

К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЕРМАТОЗОВ

Учебное пособие



Владивосток
Медицина ДВ
2016



Издательство «Медицина ДВ»
690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 4
Тел.: (423) 245-56-49. E-mail: medicinaDV@mail.ru

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Тихоокеанский государственный медицинский университет

К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЕРМАТОЗОВ

Учебное пособие

*Рекомендовано Координационным советом по области образования
«Здравоохранение и медицинские науки» в качестве учебного пособия
для обучающихся по основным профессиональным образовательным
программам высшего образования – программам ординатуры
по специальности Дерматовенерология*



Владивосток
Медицина ДВ
2016

УДК 616.5-07(072)
ББК 55.83я7
К 116

*Издано по рекомендации редакционно-издательского совета
Тихоокеанского государственного медицинского университета*

Рецензенты:

В.В. Чеботарев – д.м.н., профессор,
заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии с курсом
ДПО Ставропольского государственного медицинского университета
Министерства здравоохранения Российской Федерации

В.Т. Базаев – д.м.н., доцент,
заведующий кафедрой дерматовенерологии с курсом ФПДО
Северо-Осетинской государственной медицинской академии
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Авторы:

Л.Г. Сингур, О.А. Сингур, Л.М. Кулагина, А.С. Новоходская

К 116 **К дифференциальной диагностике дерматозов** : учебное пособие /
Л.Г. Сингур, О.А. Сингур, Л.М. Кулагина и др. – Владивосток : Медицина
ДВ, 2016. – 86 с.

ISBN 978-5-98301-074-1

Учебное пособие посвящено дифференциальной диагностике дерматозов. В нем изложены основные принципы дифференциальной диагностики наиболее распространенных в практике экзантематозов, с акцентом на изменения, произошедшие в их клинической картине за последнее время. Дана характеристика первичных и вторичных морфологических элементов высыпаний.

Учебное пособие составлено в соответствии с требованиями Федеральных государственных образовательных стандартов и предназначено для ординаторов, обучающихся по специальности Дерматовенерология.

УДК 616.5-07(072)
ББК 55.83я7

ISBN 978-5-98301-074-1

© Коллектив авторов ТГМУ, 2016
© «Медицина ДВ», 2016

ПРЕДИСЛОВИЕ

С позиций современного подхода к оказанию медицинской помощи населению от медицинского работника требуются обширные и глубокие знания не только по своей специальности, но и по другим разделам медицины. Особенно это касается врачей общей специализации, которые на первом этапе общения с пациентом должны своевременно и квалифицированно оценить его состояние. Как показывает практика, наибольшие трудности у врачей возникают при оценке изменений рельефа кожи и ее придатков, слизистых оболочек. Так, проведенное нами анонимное анкетирование по оценке выживаемости знаний по распознаванию морфологических элементов («азбуки» дерматологии) среди врачей терапевтов, акушеров-гинекологов, педиатров, хирургов и др. показало, что только 50% из них дали правильный ответ. Поэтому возникла потребность подготовить пособие по дифференциальной диагностике кожных эффоресценций, которое будет полезным для подготовки и практической работы врачей-дерматовенерологов, а также смежных специальностей и специалистов общей практики. Только постоянная активная позиция и мотивация медицинского работника позволяют ему поддерживать достаточный уровень своих знаний в решении всех проблем доверившихся ему пациентов. Строки из Нового Завета: «Просите, и дано будет Вам; ищите, и найдете; стучите, и отворят Вам» – очень точно обобщают вышесказанное.

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

ВВЕДЕНИЕ

Клиническая картина кожных заболеваний складывается из субъективных и объективных симптомов. К последним относят многообразные высыпания на коже (экзантемы) или слизистых оболочках (эннантемы), которые показывают внешние проявления патологических процессов в коже и слизистых оболочках. Все эти элементы различаются под влиянием разнообразных экзогенных и эндогенных факторов. Особенности морфологических элементов сыпи (цвет, форма, консистенция, локализация) в совокупности с общими свойствами и характером воспалительного процесса являются важнейшими признаками того или иного заболевания кожи.

В одних случаях морфологические элементы сыпи характерны для так называемых истинно кожных заболеваний, в других – служат следствием ряда сложных патогенетических механизмов и могут быть одновременно симптомом самостоятельных дерматозов и неспецифическим отражением патологических процессов в отдельных органах и физиологических системах. Для правильной оценки элементов сыпи с точки зрения диагностики и, особенно дифференциальной диагностики того или иного дерматоза, необходимо провести тщательное обследование больного. Следует собрать подробный и углубленный анамнез заболевания и жизни больного, с тем, чтобы выявить возможные этиологические факторы, которые привели к возникновению дерматоза.

К *экзогенным факторам*, способствующим возникновению сыпи, относятся следующие. *Механические факторы* – давление, трение, растяжение, ушибы – могут при определенной силе и длительности воздействия вызвать повреждение кожи, развитие воспалительного процесса и возникновение эфлоресценций. *Физические факторы* – высокие и низкие температуры, лучистая энергия, электрический ток. Под влиянием указанных агентов на коже возникают различные экзантемы, которые служат проявлением воспалительных и дистрофических процессов различной интенсивности. *Химические факторы* (облигатные и факультативные раздражители) – кислоты и щелочи высоких концентраций – содействуют возникновению сыпи при воз-

действии их на человека в быту и на производстве. *Инфекционные агенты* (патогенные микробы, вирусы) при попадании на кожу вызывают различные заболевания (пиодермии, туберкулез кожи, герпес). При многих из них возникает характерная сыпь, являющаяся основным диагностическим симптомом болезни.

Растительные и животные паразиты (патогенные грибы, клещи, вши, блохи) также вызывают зудящие поражения кожи и переносят ряд инфекционных агентов. Укусы кровососущих насекомых создают почву для развития таких морфологических элементов сыпи, как пятно, волдырь, пузырек, бугорок.

Эндогенные факторы, способствующие возникновению сыпи, еще более разнообразны. Нарушения функции центральной нервной системы (ЦНС) и периферической нервной системы имеют значение в развитии аллергических состояний; стрессы, невроты могут быть причиной возникновения эритем (эритема стыда и гнева), волдырей, пузырьков. Дисфункции эндокринной системы также становятся источником появления на коже различных элементов сыпей – при диабете, гипо- и гипертиреозе, в пубертатном периоде, при беременности.

Нарушения обмена веществ (углеводного, белкового, жирового, минерального, водного) достаточно серьезно влияют на чувствительность кожи к различным раздражителям и способствуют возникновению разнообразных высыпаний. Гипервитаминозы и авитаминозы также служат причиной разнообразных морфологических элементов сыпи. При этом в одних случаях недостаток витаминов (А, С, Р, группы В) может стать лишь условием, предрасполагающим к развитию кожных заболеваний, возникающих под влиянием других этиологических факторов. В других – гиповитаминоз можно назвать непосредственным фактором развития дерматозов, в частности при пеллагре и цинге. При этом элементы сыпи (эритема, кровоизлияния, эрозии) возникают не только на коже, но и на слизистых оболочках полости рта, кишечника.

Значительную роль в возникновении сыпи играет интоксикация организма, вызванная нарушением функции отдельных органов и систем. Чаще всего интоксикация развивается вследствие дисфункции желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь, спастический колит, глистная инвазия, дисбактериоз), нарушений функции печени и почек. Эти патологические состояния провоцируют развитие на коже и слизистых оболочках полости рта разнообразных высыпаний, характерных для ряда кожных заболеваний.

Заболевания системы крови и сосудов могут явиться причиной возникновения разнообразных высыпаний. Глубокие иммуноаллер-

гические процессы поражают сосуды кожи, вследствие чего образуются геморрагические и геморрагическо-язвенные высыпания. При заболеваниях системы крови на коже нередко возникают такие морфологические элементы сыпи, как пятна, волдыри, узелки, узлы, часто сопровождающиеся зудом.

Сыпь может быть также проявлением как острых (корь, скарлатина и др.), так и хронических (туберкулез, сифилис, лепра и др.) общих инфекционных заболеваний. Для диагностики инфекционных заболеваний большое значение имеют сроки развития сыпи. Например, при сыпном тифе розеолезно-петехиальная сыпь появляется на 4-6-й день, а при вторичном свежем сифилисе – на 7-8 неделе с момента заражения. При некоторых инфекционных заболеваниях высыпания на коже первично развиваются на месте проникновения возбудителя. Так, при сифилисе на месте проникновения бледной трепонемы возникает твердый шанкр в виде эрозии и язвы. Высыпания на коже или слизистых оболочках могут быть наследственной патологией. При некоторых дерматозах высыпания имеются уже в момент рождения ребенка, то есть носят врожденный характер (ламеллярный ихтиоз, сосудистый невус).

Однако чаще возникновению сыпи способствует комплексное воздействие экзогенных и эндогенных факторов. Различные участки кожного покрова у отдельных людей по-разному реагируют на действие одного и того же фактора. В то же время различные этиологические моменты могут привести к одним и тем же морфологическим изменениям на коже. В зависимости от этиологического фактора, индивидуальных особенностей организма и характера патологического процесса морфологические изменения могут развиваться в различных анатомических отделах кожи – эпидермисе, дерме, подкожной жировой клетчатке. Многообразие кожных заболеваний, по сути, обусловлено различными сочетаниями морфологических элементов сыпи, спецификой их формы, окраски, консистенции. Одним из главных критериев диагностики и дифференциальной диагностики кожных заболеваний является клинический анализ морфологических элементов сыпи.

Морфологические элементы сыпи принято условно делить на первичные и вторичные. Первичные элементы развиваются как следствие патологического процесса и обычно возникают на неизменной коже и слизистых оболочках. Вторичные морфологические элементы сыпи появляются на фоне первичных в результате их эволюции (спонтанной или под влиянием лечения).

В конце пособия представлена таблица по дифференциальной диагностике высыпаний, встречающихся при различных дерматозах.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНЫХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ СЫПИ

Первичные морфологические элементы сыпи включают пятно, волдырь, пузырек, пустулу, папулу, бугорок, узел, пузырь.

Пятно (macula) клинически характеризуется только изменением цвета кожи. При этом по консистенции, рельефу поверхности и уровню залегания очаг поражения не отличается от окружающей и нормальной кожи. Различают воспалительные и невоспалительные пятна.

Воспалительные (сосудистые) пятна образуются вследствие расширения кровеносных сосудов сосочкового слоя дермы. Цвет воспалительных пятен варьирует от ярко-красного до синюшно-красного. Важным дифференциально-диагностическим признаком воспалительных пятен и телеангиоэктазий является их исчезновение или побледнение при надавливании пальцем или предметным стеклом. После прекращения давления восстанавливается первоначальный цвет пятна. При длительном существовании воспалительных пятен через сосудистые стенки выходят форменные элементы крови, вследствие чего пятна приобретают буровато-желтый оттенок.

Выделяют воспалительные пятна небольших размеров (диаметром от 2-3 до 20-25 мм или немного больше) розеолы. Они имеют округлую или овальную форму и служат наиболее частым проявлением на коже общих инфекционных заболеваний. При некоторых инфекционных заболеваниях, таких как сифилис, брюшной и сыпной тифы, розеолезные пятна никогда не сливаются, в то время как при скарлатине и кори нередко возникает разлитая эритема вследствие слияния розеол. Воспалительные пятна диаметром от 2 см до нескольких десятков сантиметров называют эритемой. Множественные очаги эритемы, сливаясь, могут захватить весь кожный покров, в результате чего возникает эритродермия. В некоторых случаях величина эритемы может не изменяться длительное время (фиксированная эритема).

Невоспалительные пятна могут повлечь за собой неправильное развитие в коже кровеносных сосудов, кровоизлияние, изменение содержания меланина и введение в кожу красящих веществ. Из пятен, образовавшихся вследствие неправильного развития в коже кровенос-

ных сосудов, чаще всего встречаются гемангиомы, представляющие собой порок развития мелких вен и капилляров. В результате кровоизлияний возникают геморрагические пятна. При этом наблюдается выход эритроцитов из русла кровеносных сосудов в окружающую ткань дермы или подкожной жировой клетчатки в результате повреждения или повышения проницаемости сосудистой стенки. По величине и форме принято различать: 1) петехии – точечные кровоизлияния; 2) пурпуру – кровоизлияния размером до 1-2 см; 3) экхимозы – кровоизлияния диаметром более 2 см; 4) линейные кровоизлияния; 5) кровоподтеки. При надавливании на геморрагические пятна цвет их не изменяется.

Пигментные пятна образуются вследствие изменения содержания меланина в коже, количество которого может увеличиваться (гиперпигментированные пятна) или уменьшаться (депигментированные пятна). Гиперпигментированные пятна могут быть врожденными (пигментный невус), возникать самопроизвольно (веснушки, хлоазма, пятна при болезни Реклингаузена), после приема некоторых лекарственных препаратов, в результате проникновения в эпидермис патогенных грибов (при отрубевидном лишае), после поверхностных воспалительных процессов. Размеры пятен могут быть различными: самые мелкие – веснушки, более крупные – лентиго (до 1 см в диаметре). Очаговые и разлитые пигментные пятна наблюдаются при склеродермии, токсикодермии, красной волчанке. Депигментированные пятна могут быть врожденными (альбинизм), появляться в процессе жизни человека (витилиго). Лишенные пигмента очаги поражения могут быть диффузными и занимать обширные участки кожи, или ограниченными, мелкопятнистыми (сифилитическая и псориагическая лейкодерма).

Волдырь (*urtica*) представляет собой бесполостный элемент остро-воспалительного характера. Он развивается вследствие расширения капилляров сосочкового слоя дермы, повышения проницаемости их стенок и выхода через сосудистую стенку безбелкового серозного экссудата, который в дальнейшем сдавливает сосуды. В результате этого на поверхности кожи внезапно развиваются ограниченные, различной формы и величины подушкообразные образования, возвышающиеся над уровнем кожи. Уртикарные элементы вначале имеют розовато-красную окраску, но вскоре бледнеют. Таким образом, в типичном случае развившийся уртикарный элемент имеет фарфорово-белую окраску в центре и розовато-красную по периферии. Волдырь исчезает также быстро, как и появляется. Волдыри – основной морфологи-

ческий элемент крапивницы, возникают при сывороточной болезни, ангионевротическом отеке Квинке. При разрешении волдыря изменений на коже обычно не остается, за исключением, в редких случаях, пигментации.

Пузырек (*vesicula*) – мелкое полостное образование, содержащее серозную или серозно-геморрагическую жидкость, возвышается над уровнем кожи в виде элемента полушаровидной формы диаметром 1,5-5 мм. Обычно из-за отека он находится на эритематозном основании (при герпесе, экземе). На ладонях и подошвах пузырьки могут располагаться на неизменной коже или просвечивать сквозь нее наподобие саговых зерен (при дисгидрозе). Обычно образуется большое количество пузырьков. Они имеют тенденцию сливаться между собой в многокамерные элементы. Высыпания могут размещаться группами (герпетиформные пузырьки), а также возникать на поверхности узелков (при чесотке).

Пузырь (*bulla*) – полостное образование диаметром до 7 см и более, содержащее жидкость. Границы пузыря четкие, очертания округлые или овальные, пузырь выступает над уровнем кожи.

В большинстве случаев пузыри бывают однокамерными, но иногда и многокамерными (при эпидермофитии). Некоторые пузыри имеют неправильные очертания и по форме и размерам могут соответствовать участку экзогенного раздражителя (при ожогах, токсическом действии некоторых растений). Покрышка пузыря может быть напряженной или дряблой, содержимое – серозным или геморрагическим. Пузыри могут располагаться на воспалительном основании и быть окружены зоной гиперемии (при герпетиформном дерматите Дюринга, буллезной форме рожи, многоформной экссудативной эритеме, токсикодермии). В других случаях (пузырчатка, пемфигоид Левера) пузыри возникают на внешне неизменной коже.

При регрессе пузыря его покрышка лопается и образуется эрозия, по краям которой расположены обрывки покрышки. Особенно быстро вскрываются пузыри, локализующиеся на слизистой оболочке полости рта и в естественных складках кожи. Образовавшиеся эрозии могут долго не эпителизироваться, или содержимое их ссыхается в корку, которая отторгается. При глубоком их расположении на месте пузыря образуются рубцы.

Пустула или гнойничок (*pustula*) – полостное образование с гнойным содержимым. Форма пустулы может быть различной – шаровидной, конусообразной, плоской. Поверхностные пустулы, содержимое которых быстро ссыхается в корки, называют импетиго. Пустулы,