

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив	7
Список сокращений и условных обозначений	8
Предисловие	10
Глава 1. Перечень практических навыков, которыми должен владеть дерматовенеролог	13
Глава 2. План обследования больного дерматовенерологического профиля	16
Глава 3. Характеристика морфологических элементов	36
3.1. Первичные морфологические элементы	37
3.2. Вторичные морфологические элементы	42
Глава 4. Патоморфологические изменения в коже	46
4.1. Патоморфологические изменения эпидермиса	46
4.2. Патоморфологические изменения дермы и гиподермы	48
Глава 5. Симптомы дерматозов	50
5.1. Алопеция гнездная	50
5.2. Амилоидоз	50
5.3. Атрофия кожи	51
5.4. Волчанка красная	51
5.5. Волчанка туберкулезная	51
5.6. Дерматит атопический	52
5.7. Дерматомиозит	52
5.8. Крапивница пигментная (мастоцитоз)	53
5.9. Лейшманиоз кожный	53
5.10. Лейкемиды	54
5.11. Лишай красный волосистой	54
5.12. Лишай красный плоский	54
5.13. Лепра	55
5.14. Лишай отрубевидный	55
5.15. Микоз грибовидный	55
5.16. Парапсориаз каплевидный	56
5.17. Пиодермия язвенная	56

5.18. Псориаз вульгарный	56
5.19. Пузырчатка истинная	57
5.20. Саркоидоз.	58
5.21. Сикоз вульгарный	58
5.22. Трихофития инфильтративно-нагноительная	58
5.23. Туберкулез бородавчатый	58
5.24. Туберкулез кожи и слизистых оболочек язвенный	58
5.25. Чесотка	59
5.26. Эпидермолиз острый токсический (синдром Лайелла)	59
5.27. Эритема центробежная	59
Глава 6. Симптомы сифилиса	60
Глава 7. Методы обследования больных дерматозами	63
7.1. Аллергодерматозы (аллергический дерматит, атопический дерматит, экземы, крапивница, почесуха и др.)	63
7.2. Болезнь Боровского (кожный лейшманиоз)	65
7.3. Болезнь Дарье	66
7.4. Витилиго	66
7.5. Красная волчанка	66
7.6. Дерматит atopический	67
7.7. Герпетиформный дерматит Дюринга	71
7.8. Крапивница	72
7.9. Лепра	72
7.10. Лишай красный плоский	73
7.11. Лишай отрубевидный (разноцветный)	74
7.12. Микроспория	74
7.13. Нейрофиброматоз (нейроглиоматоз, болезнь Реклингхаузена)	74
7.14. Педикулез	75
7.15. Порфирия поздняя	75
7.16. Пузырчатка истинная	75
7.17. Себорея жирная	76
7.18. Туберкулезная волчанка	76
7.19. Чесотка	77
7.20. Хейлит эксфолиативный	78
7.21. Эритразма	78
Глава 8. Методы обследования больных инфекциями, передаваемыми половым путем	79

Глава 9. Лабораторная диагностика сифилиса	90
9.1. Прямые методы обнаружения <i>T. pallidum</i>	90
9.2. Серологическая диагностика сифилиса.	95
9.2.1. Нетрепонемные тесты.	95
9.2.2. Трепонемные тесты	101
9.3. Алгоритм обследования и ведения пациентов	111
Глава 10. Гистологический метод диагностики.	112
Глава 11. Клинические и гистологические критерии меланомы кожи.	114
Глава 12. Наружная терапия дерматозов	119
12.1. Принципы наружной терапии	119
12.2. Фармакодинамические свойства лекарств.	121
12.3. Классификация наружных средств по механизму действия	122
12.4. Критерии выбора наружных препаратов	125
12.5. Лекарственные формы препаратов для наружной терапии дерматозов	125
12.6. Правила использования препаратов для наружной терапии.	135
Глава 13. Лекарственные средства, часто используемые в дерматологической практике	138
13.1. Антигистаминные препараты	138
13.2. Топические глюкокортикостероиды	150
13.2.1. Топические глюкокортикостероиды в педиатрической практике	171
13.2.2. Нецелевое использование топических глюкокортикостероидов в клинической амбулаторной практике.	180
13.3. Топические антибактериальные препараты	182
13.4. Топические ингибиторы кальциневрина	191
13.5. Топические антимикотики	194
13.6. Противочесоточные препараты (скабициды)	199
13.7. Препараты для лечения педикулеза (педикулициды)	207
13.8. Эмоленты (увлажняющие лекарственные препараты)	217
13.9. Топические препараты из различных фармакологических групп	232

Глава 14. Правила выписывания рецептов больному	239
Глава 15. Профилактика микозов стоп	241
Глава 16. Профилактика чесотки	247
Глава 17. Профилактика педикулеза	252
Глава 18. Индексы оценки тяжести дерматозов	257
18.1. Атопический дерматит.....	257
18.2. Псориаз.....	265
18.3. Онихомикоз.....	267
Список литературы	274

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.
- Владение навыками заполнения и ведения 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.)
- Владение навыками постановки диагноза согласно классификации (МКБ–10 и 11).
- 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 умений 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.
- Методика дезинфекции обуви.
- Методика обнаружения чесоточного клеща.
- Методика обнаружения клеща *Demodex folliculorum* (волосяной железницы).
- Постановка аллергических кожных проб.
- Воспроизведение различных феноменов при дерматозах: псориазная триада, реакция Кебнера, симптомы «яблочного желе» (диаскопия/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.
- Подкожные, внутрикожные, внутримышечные, внутривенные инъекции лекарственных препаратов.
- Выполнение биопсии кожи.
- Выполнение спинномозговой пункции.

- Знание методик нанесения наружных лекарственных средств.
- Определение биодозы ультрафиолетового облучения (УФО).
- 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.
- Инстилляція лекарственных веществ 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, классических серологических реакций, реакцией иммобилизации бледных трепонем (РИБТ), реакцией иммунофлюоресценции (РИФ).
- Оформление экстренных извещений.
- Оформление больничных листов.
- Направление больных на медико-социальную экспертизу (МСЭ).
- Оформление медицинской документации на МСЭ.
- 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 является основным юридическим документом, отражающим последовательность 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 presens objectives*).
6. Дерматологический статус (*Status localis*).
7. Предварительный диагноз (без обоснования).
8. План обследования больного.
9. Данные лабораторных обследований и заключения консультантов.
10. Дифференциальный диагноз (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 изменения).
15. Число проведенных в стационаре койко-дней.

Жалобы больного. Первоначально выясняются жалобы, относящиеся к кожному заболеванию, послужившему причиной обращения к врачу или госпитализации в стационар, затем — сопутствующие другой органопатологии.

Основными жалобами больных являются: наличие высыпаний 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 бессоницу, раздражительность, утомляемость, плаксивость, быструю смену настроения. Некоторые больные акцентируют внимание на изменении цвета кожи, ее сухость, выпадение волос, изменение формы, цвета, толщины ногтевых пластинок. Если обследуемый — ребенок, то сведения собираются 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 и 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. Описывается проводимое ранее лечение (амбулаторное или стационарное — медикаментозное, физиотерапевтическое, санаторно-курортное), его эффективность, переносимость. 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, их численность).

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 увлечения 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 переносимости 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, высоко-лихорадочная). Сопровождается ли температура свежими высыпаниями.
- Сознание (ясное, затемненное).
- Лимфатические узлы. Оценивается 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 удаётся 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 неизмененных участков кожного покрова, затем описывается очаг поражения. Необходимо определить цвет кожи — нормальный, розовый, гиперемизированный, 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 поражение 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 опре-

делить 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, полусферовидные, 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;
- интертригинозная и дисгидротическая дерматофития стоп, 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 глистов.
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 (клетки красной волчанки).
3. Исследование сыворотки крови на наличие специфических антител 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, интраназальный тест) с различными аллергенами.
5. Внутрикожные тесты со специфическими антигенами (туберкулином, лепромином и др.).
6. Микроскопическое исследование на грибы, чесоточного клеща, демодекса, лейшмании, палочки Ганзена, микобактерии туберкулеза, трихомонады, гонококки, бледную трепонему и др.
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 для постановки диагноза приходится проводить разнообразные биохимические тесты (сахар крови, ревмотесты, белок и белковые фракции сыворотки крови, креатинин в крови и моче, печеночные 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 должны 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. Дифференциальный диагноз является одним из ключевых разделов диагностики и определяет уровень клинического мышления врача. Проводя его, врач, в большинстве случаев, пользуется учебной и монографической литературой. Зачастую заболевание у больного приходится дифференцировать с 2–3 дерматозами. Дифференциальный диагноз 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.

Как пример 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 развития могут быть инфекция, нервно-психический стресс, эндокринные и обменные нарушения, наследственная предрасположенность. В обоих случаях больного беспокоят высыпания на коже конечностей и туловища. Сыпь мономорфная, 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 снимающимися 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 Уикхема). Излюбленными 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 полости рта при псориазе представлены папулами округлой формы серовато-белой окраски с розовым ободком вокруг и рых-

лым 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 выделяют три формы поражения ногтей: точечную (симптом наперстка), гипертрофическую и атрофическую, а при красном плоском лишае преобладает последняя. Выделяют несколько атипичных клинических разновидностей псориаза и красного плоского лишая. 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 использовать при поступлении новых больных. В качестве примера можно использовать дифференциальный диагноз 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>)

Окончание табл. 2.1

Критерии диагностики	Красная волчанка	Туберкулезная волчанка
Данные анамнеза	Обострение от УФО	Обострение в холодное время года
Эпидемиология	Заболевание не заразное	Заболевание заразное. Имеются источники заражения и больные среди контактных лиц
Локализация кожных высыпаний	Чаще открытые участки кожного (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
Диагностические симптомы	«Дамского каблука», Бенье–Мещерского	Поспелова (зонда), положительный обфельмус (диаскопия)
Диагностика	LE – клетки, ревмотесты, белок и белковые фракции сыворотки крови, ЦИКи, исследование антинуклеарного фактора (ANF), определение аутоантител	Туберкулинодиагностика, R-скопия органов грудной клетки, опорно-двигательного аппарата, УЗИ почек, бакпосев (мокрота, моча, кал)
Консультации смежных специалистов	Ревматолог, иммунолог	Фтизиатр
Пробное лечение	Антималярийные препараты	Антибиотики

Примерный перечень заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз, представлен в табл. 2.2.

Таблица 2.2. Заболевания для дифференциального диагноза

Заболевание у больного	Заболевания, с которыми проводится дифференциальный диагноз
Акне	Розацеа, белые угри (милиум), стероидные, бромистые акне, демодекоз, инфильтративно-нагноительная трихофития
Атопический дерматит	Истинная экзема, Т-клеточная лимфома, вульгарный ихтиоз
Аллергический контактный дерматит	Простой контактный дерматит, истинная экзема, токсикодермия, атопический дерматит
Бляшечная склеродермия	Витилиго, недифференцированная форма лепры, склеродермоподобная базалиома
Вульгарное импетиго	Стрептококковое импетиго, импетиго-нозный сифилис, простой пузырьковый лишай, эпидемическая пузырчатка новорожденных
Вульгарная эктима	Сифилитическая эктима, скрофулодерма, индуративная эритема Базена, трофические язвы
Вульгарный сикоз	Паразитарный сикоз, сикозиформная экзема
Истинная пузырчатка	Буллезная форма герпетиформного дерматита Дюринга, буллезная форма многоформной экссудативной эритемы, буллезный пемфигоид, буллезная токсикодермия
Вегетирующая пузырчатка	Вульгарная пузырчатка, лекарственные токсикодермии (йододерма или бромодерма), вторичный рецидивный сифилис (широкие кондиломы)
Герпетиформный дерматит Дюринга	Вульгарная пузырчатка, буллезный пемфигоид, буллезная токсикодермия, буллезная форма многоформной экссудативной эритемы

Заболевание у больного	Заболевания, с которыми проводится дифференциальный диагноз
Дискоидная красная волчанка	Себорейная экзема, фотодерматит, туберкулезная волчанка, розацеа, бугорковый сифилис, себорейная пузырчатка
Дерматофития крупных складок	Эритразма, кандидоз крупных складок, интертригинозный псориаз
Истинная экзема	Микробная экзема, атопический дерматит, аллергический контактный дерматит, премикотическая стадия грибовидного микоза
Красный плоский лишай	Псориаз, лихеноидный парапсориаз, ограниченный нейродермит, лихеноидный туберкулез
Крапивница	Токсикодермия, герпетиформный дерматит Дюринга, уртикарный васкулит, зерновая чесотка, флеботодермия
Микробная экзема	Истинная экзема, ограниченный нейродермит, вульгарное импетиго, псориаз
Многоформная экссудативная эритема	Буллезная токсикодермия, вульгарная пузырчатка, герпетиформный дерматит Дюринга
Опоясывающий герпес	Простой герпес, стрептококковое импетиго, ветряная оспа, межреберная невралгия, инфаркт миокарда, холецистит
Псориаз	Красный плоский лишай, розовый лишай, вторичный (папулезный) сифилис, парапсориаз, Т-клеточная лимфома
Почесуха взрослых	Чесотка, псориаз, аллергический васкулит, папулонекротический туберкулез, вторичный рецидивный сифилис
Розовый лишай	Псориаз, вторичный сифилис, себорейная экзема, поверхностная трихофития гладкой кожи

Заболевание у больного	Заболевания, с которыми проводится дифференциальный диагноз
Розацеа	Акне, периоральный дерматит, демодекоз, дискоидная красная волчанка, фото-дерматит
Себорейная экзема	Розовый лишай, дискоидная красная волчанка, себорейная пузырьчатка, розацеа
Узловатая эритема	Третичный сифилис, скрофулодерма, индуративная эритема Базена, липома, лепроматозный тип лепры
Хроническая язвенная пиодермия	Третичный сифилис, трофические язвы, индуративная эритема Базена, кожный лейшманиоз
Фурункулез	Инверсные акне (гидраденит), карбункул, псевдофурункулез, сифилитическая гумма (третичный сифилис)
Чесотка	Кожный зуд, педикулез, аллергический контактный дерматит, токсикодермия, стафилококковое импетиго
Шанкриформная пиодермия	Первичная сифилома, спиноцеллюлярная эпителиома

Клинический диагноз (с обоснованием). Обоснование клинического диагноза является завершающим этапом диагностики. Клинический диагноз ставится на основании тщательного анализа жалоб больного, анамнезов болезни и жизни, данных объективного статуса, лабораторных исследований и проведенного дифференциального диагноза. Обоснование клинического диагноза представляет собой аналитический выбор признаков, свойственных данному заболеванию, группировку их в порядке значимости и формулировку результата.

Примером может служить обоснование клинического диагноза у больного с атопическим дерматитом.

Диагноз атопический дерматит поставлен ребенку 9 лет с учетом жалоб на мучительный зуд, усиливающийся после нервно-психических стрессов, бессонницу, раздражительность, плаксивость, неустойчивость настроения, быструю утомляемость. Заболевание возникло

с 4-месячного возраста в момент введения прикорма и расценивалось как экссудативный диатез. Высыпания на коже лица и шеи появились после употребления в пищу цельного коровьего молока, морковного сока. К концу первого года жизни заболевание трактовалось как детская экзема. Получал лечение: антигистаминные препараты (хифенадин, клемастин, мебгидролин), салицилаты, кромоглициевая кислота (интал); наружно — примочки из отвара ромашки, танина, водную взбалтываемую смесь, цинка оксид (Цинковая паста[▲]) с АСД фракцией III. Длительность ремиссии составляла не более 2–3 мес. С двухлетнего возраста высыпания стали локализоваться в области локтевых и коленных сгибов, на задней поверхности шеи, лице. Отмечается резко выраженная поливалентная сенсibilизация. Обострение заболевания наступает от приема пищевых продуктов — цитрусовые, молоко, шоколад, яйца, орехи. Отмечается связь обострений с бытовыми (домашняя пыль), пыльцевыми (амброзия, луговые травы), медикаментозными [пенициллин, ампициллин + оксациллин (Ампиокс[▲]), вакцинация АКДС (анатоксин коклюшно-дифтерийно-столбнячный)] аллергенами. Состоит на диспансерном учете у детского дерматолога. С 5-летнего возраста появились приступы удушья, число которых резко возрастало весной в период цветения деревьев и трав. Наблюдается у аллерголога. Лечился амбулаторно, стационарно и в детском кожном санатории им. Семашко в г. Сочи. Улучшение временное, ремиссии не более 3–4 мес. Обострение заболевания чаще возникает зимой и весной. Дедушка по материнской линии болен бронхиальной астмой. Из анамнеза жизни установлено, что ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине (тошнота, рвота, повышение артериального давления). Мама в период беременности злоупотребляла пищевыми аллергенами — шоколадом, яйцами. Перенесла тяжелую ангину, по поводу которой получала антибиотики пенициллинового ряда.

У больного имеется типичная для атопического дерматита клиническая картина заболевания. Процесс носит диссеминированный характер. Высыпания локализуются в области локтевых и коленных сгибов, на задней поверхности шеи и представлены лихенификацией, на фоне которой множество кровянистых корочек и линейных расчесов. Вокруг основных очагов множество плоских папул розового цвета диаметром до 3 мм. Кожа туловища, конечностей, лица бледная, сухая, шелушится. Имеется типичное «атопическое лицо» — бледность носогубного треугольника, линии Дени–Моргана, симптом псевдо-Хертоге, хейлит, заеды, «усталый взгляд». Выражен стойкий белый дермографизм. Ногти

отполированы. В пользу аллергического генеза заболевания свидетельствуют эозинофилия в общем анализе крови, высокий уровень в сыворотке крови общего IgE (350 ЕД/мл), повышенный уровень специфических IgE-антител к клещам домашней пыли (4,5 КЕ/л), коровьему молоку (12 КЕ/л), белку яйца (11 КЕ/л), которые определены с помощью тест-набора PolyCheck (Milenia Biotec, Германия). Положительные кожные скарификационные пробы с пищевыми (яйцо, цитрусовые), бытовыми (клещи домашней пыли) и пыльцевыми (пыльца амброзии, овсяницы, мятлика) аллергенами.

Лечение данного заболевания. Этот раздел работы предусматривает знание врачом всего комплекса лечебных мероприятий с учетом конкретного заболевания и индивидуального опыта практической деятельности. Не секрет, что нередко приходится прибегать к помощи специальной литературы и постепенно расширять объем лекарственной помощи с учетом адекватности терапии. В настоящее время при выборе тактики лечения больного на первом этапе следует руководствоваться Федеральными клиническими рекомендациями Российского общества дерматовенерологов и косметологов, которые пересматриваются и обновляются каждые 5 лет.

Методы лечения подразделяются на общие и наружные. Нередко используется немедикаментозные способы терапии — физиотерапевтические процедуры, фитотерапия, иглорефлексотерапия, массаж, мануальная терапия и т.п.

Методы общей терапии подразделяются на этиотропные, патогенетические и симптоматические. Существенно, что каждый врач должен знать разовые, суточные, курсовые дозы лекарственных препаратов, кратность их назначения, продолжительность курса, противопоказания, возможные побочные эффекты.

Как пример можно использовать схему лечения больного микробной экземой.

I. *Общая терапия.* Осуществляется выбор препаратов с учетом этиопатогенеза, клиники заболевания, данных лабораторного обследования и динамики процесса при лечении.

— Этиотропные (специфические) средства. Их применяют при наличии пустул, гнойных корочек в очаге поражения, наличии регионального лимфаденита, температуры. Для этой цели используют один из антибиотиков с широким спектром действия. Например:

◇ амоксициллин + клавулановая кислота (875 мг + 125 мг) перорально 2 раза в сутки. Длительность курса 7–10 дней;

- ◇ доксициклин 200 мг однократно, затем 100 мг 2 раза в сутки перорально. Длительность курса 7–10 дней;
- ◇ цефтриаксон 1,0–2,0 г внутримышечно 1 раз в сутки. Длительность курса 7–10 дней.
- Патогенетические средства:
- ◇ антигистаминные препараты применяют преимущественно в острой стадии. Например, клемастин 1 мг перорально 2 раза в сутки или 2 мл внутримышечно 2 раза в сутки в течение 10 дней; лоратадин 10 мг перорально 1 раз в сутки 10 дней; левоцетиризин 5 мг перорально 1 раз в сутки в течение 10 дней;
- ◇ глюкокортикостероиды применяют только при выраженном воспалении, многоочаговом процессе и неэффективности предшествующей терапии. Например, дексаметазон 1,0–2,0 мг в сутки в течение 3–7 дней.
- Симптоматические средства. При выраженном кожном зуде можно использовать транквилизатор с антигистаминным эффектом — гидроксизин 25 мг 2 раза в сутки в течение 2–4 нед.
- II. *Местная терапия* (зависит от стадии процесса: острая, подострая, хроническая).
- При острой стадии показаны примочки с антибактериальным эффектом. Например, 0,25% раствор серебра нитрата, 1% раствор калия перманганата.
- Антисептические наружные препараты: 1% раствор бриллиантового зеленого, спиртовой раствор борной кислоты + резорцина + фенола + фуксина (Фукорцин*), 1% водный раствор метилтиония хлорида (Метиленовый синий*), раствор повидон-йода.
- При подострой стадии предпочтение отдается:
- ◇ пастам, содержащим 2–3% ихтиола, березовый деготь, нафталан. Пасты могут содержать несколько лекарственных средств: 2–5% борно-цинко-нафталановая, 2–5% дегтярно-нафталановая. Их наносят на ночь, а утром снимают тампоном, смоченным стерильным растительным маслом, или с нанесенным питательным кремом. После такой процедуры с очага поражения хорошо удаляются фиксированные на нем гнойные корки. Длительность курса не должна превышать 3–5 дней;
- ◇ препаратам с антибактериальными лекарственными средствами. Например, гели с клиндамицином или фузидовая кислота, мази с мупироцином, бацитрацином, повидон-йодом др.
- При подострой и хронической стадиях основными препаратами являются комбинированные топические глюкокортикостероиды.

Например, беклометазон + клотримазол + гентамицин; гидрокортизон + фузидовая кислота; бетаметазон + мупиринон; гидрокортизон + натамицин + неомидин и др.

Лечение данного больного. Этот раздел истории болезни оформляется в виде процедурного листа. Названия лекарственных препаратов и формы их применения желательно писать на латинском языке. Указывается доза препарата, кратность его назначения, особенности его приема (до, во время, после еды, на ночь, запивая растительным маслом и т.д.), длительность курса. Необходимо учитывать совместимость лекарственных препаратов и избегать полипрагмазии — одновременного назначения множества лекарственных средств одному больному.

Примером может служить схема лечения взрослого пациента с диагнозом «бляшечная склеродермия».

1. *Benzylpenicillini-natrii* 1 млн ЕД внутримышечно 4 раза в сутки. На курс 20 млн ЕД.
2. *Lidasae* 64 ЕД внутримышечно 1 раз в день утром № 20.
3. *Dr. Xantinoli nicotinatis* 0,15, по 1 драже 3 раза в день после еды 3 нед. Возможно покраснение кожи лица и шеи в течение 20 мин.
4. *Sol. Retinoli acetatis oleosae* 3,4%, по 4 капли 3 раза в день во время еды, капая на кусочек черного хлеба, в течение месяца.
5. *Ung. Solcoseryl*i, смазывать ежедневно очаг поражения утром и вечером. Желательно накладывать окклюзионную повязку.
6. Аппликации парафина на очаг поражения 1 раз в день № 10.

Дневник. Дневник предназначен для фиксации динамики заболевания, что находит отражение в описании локального статуса, который может разрешаться или обостряться под влиянием тех или иных причин. Указываются переносимость терапии и ее коррекция. Оцениваются результаты полученных исследований. Оформляются заключения консилиумов, обходы больных главным врачом, заведующим отделением, профессорско-преподавательским составом кафедр. По окончании пребывания больного в стационаре пишется этапный эпикриз, целью которого является заключение о дальнейшей тактике ведения больного — подготовка к выписке, дальнейшее стационарное лечение, перевод в другое лечебное учреждение или центр реабилитации, направление на МСЭ и т.п.

Эпикриз. Данный раздел истории болезни является завершающим и представляет собой итог всех лечебно-диагностических мероприятий, проведенных в стационаре, с рекомендациями на будущее. В эпикризе отражаются фамилия, имя, отчество, возраст больного, время его на-

хождения в клинике, клинический диагноз (основной, осложнения, сопутствующие заболевания), клиническая картина заболевания и ее динамика в процессе терапии. Суммируются и систематизируются результаты обследования в динамике. Описывается проведенное лечение, его переносимость и результаты (выздоровление, клиническое улучшение, без перемен). Обосновываются лечебные мероприятия, рекомендуемые в дальнейшем (диспансерное наблюдение, режим питания, продолжение терапии, санаторно-курортное лечение, противорецидивное лечение, перевод на инвалидность и т.д.). Даются советы в отношении труда и быта, методы профилактики.