

ЧЕШУЙКА, КОРКА, СТРУП, ЭКСКОРИАЦИЯ, ЭРОЗИЯ, ТРЕЩИНА, ЯЗВА

ЧЕШУЙКА – вторичный морфологический элемент кожной сыпи, представляющий собой видимое глазом скопление отторгающихся с поверхности кожи роговых пластинок (корнеоцитов) (рис. 73). В норме происходит постоянное образование и отторжение роговых чешуек с поверхности кожи, но вследствие их ничтожно малых размеров для глаза оно незаметно – так называемое физиологическое шелушение. При патологии чешуйки могут возникать вследствие неполного ороговения клеток эпидермиса, в этом случае они сохраняют остатки ядер и легко отторгаются с поверхности кожи при поскрабливании. Этот процесс называется паракератоз (встречается при псориазе, себорейном дерматите и ряде других заболеваний), а чешуйки при этом именуют паракератотическими. Патологические чешуйки могут также образовываться на фоне повышенного рогообразования (кератоза), в этом случае они плотные и с трудом отторгаются с поверхности кожи при интенсивном поскрабливании (гиперкератотические чешуйки), что характерно для кератодермии, ихтиоза и ряда других дерматозов (например, дисконидной красной волчанки).

Имеет следующие характеристики:

1. Характер шелушения (процесса отторжения чешуек):

- крупнопластинчатое (эксфолиативное) (характерно для эритродермии Вильсона–Брока) (рис. 73 б, м);
- пластинчатое (рис. 73 ё, и, к);
- пластинчатое, напоминающее пергамент (встречается при ламеллярном ихтиозе) (рис. 73 п);

- пластинчатое, напоминающее рыбью чешую (имеет место при вульгарном ихтиозе) (рис. 73 ж, з);

- отрубевидное (рис. 73 е);
- муковидное (рис. 73 д).

2. Цвет чешуек:

- цвета нормальной кожи;
- серебристо-белый;
- темно-коричневый (грязный) (встречается при X-сцепленном ихтиозе);
- серый.

3. Основание и окружение:

- внешне неизменная кожа;
- внешне неизменная кожа в виде извилистой или С-образной полосы шириной 0,2 см и длиной до 1 см (симптом чесотки). Более чётко выявить чесоточный ход позволяет прокрашивание кожи 5%-м спиртовым раствором йода или анилиновым красителем (бриллиантовым зеленым, метиленовым синим), при этом чесоточный ход чётко контурируется в виде окрашенной изогнутой линии (рис. 73 л);

- воспалительное пятно (рис. 73 н);
- гиперпигментное пятно;
- гипопигментное пятно;
- поверхность папулы (бляшки);
- очаг лихенификации;
- поверхность узла (инфильтрата);
- поверхность бугорка (инфильтрата);
- атрофированная кожа;
- кератоз.

4. Имеется (отсутствует) симптом облатки и коллоидной пленки – появление на поверхности разрешающейся папулы чешуйки, которая снимается целиком.



Рис. 73 а. Среднепластическое шелушение при себорейном дерматите



Рис. 73 б. Крупнопластинчатое (эксфолиативное) шелушение при псориатической эритродермии

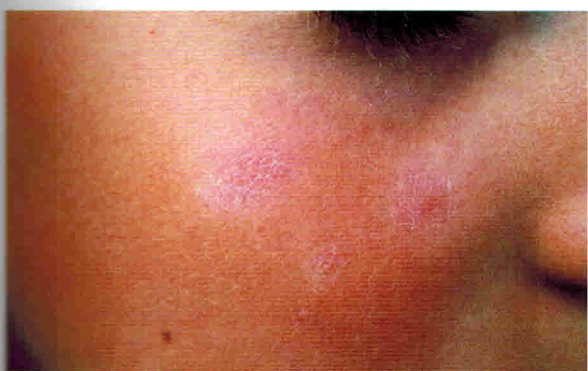


Рис. 73 в. Мелкие белые пластинчатые чешуйки в области очагов поражения при белом лишае



Рис. 73 г. Мелкопластинчатые чешуйки при atopическом дерматите



Рис. 73 д. Муковидное шелушение, наиболее выраженное в кожных бороздах, при микозе кистей



Рис. 73 е. Отрубевидное шелушение при себорейном дерматите

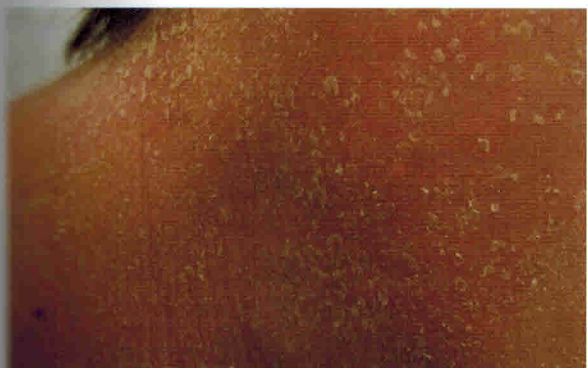


Рис. 73 ё. Пластинчатое шелушение при atopическом дерматите

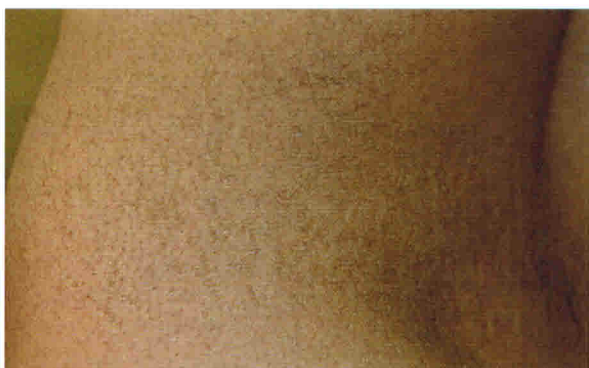


Рис. 73 ж. Пластинчатое шелушение, напоминающее рыбью чешую, при вульгарном ихтиозе



Рис. 73 з. Пластинчатое шелушение на голенях, напоминающее рыбью чешую, при вульгарном ихтиозе



Рис. 73 и. Пластинчатые чешуйки в области межпальцевой складки (интертригинозная форма микоза стоп)



Рис. 73 к. Пластинчатые чешуйки на поверхности папул при псориазе



Рис. 73 л. Скопление чешуек серого цвета в виде извилистых полосок на кистях при чесотке

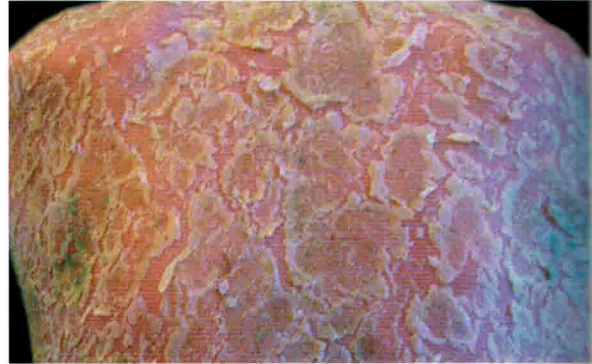


Рис. 73 м. Чешуйки формируют крупные пластинки, напоминающие листья – эксфолиативное шелушение при эритродермической форме грибвидного микоза



Рис. 73 н. Шелушение в центральной части пятна с формированием элемента, напоминающего медальон, при розовом лишае



Рис. 73 о. Шелушение по типу носков при токсикодермии

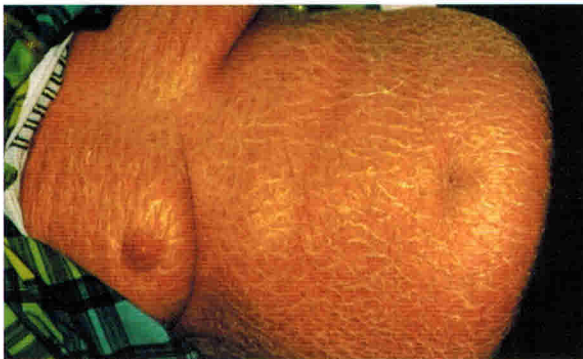


Рис. 73 п. Пластинчатое, напоминающее пергамент (встречается при ламеллярном ихтиозе)



Рис. 73 р. Крупнопластинчатое шелушение кожи ладоней при скарлатине у ребёнка

КОРКА – вторичный морфологический элемент кожной сыпи, представляющий собой ссохшийся экссудат или кровь (рис. 74). Поэтому цвет корки отражает характер экссудата: для серозного экссудата характерны корки медово-жёлтого цвета, для гнойного – зеленовато-серого или желтовато-серого или серого цвета, а для геморрагического – чёрно-бурого цвета. Иногда (при импетиго, хронической диффузной стрептодермии, сифилитических эктимах, экссудативном псориазе) корки имеют слоистый характер, напоминая индийские монеты – рупии (рупииоидные корки). Помимо корок встречаются ещё чешуйко-корки – это элементы, обладающие свойствами чешуек и корок одновременно, они образуются в результате пропитывания эпидермиса серозным экссудатом и склеивания чешуек, наслаившихся на его поверхности.

Имеет следующие характеристики:

1. Цвет:
 - медово-жёлтый (рис. 74 в, ж);
 - бурый (рис. 74 а, г);
 - зеленовато-серый;
 - желтовато-серый (рис. 74 е, ё);
 - желтовато-коричневый.
2. Основание и окружение:
 - внешне неизменная кожа;
 - воспалительное пятно;
 - поверхность бляшки;
 - поверхность папулы;
 - поверхность узла (инфильтрата);
 - поверхность бугорка (инфильтрата);
 - геморрагическое пятно;
 - поверхность эрозии;
 - поверхность язвы;
 - поверхность вегетации.
3. По структуре – слоистая (рупииоидная): да/нет (рис. 74 и).



Рис. 74 а. Корка на месте эрозии



Рис. 74 б. Корка бурого цвета на поверхности распадающегося узла при плоскоклеточном раке



Рис. 74 в. Корка медово-жёлтого цвета при стрептококковом импетиго



Рис. 74 г. Корки бурого цвета на месте вскрывшихся пузырьков при опоясывающем лишае

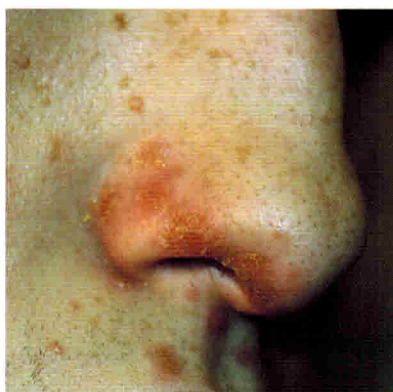


Рис. 74 д. Корки желтоватого цвета при простом герпесе

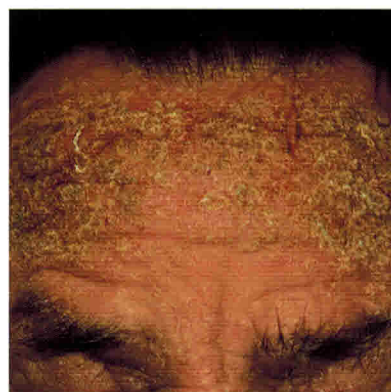


Рис. 74 е. Корки желтовато-серого цвета при экземе

ИЗМЕНЕНИЯ ФОРМЫ НОГТЯ

Ногти Гиппократа. Характеризуются гипертрофией мягких тканей ногтевых фаланг пальцев по типу барабанных палочек, а ногти – деформацией по типу часовых стекол. Этот симптом был впервые описан Гиппократом в V столетии до н.э. у больных с эмпиемой плевры. Морфологические изменения включают увеличение поперечной и продольной кривизны ногтевых пластин и гипертрофию соединительной

ткани между ногтем и подлежащей костью ногтевой фаланги. Ногтевые фаланги приобретают сходство с барабанными палочками, а ногти – с часовыми стеклами. Кривизна измененных ногтевых пластинок может варьировать, и деформация ногтей может быть веретенообразной, напоминать птичий клюв или часовое стекло. Поражаются наиболее часто пальцы кистей, реже – кистей и стоп (рис. 163).

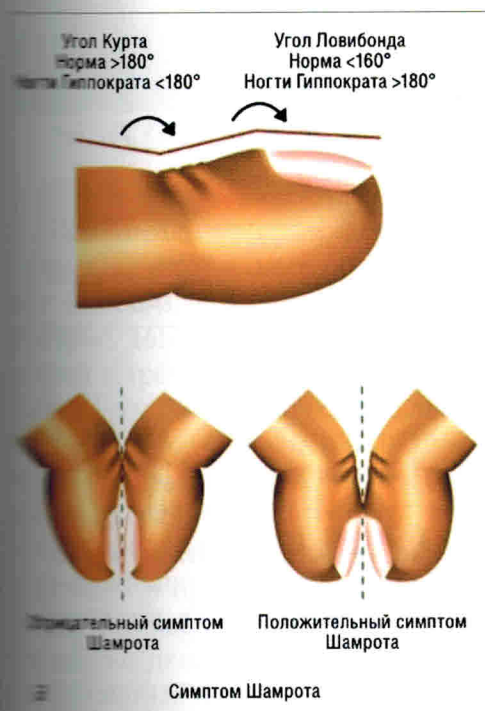


Рис. 163. Ногти Гиппократа: а – диагностические критерии; б, в – деформация ногтей по типу часовых стекол и барабанных палочек; г – деформация ногтевой пластинки по типу птичьего клюва; д – деформация ногтевой фаланги по типу барабанной палочки

Причины таких изменений остаются неизвестными. Такая форма ногтей у некоторых здоровых людей может наследоваться аутосомно-доминантно. Существует предположение, что гипертрофия мягких тканей возникает вследствие скопления в дистальном ложе мегакариоцитов и тромбоцитов, продуцирующих тромбоцитарные факторы роста. Другие теории объясняют это тканевой гипоксией, запускающей процесс формирования артериовенозных

анастомозов в ногтевых фалангах. Фоновые заболевания, провоцирующие данные изменения ногтевых пластинок и ногтевых фаланг, представлены в табл. 7.

Диагностика основана на следующих признаках:

- Увеличение кривизны ногтевой пластинки (угол Курта $< 180^\circ$, угол Ловибонда $> 180^\circ$).
- Выявление симптома Шамрота, при котором исчезает щель между ногтями,

если прислонить друг к другу тыльные поверхности ногтевых фаланг пальцев на разных руках.

- Увеличение соотношения между толщиной ногтевой фаланги в районе кутикулы и над межфаланговым суставом. При нормальном состоянии ногтей и суставов

оно должно быть около 0,895. У пациентов с ногтями Гиппократы соотношение составляет 1,0 и выше.

- Ногтевая пластина пружинит при пальпации – погружается в мягкую ткань ногтевой фаланги, а после снятия нагрузки (пальца врача) возвращается назад.

Таблица 7. Заболевания, при которых встречаются ногти Гиппократы

| Множественные поражения | Одностороннее поражение | Изолированное поражение одного ногтя |
|---|-------------------------|--------------------------------------|
| Опухоли легких и плевры | Опухоль Панкоста | Гломусная опухоль |
| Заболевания легких (бронхоэктазы, абсцесс легких, эмпиема, легочный или кистозный фиброз, муковисцидоз) | Лимфангит | Другие опухоли ногтевой ложа |
| Пороки сердца и эндокардит | Артериовенозная фистула | - |
| Целиакия | - | - |
| Цирроз | - | - |
| Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, НЯК) | - | - |
| Гипертиреоз, аутоиммунный тиреоидит | - | - |
| Вибрационная болезнь | - | - |
| ВИЧ (пневмоцистная пневмония) | - | - |

Примечание: ВИЧ – вирус иммунодефицита человека; НЯК – неспецифический язвенный колит.

Койлонихия – ложкообразная деформация ногтевой пластинки. Ногти приобретают вогнутую форму и при этом могут истончаться, утолщаться или оставаться нормальными по толщине, возможно поражение ногтевых пластинок всех пальцев кистей (наиболее часто на II и III пальцах), реже – стоп. Койлонихия может быть врожденной, являясь вариантом нормы у некоторых новорожденных, и впоследствии исчезает. Описаны случаи наследственной койлонихии в нескольких поколениях, в частности при ногте-надколенниковом синдроме (ауто-сомно-доминантном заболевании, проявляющемся гипоплазией надколенников и пороками развития почек, скелета и глаукомой). При синдроме Пламмера-Винсона (выросты слизистой оболочки в просвет пищевода, вызванные тяжелым нелеченным дефицитом железа) у 50% пациентов наблюдаются койлонихии. Часто эта ониходистрофия встречается при изолированной железодефицитной анемии,

травмах ногтя (длительном воздействии химических веществ, при длительном ношении искусственных ногтей), у пациентов с псориазом, КПЛ, склеродермией, болезнью Рейно, красной волчанкой, при инфекционных заболеваниях, а также при онихомикозах (рис. 164).

Койлонихия может сочетаться с продольным расщеплением ногтевой пластинки, что часто наблюдается при *Lichen striatus* (линейном лишае). Синдром «зубчатой койлонихии» сочетает в себе ложкообразную деформацию ногтевых пластинок и поперечные канавки с поражением всех ногтей пальцев кистей.

Если койлонихия наблюдается без явной связи с определенной болезнью, следует проверить уровень содержания ферритина для исключения дефицита железа и гемохроматоза.

Лепестковый ноготь (платонихия) является вариантом ранней стадии койлонихии, при котором характерным является уплощение поверхности ногтя.

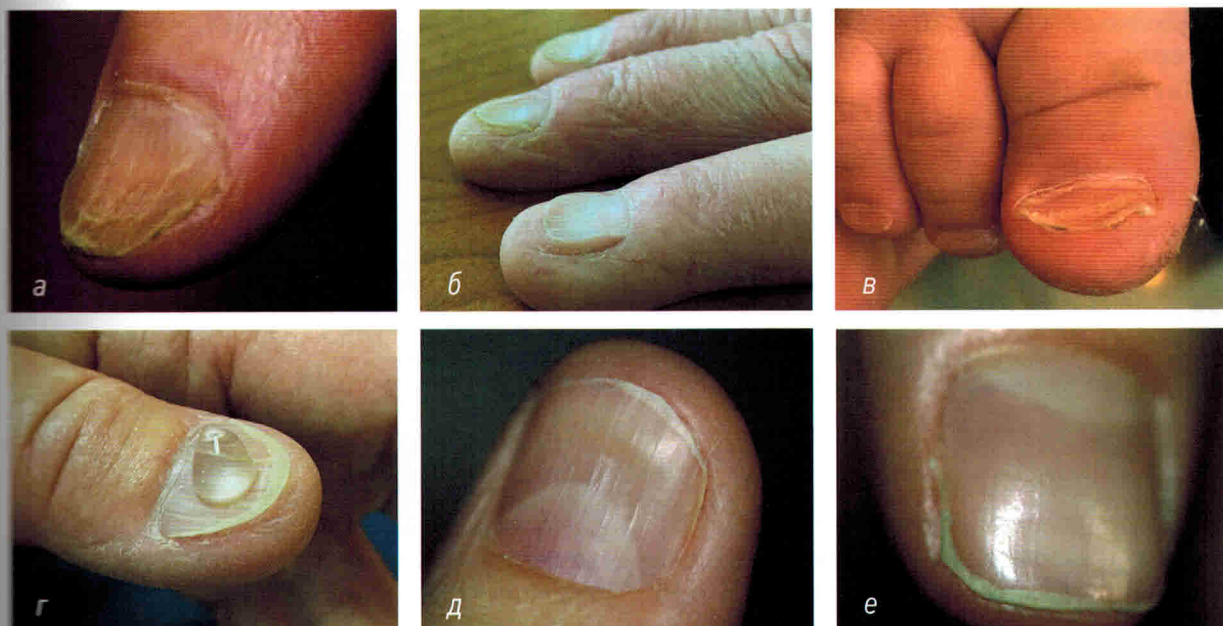


Рис. 164. Койлонихия: а – типичные проявления; б – на ногте удерживается капля геля; в – у грудного ребенка; г – на фоне atopического дерматита; д, е – при железодефицитной анемии

Платонихия. Дистрофия ногтевой пластинки, при которой ее поверхность выглядит плоской, без «нормальной» выпуклости (рис. 165). Этот тип дистрофии ногтей встречается довольно редко и может быть обусловлен профессиональными факторами, являясь начальной стадией койлонихии. Поражаются все или большинство ногтевых пластин.

Онихорексис. Расщепление ногтевой пластины в продольном направлении, начиная от свободного края с образованием трещины, делящей ноготь на две практически равные половины (рис. 166). Вначале ногтевая пластина расщепляется со свободного края, затем трещина увеличивается в длину по направлению к заднему валуку. Онихорексис чаще локализуется на первых пальцах кистей у больных с эндокринопати-



Рис. 165. Платонихия

ями (при нарушении углеводного обмена, ожирении), а также при опухолях ногтевого ложа, КПЛ, экземе, псориазе, авитаминозах, заболеваниях печени и желчевыводящих путей. К развитию онихорексиса также может приводить постоянный контакт с растворами щелочей, формальдегидом, слабыми кислотами.



Рис. 166. Онихорексис: а – при красном плоском лишае; б – посттравматический; в – идиопатический

Долихонихия. Длинные ногти, при которых длина ногтевой пластинки много больше, чем ее ширина. Обычно коэффициент между длиной и шириной равен $1 \pm 0,1$. При долихонихии этот коэффициент больше 1,9, поэтому ногти кажутся длинными и узкими. Это условие может наблюдаться при синдромах Элерса-Данлоса, Марфана, гипогидротической эктодермальной дисплазии, ассоциироваться с евнухоидизмом или гипопитуитаризмом (рис. 167).

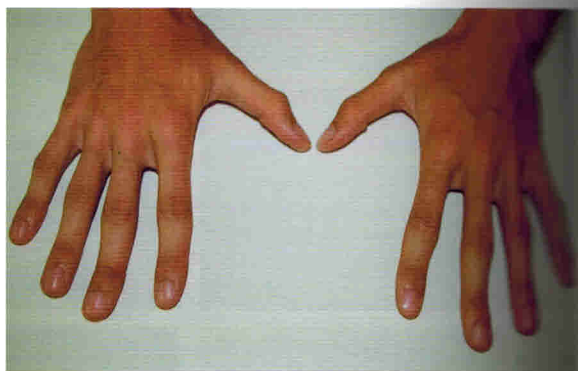


Рис. 167. Паучьи пальцы и долихонихия

Ракеткообразные ногти (брахионихия). Короткие ногти, при которых ширина ногтевой пластины больше, чем ее длина. Брахионихия может встречаться изолированно или в сочетании с укорочением ногтевой фаланги. F. Ronchese и соавт. (1962) установили преобладание данной патологии у женщин (соотношение женщин и мужчин 3:1) и более частое поражение ногтевых пластинок больших пальцев кистей, реже поражаются ногтевые пластинки всех пальцев (рис. 168). Ранее данный симптом рассматривали как малый признак врожденного сифилиса, сейчас эта форма ониходистрофии чаще встречается при псориатическом артрите и обусловлена остеопорозом и тяжелым поражени-

ем суставов. Встречается и наследственная форма, которая передается аутосомно-доминантно и поражает ногтевые пластины больших пальцев кистей. При данной форме заболевание связывают с более ранним закрытием эпифизов больших пальцев кистей. Ракеткообразные ногти сочетаются с брахидактилией и множественными злокачественными опухолями Шпиглера. Расстройства, связанные с брахионихией, включают хрящево-волосную гипоплазию, акроостеолиз, синдром Ларсена, псевдондизостоз и акродизостоз. Брахионихия может также быть приобретенной - встречается при онихофагии (обкусывании ногтей) или быть связана с резорбцией костной ткани при гиперпаратиреозе.

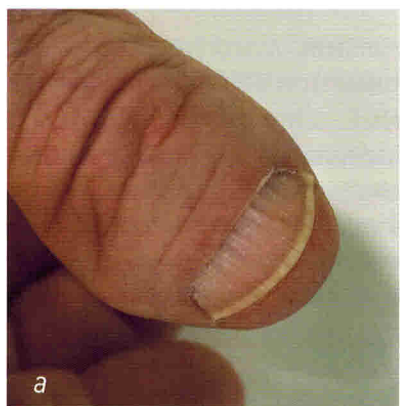


Рис. 168. Ракеткообразные ногти: а - на больших пальцах кистей; б - на всех пальцах кистей

Клювовидные ногти (ногти по типу клюва попугая). Деформация ногтевой пластинки, при которой ее дистальная часть заворачивается вокруг кончика пальца (рис. 169). Эта форма ониходистрофии встречается исключительно на паль-

цах кистей. Состояние временно улучшается после погружения ногтей в теплую воду. Клювовидные ногти очень плохо поддаются лечению, поэтому таким пациентам рекомендуют коротко стричь ногти. Подобные изменения ногтей могут

встречаться при акросклерозе – форме системной склеродермии, возникая на фоне трофических расстройств. Иногда причи-

ной появления клювовидных ногтей является травма ногтевой фаланги с повреждением кости.

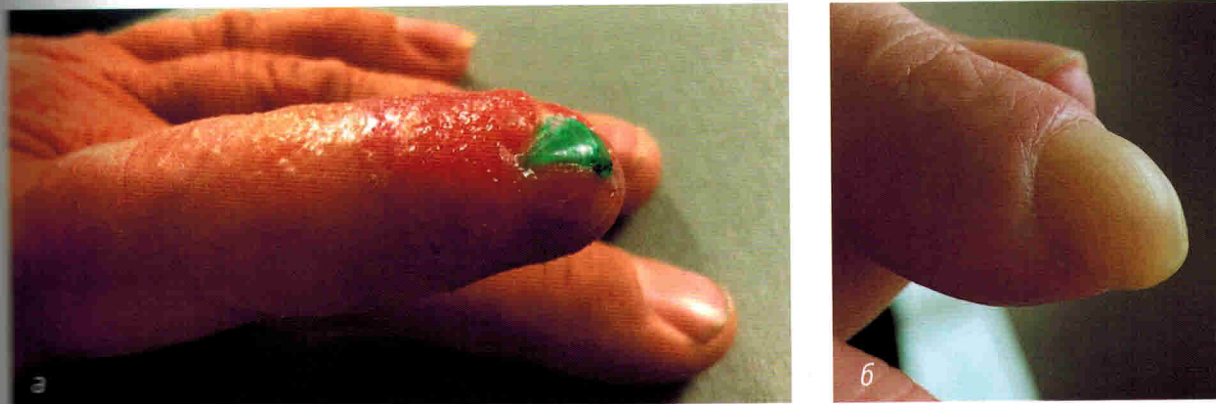


Рис. 169. Клювовидный ноготь: а – после травмы, аллергический дерматит; б – идиопатический

Клещеобразные ногти. Форма ониходистрофии, при которой дистальная часть ногтевой пластинки клещеобразно деформируется вдоль оси пальца с увеличением поперечной кривизны ногтя и защемляет подлежащее ногтевое ложе, вызывая боль даже в состоянии покоя. Чаще всего поражаются ногтевые пластинки больших пальцев стоп, но могут вовлекаться другие ногти пальцев стоп (рис. 170).

Эта форма ониходистрофии может быть врожденной и приобретенной. Выделяют также три формы ониходистрофии:

- симметричную форму (тип 1), которая носит наследственный характер и наблюдается в нескольких поколениях семьи, поражает ногти на больших пальцах стоп, формируя при поперечном срезе форму трубки или греческой буквы Ω ;
- асимметричную форму (тип 2), возникающую из-за травмы, хирургического вмешательства или некоторых дерматозов, нередко ассоциируется с дегенеративным остеоартрозом дистальных межфаланговых суставов пальцев или деформацией стопы;
- редкую форму (тип 3), характеризующуюся большим увеличением поперечной кривизны вдоль продольной оси ногтевой пластины, образующей форму плитки. Причины – повторные вывихи ногтей, повреждение дистальной фаланги, а также некоторые дерматозы, в частности псориа-

аз и тотальный дистрофический онихомикоз (ТДО)].

Точная этиология неизвестна, но приобретенная форма может быть связана с применением β -адреноблокаторов, псориазом, онихомикозом, опухолями ногтевого аппарата, системной красной волчанкой, болезнью Kawasaki, остеоартритом и злокачественными новообразованиями. Клещеобразные ногти также часто встречаются на больших пальцах ног у женщин, носящих высокие каблуки. Полагают, что у лиц старшей возрастной категории эта деформация возникает из-за увеличения основания дистальной фаланги, с которой матрикс прочно связан. В результате кривизна проксимального (матричного) участка ногтевой пластины будет уменьшаться (уплощаться) и, следовательно, кривизна ногтя будет увеличиваться дистально, постепенно сдавливая дистальное ногтевое ложе. В 2001 г. R. Varan и соавт. сообщили, что избыточная кривизна, вероятно, была обусловлена экзостозами дистальной фаланги. Недавние исследования показали, что остеофит дистальной фаланги является не причиной, а скорее следствием чрезмерной кривизны ногтя. Именно поэтому при клещеобразных ногтях необходимо исключать подногтевой экзостоз в ногтевых фалангах.

В случае если клещеобразные ногти связаны с приемом медикаментов, то по-

ПОРАЖЕНИЯ ВОЛОС

Учитывая, что волосы у человека имеются как на волосистой части головы, так и на теле, то мы попытались привлечь во внимание наиболее распространённые изменения волос (включая их локализацию), которые значимы для постановки диагноза. В этот перечень были включены выпадение/изменение волос на волосистой части головы, бровей и ресниц, в области роста бороды и усов, на гладкой коже, в подмышечных впадинах и на лобке. По толщине стержня и длине все волосы делят на: 1) *длинные*, расположенные в области волосистой части головы, лобка, половых органов, подмышечных впадин, бороды и усов; 2) *щетиновые*, локализованные в области бровей, ресниц, наружного слухового прохода и ноздрей; 3) *пушковые*, обнаруживаемые на всей остальной, большей части поверхности тела.

Методы обследования волос можно разделить на общие (неспециализированные) и специализированные (трихологические). Кроме общих (неспециализированных) диагностических методов, включающих сбор анамнеза, результаты инструментальных и лабораторных исследований, у трихологических пациентов используются специфические методики оценки трихологического статуса, которые помогают в постановке диагноза и назначении соответствующей терапии, а также могут использоваться с целью контроля и оценки эффективности проводимой терапии. На практике чаще всего приходится сталкиваться с алопецией

(облысением, alopecia) – усиленным выпадением волос в основном на волосистой части головы в результате морфофункциональных изменений волосяных фолликулов. В зависимости от дальнейшего прогноза и характера изменений волосяного фолликула выделяют нерубцовые и рубцовые алопеции. Наиболее частыми нозологическими формами, входящими в группу нерубцовых алопеций, являются очаговая алопеция, диффузная алопеция, андрогенетическая алопеция и себорейная алопеция.

Очаговая алопеция (гнездная плеши-вость) – часто встречающееся заболевание, проявляющееся выпадением волос преимущественно на волосистой части головы и на лице в виде очагов различной формы на фоне сохранённого фолликулярного рисунка кожи.

Диффузная алопеция (симптоматическая, токсическая или телогеновая алопеция) – заболевание, характеризующееся распространённым диффузным выпадением волос на голове на фоне сохранённого фолликулярного рисунка кожи, связанное с нарушением физиологической смены фаз роста волос.

Андрогенетическая алопеция – заболевание, характеризующееся у мужчин очагами облысения в лобной и теменной областях, а у женщин – разрежением волос в этих же областях на фоне сохранённого фолликулярного рисунка кожи, связанное с генетически обусловленным нарушением метаболизма андрогенов в коже волосистой части головы.

Себорейная алопеция – это выпадение волос на волосистой части головы на фоне сохранённого фолликулярного рисунка кожи у лиц обоего пола, возникающее на фоне себореи (повышенного салоотделения).

По распространённости нерубцовая алопеция может быть *тотальной* (отсутствуют все волосы на голове) или *универсальной* (отсутствуют волосы на всём теле).

Рубцовая алопеция – это общий термин, используемый для обозначения алопеций, образующихся на месте рубцовой атрофии или рубцевания при различных дерматозах (красной волчанке, фолликулярной форме красного плоского лишая, грибовидном микозе, декарвирующем и подрывающем фолликулитах и др.). При этом происходит необратимая гибель волосяных фолликулов с утратой фолликулярного рисунка кожи волосистой части головы. Рубцовые алопеции могут являться следствием наследственных или приобретенных процессов. К наследственным рубцовым алопециям относятся: врожденная алазия кожи, эктодермальная дисплазия, органонидные невусы, врожденный буллезный эпидермолиз, алопеция при ихтиозе и синдром фолликулярного кератоза (атрофический фолликулярный кератоз – группа редких генетически детерминированных кератозов, сопровождающихся атрофией волосяных фолликулов и рубцовой алопецией, включающих надбровную экзэритему, червеобразную атрофодермию и фолликулярный шиповидный декарвирующий кератоз).

Все приобретенные рубцовые алопеции в зависимости от характера заболевания, лежащего в основе воспалительной реакции, сопровождающейся гибелью волосяного фолликула, подразделяются на *первичные* (воспаление различных отделов фолликула и его гибель происходят первично) и *вторичные* (когда воспаление переходит на волосяной фолликул с окружающей его дермы уже после гибели окружающих тканей).

Трихологические (специализированные) методы обследования:

- Сбор трихологического анамнеза.
- Визуальный осмотр.
- Тест натяжения.
- Тест оценки выпадения волос при мытье головы.
- Трихоскопическая диагностика.
- Обзорная фотосъемка.
- Фототрихограмма.
- Микроскопия.
- Гистологическое исследование (биопсия).

Сбор трихологического анамнеза. Опрос пациента о количестве и характере выпадения волос, включая даты начала выпадения, расспрос о нарушении структуры волос, о состоянии кожи головы, особенностях мытья и ухода за волосами, использовании средств, воздействующих на стержень волоса. Оцениваются факторы, которые могли быть вероятной причиной выпадения волос вследствие неблагоприятного воздействия на волосяной фолликул (обострение хронических заболеваний, перенесение вирусных, бактериальных, грибковых инфекций, хирургических вмешательств, наличие диет и изменения веса, прививки, беременность, лактация, применение комбинированных оральных контрацептивов, гормонозаместительная терапия, стресс, прием медикаментов) за последние полгода до момента обращения к трихологу. Отдельное внимание уделяется психологической нагрузке, а также влиянию проблемы выпадения волос на другие аспекты жизни. Уточняем, с какой области волосистой части головы началось заболевание и как развивалось (волосы выпали одновременно или постепенно).

Визуальный осмотр включает осмотр всей волосистой части головы, выявление мест поредения или отсутствия волос, оценку состояния стержней волос, кожи головы на предмет наличия воспаления, рубцовых изменений. Производится осмотр бровей, ресниц, бороды, волос в области подмышек и на лобке, оцениваются особенности распределения волос на теле, их толщина, длина, цвет, изменение кончиков, а также состояние ногтевых пластинок.

Алгоритм оценки поражений волос на волосистой части головы:

1. Не изменены.

2. Изменены:

1) обламываются на высоте 1-2 мм над уровнем волосяного фолликула с образованием мелких округлых плешинок (рис. 215);

2) обламываются на высоте 5-8 мм над уровнем волосяного фолликула с образованием округлых очагов поражения белого цвета (рис. 216);

3) обламываются на разных уровнях (рис. 217);

3. Выпадают или выпали:

1) без образования рубцовой атрофии (фолликулярный рисунок кожи волосистой части головы сохранён):

- диффузное поредение волос (выпадение волос равномерно на всей волосистой части головы) (рис. 218);

- тотальная алопеция (полное выпадение волос на волосистой части головы и на лице (бровей, ресниц, бороды) (рис. 219);

- универсальная алопеция (волосы отсутствуют на всем теле);

- постепенное прогрессирующее выпадение волос с образованием заливов лобно-теменной области (рис. 220).

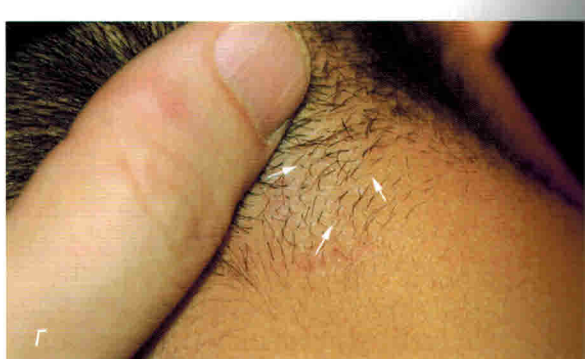


Рис. 215. Микоз (поверхностная трихофития) волосистой части головы (а-г)

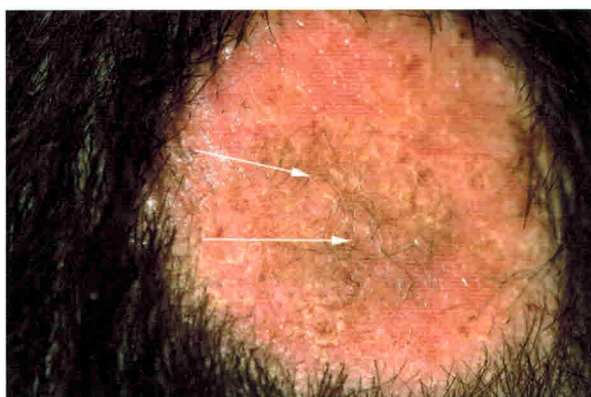


Рис. 216. Микроспория волосистой части головы

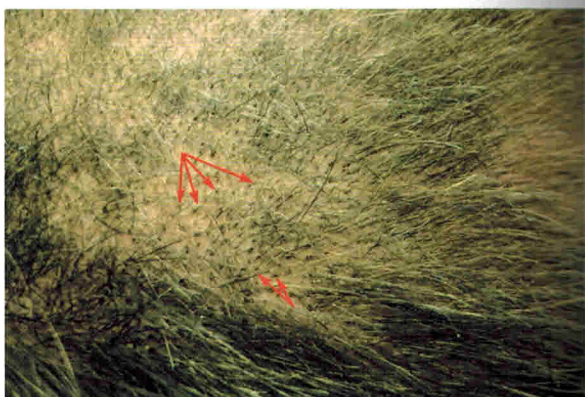


Рис. 217. Трихотилломания (синдром Аллопо)



Рис. 218. Диффузная алопеция при при вторичном сифилисе (а-б), диффузная алопеция на фоне химиотерапии (в)



Рис. 219. Тотальная алопеция (а-в)



Рис. 220. Андрогенетическая алопеция: начальная стадия (а-б), выраженная стадия (в-г)

АНАЛИЗ ЖАЛОБ И АНАМНЕЗА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

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

Мы проанализировали наиболее распространённые жалобы дерматологического больного. Для удобства изложения мы объединили их в группы: 1) жалобы со стороны кожи (придатков кожи) и слизистых оболочек; 2) жалобы на изменение общего самочувствия; 3) жалобы на болевой синдром; 4) жалобы со стороны органов дыхания; 5) жалобы со стороны органов пищеварения; 6) жалобы со стороны костей, суставов и мышц; 7) жалобы со стороны органа зрения; 8) жалобы со стороны других органов и систем.

Жалобы со стороны кожи могут включать:

1. Зуд:

1) кожи:

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

2) слизистой оболочки половых органов.

2. Болезненные высыпания.

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

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

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

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

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

8. Повышенная чувствительность кожи к УФО – характерно для красной волчанки, полиморфного фотодерматоза, порфирии.

9. Повышенная ранимость кожи к действию механических факторов.

10. Наличие высыпаний (новообразований).

11. Повышенная кровоточивость новообразования (-ий).

12. Изъязвление (эрозирование):

- кожи;
- слизистой оболочки конъюнктив;
- слизистой оболочки конъюнктив

полости рта;

• слизистой оболочки конъюнктив половых органов.

13. Изменение (выпадение) ногтей.

14. Нарушение роста (выпадение, обламывание) волос.

15. Избыточный рост волос.

16. Повышенная потливость.

17. Сухость кожи – визитная карточка атопического дерматита.

18. Сетчатый или ветвистый фиолетово-красный рисунок кожи.

19. Уплотнение кожи – имеет место при склеродермии, склередеме Бушке.

20. Чувство стягивания кожи.

21. Изменение цвета кожи.

22. Неприятный запах от тела (характерен, например, для фавуса – мышинный запах).

23. Изменения лица, по внешнему виду напоминающего львиную морду (утолщение отдельных частей лица, кожа которых приобретает бугристый вид).

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

Жалобы на изменение общего самочувствия могут включать:

1. Симптомы общей интоксикации (повышение температуры, озноб, общая слабость и недомогание).

2. Вялость, сонливость.

3. Обмороки.

4. Судороги.

5. Похудание.

6. Увеличение веса.

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

Жалобы на болевой синдром могут включать:

1. Боль в нервах по ходу высыпаний.

2. Боли в суставах.

3. Боли в мышцах.

4. Боли в костях.

5. Боли в животе.

6. Боли в мошонке.

7. Боль в сердце.

8. Боли в груди.

9. Головная боль (включая мигрень).

10. Онемение кончиков пальцев:

• кистей

• стоп.

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

Жалобы со стороны органов дыхания могут включать:

1. Приступообразный кашель (с гнойно-кровянистой мокротой).

2. Затруднение дыхания (ком в горле).

3. Одышка.

4. Упорный насморк.

5. Носовые кровотечения.

Жалоба на ком в горле может встречаться при отёке Квинке, а также у пациентов с истерией, другие жалобы со стороны органов дыхания неспецифичны. Упорный насморк встречается при аллергическом рините, который может являться одним из симптомов атопической триады.

Жалобы со стороны органов пищева-

рения могут включать:

1. Тошнота, рвота.
2. Диарея.
3. Дисфагия (нарушение глотания).
4. Гиперсаливация (повышенное слюноотделение).

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

Жалобы со стороны костей, суставов, мышц могут включать:

1. Невозможность поднять руки выше плеч, расчесать волосы.
2. Слабость мышц.
3. Контрактура(ы) (нарушение движений в суставе(-ах)).
4. Самоапутация пальцев.
5. Скованность при движениях головы.
6. Уменьшение мимики лица.
7. Выпадение зубов.
8. Патологические (вне связи с внешними факторами) переломы костей.

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

Жалобы со стороны органа зрения могут включать:

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

Жалобы на сращение конъюнктивы век и глазного яблока могут встречаться при рубцующем пемфигоиде, синдроме Лайелла (или как его последствия).

Жалобы со стороны других органов и систем могут включать:

1. Снижение слуха.
2. Отек:
 - лица:
 - периорбитальный (вокруг век);
 - в месте высыпаний;
 - всего лица;
 - половых органов;
 - нижних конечностей.
3. Дизурия (боль и резь при мочеиспускании).
4. Выделения из уретры.
5. Фимоз (сужение крайней плоти и отсутствие возможности открыть головку).
6. Затруднение при мочеиспускании из-за сужения наружного отверстия уретры.
7. Болезненные эрекции (при ИППП).
8. Диспареуния (боли во время полового акта).
9. Сращения больших и малых половых губ, сужение преддверия влагалища.
10. Выделения из влагалища.
11. Увеличение регионарных лимфатических узлов.

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

1. Как развилась болезнь (начало заболевания).

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

2. Где локализовались изначальные высыпания.

ОБЩИЙ ПЕРЕЧЕНЬ СИМПТОМОВ, ФЕНОМЕНОВ, ПРИЗНАКОВ И ИХ КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ

А

Абади симптом – безболезненность ахиллова сухожилия при сдавлении. Признак спинной сухотки.

Авситидийского-Игуменакиса симптом – утолщение (гиперостоз) грудинного конца правой (у левши – левой) ключицы. Признак раннего врожденного сифилиса.

Адамсона чехол – муфта из спор грибов, окружающая обломанный волос-пенек. Признак микроспории волосистой части головы.

«Акульей кожи» симптом – наличие на коже носа проявлений себорейного дерматита в виде крупнопластинчатого шелушения. Признак недостатка витамина В2.

Андогского симптом – двухсторонняя катаракта при атопическом дерматите, нередко заканчивающаяся помутнением хрусталика.

Апельсиновой корки симптом – кожа в зоне лепрозных инфильтратов становится глянцевой, лоснящейся за счёт усиленной работы сальных желёз, при этом пушковые волосы выпадают, а фолликулярные отверстия при этом более контурируются. Симптом лепры.

Аргайла Робертсона (Argyll Robertson) симптом – при сохраненной аккомодации и конвергенции зрачки не реагируют на свет. Это очень специфический признак нейросифилиса, а также может быть признаком диабетической нейропатии.

Арди симптом – наличие гнойных корочек на локтевых суставах. Признак чесотки. Составная часть симптома Арди-Горчакова (рис. 263).

Арди-Горчакова симптом – наличие гнойно-геморрагических корок в области разгибательной поверхности локтевых суставов. Признак чесотки.

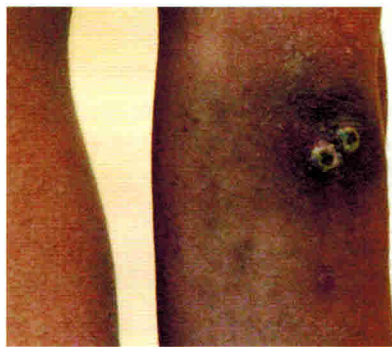


Рис. 263. Симптом Арди: гнойные корки на разгибательной поверхности локтевого сустава при чесотке



Рис. 264. Ариевича симптом: онихия по типу подногтевых геморрагий при псориазе



Рис. 265. Увеличение площади исходного пузыря (жёлтая окружность) при надавливании на его покрывку в 3 раза (красная окружность)



Рис. 266. Симптомы псориатической триады (Ауспица): *а* – появление шелушения, напоминающего шелушение застывшей капли стеарина при поскабливании поверхности псориатической папулы; *б* – появление блестящей (терминальной) плёнки после отторжения чешуек; *в* – точечное кровотечение – симптом кровавой росы при дальнейшем поскабливании папулы

Ариевича симптом – онихия по типу подногтевых геморрагий. Признак, описанный при псориазе (рис. 264).

Асбо-Хансена симптом – увеличение пузыря по площади при надавливании на него пальцем или шпателем. Может встречаться при вульгарной (вегетирующей) пузырьчатке, а также при буллёзном пемфигоиде (рис. 265).

Ауспитца (псориатическая) триада – последовательное возникновение при поскабливании псориатической папулы трех феноменов: 1) симптом «стеаринового пятна» – сначала на поверхности псориатической папулы возникает шелушение, напоминающее шелушение застывшей капли стеарина (рис. 266, *а*); 2) при продолжении воздействия – её верхний слой снимается целиком, обнажая блестящую поверхность шиповатого слоя эпидермиса – симптом «терминальной плёнки» (рис. 266, *б*); 3) если продолжить скоблить папулу, то на блестящей поверхности шиповатого слоя можно обнаружить точечное кровотечение – симптом «кровавой росы» (рис. 266, *в*).

Б

Бабинского симптом – при проведении тупым предметом по наружной поверхности подошвы первый палец сгибается к тылу, а остальные веерообразно расходятся. Признак острого (сифилитического) менингита.

«Бабочки» симптом – наличие эритемы на спинке носа и на щеках (обычно в области скуловых дуг), по своим очертаниям напоминающей бабочку. Признак, характерный для красной волчанки, розацеа, инфекционной эритемы (пятая болезнь), стероидного дерматита лица, токсикодермии от приема фенотиазинов, эритематозно-сквамозной формы поздней кожной порфирии (рис. 267).

Базена симптом – признак чесотки: небольшой пузырек с черной точкой («самка клеща») в конце чесоточного хода.

Байярже симптом – неодинаковые размеры зрачков. Возможный признак прогрессивного паралича.

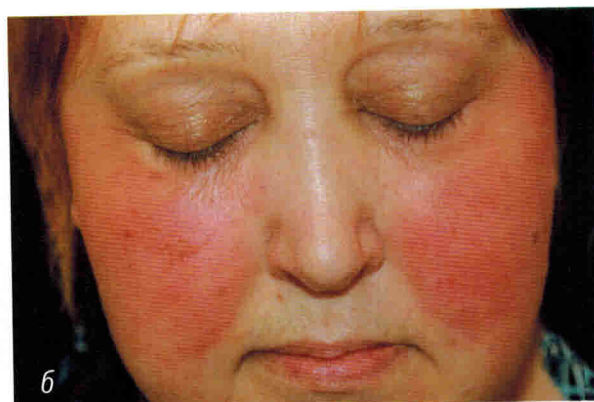


Рис. 267. Симптом «бабочки»: *а* – при стероидном дерматите лица; *б* – при системной красной волчанке

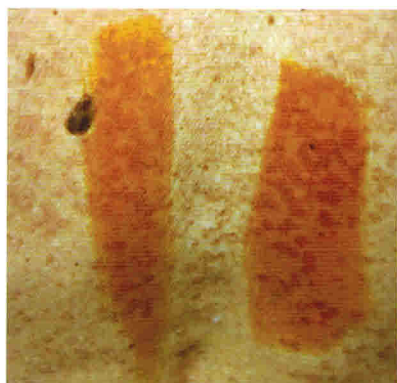


Рис. 268. Проба Бальцера при отрубевидном лишае



Рис. 269. Симптом «барабанных палочек»



Рис. 270. Симптом «белого пятна» при акроцианозе

Бальцера проба – при смазывании розово-коричневых пятен 5%-м спиртовым раствором йода или анилиновыми красителями (бриллиантовым зелёным или метиленовым синим) происходит их более интенсивное окрашивание по сравнению со здоровой кожей за счет лучшего впитывания красителя разрыхленным патологическим процессом роговым слоем эпидермиса. Признак разноцветного (отрубевидного) лишая (рис. 268).

Бамбергера симптом (III) – укол в одну руку вызывает боль в другой. Возможный признак спинной сухотки.

«Барабанные палочки» – утолщение ногтевых фаланг пальцев кистей в виде барабанных палочек, обычно сочетается с изменением ногтей по типу часовых стёкол (ногти Гиппократ). Признак хронических заболеваний легких, сердца, крови. Встречается при муковисцидозе, раке легких, наследственной кератодермии Унны-Тоста, пахидермопериостозе, ВИЧ-инфекции, циррозе (рис. 269).

«Бараньего носа» симптом – изменение формы носа (с приплюснутым кончиком) в результате прободения хрящевой перегородки папулезно-язвенным процессом. Признак вторичного сифилиса.

Бейера симптом – больной с закрытыми глазами не может определить, куда перемещается складка кожи, зажатая между кончиками пальцев врача, иногда это удается больному лишь после значительного запаздывания. Признак спинной сухотки.

«Белая опухоль» – кожа над увеличенным суставом бледная и растянутая. Признак сифилитического поражения суставов (гидрартрозы Клеттона), встречается и при других заболеваниях.

«Белого пятна» симптом – появление длительно не исчезающего белого пятна на коже тыла стопы или кисти больного после надавливания пальцем. Признак сосудистой недостаточности в дистальных отделах конечностей или нарушений симпатической иннервации (рис. 270).

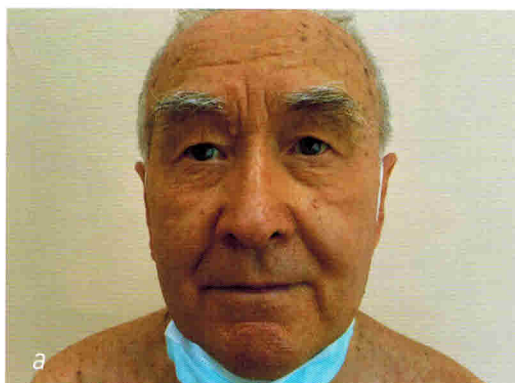


Рис. 271. Каротинодермия кожи лица [а] и ладоней [б] у одного пациента