**методика обследования дерматологического больного**.

Следует полностью раздеть и осмотреть больного, если даже он жалуется на единичные высыпания. Осмотр кожного покрова и слизистых оболочек должен проводиться при достаточном рассеянном дневном свете или при хорошем электрическим освещением, в том числе лампами «дневного света». Необходимо определить цвет кожи и видимых слизистых оболочек, эластичность и растяжимость здоровой кожи, тургор мышц и подкожной жировой клетчатки, состояние сальных и потовых желез, ногтей и волос, характер пигментации, наличие рубцов, невоидных образований. Здоровая кожа имеет матовый блеск и не лоснится. Изменение окраски кожи может быть связано с различными нарушениями функций отдельных органов и систем организма. Для определения растяжимости и эластичности кожи ее ощупывают, собирают в складку; наличие или отсутствие спаянности с нижележащими тканями определяют, сдвигая кожу с места. При подозрении на лепру, сирингомиелию часто решающее диагностическое значение имеет исследование тактильной, болевой и температурной чувствительности кожи. Поражение кожи и слизистых оболочек (statuslocalis) рекомендуется описывать последовательно, придерживаясь определенной схемы, которая упрощает этот довольно сложный раздел. Вначале целесообразно указать, имеют ли высыпания воспалительный или невоспалительный характер. Затем отмечают, к какой группе воспаления можно отнести имеющиеся высыпания: к островоспалительным (с преобладанием экссудативного компонента воспаления) или неостровоспалительным (с преобладанием пролиферативного компонента воспаления). Далее указывают локализацию высыпаний с описанием преимущественного расположения элементов. При многих дерматозах существует излюбленная локализация. Далее фиксируют внимание на симметричности и распространенности поражения, которое может быть ограниченным, диссеминированным, генерализованным, универсальным. В первую очередь, указывают характер сыпи – мономорфная или полиморфная. Затем описывают особенности первичных и вторичных морфологических элементов. Границы элементов могут быть четкими и нечеткими. Формы бывают плоские, конусовидные, полушаровидные, с пупкообразным вдавлением. По очертаниям элементы бывают округлыми, овальными, полигональными, полициклическими, мелко– или крупнофестончатыми. По консистенции элементы могут быть деревянисто-плотными, плотно-эластическими, мягкими, тестоватыми. Поверхность элементов бывает гладкой, эрозированной, покрытой чешуйками или вегетациями. Определяют взаимоотношение элементов: изолированны друг от друга, сливные, систематизированы, сгруппированы. Если сыпь напоминает круги, полукруги, овалы, дуги, то говорят о правильной группировке сыпи. О неправильно сгруппированной сыпи говорят в том случае, если она располагается на определенном участке, но не образует какую-либо геометрическую фигуру. Систематизированной называют сыпь, располагающуюся по ходу нервных стволов (при опоясывающем лишае), кровеносных сосудов, соответственно распределению дерматометамер. При беспорядочном расположении сыпи отсутствует какая-либо закономерность в размещении морфологических элементов. Для полостных элементов описывают их содержимое и покрышку (вялая, напряженная). При ряде дерматозов большое значение имеют специальные дерматологические методы (приемы) обследования, проводимые непосредственно при первичном осмотре больного.

**Методика обследования больного, страдающего дерматологической или венерической** болезнью, имеет свою специфику, отличающуюся от методики обследования, например, терапевтического больного. Дерматовенеролог узнает у больного о том, что его беспокоит, по какому поводу он обратился за помощью, если больной жалуется на сыпь на коже или слизистых оболочках, просит показать пораженный участок. Таким образом, в дерматологической практике (особенно в условиях амбулаторного приема) очень часто приоритет в обследовании принадлежит визуальному осмотру, а не сбору подробного анамнеза, изучению паспортных сведений о больном и т. п. Чем это объясняется?

Важное значение имеет знание первичных и вторичных морфологических элементов — этих букв дерматологической азбуки, позволяющей нередко читать диагноз на коже больного. В тех случаях, когда дерматоз выражен четко и не требует для своего подтверждения дополнительных методов исследования, врач, поставив диагноз возвращается к сбору анамнестических данных, которые помогут назначению рациональной терапии и проведению в дальнейшем правильных профилактических мероприятий для исключения рецидивов заболевания.

Однако в ряде случаев визуальная диагностика затруднена из-за морфологической схожести многих дерматозов, а также потому, что нередко в клинической картине "классических" дерматозов и в их течении отмечается та или иная атипичность. В этих случаях дерматовенеролог, произведя осмотр видимых проявлений заболевания и не имея возможности поставить диагноз по внешнему виду сыпи даже после использования дополнительных методов обследования (пальпация, диаскопия, поскабливание высыпаний и др.), должен подробнее собрать анамнез и уточнить жалобы больного.

В необходимых случаях (иногда с помощью соответствующих специалистов) обследовать внутренние органы и нервную систему, провести исследование морфологического состава крови, мочи, другие общие анализы и специальные дерматовенерологические исследования (патогистологическое исследование биопсийного материала, исследование на грибы, бледную трепонему, гонококк, туберкулезную микобактерию, палочку лепры, акантолитические клет¬ки, серологические реакции крови, иммуноаллергологическое обследование и др.) с целью постановки окончательного диагноза заболевания, уточнения его этиологии и патогенеза.