) (Л.А. Сафонова)	228
13.12. Топические препараты из различных фармакологических групп (Л.А. Сафонова)	242
Глава 14. Правила выписывания рецептов больному (А.П. Малярчук)	247
Глава 15. Профилактика микозов стоп (А.П. Малярчук)	254
Глава 16. Профилактика чесотки (А.П. Малярчук)	260
Глава 17. Профилактика педикулеза (Ю.В. Лопатина)	265
Глава 18. Индексы оценки тяжести дерматозов (Т.В. Соколова)	270
18.1. Атопический дерматит	270
18.2. Псориаз	278
18.3. Онихомикоз	280
Список литературы	287
Предметный указатель	288

ПРЕДИСЛОВИЕ

Опытному клиницисту хорошо известно, что самым важным этапом работы с больным является постановка правильного диагноза. От этого зависят последующее лечение и реабилитация. Нередко от момента обращения больного к врачу до постановки правильного диагноза проходит достаточно много времени. Этот период определяется в первую очередь квалификацией врача, его умением анализировать сведения, полученные от пациента, проводить дифференциальную диагностику и аналогию с подобными случаями из практики. Нередко правильно собранный анамнез, детальный осмотр кожного покрова и слизистых оболочек с акцентом на характерные симптомы, присущие данному заболеванию, а также использование ряда диагностических приемов позволяют поставить диагноз уже при первичном приеме. Лабораторные, функциональные, патоморфологические методы диагностики позволяют объективизировать диагноз. В связи с этим практические навыки являются важной составляющей квалифицированного специалиста. Не секрет, что их освоение начинается со студенческой скамьи и продолжается в течение всей трудовой деятельности врача.

Данный справочник — существенное дополнение к уже имеющимся учебникам, руководствам, пособиям и атласам по дерматовенерологии. Его основная цель — обобщение и описание различных диагностических симптомов, тестов и методов обследования больных с кожными и венерическими заболеваниями, а также выбора правильной тактики лечения с учетом особенностей клинической картины заболевания и механизма действия лекарственных препаратов. Неслучайно справочник начинается перечнем практических навыков, которыми должен владеть каждый врач-дерматовенеролог, приступающий к самостоятельной практике. Справочник нацелен на выработку у врачей последовательности, логичности и глубины клинического мышления в процессе обследования, лечения и диспансерного наблюдения за больным.

Имея опыт работы в системе профессионального последипломного образования, авторы убедились, что профессионализм дерматовенерологов складывается из многих составляющих: индивидуальных способностей, базовой подготовки, стажа работы, желания постоянно работать с литературой и умения вычленивать необходимые данные из докладов на научных конференциях, съездах, конгрессах. В связи с этим особенность данного справочника — обобщение материала, включающего основы дерматовенерологии: план обследования больного с кожным или венерическим

заболеванием; характеристика первичных и вторичных морфологических элементов; патоморфологические изменения в эпидермисе и дерме при гистологическом исследовании биоптатов кожи; рациональный подход к дифференциальной диагностике; клинические диагностические симптомы; методы лабораторной диагностики дерматозов различного генеза и инфекций, передаваемых половым путем; общие принципы наружной терапии и т.п. Особый акцент сделан на лекарственных средствах, наиболее часто применяемых врачами в дерматологической практике: антигистаминных препаратах, средствах для наружной терапии (глюкокортикоиды, антимикотики, антибиотики, антисептики, ретиноиды, ингибиторы кальциневрина, эмоленты).

При подготовке справочника использованы документы, разработанные и утвержденные министерствами здравоохранения, образования и науки, труда и социальной защиты, Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки РФ:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ».
2. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 23.05.2025) «Об образовании в Российской Федерации», статья 76 «Дополнительное профессиональное образование».
3. Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам» (с изменениями и дополнениями).
4. Приказ Минздрава России от 2 мая 2023 г. № 206н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием».
5. Приказ Минздрава России от 2 мая 2023 г. № 205н «Об утверждении «Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».
6. ФГОС ВО по специальности 31.08.32 «Дерматовенерология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации). Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 № 1074.
7. Приказ Минздравсоцразвития России от 31 января 2012 г. № 69н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях» (с изменениями на 21 февраля 2020 г.).
8. Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология» (с изменениями и дополнениями).

9. Приказ Минтруда России от 14 марта 2018 г. № 142н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-дерматовенеролог».
10. Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)» от 8 февраля 2017 г. № 2531.

Авторы надеются, что справочник будет полезен в повседневной работе широкому кругу врачей практического здравоохранения, а также студентам, ординаторам, аспирантам. Будем искренне признательны за критические замечания в адрес данной работы.

Глава 1

Перечень практических навыков, которыми должен владеть дерматовенеролог

В.В. Гладько

Приступая к самостоятельной врачебной деятельности после ординатуры, пройдя первичную специализацию и получив свидетельство об аккредитации медицинского специалиста, врач должен владеть многими практическими навыками.

- Клиническое обследование больного по всем органам и системам: сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.
- Заполнение и ведение медицинской документации: в стационаре (истории болезни, выписки из истории болезни); в поликлинике (амбулаторные карты Ф-025, статистический талон Ф-025/у, лист нетрудоспособности, направление на госпитализацию Ф-28, санаторно-курортная карта Ф-072/у и др.).
- Постановка диагноза согласно классификации (Международная классификация болезней 10-го пересмотра).
- Составление плана обследования больного.
- Составление плана лечения больного (режим, диета, медикаменты, физиотерапия и др.) с учетом индивидуального диагноза, показаний и противопоказаний для каждого метода лечения.
- Оценка эффективности лечения, выявление возможных проявлений нежелательного побочного действия лекарств и своевременное принятие мер их предупреждения и устранения.
- Формулировка ближайшего и отдаленного прогноза, рекомендаций для дальнейшего, в том числе амбулаторного лечения.

- Разработка мер вторичной профилактики (коррекция факторов риска, провоцирующих заболевание и/или способствующих его возникновению).
- Умение оценить и проанализировать данные клинических, иммунологических и биохимических лабораторных исследований.
- Освоение практических навыков по лабораторной и инструментальной диагностике кожных и венерических болезней.
- Оказание неотложной помощи больным при анафилактическом шоке, острой остановке дыхания, стенозе гортани, астматическом статусе, обмороке, коллапсе, гипертоническом кризе, острых болях в животе («острый живот»), инфекционно-токсическом шоке, кровотечениях (желудочно-кишечном, носовом), отеке Квинке, судорожных состояниях, эпилептиформных припадках и др.
- Установка и запуск трансфузионных систем для внутривенного введения лекарственных растворов, крови, плазмы и кровезаменителей.
- Исследование волос, чешуек, ногтей на патогенные грибы.
- Выполнение пробы с настойкой йода на скрытое шелушение.
- Осмотр больного в лучах лампы Вуда.
- Методики дезинфекции обуви.
- Методики обнаружения чесоточного клеща.
- Методики обнаружения клеща *Demodex folliculorum* (волосяной железницы).
- Постановка аллергических кожных проб.
- Воспроизведение различных феноменов при дерматозах: псориазическая триада, реакция Кебнера, симптомы «яблочного желе» (диакопия/витропрессия), «дамского каблука», Никольского, зонда А.И. Пospelова, пробы Бальцера, Ядассона и др.
- Исследование тепловой, холодовой, тактильной, болевой чувствительности.
- Взятие материала для посева на питательные среды и для антибиотикограммы.
- Исследование мазков-отпечатков на клетки Тцанка, методики приготовления препаратов с кожи и слизистой оболочки полости рта.
- Изучение гистологических препаратов.
- Выполнение подкожных, внутриможных, внутримышечных, внутривенных инъекций лекарственных препаратов.
- Выполнение биопсии кожи.
- Выполнение спинномозговой пункции.
- Знание методик нанесения наружных лекарственных средств.
- Определение биодозы ультрафиолетового облучения.

- Криотерапия жидким азотом и снегом угольной кислоты.
- Выписка рецептов на лекарственные средства, применяемые в дерматовенерологии (международные непатентованные названия).
- Исследование стенок уретры на прямом буже.
- Массаж уретры на прямом буже, освоение техники введения изогнутого бужа.
- Введение катетера при острой задержке мочи.
- Исследование предстательной железы и семенных пузырьков.
- Взятие секрета предстательной железы и семенных пузырьков.
- Инстилляционная лекарственная терапия в уретру.
- Промывание уретры по Жане.
- Выполнение уретроскопии и лечебных тампонад.
- Взятие материала, приготовление и исследование мазков на гонококки — окраска метиленовым синим и по Граму.
- Забор материала, приготовление мазков, нативных препаратов для исследования на трихомонаду.
- Забор материала и исследование его на хламидии.
- Забор материала и исследование его на микоплазмы.
- Забор материала и исследование его на гарднереллы.
- Исследование отделяемого сифилидов на бледную трепонему.
- Знакомство с постановкой микрореакции с кардиолипидным антигеном (АГ), классических серологических реакций, реакции иммобилизации бледных трепонем (РИБТ), реакции иммунофлюоресценции (РИФ).
- Оформление экстренных извещений.
- Оформление больничных листов.
- Направление больных на медико-социальную экспертизу.
- Оформление медицинской документации на медико-социальную экспертизу.
- Организация консультаций специалистов и оказание врачебной помощи при различных заболеваниях внутренних органов согласно медицинским стандартам.
- Участие в составлении годового отчета отделения или кабинета.
- Оформление документации для страховой компании.
- Методы физиотерапевтического лечения.

Глава 2

План обследования больного дерматовенерологического профиля

Т.В. Соколова

История болезни — основной юридический документ, отражающий последовательность объективного и лабораторного обследования больного, тактику и переносимость лечения, динамику клинических проявлений в процессе терапии, рекомендации при диспансерном наблюдении и т.п.

История болезни больного универсальна и содержит следующие разделы.

1. Паспортная часть.
2. Жалобы больного.
3. История настоящего заболевания (*Anamnesis morbi*).
4. История жизни больного (*Anamnesis vitae*).
5. Объективные данные (*Status praesens objectivus*).
6. Дерматологический статус (*Status localis*).
7. Предварительный диагноз (без обоснования).
8. План обследования больного.
9. Данные лабораторных обследований и заключения консультантов.
10. Дифференциальная диагностика (проводится с 2–3 заболеваниями).
11. Клинический диагноз (с обоснованием).
12. Лечение данного больного.
13. Дневник наблюдения за больным в процессе лечения.
14. Эпикриз.

Паспортная часть включает следующие разделы.

1. Фамилия, имя, отчество больного.
2. Пол.
3. Возраст (дата рождения).
4. Семейное положение (замужем, женат, холост, разведен, вдовец).

5. Образование (начальное, среднее, среднее специальное, незаконченное высшее, высшее).
6. Профессия.
7. Место работы.
8. Домашний адрес.
9. Дата поступления в стационар.
10. Дата выписки из стационара.
11. Диагноз лечебно-профилактического учреждения, направившего больного: _____.
12. Диагноз при поступлении в стационар: _____.
13. Клинический диагноз:
 - основной _____;
 - сопутствующие заболевания _____;
 - осложнения _____.
14. Исход болезни (выздоровление, улучшение, без изменений).
15. Число проведенных в стационаре койко-дней.

Жалобы больного. Первоначально выясняют жалобы, относящиеся к кожному или венерическому заболеванию, послужившему причиной обращения к врачу или госпитализации в стационар, затем — жалобы на сопутствующую патологию.

Основные жалобы пациентов: высыпания на коже и слизистых оболочках, зуд, боль, жжение, парестезии. Весьма существенно выяснить характер зуда: постоянный или приступообразный, его суточную динамику (преобладание в дневное или вечернее время), интенсивность (слабый, умеренный, сильный, биопсирующий). Для некоторых заболеваний характерна боль в области очага поражения (острая, тупая, постоянная, периодическая). Заболевание может сопровождаться повышением температуры тела, потливостью, ознобом, вялостью, слабостью, головной болью и т.п. Нередки жалобы на бессонницу, раздражительность, утомляемость, плаксивость, быструю смену настроения. Некоторые больные акцентируют внимание на изменении цвета кожи, ее сухости, выпадении волос, изменении формы, цвета, толщины ногтевых пластинок. Если обследуемый является ребенком, то сведения получают у родителей.

История настоящего заболевания (Anamnesis morbi). Выясняется давность заболевания, место и характер первых высыпаний, динамика их распространения на коже, эволюция в процессе разрешения. Анализируется последовательность вовлечения в процесс кожи, слизистых оболочек, лимфатических узлов, волос, суставов, ногтей, других органов и систем. Устанавливается причина заболевания (по мнению больного и по результатам предшествующих обследований у специалистов).

Способствовать заболеванию могут различные экзогенные и эндогенные факторы.

Экзогенные факторы подразделяются на механические (давление, трение, растяжение, ушибы и др.), физические (действие высоких и низких температур, электрического тока, ультрафиолетового и радиационного излучения и др.), химические (облигатные раздражители и аллергены), различные инфекции (бактерии, вирусы, грибы, простейшие, паразиты и др.).

Диапазон эндогенных факторов достаточно широк. Это функциональные нарушения периферической и центральной нервной системы, патология обмена веществ, гипо- и авитаминозы, сосудистые нарушения, заболевания крови, интоксикации, сопутствующие соматические, эндокринные, онкологические заболевания и др. Выясняется частота обострений кожного процесса, связь их с теми или иными факторами, длительность ремиссий. Обращается внимание на сезонность процесса. Обязательно указывается наличие или отсутствие подобных заболеваний у членов семьи или ближайших родственников. Делается акцент на проводимом ранее лечении (амбулаторное или стационарное — медикаментозное, физиотерапевтическое, санаторно-курортное), его эффективности, переносимости. Уточняется, состоит ли больной на диспансерном учете у дерматолога или у другого специалиста и получал ли в прошлом курсы противорецидивной терапии.

Если обследуемый больной имеет инфекционное, паразитарное или венерическое заболевание, то выясняются источник заражения и лица, бывшие в контакте с пациентом, время предполагаемого заражения, степень контакта (прямой или непрямой), очаги (семья, организованный коллектив, число контактных лиц).

Если есть подозрение на аллергический характер заболевания, то подробно собирается аллергологический анамнез. В первую очередь выясняются возможные аллергены. Они могут быть неинфекционными (пищевые, пыльцевые, бытовые, эпидермальные, медикаментозные, химические и др.) и инфекционными (бактериальные, вирусные, грибковые, протозойные, паразитарные и др.). Аллергены могут являться как первопричиной заболевания, так и триггером, вызывающим его последующие рецидивы. Желательно установить период перехода моновалентной сенсибилизации в поливалентную. Отмечаются реакции на введение вакцин и сывороток, медикаментов (каких, когда).

Оценивается влияние на кожу косметических средств, переносимость холодной и горячей воды. Обращается внимание на обострение заболевания в результате нервно-психического стресса, воздействия метеорологических факторов (инсоляция, ветер, влажность и т.д.). Устанавливается связь заболевания с менструацией, беременностью. Выясняют увлече-

ния больного или «хобби» — фотография, чеканка, аквариумное рыбоводство, цветоводство и др., наличие профессиональных вредностей. Акцентируется внимание на наличие очагов хронической инфекции (отит, тонзиллит, гайморит, кариозные зубы и т.д.).

Обязательно анализируются и кратко регистрируются результаты проводимых ранее лабораторных исследований и консультаций специалистов. Оценивается их динамика в процессе той или иной терапии.

История жизни больного (*Anamnesis vitae*). При некоторых дерматозах имеет значение правильно собранный акушерский анамнез. Врач выясняет, каким ребенком по счету в семье является больной, чем у матери закончились предыдущие беременности (дети, аборт, выкидыш, мертворождение), был ли у нее токсикоз в первой или второй половине беременности, угроза ее прерывания. Существенно выяснить, какие заболевания, операции, патологические состояния (кровотечение, резус-конфликт, отслойка плодного яйца) наблюдались у матери во время беременности. Среди заболеваний особое значение имеют гепатит, сифилис, инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), коронавирусная инфекция, простой герпес, цитомегаловирусная инфекция, краснуха, анемия, урогенитальный кандидоз, хламидиоз, глистные инвазии и др. Следует уточнить, получала ли мать в период вынашивания ребенка медикаментозное лечение, подвергалась ли стрессам, воздействию профессиональных вредностей. Особое значение имеют курение, употребление алкоголя и наркотиков. В ряде случаев приходится принимать во внимание и течение родов — физиологическое или патологическое. Значение имеют преждевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, стремительные роды, пособия в родах (наложение акушерских щипцов, вакуум-экстрактора), оперативные вмешательства.

Важно отметить, как родился ребенок: естественным путем или с помощью кесарева сечения, в срок или преждевременно, доношенным или недоношенным. Закричал сразу или нет. Наблюдались ли признаки асфиксии (цианоз, гипотонус мышц, слабый крик, вялые рефлексы). На каком вскармливании находился ребенок — естественном, смешанном или искусственном.

Оценивается, как протекало развитие больного в детстве, как он учился, сколько классов закончил. Значение имеют и условия жизни больного — бытовые, характер питания, моральный климат в семье.

Особый акцент делается на заболевания, травмы, операции, интоксикации, перенесенные на всех этапах жизненного пути больного. В истории болезни обязательно указывается, болел ли пациент венерическими заболеваниями, гепатитом, туберкулезом, ковидом, психическими

заболеваниями, гельминтозами, является ли ВИЧ-инфицированным. Отрицательные сведения также фиксируются в истории болезни. Обращается внимание на переносимость лекарственных препаратов. Подробно описываются имевшие место ранее реакции на лекарственные препараты, применяемые внутрь и наружно, — анафилактический шок, медикаментозная таксидермия, крапивница, аллергический контактный дерматит, тошнота, рвота, озноб, головокружение и т.д. Данные о непереносимости лекарственных препаратов выносятся на титульный лист истории болезни и выделяются цветным карандашом или маркером.

Обращается внимание на период наступления полового созревания. Выясняется время появления вторичных половых признаков, у женщин — время начала менструаций, их характер. Желательно уточнить, когда больной начал половую жизнь.

Далее собирается семейный анамнез: семейное положение, возраст вступления в брак, состав семьи, возраст детей. У женщин нередко имеет значение гинекологический анамнез (число беременностей, как они закончились, гинекологические заболевания). Необходимо отразить начало трудовой деятельности, общий стаж работы, профессиональные вредности. Обязательно отмечаются вредные привычки (курение, употребление алкоголя, наркотиков).

Объективные данные (*Status praesens objectivus*). Обследование проводится по общим правилам, принятым в соматических стационарах.

- Общее состояние больного (хорошее, удовлетворительное, тяжелое).
- Положение больного (активное, пассивное, вынужденное).
- Характер температуры (нормальная, субфебрильная, умеренно-лихорадочная, высоколихорадочная). Сопровождается ли температура свежими высыпаниями.
- Сознание (ясное, затемненное).
- Лимфатические узлы. Оцениваются величина, консистенция, болезненность, спаянность между собой и с кожей, наличие изъязвлений.
- Мышцы. Болезненность при пальпации, движении, наличие уплотнений, атрофии.
- Суставы. Болезненность в покое, при движении и пальпации. Форма, размеры, объем движений.
- Кости. Ночные боли, искривления, утолщения.
- Органы дыхания.
- Сердечно-сосудистая система.
- Органы пищеварения.
- Мочеполовая система.
- Эндокринная система.

Дерматологический статус (*Status localis*). Описание дерматологического статуса больного требует соблюдения нескольких правил:

- осмотр кожного покрова и слизистых оболочек должен проводиться при достаточном освещении, лучше естественном;
- для осмотра слизистой оболочки полости рта рекомендуется применять яркий, направленный электрический свет и использовать одноразовый деревянный шпатель, с помощью которого хорошо удается осушить от слюны осматриваемые участки слизистой оболочки рта;
- температура в помещении не должна быть меньше 20 °С; охлаждение кожи способствует диагностическим ошибкам за счет спазма сосудов («мраморная кожа») или сокращения мышц, поднимающих волосы («гусиная кожа»);
- осматривают обязательно весь кожный покров и слизистые оболочки.

Первоначально оценивается состояние внешне неизменных участков кожного покрова, затем описывается очаг поражения. Необходимо определить цвет кожи — нормальный, розовый, гиперемированный, землистый, желтушный, цианотичный. Отметить наличие де- и гиперпигментаций с указанием локализации, где эти изменения наиболее выражены. Оценивают эластичность, тургор, гидратацию (нормальная, сухая, влажная) кожи.

Важно научиться осматривать всю сыпь в целом, обращая внимание на ряд характерных для данного дерматоза признаков. В первую очередь оценивается характер высыпаний (воспалительный или невоспалительный), их симметричность, распространенность процесса, который может быть ограниченным, диссеминированным, генерализованным, универсальным (эритродермия). Далее подробно описываются места локализации сыпи на теле больного, при необходимости отмечается пораженность открытых или закрытых участков кожного покрова, расположение сыпи вокруг естественных отверстий, по ходу нервов и т.д.

Наиболее ответственным моментом является идентификация первичных и вторичных морфологических элементов и правильное описание их клинических характеристик. В первую очередь необходимо определить характер сыпи — *мономорфная* или *полиморфная*. Затем в порядке значимости описываются все морфологические элементы. Сначала первичные (пятна, папулы, пузыри, везикулы, пустулы, узлы и др.), затем вторичные (чешуйки, язвы, трещины, вегетации и др.).

Характеристика морфологических элементов имеет несколько критериев. В первую очередь обращается внимание на их *цвет*. Опытный дерматолог различает не только цвет элементов, но и оттенки окраски. Высыпания могут быть цвета нормальной кожи, розовые, синюшные,

фиолетовые, опаловые и т.д. Далее уточняются *размеры* высыпаний. Так, папулы могут быть миллиарными, лентикулярными, нуммулярными и в виде бляшек; чешуйки — муковидными, отрубевидными, пластинчатыми, листовидными. Размер большинства морфологических элементов указывается в миллиметрах. Оценивают *границы* высыпаний (четкие, нечеткие), их форму (плоские, полушаровидные, конусовидные, с пупкообразным вдавлением), *очертания* (округлые, овальные, полигональные, мелко- или крупнофестончатые), *поверхность* (гладкая, эрозированная, покрыта чешуйками, вегетациями).

При описании полостных морфологических элементов указывается *состояние покрывки* (вялая или напряженная). Определяются взаимоотношения морфологических элементов между собой: изолированы друг от друга (фокальное расположение), сгруппированы, сливаются (чаще всего за счет периферического роста).

Для диагностики заболевания большое значение имеют симптомы, *патогномоничные* для него (см. далее). Их наличие или отсутствие у больного обязательно фиксируют в локальном статусе. Весьма существенно, что ряд специальных методов или приемов обследования осуществляется врачом непосредственно при первичном осмотре больного. Полученные данные также отражаются в данном разделе истории болезни. Заканчивается локальный статус описанием *придатков кожи* (волосы, ногти, потовые и сальные железы). Если они не поражены, то это также отмечается в истории болезни.

Предварительный диагноз. Часто жалобы больного, анамнез и клиническая картина заболевания позволяют поставить правильный диагноз. Предварительный диагноз ставится в соответствии с общепринятыми классификациями дерматозов. Для ряда заболеваний указывается стадия процесса, клиническая форма заболевания, поражение придатков кожи (ногти, волосы, железы), аллергические реакции, сопровождающие дерматоз. Например:

- псориаз, прогрессивная (стационарная, регрессивная) стадия, осенне-зимняя (весенне-летняя, внесезонная) форма, псориатический артрит;
- красный плоский лишай, атрофическая и веррукозная формы;
- дерматофития стоп, интертригинозная и дисгидротическая формы; онихомикоз, везико-буллезные микиды на кистях;
- бляшечная склеродермия, стадии индурации и атрофии;
- чесотка, осложненная пиодермией (остиофолликулиты, стафилококковое импетиго);
- истинная экзема, стадия обострения, течение рецидивирующее.

Обследование больного в условиях стационара включает комплекс общих и специальных методов.

Общие методы

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Кал на яйца глист.
4. Рентгеноскопия органов грудной клетки.
5. Обследование на сифилис.

Специальные методы

1. Исследование содержимого пузырей или мазков-отпечатков на акантолитические клетки (клетки Тцанка) или эозинофилы.
2. Исследование сыворотки крови на LE-клетки.
3. Исследование сыворотки крови на наличие специфических антител (АТ) к вирусам простого герпеса, цитомегаловирусу, ВИЧ, к бледной трепонеме, лямблиям, токсокарам, описторхам, *Helicobacter pylori* и т.д.
4. Постановка кожных аллергических проб (накожные, скарификационные, внутрикожные, интраназальные тесты) с различными аллергенами.
5. Внутрикожные тесты со специфическими АГ (туберкулином, лепронином и др.).
6. Микроскопическое исследование для выявления грибов, чесоточного клеща, клещей рода *Demodex*, лейшманий, палочек Ганзена, микобактерий туберкулеза, трихомонад, гонококков, бледных трепонем и других возбудителей.
7. Посев содержимого пустул, отделяемого зева и носа на флору и чувствительность к антибиотикам.
8. Посев соскобов эпидермиса с очагов поражения и фрагментов ногтевых пластинок для определения вида возбудителя и его чувствительности к антимикотикам.
9. Иммунологические исследования.
10. Молекулярно-биологические методы.
11. Гистологическое исследование биоптата кожи.
12. Иммуногистохимические исследования.

Нередко дерматологу самостоятельно или после консультации со смежным специалистом для постановки диагноза приходится назначать различные биохимические тесты (сахар крови, ревмотесты, белок и белковые фракции сыворотки крови, креатинин в крови и моче, пече-

ночные тесты, микроэлементы сыворотки крови и т.д.), реакции прямой и непрямой иммунофлюоресценции, инструментальные методы (эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ультразвуковое, рентгенологическое исследования, доплерография и др.).

Данные лабораторного обследования и заключения специалистов. При обследовании больного интерпретация полученных результатов из различных лабораторий и кабинетов функциональной диагностики, а также заключений специалистов должна находить отражение в дневниках истории болезни. Нормативные данные большинства клинических, биохимических, иммунологических и других показателей с учетом используемых тест-систем обычно отражены в бланках анализов. Нередко окончательный диагноз ставится только после проведения диагностической биопсии и заключения патоморфолога. В связи с этим опытный клиницист должен владеть рядом терминов, обозначающих патоморфологические изменения в эпидермисе и дерме.

Дифференциальный диагноз — один из ключевых разделов диагностики и определяет уровень клинического мышления врача. Проводя его, врач в большинстве случаев пользуется учебной и монографической литературой. Зачастую у больного приходится проводить дифференциальную диагностику с 2–3 дерматозами. Дифференциальная диагностика с каждым заболеванием проводится раздельно.

Первым этапом дифференциального диагноза является обобщение сходных симптомов заболеваний, а затем последовательно анализируются отличия по всем разделам: жалобы, данные анамнеза, клиника (морфологические элементы, их характеристика, эволюция, локализация, дерматологические симптомы), данные лабораторных исследований, особенности течения, результаты пробного лечения и т.д.

В качестве примера можно использовать приводимую иллюстрацию дифференциального диагноза между псориазом и красным плоским лишаем.

Псориаз и красный плоский лишай имеют ряд общих признаков. Оба заболевания могут возникать как результат ряда факторов. Причиной их возникновения могут быть инфекция, нервно-психический стресс, эндокринные и обменные нарушения, наследственная предрасположенность. В обоих случаях больного беспокоят высыпания на коже конечностей и туловища. Сыпь монотипная, папулезная. Изоморфная реакция (феномен Кебнера) положительная. В процесс могут вовлекаться слизистые оболочки и ногти. Оба заболевания имеют несколько редких (атипичных) форм и рецидивирующее течение.

В то же время между данными заболеваниями имеются существенные отличия. Специальными генетическими исследованиями при псориазе

установлен мультифакториальный тип наследования с неполной пенетрантностью генов, в то время как при красном плоском лишае ведущей является токсико-аллергическая теория (заболевание часто развивается под действием медикаментов, бытовых, производственных, инфекционных аллергенов).

Больных с красным плоским лишаем беспокоит мучительный зуд, который при псориазе встречается лишь при экссудативной, интертригинозной и эритродермической формах. Внешний вид папул при псориазе резко отличается от такового при красном плоском лишае. При псориазе папулы полушаровидной формы, округлых очертаний, розово-красного цвета, по размеру милиарные, лентикулярные, нуммулярные и в виде бляшек имеют склонность к периферическому росту и слиянию с образованием фигур различных очертаний, их поверхность покрыта серебристо-белыми, легко снимающимся чешуйками. При поскабливании папул положительна триада симптомов: феномен стеаринового пятна, терминальной пленки и точечного кровотечения. При красном плоском лишае папулы плоские, полигональные, красно-синюшного или лилового цвета, размером до 4 мм, с восковидным блеском (определяется при боковом освещении), пупкообразным вдавлением в центре, с склонностью к группировке. Если смазать папулы растительным маслом или водой, то определяется белесоватая сетка на поверхности (сетка Викхема).

Типичными местами локализации папул при псориазе являются разгибательные поверхности конечностей, волосистая часть головы, туловище, а при красном плоском лишае — сгибательные поверхности предплечий, тыльная поверхность кистей и стоп, передняя поверхность голеней, половые органы. Слизистые оболочки при псориазе вовлекаются в процесс крайне редко (до 2%), а при красном плоском лишае — достаточно часто (до 40%). Высыпания на слизистой оболочке полости рта при псориазе представлены папулами округлой формы серовато-белой окраски с розовым ободком вокруг и рыхлым белесоватым налетом на поверхности, легко удаляемым шпателем, а при красном плоском лишае — мелкими (до 2 мм), округлыми или полигональными папулами, группирующимися или сливающимися между собой в причудливый рисунок, напоминающий кружева, листья папоротника или бляшки.

При псориазе поражение ногтей имеет несколько форм: точечная (симптом наперстка), симптом «масляного пятна», гипертрофическая и атрофическая формы, а при красном плоском лишае преобладает последняя. Выделяют несколько атипичных клинических разновидностей псориаза и красного плоского лишаа. Редкими разновидностями псориаза являются экссудативная, эритродермическая, пустулезная, артропатическая,

себорейная, рупиоидная, интертригинозная, бородавчатая и другие формы. К атипичным формам красного плоского лишая относятся гипертрофическая (веррукозная), атрофическая, пемфигоидная, фолликулярная (остроконечная), пигментная, эритематозная и др. Для псориаза характерна стадийность процесса (прогрессивная, стационарная, регрессивная стадии). Нередко наблюдается сезонность заболевания (весенне-летняя и осенне-зимняя формы). Это нехарактерно для красного плоского лишая.

В клинической практике дифференциальный диагноз можно оформлять в виде таблицы. Это дает возможность врачу сохранять данные, дополнять их отсутствующими критериями и постоянно применять при поступлении новых больных. В качестве примера можно использовать дифференциальную диагностику между красной и туберкулезной волчанкой (табл. 2.1).

Таблица 2.1. Дифференциальная диагностика между красной и туберкулезной волчанкой

Критерии диагностики	Красная волчанка	Туберкулезная волчанка
Этиологический фактор	Аутоиммунное заболевание с поражением соединительной ткани кожи, сосудов и внутренних органов, при котором образуются аутоантитела и иммунные комплексы, откладывающиеся в стенках мелких сосудов и под базальной мембраной эпидермиса	Туберкулезная палочка (<i>Micobacterium tuberculosis</i>)
Данные анамнеза	Обострение от ультрафиолетового облучения	Обострение в холодное время года
Эпидемиология	Заболевание не заразное	Заболевание заразное. Имеются источник заражения и больные среди контактных лиц
Локализация кожных высыпаний	Чаще открытые участки кожного покрова (лицо, уши, волосистая часть головы, шея, область декольте, кисти)	Любой участок кожного покрова
Морфологические элементы	Очаг поражения имеет три зоны: центральная (атрофия), средняя (гиперкератоз), периферическая (эритема)	Бугорок (<i>tuberculum</i>) – язва – рубец/рубцовая атрофия