

# Диагностика кожных болезней. Клиническая лекция. Часть первая. Синдромный подход при диагностике заболеваний кожи

Горбунцов В. В., Дюдюн А. Д.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины»

В первой части лекции по диагностике кожных болезней рассмотрены методологические проблемы дерматологической диагностики и разобран, в качестве основного, синдромный подход к диагностике заболеваний кожи. Рассмотрены и критически проанализированы известные руководства, доступные практикующим врачам и студентам. Предложен оригинальный по составу и перечню синдромов метод. Для каждого из предложенных синдромов приведен перечень патологий кожи с учетом их реальной встречаемости в практике дерматолога и врача общей практики.

**Ключевые слова:** диагностика кожных болезней, синдромный подход.

**В** настоящее время, несмотря на достижения современной науки, диагностика заболеваний и, в частности, заболеваний кожи человека остаётся сложной проблемой, решение которой, – собственно, здоровье и жизнь больного, – зависит от врача.

В практике клинической дерматологии это имеет особую важность, поскольку большая часть заболеваний кожи не имеет доступных большинству врачей доказательных методов диагностики (или их не существует вообще) и диагноз выставляется исключительно по данным общего клинического исследования – опроса, осмотра и простейших исследований физикальных свойств патологических проявлений дерматоза. При этом, как сказал в своем известном руководстве Т. Р. Харрисон, *«идентификация кожных повреждений, или изменений, представляет собой проблему, сходную с таковой при распознавании клеток в мазке крови: мельчайшие детали имеют огромное значение»*. Поэтому справедливо будет заметить, что диагностика кожных болезней является одним из самых сложных разделов клинической диагностики и в большей степени зависит от субъективных особенностей врача.

Очень важно то, что основой правильной диагностики является методический подход; в связи с этим хотелось бы обратить внимание на следующее.

Подготовка врача в современных вузах основывается на постепенном переходе от общего к частному, – т. е., от общих моментов (этиологии, патогенеза) происходит переход к изучению отдельной нозологической единицы с её,

собственно, клиническими проявлениями.

Такой академический подход обеспечивает в короткие сроки освоение значительного количества базовых знаний и понимание общности патологических процессов, дает возможность для их дальнейшего развития, но имеет недостаток: оказываясь у постели больного, врач вынужден проводить диагностическую работу в совершенно обратном от привычного для него направлении – от имеющихся клинических проявлений к определению отдельной нозологической единицы.

Существенной помощью при этом врачу служат специальные руководства. Однако большинство руководств по дерматологии составлено по нозологическому принципу, и врач вынужден, опираясь на свой опыт и знания, выискивать прямое соответствия того, что он видит и того, что написано в руководстве. При большом разнообразии кожных заболеваний и их сходстве, процесс поиска соответствия написанному в руководстве может быть весьма непростым, и часто врач вынужден признаться, что просто не знает, с чего начать.

К этой проблеме следует также добавить имеющиеся недостатки в описании отдельных нозологических единиц, краткий конспективный характер раздела дифференциальной диагностики при описании отдельных заболеваний и отсутствие в этих руководствах многих, весьма, кстати, часто встречающихся заболеваний и патологических проявлений. Так, например, сыпи при некоторых острых и хронических инфекционных болезнях, внутренних болезнях и

т. д. в большинстве специальных руководств по дерматологии даже и не упоминаются. Всё вышперечисленное значительно усложняет пользование специальными пособиями в практике диагностики и является основанием для многих клинических ошибок.

Принимая во внимание характер практической работы врача, более целесообразным можно считать именно клинический принцип изложения материала, – анализ отдельных главных (ведущих) симптомов, симптомокомплексов и синдромов, – как базу проведения дифференциального диагноза, установления предварительного, окончательного клинического диагнозов и взаимной связи патологий, определение тактики курации пациента.

В отечественной и мировой дерматологии уже были попытки использования подобного способа изложения материала. Но авторы таких пособий использовали исключительно морфологический подход – анализ отдельных первичных (реже – вторичных) элементов сыпи, и это, из-за полиморфного характера сыпи большинства дерматозов, делало необходимым снова в рамках пособия возвращаться к нозологическому (или клинико-этиопатогенетическому) принципу изложения материала.

Так, например, часть классического пособия Ж. Дарье (1930) базируется на морфологическом принципе изложения и анализа проявлений дерматозов, часть – на этио-нозологическом принципе. В известном и оригинальном пособии для врачей под редакцией Б. А. Беренбейна и А. А. Студницина (1989) часть разделов также подчинена морфологическому принципу (розеолезно-эритематозные, папулезные дерматозы), а часть – нозологическому или патогенетическому (гемобластозы, аллергические васкулиты, поражения кожи при болезнях соединительной ткани).

Несмотря на такие недостатки, этим руководствам была дана высокая оценка практическими врачами; они до сих пор с успехом используются в практике, имели много переизданий, но в настоящее время стали библиографическими раритетами.

При этом, однако, с сожалением следует отметить, что в последние годы не появилось ни одного пособия, основанного на клиническом принципе изложения материала. Все пособия, которые изданы в последние годы, написаны по принципам факультетской (нозологической), а не клинической дерматологии. Материал в них излагается недостаточно корректно с методической точки зрения – часто отмечается

смешанный тип изложения: морфологический, этиологический, патогенетический, эпидемиологический с превалированием этиологического и патогенетического. А, например, в фундаментальном труде Schneiderman P. I., Grossman M. E. (2006) нозологические единицы, морфологические, топические и др. понятия излагаются просто в алфавитном порядке.

Существует и еще одна сторона проблемы диагностики кожных заболеваний. Обращает на себя внимание, что в дерматологии при диагностике дерматозов во главу угла, так сказать, ставится преимущественно морфологический принцип анализа проявлений.

Говоря о методологии морфологического принципа анализа проявлений кожной патологии, следует также отметить, что и с трактовкой ее составляющих, – морфологических элементов сыпи, – всё, на самом деле, обстоит не так просто, как это преподается в учебнике.

Например, следует обратить внимание практических врачей на рекомендации авторов воспринимать подразделение элементов сыпи на первичные и вторичные, как весьма «условное». Действительно, при многих патологиях «исключительно первичные» элементы (например, папулы, пузыри и т. д.) возникают вторично (стадийный полиморфизм при экземе и др.); а заметить предшественника «исключительно вторичных» элементов, – например, эрозий первичной сифиломы, или чешуек при простом педикулезе (перхоти) или при ихтиозе, – редко представляется возможным. Поэтому практические врачи часто пренебрегают необходимостью установления характера первичных проявлений заболевания кожи. А определение первичного элемента сыпи, всё-таки, является очень важным для постановки правильного диагноза, и ошибки в этом являются причиной диагностических ошибок и назначения неправильного лечения.

Частой проблемой также является и определение вида отдельного элемента сыпи. Так, например, небольшое образование может быть и папулой, и бугорком, и маленьким узлом, и дермальным полостным элементом, – что исключительно важно для диагноза и что, без гистологического исследования (которое, кстати, тоже не всегда решит проблему), установить практически невозможно. В старых руководствах, в таких случаях тактично пользовались термином «прыщ». Кстати, и при переводе с латинского *papula* и *nodulus* (уменьшительное от *nodus* – узел) как узелок – это синонимы, о чём

стоило бы задуматься.

Многие своеобразные и часто встречающиеся элементы, такие, например, как:

- комедоны;
- кисты;
- чесоточные ходы;
- свищи;
- телеангиэктазии, –

в известных руководствах, в разделе элементов сыпи вообще не упоминаются (но неоднократно упоминаются в описании отдельных нозологических единиц).

Многие проявления кожных заболеваний отличаются еще и тем, что при первичном осмотре бывает весьма сложно (или даже вообще невозможно) правильно классифицировать элементы сыпи. И тогда в описании болезни появляются термины типа: «отёчная эритема (пятно)», «отёчная бляшка», «изъязвление (как промежуточный вариант между эрозией и язвой)», «чешуе-корки» и т. п.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что исключительно «морфологический» метод в диагностике кожных болезней не совсем оправдывает себя.

В отличие от этого, в преподавании внутренних болезней (и других разделов клинической медицины) уже давно доказана необходимость, наряду с симптоматологическим подходом, внедрять определения ведущих симптомов, симптомокомплексов и терапевтических синдромов и проводить их анализ. Именно это предотвращает сложности диагностики полисимптоматических заболеваний и сочетанных патологий.

Однако в пропедевтической дерматологии понятия «ведущего симптома», «симптомокомплекса» и «диагностического синдрома» практически не разработаны, что является серьезным упущением, которое следовало бы исправить.

На Кафедре кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗО Украины» совместно с Кафедрой терапии интернов и семейной медицины ФПО был разработан (2004), внедрен (2005) и на протяжении ряда лет с успехом использовался синдромный подход в преподавании специальности «Дерматовенерология» врачам-интернам и курсантам ФПО общей практики и семейной медицины с учетом современных требований к подготовке врачей, современного отечественного и мирового опыта и с учетом недостатков их подготовки в прошлом.

Учитывая то, что врачи-интерны и курсанты ФПО еще во время обучения в высшем учебном заведении прошли курс дерматовенерологии, –

который по объему, содержанию и методике преподавания можно считать именно курсом факультетской (нозологической) дерматовенерологии, – использовать повторно нозологический (факультетский) принцип изложения материала при их подготовке в интернатуре в принципе нельзя считать целесообразным.

Особенностью предложенной нами программы преподавания – в разделе диагностики дерматозов было именно определение отдельных дерматологических (не смешивать с клинико-нозологическими синдромами!) синдромов (экзематоидного, псориазиформного синдромов, синдрома зудящих поражений кожи) наряду с определением отдельных главных морфологических элементов сыпи и других ведущих признаков.

Учитывая изложенные выше проблемы с морфологической идентификацией любых образований типа «плюс-ткань» (отёка кожи, папул, бугорков, кистозных элементов и маленьких узлов), было введено понятие «дерматозов с симптомами неоплазии».

К этой группе также было отнесено также и явление шелушения, которое, по сути, тоже является неоплазией.

Учитывая, что успех диагностики заболеваний кожи (точнее, – заболеваний, при которых имеются изменения кожи, её придатков и видимых слизистых) базируется на совместном анализе нескольких моментов:

- жалоб больного;
- данных анамнеза;
- морфологической характеристики сыпи и локализации ее элементов;

- особых характеристик больного (возраст, профессия и т. п.), –

целесообразным было введение в программу подготовки разделов, обобщающих дерматозы не только по морфологическому характеру сыпи, но и по другим факторам (жалобам, локализации, возрасту больного, характеру его деятельности и др.).

Поэтому, наряду с «морфологическими», были выделены:

- группы дерматозов волосистой части головы, лица, кистей и подошв, крупных складок кожи (топический подход в диагностике);
- генодерматозы, дерматозы новорожденных, детей младшего возраста, пожилых людей, профессиональные стигмы и поражения кожи (эпидемиологический подход).

Такой подход уже был использован в ряде известных учебников по различным разделам медицины (и также дерматологии) и тоже дал

хорошие результаты.

Таким образом, с чисто клинической (точнее – диагностической) точки зрения все заболевания и изменения кожи, её придатков и видимых слизистых были подразделены, в соответствии с ведущим признаком, следующим образом.

1. Дерматозы с розеолезной сыпью.
2. Дерматозы с ограниченной и распространенной эритемой.
3. Дерматозы с гиперпигментацией.
4. Дерматозы с гипопигментацией.
5. Дерматозы с геморрагиями.
6. Дерматозы с пустулами и нагноением.
7. Дерматозы с везикулами.
8. Дерматозы с пузырями.
9. Дерматозы с симптомами неоплазии:
  - 9.1. Мелкие неоплазии: папулезные дерматозы, нодулезные дерматозы, бугорковые дерматозы, кисты кожи, келоидные рубцы.
  - 9.2. Распространенные неоплазии: дерматозы с бляшками, лишенизации, пахидермии, кератодермии.
  - 9.3. Дерматозы с ограниченным и распространенным шелушением.
  - 9.4. Уртикарные дерматозы. Дерматозы с ограниченным отёком кожи острым и хроническим.
  - 9.5. Узловые неоплазии, узлы кожи, кисты кожи.
10. Дерматозы с эрозиями.
11. Дерматозы с язвами.
12. Псориазиформный синдром. Дерматозы с псориазиформным синдромом.
13. Экзематоидный синдром. Дерматозы с экзематоидным синдромом.
14. Зудящие дерматозы.
15. Себозы. Синдром ксеродермии. Дерматозы с синдромом ксеродермии.
16. Дизгидрозы.
17. Заболевания с патологией волос.
18. Заболевания с патологией ногтей.
19. Хейлозы.
20. Мукозы.
21. Заболевания кожи у детей. Генодерматозы.
22. Заболевания кожи у пожилых людей.

Атрофии кожи.

23. Поражение кожи при профессиональных заболеваниях.

Перечень приведенных выше групп дерматозов, подразделенных по ведущему симптому, в последующем дополнялся и уточнялся, но, для обмена опытом, мы приводим его в том виде, в каком он был изначально внедрен.

Методика определения ведущего признака в общей картине заболевания, несомненно, за-

служивает отдельного подробного изложения, но в настоящей лекции, думаем, можно её и не приводить, поскольку методология определения ведущего симптома в симптомокомплексе и синдроме достаточно подробно разбирается в известных руководствах по клинической диагностике (семиотике, пропедевтике) внутренних болезней и общей медицины.

Следующим этапом разработанного синдромного подхода к преподаванию дерматологии и диагностики кожных болезней было определение нозологических единиц заболеваний, физиологических и патологических состояний, входящих в каждую из этих групп. Перечень этих заболеваний определялся частотой их встречаемости, их медико-социальным значением и полнотой описания их в известных руководствах.

Для различного уровня подготовки, в зависимости от первичной специализации и условий работы врачей, этот перечень конечно же изменялся, но в настоящей лекции мы приводим, так сказать, усредненный вариант.

### **1. Дерматозы с розеолезной сыпью.**

Мраморность кожи.

Ливедо.

Токсидермии.

Розеола от укусов насекомых и любых внешних раздражений.

Розеола при острых инфекционных заболеваниях.

Розеола при хронических инфекционных заболеваниях.

Розовый лишай.

Стойкие эритемы.

Ангиомы.

Вторичные розеола.

### **2. Дерматозы с ограниченной и распространенной эритемой.**

Ограниченные и распространенные эритемы от внешних раздражений.

Ограниченные и распространенные эритемы при инфекционных заболеваниях.

Токсические ограниченные и распространенные эритемы.

Токсидермии.

Дерматомикозы.

Эритродермии.

Коллагенозы.

Стойкие эритемы.

Вазомоторные эритемы.

Ограниченный и распространенный цианоз.

### **3. Дерматозы с гиперпигментацией.**

Невусы.

Лентиго (старческое, юношеское, злокачественное; веснушки).

Хлоазмы.

Гиперпигментации от внешних раздражений.

Болезнь Аддисона.

Нейрофиброматоз.

Гемосидероз (болезнь Шамберга, дерматит цвета желтой охры и т. п.).

Пигментная крапивница.

Токсические меланодермии.

Лекарственные токсидермии.

Пеллагра.

Склеродермия.

Пигментный сифилид и пигментные проявления при других инфекционных заболеваниях.

Вторичные гиперпигментации.

#### 4. Дерматозы с гипопигментацией.

Витилиго.

Невусы.

Гипопигментации от внешних раздражений.

Пигментный сифилид.

Лепра и другие инфекционные заболевания.

Лейкоатрофии кожи.

Склеродермия.

Эндокринные и метаболические гипопигментации (дефицит витамина  $B_{12}$ , квашиоркор, нефротический синдром, кишечная мальабсорбция, гипертиреозидизм).

Вторичные гипопигментации (разноцветный лишай и др.).

#### 5. Дерматозы с геморрагиями.

Травматические геморрагии.

Геморрагии от укусов насекомых.

Геморрагические экзантемы при инфекционных заболеваниях.

Токсическая пурпура.

Пурпура при тромботических состояниях.

Пурпура при аллергических васкулитах.

Ревматическая пурпура.

Геморрагии при гематологических патологиях.

Геморрагии при анемии, гемобластозах, диабете, гипертонической болезни, заболевания печени, авитаминозах *K*, *C* и *P*

#### 6. Дерматозы с пустулами и нагноением.

Пиодермии (импетиго обычное, стафилококковое, стрептококковое, сикоз, угри, фурункулы и др.).

Импетигозный сифилид.

Туберкулёз кожи и другие инфекционные заболевания.

Микозы.

Эпидемическая пузырьчатка новорожденных.

Герпес.

Неинфекционные пустулез (пустулезный псориаз, герпетиформное импетиго Гебры, субкорнеальный пустулез Снеддона–Уилкинсона, пустулезный бактериид Эндрю, хронический акродерматит Аллопо, энтеропатический акродерматит, пузырьчатка эритематозная (себорейная) и др.).

Токсидермии (йододерма, бромодерма и др.).

Вторичная импетигогнизация при травмах, чесотке, экземе, пузырьчатке и др.

#### 7. Дерматозы с везикулами.

Везикулы при инфекционных заболеваниях.

Герпесвирусная инфекция.

Экземы.

Герпетическая экзема.

Токсидермии.

Многоформная экссудативная эритема.

Энтеропатический акродерматит.

Импетиго стрептококковое.

Микозы (стоп, ладоней, паховая эпидермофития).

Дерматиты.

Световая оспа.

Дисгидроз.

Потница.

Буллезный эпидермолиз.

Пеллагра.

Герпетиформный дерматит.

Герпес беременных.

Пузырная форма красного лишая.

Острая красная волчанка.

Паранеоплазии.

#### 8. Дерматозы с пузырями.

Пузыри при инфекционных заболеваниях.

Пузырчатка акантолитическая: обычная, листовидная. Пузырчатка доброкачественная хроническая семейная.

Пузырчатка неакантолитическая (буллезный пемфигоид, доброкачественный пемфигоид слизистых и др.).

Линейный *IgA*-буллезный дерматоз.

Герпесвирусная инфекция.

Герпетическая экзема.

Токсидермии. Эпидермальный токсический некролиз Лайелла.

Многоформная экссудативная эритема. Синдром Сименса–Джонсона.

Энтеропатический акродерматит.

Импетиго стрептококковое.

Дерматиты.

Световая оспа.

Пигментная ксеродерма.

Буллезные эпидермолизы.  
 Пеллагра.  
 Фототоксические реакции.  
 Поздняя кожная порфирия.  
 Псевдопорфирия.  
 Герпетиформный дерматит.  
 Герпес беременных.  
 Пузырная форма красного лишая.  
 Склеродермия.  
 Острая красная волчанка.  
 Паранеоплазии.

## 9. Дерматозы с симптомами неоплазии.

**9.1. Мелкие неоплазии (папулезные дерматозы, бугорковые дерматозы, кисты кожи, келоидные рубцы).**

### 9.1.1. Папулезные дерматозы.

Невусы, мозоли и другие доброкачественные новообразования кожи, ксантелазмы.

Фолликулярные кератозы.  
 Очаговые кератодермии.  
 Псориаз.

Красный плоский лишай.

Вирусные бородавки.

Контагиозный моллюск.

Сифилис, туберкулёз, лепра и другие инфекционные заболевания.

Угри и другие папулезные формы пиодермий.

Парапсориаз.

Ретикулез кожи.

Гемобластозы.

Метастазы злокачественных новообразований.

### 9.1.2. Бугорковые дерматозы.

Сифилис, туберкулёз, лепра, лейшманиоз и другие инфекционные заболевания.

Глубокие микозы.

Саркоидоз.

### 9.1.3. Кисты кожи.

Атеромы.

Угри белые, черные.

Травматические эпителиальные кисты.

Доброкачественные кистозные эпителиомы.

Сиринга-ретенционные кисты, гидроцистомы.

Лимфатические кисты.

Кровяные кисты.

Кисты при паразитарных заболеваниях (цистециркозе и др.).

### 9.1.4. Келоидные рубцы.

Рубцы после травм, гнойно-воспалительных процессов, бугорков.

**9.2. Распространенные неоплазии (дерматозы с бляшками, лишенизации, пахидермии,**

**кератодермии).**

Атопический дерматит. Нейродермит. Экзема. Микозы. Лихенизации при инфекционных заболеваниях. Псориаз. Парапсориаз. Ретикулез кожи, лимфомы.

Склеродермия. Волчанка. Дерматомиозит.

Ихтиоз. Пойкилодермии.

Эритродермии. Токсидермии.

Кожа головы складчатая.

Кератодермии врожденные, симптоматические, климактерическая кератодермия Хакстхаузена, инфекционные кератодермии, экзогенные кератодермии.

**9.3. Дерматозы с ограниченным и распространенным шелушением.**

Ихтиоз. Сухая стрептодермия. Маласезиоз кожи (перхоть, простой педириаз кожи туловища и конечностей).

Токсидермии.

Шелушение вследствие экзогенного действия.

Симптоматические десквамации при метаболических нарушениях и инфекционных заболеваниях.

Шелушение при эритематозных и неопластических дерматозах.

**9.4. Уртикарные дерматозы. Дерматозы с ограниченным отёком кожи острым и хроническим.**

Токсидермии.

Вазомоторный отёк кожи.

Волдыри при экзогенных раздражениях и укусах насекомых.

Склеродермия. Дерматомиозит.

Ограниченный и распространенный отёк кожи при острых и хронических инфекционных заболеваниях, гнойно-воспалительных процессах; нарушениях крово- и лимфообращения; метаболических нарушениях.

**9.5. Узловые неоплазии, узлы кожи, кисты кожи.**

Невусы, липомы, атеромы и другие доброкачественные новообразования кожи. Олеогранулемы-парафиномы. Нейрофиброматоз. Кератоакантома. Сифилис, Туберкулёз. Лепра и другие инфекционные заболевания. Ретикулез кожи. Гемобластозы. Саркома Капоши. Метастазы злокачественных новообразований.

Глубокие микозы. Саркоидоз.

Панникулит спонтанный, реактивный, холодовая, постстероидный. Инсулиновая липодистрофия. Узловые формы васкулитов. Глубокая красная волчанка. Узловатая эритема. Подагрические узлы. Некроз подкожной жировой клет-

чатки новорожденных и взрослых. Узлы при паразитарных заболеваниях.

#### **9.5.1. Кисты кожи.**

Абсцессы. Атеромы. Узловатые формы токсидермии. Травматические эпителиальные кисты. Доброкачественные кистозные эпителиомы. Сиринга-ретенционные кисты, гидроцистомы. Лимфатические кисты. Кровяные кисты. Кисты при паразитарных и других инфекционных заболеваниях (цистидермии и др.)

#### **10. Дерматозы с эрозиями.**

Эрозии при инфекционных заболеваниях (сифилисе, пиодермиях, микозах, герпес вирусной инфекции и др.).

Эрозии от действия экзогенных вредных факторов.

Токсидермии.

Эрозии при пузырьных дерматозах.

Эрозии при генодерматозах.

#### **11. Дерматозы с язвами.**

Язвы кожи и слизистых при инфекционных и паразитарных заболеваниях (сифилисе, туберкулезе, пиодермиях, микозах и др.).

Язвы кожи и слизистых от действия экзогенных вредных факторов.

Язвы кожи и слизистых при злокачественных неоплазиях.

Язвы кожи и слизистых при рубцующихся пузырьных дерматозах.

Язвы кожи и слизистых при васкулитах, коллагенозах, нарушениях кровообращения и иннервации, пролежнях, метаболических нарушениях и других асептических некролизах.

Ятрогенные язвы кожи и слизистых.

#### **12. Псориазиформный синдром. Дерматозы с псориазиформным синдромом.**

Псориаз. Парапсориаз. Ретикулез кожи, лимфомы, злокачественные новообразования кожи и метастазы висцеральных опухолей в кожу. Атопический дерматит. Нейродермит. Экзема. Красный плоский лишай. Микозы. Эритематозно-сквамозные поражения кожи при инфекционных заболеваниях.

Склеродермия. Волчанка. Дерматомиозит.

Ихтиоз. Пойкилодермия.

Эритродермии. Токсидермии.

Кератодермии.

Псориазиформные поражения кожи при хронических нарушениях крово- и лимфообращения, иннервации, метаболических нарушениях, воздействия вредных экзогенных факторов.

#### **13. Экзематоидный синдром. Дерматозы с**

#### **экзематоидным синдромом.**

Экзема. Атопический дерматит. Псориаз. Парапсориаз. Ретикулез кожи, лимфомы, злокачественные новообразования кожи и метастазы висцеральных опухолей в кожу. Нейродермит. Микозы. Экзематоидные поражения кожи при инфекционных заболеваниях.

Волчанка.

Ихтиоз. Пойкилодермия.

Эритродермии. Токсидермии.

Кератодермии.

Экзематоидные поражения кожи при хронических нарушениях крово- и лимфообращения, иннервации, метаболических нарушениях, воздействия вредных экзогенных факторов.

#### **14. Зудящие дерматозы.**

Чесотка и другие дерматозоозы.

Красный плоский лишай. Экзема. Токсидермии. Атопический дерматит. Нейродермиты. Герпетиформный дерматоз Дюринга.

Ретикулез, лимфомы кожи. Паранеопластические зудящие поражения кожи.

Почесуха (пруриго) узловатая, взрослых, папулезная крапивница детей

Красный плоский лишай.

Зуд кожи при хронических нарушениях крово- и лимфообращения, иннервации, метаболических нарушениях, воздействия вредных экзогенных факторов, укусах насекомых и др.

#### **15. Себозы. Синдром ксеродермии. Дерматозы с синдромом ксеродермии.**

##### **15.1 Себозы.**

Себорея. Комедоны. Атеромы. Угри. Ячмень. Аденомы сальных желез. Гиперплазия сальных желез старческая.

Астеатоз (ксероз).

##### **15.2. Дерматозы с синдромом ксеродермии.**

Ихтиоз. Атопическая ксеродермия. Ксеродермия при нарушениях метаболизма, синдроме мальабсорбции, интоксикациях и от воздействия вредных экзогенных факторов.

Старческая ксеродерма (ксероз).

##### **16. Дизгидрозы.**

Гипергидрозы эссенциальные, при внутренних болезнях, инфекционных заболеваниях, гемодермиях, нарушениях метаболизма, интоксикациях и от действия экзогенных факторов.

Гипогидроз и агидрозы эссенциальные, при внутренних болезнях, заболеваниях нервной системы, гемодермиях, нарушениях метаболизма, интоксикациях и от воздействия вредных экзогенных факторов.

Абсцессы и опухоли потовых желез.  
Хромидрозы. Бромидрозы (осмидрозы).

### 17. Заболевания с патологией волос.

Поражение волос при инфекционных заболеваниях (микозах, сифилисе, пиодермиях и др.).

Врожденные заболевания с патологией волос.

Очаговая алопеция.

Диффузная алопеция.

Рубцовые алопеции.

Алопеция при лимфомах кожи и других гематологических заболеваниях.

Алопеция вследствие воздействия вредных экзогенных факторов, интоксикациях.

Алопеция при коллаgenoзах.

Себорейная алопеция.

Старческая алопеция.

Трихоклазия, трихонодоз.

Патология волос при внутренних болезнях и метаболических нарушениях.

Гипертрихоз. Дисхромии и ахромии волос.

### 18. Заболевания с патологией ногтей.

Поражение ногтей при инфекционных заболеваниях (микозах, сифилисе, пиодермиях и др.).

Врожденные заболевания с патологией ногтей.

Изменения ногтей при заболеваниях кожи.

Патология ногтей вследствие воздействия вредных экзогенных факторов.

Патология ногтей при внутренних болезнях и метаболических нарушениях.

Дистрофии ногтей эссенциальные (борозды Бо, койлонихии, онихогрифозы, онихолизис, онихомадез (отсутствие ногтя), онихорексис (онихоклазия – ломкость ногтей)).

Дисхромии ногтей эссенциальные.

### 19. Хейлозы.

Хейлоз инфекционной этиологии (микотические, герпетические, сифилитические, при пиодермиях и др.).

Врожденные хейлозы.

Хейлоз при заболеваниях кожи.

Хейлоз вследствие воздействия вредных экзогенных факторов.

Хейлоз при внутренних болезнях и метаболических нарушениях.

Метереологические хейлиты.

Хейлоз эссенциальные (хейлит glandулярный, эксфолиативный, абразивный преанкروزный хейлит Манганотти и др.).

### 20. Мукозы.

Стоматит, глоссит, конъюнктивиты, баланопоститы, вульвовагиниты при острых и хронических инфекционных заболеваниях, внутренних болезнях, нарушениях метаболизма, инток-

сикациях, неоплазиях.

Мукозы при заболеваниях кожи и ИППП.

### 21. Заболевания кожи у детей. Генодерматозы.

Экзема. Псориаз. Атопический дерматит.

Пузырные дерматозы.

Инфекционные дерматозы (микозы, пиодермии, вирусные дерматозы, туберкулез, сифилис и др.).

Опухоли кожи.

Лимфомы кожи и ретикулез.

Коллагенозы.

Генодерматозы с нарушениями ороговения, дисхромиями и дисплазиями кожи, опухолями и неводными образованиями, эктодермальной дисплазией.

Поражение кожи при наследственных и врожденных нарушениях метаболизма.

### 22. Заболевания кожи у пожилых людей. Атрофии кожи.

Экзема. Псориаз. Нейродермиты. Пузырные дерматозы.

Инфекционные дерматозы (микозы, пиодермии, вирусные дерматозы, туберкулез, сифилис и др.).

Опухоли кожи.

Лимфомы кожи и ретикулезы.

Коллагенозы.

#### 22.1. Атрофии кожи.

Первичные эссенциальные атрофии кожи (стрии, старческая атрофия кожи, хронические атрофирующие акродерматозы, пойкилодермии, анетодермии, пятнистые склеротические атрофии, поверхностная форма склеродермии, адипонекроз и липодистрофии, блефарохалазис и др.).

Атрофии кожи, связанные с внутренними, инфекционными заболеваниями, нарушениями крово- и лимфообращения, нарушениями метаболизма, интоксикациями, действием вредных экзогенных факторов.

Вторичные атрофии кожи.

### 23. Поражение кожи при профессиональных заболеваниях.

Воспалительные и иммунозависимых дерматозы/

Дерматозы инфекционной этиологии/

Неопластические дерматозы.

В списке перечисленных дерматозов обращает на себя внимание ряд состояний кожи (физиологических и патологических) и заболеваний, которые, так сказать, обойдены вниманием в обычных руководствах по дерматологии, но, тем не менее, весьма часто заставляют пациентов обращаться к врачу или, при общем осмотре, обращают на себя внимание врача.

К этому стоит добавить, что такие «неважные» с точки зрения авторов специальных руководств симптомы и патологические (хотя их патологический характер некоторыми авторами оспаривается) состояния покровов (кожи, ее придатков и видимых слизистых) очень часто служат несомненными сигналами опасности и не только для жизни и здоровья больного, но и для жизни и здоровья окружающих, в том числе и врача.

Рассматривая выше приведенный перечень патологий, можно заметить, что одни и те же заболевания часто встречаются в разных группах. Это даёт врачу дополнительную возможность подтверждения диагноза в случае полиморфного или полисимптомного процесса; т. е. в том случае, если имеющиеся у больного различные по своему виду и характеру симптомы в перечне каждой группы имеют одно и то же заболевание, следует, в первую очередь, уделить внимание дифференциальному диагнозу именно этой патологии.

Дополнительные данные в пользу подозреваемой патологии врач может получить, используя топический подход в диагностике заболеваний кожи, более подробное изложение которого будет во второй части лекции, посвященной принципам и методам диагностики кожных заболеваний.

В заключение хотелось бы сказать о том, что, проведя отдельный этап диагностического процесса следуя синдромному подходу в диагностике, нельзя рассчитывать на окончательное установление диагноза. Диагностический процесс – сложная задача, на решение которой иногда требуются годы.

Но уже на начальном этапе исследования синдромный подход обеспечивает создание гипотезы – вопроса, решение которого является «делом техники», поскольку очень правиль-

но было сказано, что *«тот, кто хочет знать правильный ответ, должен сперва задать правильный вопрос»*.

Синдромный подход в диагностике заболеваний человека, с успехом применяемый в клинической медицине многими поколениями врачей, несомненно заслуживает внимания и не только должен обязательно включаться в педагогический процесс на этапе профессиональной подготовки врача, но и систематически использоваться в клинической практике.

Подводя итоги сказанному, хочется еще раз отметить: обследуя больного, врач обязательно должен следовать определенной объективно существующей, – помимо наших идей и амбиций, – модели диагностического процесса, подчиняющейся строгой методике.

Бессистемность в работе врача приносит вред не только больному, но и самому врачу, способствуя его «профессиональному выгоранию», духовной и социальной дезадаптации.

К этой лекции прилагается небольшой список литературных источников, знакомясь с которыми, каждый может для себя найти убедительные доказательства сказанному выше, отыскать те моменты, которые были не сказаны авторами или даже найти этому опровержение. Еще более ценные источники можно будет найти как упоминания и цитаты в этих руководствах.

Клиническая диагностика – в высшей мере увлекательный процесс, заполняющий целостно жизнь врача. Возможность дополнить средствами и материалами эту важную и полезную деятельность несомненно, по мнению авторов, должно принести ощутимую пользу, поскольку *«чем меньше проблем на Земле – тем легче живется всем»*.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Гистопатология* и клиническая характеристика дерматозов / Г. С. Цераидис, В. П. Федотов, А. Д. Дюдюн, В. А. Туманский. – Днепропетровск: Изд-во «Свидлер А. Л.», 2004. – 536 с.
2. *Заболевания* слизистой оболочки полости рта / Н. Ф. Данилевский, В. К. Леонтьев, А. Ф. Несин, Ж. И. Рахний. – М. ОАО Стоматология, 2001. – 245 с.
3. *Дарье Ж.* Основы дерматологии. – М. – Л.: Гос. мед. изд-во., 1930. – 1068 с.
4. *Дерматовенерология.* Национальное руководство / Под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1024 с.
5. *Дерматовенерология.* Учебное пособие / Под редакцией В. П. Федотова, А. Д. Дюдюна, В. И. Степаненко. Изд-е 2. – Днепропетровск – Киев: изд-во «Свидлер А. Л.», 2011. – 652 с.
6. *Дерматологическая* синдромология / Под ред. Р. С. Бабаянца. – Ереван: Айастан, 1974. – 263 с.
7. *Дерматология, венерология.* Учебник / Под ред. В. И. Степаненко. – К.: КИМ, 2012. – 904 с.
8. *Дифференциальная* диагностика кожных болезней / Б. А. Беренбейн, А. А. Студницин и др.; Под ред. Б. А. Беренбейна, А. А. Студницина. – М.: Медицина, 1989. – 672 с.
9. *Заболевания* слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. Е. В. Боровского, А. Л. Машкиллейсона. – М.: Медпресс, 2001. – 320 с.
10. *Кожные* и венерические болезни: Руковод. для врачей. 2-е изд. Под ред. Ю. К. Скрипкина, В. Н. Мордовцева. – М. Медицина, 1999.
11. *Лапанашвили И.* Дерматологическая иде-

- ография. – Тбилиси: Сабчота Сакартвело, 1967. – 152 с.
12. *Радионон В. Г.* Энциклопедический словарь дерматовенеролога / В. Г. Радионон. – Луганск: ОАО «ЛОТ», 2009. – 616с.
  13. *Тахау П.* Дифференциальная диагностика кожных заболеваний. – Л.-М.: Гос. мед. изд-во., 1932. – 253 с.
  14. *Підготовка лікарів-інтернів у інтернатурі за фахом «Загальна практика-сімейна медицина» по розділу «Дерматовенерологія»* / Федотов В. П., Чухрієнко Н. Д., Горбунцов В. В., Гайдук О. І., Кузьмицька Н. П. // Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія. – 2005. – № 3-4 (8). – С. 183-187.
  15. *Энциклопедический словарь медицинских терминов* / Под ред. Б. В. Петровского. В 3-х т. – М.: «Советская энциклопедия», 1982-1984.
  16. *Ackerman A. B. et al.* Differential Diagnosis in Dermatopathology I, II, III, IV. 2<sup>nd</sup> ed. – 2001. – 800 p.
  17. *Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology* / Odom R. B., James W. D., Berger T. G. 11<sup>th</sup> ed. – Saunders, 2011. – 968 p.
  18. *Braun-Falco's Dermatology*. 3<sup>rd</sup> ed. / Eds.: Walter H. C. Burgdorf, Gerd Plewig, Helmut H. Wolff, Michael Landthaler, Otto Braun-Falco. – Heidelberg, Springer, 2008. – 1712 p.
  19. *Clarke L. E., Clarke J. T., Helm K. F.* Color Atlas of Differential Diagnosis in Dermatopathology. 1<sup>st</sup> ed. – Jaypee Brothers Medical Pub, 2014. – 520 p.
  20. *Cohen B. A.* Pediatric Dermatology, 3rd Edn. – 2011. – 2005 p.
  21. *Dermatology (Bologna, Dermatology)* / J. L. Bologna, J. L. Jorizzo, J. V. Schaffer. 2 – Vol. Set. - 3<sup>rd</sup> ed. – Saunders, 2012. – 2776 p.
  22. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 8<sup>th</sup> ed. / Eds.: L. A. Goldsmith *et al.* – N.Y.: McGraw-Hill medical, 2012. – XXX. - 3076 p. (Two vol).
  23. *Habif T. P.* Clinical Dermatology: A color Guide to Diagnosis and Therapy. 5<sup>th</sup> ed. – Elsevier Mosby, 2009. – 1040 p.
  24. *Jackson S. M., Nesbitt L. T.* Differential Diagnosis for the Dermatologist. – Springer, 2008. – 1352 p.
  25. *Rook's Textbook of Dermatology* / Eds.: T. Burns, S. Breathnach, N. Cox, C. Griffiths. 8<sup>th</sup> ed. 4 Volume Set – Wiley-Blackwell, 2010. – 4432 p.
  26. *Schneiderman P. I., Grossman M. E.* A Clinician's Guide to Dermatologic Differential Diagnosis. – Informa Healthcare, 2006. – Vol. 1. The Text . 724 p.; Vol. 2. The Atlas. – 725 p.

## ДІАГНОСТИКА ШКІРНИХ ХВОРОБ. КЛІНІЧНА ЛЕКЦІЯ. ЧАСТИНА ПЕРША. СИНДРОМНИЙ ПІДХІД ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ

**Горбунцов В. В., Дюдюн А. Д.**

*ДУ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»*

У першій частині лекції з діагностики шкірних хвороб розглянуто методологічні проблеми дерматологічної діагностики та розібрано, в якості основного, синдромний підхід до діагностики захворювань шкіри. Розглянуто і критично проаналізовано відомі посібники, доступні практикуючим лікарям і студентам. Запропоновано оригінальний за складом і переліком синдромів метод. Для кожного із запропонованих синдромів наведено перелік патологій шкіри з урахуванням їх реальної зустрічальності в практиці дерматолога і лікаря загальної практики.

**Ключові слова:** діагностика шкірних хвороб, синдромний підхід.

## THE SKIN DISEASES DIAGNOSTICS. A CLINICAL LECTURE. PART ONE. SYNDROMIC APPROACH IN THE SKIN DISEASES DIAGNOSTICS

**Gorbuntsov V. V., Dyudyun A.D.**

*"Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine" SE*

In the first part of the lecture on the skin diseases diagnosis the methodological problems of the dermatological diagnosis have been discussed and syndromic approach to the skin diseases diagnosis has been analyzed as the main. The known guides available to practitioners and students have been discussed and critically analyzed. An original – as for the structure and list of syndromes – method has been proposed. For each of the proposed syndromes the list of the skin lesions has been adduced taking into account their actual occurrence in practice of the dermatologist and general practitioner.

**Keywords:** skin diseases diagnostics, the syndromic approach.

**Горбунцов Вячеслав Вячеславович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины».

**Дюдюн Анатолий Дмитриевич** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины».

[andd@ua.fm](mailto:andd@ua.fm)