

Дерматологическая диагностика (часть 2). Вторичные морфологические элементы

В.П.Адаскевич

Кафедра дерматовенерологии УО Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет Минздрава Республики Беларусь

Вторичные морфологические элементы возникают в процессе обратного развития или повреждения первичных элементов, т.е. вторично. Различают 10 вторичных морфологических элементов: дисхромия (dischromia), чешуйка (squama), корка (crusta), эрозия (erosio), ссадина (excoratio), трещина (fissura, rha-gades), язва (ulcus), рубец (cicatrix), лихенификация (lichenificatio), вегетация (vegetatio).

Дисхромия (dischromia) – нарушение пигментации кожи, возникающее вследствие разрыва морфологических элементов сыпи. К вторичным дисхромиям относятся: вторичная лейкодерма, вторичная гиперпигментация, гемосидериновая пигментация. Вторичные гиперпигментированные и депигментированные пятна остаются после исчезновения сосудистых пятен и папул. После буторков и гумм остается пигментация рубца либо пигментация вокруг рубца, после пузырьков и пустул – слегка пигментированное пятно.

Чешуйка (squama) – это отторгающиеся клетки рогового слоя эпидермиса. Видимое на глаз отторжение чешуйек называется шелушением (рис. 1). Чешуйка (шелушение) – важный вторичный элемент в дерматологии. Соответствующий латинский термин «squama» переводится как «чешуйка», или «пластиначная структура». При легком расчесывании или растирании внешний вид чешуйек изменяется. После расчесов при псориазе чешуйки приобретают серебристый оттенок вследствие соприкосновения кератина с воздухом. При поскабливании характерное сцепление чешуйек можно наблюдать в форме «стеаринового пятна», как если бы царапали восковую свечу. С шелушением связано несколько признаков при разных кожных заболеваниях.

Чешуйки являются распространенным признаком при заболеваниях с шелушащимися (сквамозными) папулами, бляшками и пятнами. Такие заболевания называются папулосквамозными. Чешуйки обычно белого или светло-желтого цвета и легко отделяются. Их следует отличать от корок, которые представляют собой высохший на поверхности кожи серозный материал. Различать чешуйки и корки важно, поскольку для этих двух элементов дифференциальный диагноз будет абсолютно разным.

Чешуйки образуются на месте первичных морфологических элементов сыпи воспалительного характера (пятна, узелки, буторки) или являются основным симптомом заболевания (ихтиоз). Цвет чешуйек бывает от блестящего белого до буровато-желтого и даже серо-черного цвета в зависимости от пигмента, кожного сала, пыли, пота. Различают отрубевидное мелкопластиначное шелушение (псориаз, отрубевидный лишай) и крупнопластиначное (дерматит, токсикодермия, скарлатина). Выделяют следующие типы чешуйек.

«Воротничковые» чешуйки – мелкие, плотно прилегающие по периферии и отслаивающиеся в центре че-

шуйки по краю пятна или бляшки лососево-розового цвета. Примеры: розовый лишай, заживающие очаги фурункулов, потница, узловатая эритема.

Отрубевидные чешуйки – мелкие и рыхлые чешуйки, практически не ощущимые и проявляющиеся при пощипывании (признак ногтевой царапины). Пример: разноцветный (отрубевидный) лишай.

Ихтиозиформные чешуйки – крупные полигональные чешуйки, напоминающие рыбью чешую. Пример: вульгарный ихтиоз.

Слюдяные (серебристые) чешуйки – серебристые, белые, паракератотические, пластинчатые чешуйки. Серебристо-белый оттенок возникает вследствие отражения света при соприкосновении воздуха с кератином между слоями чешуйек. Пример: вульгарный псориаз.

Жирные чешуйки – рыхлые, влажные, желтовато-коричневые, жирные, в частности расположенные вокруг фолликулов в себорейных зонах. Пример: себорейный дерматит.

«Прицепные» («замыкающие») чешуйки наблюдаются при кольцевидной эритеме с плоским или приподнятым краем распространяющегося по периферии очага и «прицепными» («замыкающими») чешуйками на его внутренней границе, в то время как центр очага уплощается и бледнеет. Очаги наблюдаются на туловище, в частности на ягодицах и внутренней поверхности бедер. Пример: эритема кольцевидная центробежная.

«Вафельные» чешуйки – тонкие, слитые, напоминающие слюду, плотно прилегающие к центру лихеноидной, твердой, красновато-коричневой папулы и рыхлые на периферии. Пример: лихеноидный хронический лишай. При светлоклеточной акантоме «вафельные» чешуйки плотно прилегают по периферии очага, поэтому при их удалении остается влажная или кровоточащая поверхность.

Сдвоенные чешуйки по краю очага наблюдаются в случае эритематозного, эксфолиативного или шелушащегося, кольцевидного или полициклического плоского пятна со сдвоенным шелушащимся краем. Пример: линейный огибающий ихтиоз (ЛОИ); синдром Нетертона = ЛОИ + аномалия волос + атопический дерматит.

Чешуйки по типу «кукурузных хлопьев» – иногда термин используют для описания шелушающейся корки при листовидной пузырчатке. Признак «кукурузных хлопьев», наблюдаемый при болезни Флэгеля, характеризуется шелушащимися, кератотическими папулами размером 2–3 мм с неправильными нечеткими границами. Чешуйки отделяются во многих очагах, оставляя красное неэксудативное основание.

Чешуйки при эритродермии: в зависимости от стадии эритродермии, острой или хронической, чешуйки могут быть крупнопластиначными (в острой стадии) и отрубевидными (в хронической стадии).

Иглистые чешуйки – грязновато-коричневые или серого цвета чешуйки на верукоизном очаге, либо генерализованном, либо невоидном, часто в разной степени выражены на разгибательных поверхностях конечностей и участках туловища. Пример: игольчатый ихтиоз.

Десквамация по типу «линьки» – ограниченное пятнистое шелушение с очаговой десквамацией или «линькой» чешуек, которое наблюдается на сгибательных поверхностях и акральных участках, в частности дорсальных поверхностях кистей и стоп. Пример: буллезный ихтиоз Сименса.

«Черепаховые» чешуйки – белые или серые, по типу хлопьев или отрубевидные, неплотно прилегающие чешуйки с загнутыми вверх краями наблюдаются на разгибательных поверхностях рук и ног и, что характерно, не поражают сгибательные складки. Иногда мелкие чешуйки приобретают вид «наклеенных». Пример: вульгарный ихтиоз.

Панцирь – ребенок заключен в жесткую, тую натянутую, желто-коричневую, плотно прилегающую кожу, гиперкератотический панцирь,

покрывающий все тело. Пример: ихтиоз Арлекина.

Пластинчатые чешуйки – крупные, полигональные, толстые, сморщеные, темно-коричневые или серые, плотно прилегающие чешуйки, расположены в форме мозаики, причем наиболее крупные локализуются преимущественно на нижних конечностях, где может возникнуть картина «высохшего русла реки». Пример: пластинчатый ихтиоз.

Гофрированные/складчатые чешуйки – при буллезной ихтиозиформной эритротермии по мере ослабления эритротермических и буллезных процессов развиваются характерные серые восковидные чешуйки. Желто-коричневые, восковидные, складчатые или гофрированные чешуйки образуются в кожных складках, в частности на задней поверхности шеи, сгибательных поверхностях, стенке брюшной полости, в ягодичной складке и на волосистой части головы.

Латентная десквамация – чешуйки иногда можно обнаружить только при расчесывании очага, например на ранних стадиях розового лишая, а также при разноцветном лишае, парапсориазе и псориазе.

«Устричные» чешуйки – крупные наслоения из скопившихся чешуек при псориазе описывают как «устричные» чешуйки.

Чешуйки по типу «наждачной бумаги» – при актиническом кератозе плотно прилегающие, сухие, неровные, часто желтого или коричневого цвета чешуйки ощущаются как шершавая наждачная бумага и поэтому лучше оцениваются при пальпации кожи.

Корка (crusta) образуется в результате ссыхания содержимого пузырьков и гнойничков, а также отделяемого язв после бугорков, гумм и злокачественных опухолей.

Различают серозные корки (состоят в основном из фибрина, среди волокон которого находится небольшое количество лейкоцитов и деструктивно измененных клеток эпидермиса), гнойные (пронизаны большим количеством нейтрофильных лейкоцитов) и кровянистые (большое количество гемолизированных эритроцитов среди масс фибрина, лейкоцитов и распадающихся эпидермальных клеток).

Корки могут быть тонкими (стрептококковое импетиго), плоскими, толстыми (сифилитическая рутия),



Рис. 1. Чешуйки (асбестовидный лишай).



Рис. 2. Эрозии (пузырчатка полости рта).



Рис. 3. Экскориации (чесотка).



Рис. 4. Язвы у больного хронической язвенной пиодермии.



Рис. 5. Рубцы келоидные.



Рис. 6. Лихенификация (атопический дерматит).



Рис. 7. Вегетации (вегетирующая пузырчатка).



Рис. 8. Анетодермия.



Рис. 9. Атрофия (дискоидная красная волчанка).



Рис. 10. Атрофодермия Пазини–Пьеини.



Рис. 11. Бляшка (простой хронический лишай).



Рис. 12. Кератодермия стоп.



Рис. 13. Комедоны (вульгарное акне).



Рис. 14. Ливедо сетчатое.



Рис. 15. Милиум (синдром Фавра–Ракушо).



Рис. 16. Пойкилодермия Сиватта.

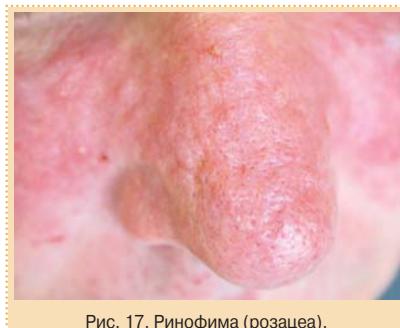


Рис. 17. Ринофима (розацеа).



Рис. 18. Чесоточный ход.



Рис. 19. Экзантема (детский папулезный акродерматит – синдром Джанотти–Крости).



Рис. 20. Эритродермия идиопатическая.

слоистыми (вульгарное стрептостафилококковое импетиго), плотными (вульгарная эктима, рупиоидный псориаз, гангренозная пиодермия), рыхлыми.

Эрозия (erosio) – это дефект кожи в пределах эпидермиса, который образуется в результате обратного развития пузырьков, пузьрей, поверхностных пустул (рис. 2).

Эрозии повторяют величину и форму предшествовавшего первичного элемента. Эрозии сами могут появляться первично во время расчесов (экскориаций) при механических раздражениях эпидермиса, а также вследствие мацерации и трения соприкасающихся поверхностей эпидермиса (внутренняя по-

верхность бедер, пахово-бедренные складки). Эрозии возникают на поверхности воспалительных папул (эррозивные папулы при сифилисе) или на фоне ограниченного инфильтрата (эррозивный твердый шанкр). Дно эрозии обычно ярко-красного цвета, иногда покрыто серозным отделяемым. При заживлении эрозии не оставляют рубцов.

Эксориация (scadina, excoria-*tion*) возникает в результате механического повреждения и нарушения целостности кожного покрова вследствие расчесов (рис. 3). Различают линейные, полосовидные и округлые эксориации. Эксориации могут быть *поверхностными* (с нарушением целостности эпидер-

миса и сосочкового слоя дермы) и *глубокими* (с проникновением в глубокие отделы дермы).

Трецины (fissura, rhagades) – это линейные дефекты, возникающие вследствие потери эластичности и инфильтрации отдельных участков кожи. Трецины образуются в местах естественных складок и участках растяжения (углы рта, область заднего прохода, область пяток) и сопровождаются болевыми ощущениями. В зависимости от глубины различают поверхностные (эпидермальные) трецины, которые после заживления не оставляют следов, и глубокие (дермальные) трецины, после заживления которых остаются рубцы. Поверхностные трецины (fissura) возникают при повышенной сухости кожи (ксероз), тилотической (роговой) экземе кистей и стоп, эпидермофитии стоп, опрелости, заедах. Глубокие трецины (rhagades) возникают при пеллагре, кератодермиях. Примером глубоких трецин являются беловатые радиальные рубцы Робинсона–Фурнье при врожденном сифилисе.

Язва (ulcus) – это глубокий дефект ткани в пределах собственно кожи, подкожной клетчатки и глубже рас-

положенных тканей. Язвы развиваются в результате распада первичных инфильтративных элементов в глубоких отделах дермы – бугорков, гумм, узелков, глубоких пустул, злокачественных опухолей, некроза при трофических и микроциркуляторных нарушениях. Язвы, как правило, заживают рубцом.

Причиной язв конечностей могут быть липоидный некробиоз, гангренозная пиодермия, злокачественные опухоли кожи, хроническая венозная недостаточность, артериальная гипоперфузия (преимущественно у курильщиков и больных диабетом).

Язвы имеют разную величину, форму и глубину. Остро развивающиеся язвы небольших размеров. Язвы при хронических патологических процессах (варикозные язвы, гуммы, хроническая язвенная пиодермия) отличаются значительными размерами (рис. 4). Язвы имеют круглую, резко отграниченную форму (язвенный твердый шанкр, изъязвившиеся гуммы, некоторые типы базалиом кожи) или фестончатые очертания (варикозные язвы, язвенные формы туберкулезной волчанки). Края язвы бывают подрытыми (коллигативный туберкулез кожи, некоторые формы пиодермии, глубокие микозы), отвесными (сифилитическая гутта), блюдцеобразными (язвенный твердый шанкр), мягкими (коллигативный туберкулез кожи), плотными (раковые язвы, варикозные язвы), валикообразными (плоскоклеточный рак, изъязвившаяся кератоакантома, распадающаяся опухоль грибовидного микоза). Дно язвы может быть ровным, гладким (твердый шанкр, мягкий шанкр), неровным, извилистым (коллигативный туберкулез, карбункул), краеподобным (сифилитическая гутта).

Рубец (cicatrix) образуется в результате заживления язв и представляет собой грубоволокнистые соединительнотканые разрастания с разрушением дермы и нередко подлежащих тканей. Рубцы развиваются на месте ожогов, изъязвлений, глубоких пустул, бугорков, узлов (рис. 5). Рубцы могут формироваться сухим путем, без предшествующего изъязвления, в результате замещения соединительной тканью (туберкулез кожи, лепра, сифилис). Свежие рубцы имеют розово-красную окраску, старые рубцы могут быть гиперпигментированы или депигментированы. Различают *плоские* рубцы (расположены на одном уровне с окружающей кожей), *гипертрофические* (возвышаются над поверхностью окружающей кожи), *келоидные* (отдельные, приподнятые, уплотненные), *атрофические* (расположены ниже уровня окружающей кожи), *атрофические пятнистые* (мягкие, эластичные, основание которых часто скжато в более крупные складки), *складчатые* (глубокие или поверхностные, с очертаниями неправильной формы, зазубренными краями, острыми гранями и крутыми стенками).

Величина, форма, локализация, цвет и глубина рубцов имеют важное дифференциально-диагностическое значение. При гуммозном сифилисе рубцы гладкие, овальной, округлой или звездчатой формы, глубоко втянутые. Бугорковые сифилиды оставляют после себя пестрые мозаичные рубцы с фестончатыми очертаниями. После коллигативного туберкулеза и конглобатных угрей рубцы неправильной формы, изъеденные, поверхность их перекрыта перемычками-мостиками. На месте папулонекротического туберкулеза кожи остаются штампованные поверхностные рубцы. Рубцы могут быть симптомом патологического процесса (склеродермия, эритематоз, атрофическая форма красного плоского лишая, идиопатическая атрофия кожи).

Лихенификация (lichenificatio), или лихенизация – утолщение, уплотнение кожи; усиление кожного рисунка (кожные борозды и складки резко выражены). Кожа при этом сухая, огрубевшая, шероховатая (шагреневая), ги-

перпигментированная. Лихенификация (лихенизация) возникает при длительно протекающем воспалительном процессе, который сопровождается зудом и папулезной инфильтрацией дермы. Наблюдаются лихенификация при хронической экземе, атопическом дерматите, простом хроническом лишае (рис. 6).

Вегетация (vegetatio) – результат разрастания сочков дермы и утолщения шиповатого слоя эпидермиса, ведущих к возникновению папилломатозных разрастаний. Различают эпидермальные, эпидермо-дермальные и дермальные вегетации. Вегетации развиваются на поверхности разных патологических процессов: папул, эрозий, воспалительных инфильтратов. Примером вегетаций являются вегетирующая пузырчатка, вегетирующие грануляции на дне язвы, остроконечные кондиломы, папилломы. По внешнему виду вегетации могут напоминать «петушиный гребень» или «цветную капусту» (остроконечные кондиломы); иногда они сероватого цвета и при пальпации сухие и плотные (бородавки); вегетации могут быть эрозированы (вегетирующая пузырчатка) (рис. 7).

Специфические термины в дерматологии

Анетодермия – небольшие белого цвета участки атрофии дермы с грыжевидно выпячивающейся поверхностью (рис. 8). Первичная анетодермия развивается при идиопатических атрофиях кожи: анетодермия Ядассона–Пеллизари, анетодермия Швенингера–Буцци. Вторичная анетодермия может быть результатом перенесенного глубокого фолликулита.

Атрофия – уменьшение толщины тканей вследствие истончения эпидермиса, дермы или подкожной клетчатки. Пример: дискоидная красная волчанка (рис. 9).

Атрофодермия – западения разной глубины кожи над участками атрофии подкожной жировой клетчатки. Первичная атрофодермия развивается при атрофодермии Пазини–Пьерины, а вторичная является следствием перенесенного панникулита в результате внутримышечных инъекций или как осложнение лиposакции (рис. 10).

Бляшка – это уплощенное ограниченное образование, часто сформированное из сливающихся папул, приподнятое над уровнем кожи и занимающее относительно большую площадь. Бляшки наблюдаются при псориазе, экземе, простом хроническом лишае, болезни Боуэна, розовом лишае, красном плоском лишае, дерматофитии гладкой кожи, кожной Т-клеточной лимфоме, дискоидной красной волчанке, болезни Педжета (рис. 11).

Дерматосклероз – участок уплотнения кожи с уменьшением подвижности по отношению к подлежащим тканям; при этом кожа не собирается в складку. Первичный дерматосклероз наблюдается при склеродермии, а вторичный развивается у больных с хронической венозной недостаточностью.

Кератоз – наслойние роговых, сухих, плотных масс восковидно-желтого или сероватого цвета. Наблюдается при врожденной кератодермии и омозолелости. Вторичный кератоз развивается на месте воспалительных изменений кожи ладоней и подошв при псориазе, эксфолиативном дерматите, болезни Девержи (рис. 12).

Киста – ограниченный очаг со стенкой и просветом, содержащий жидкость или полутвердый материал. Примеры: эпидермальная киста, волоссяная киста.

Комедон – скопление кожного сала и кератина в устье волоссяного фолликула, которое может быть расширено (черные открытые комедоны) или сужено (белые закрытые комедоны). Комедоны наблюдаются у больных акне, дискоидной красной волчанкой, с синдромом Фавра–Ракушо (рис. 13).

Ливедо – синюшного цвета сетчатый или ветвистый рисунок расширенных кровеносных сосудов вследствие пассивной гиперемии (рис. 14). Различают ливедо сетчатое (livedo reticularis) и ветвистое (livedo racemosa). Ливедо сетчатое (кольцевидное) относят к аngионеврозам; обычно оно возникает вследствие длительного воздействия низких или высоких температур, а также при функциональной недостаточности сосудов кожи. Ливедо ветвистое, которое относят к аngиоорганопатиям, является одним из симптомов артериосклероза, бактериального эндокардита, артериальной эмболии, артериальной гипертензии, криоглобулинемии, узелкового периартерита, ревматоидного артрита, дерматомиозита, системной красной волчанки, сифилиса, туберкулеза, малярии, панкреатита, опухолей, хронических интоксикаций, эндокринных расстройств.

Мишуум – мелкая поверхностная кератиновая киста без видимого отверстия. Примеры: синдром Фавра–Ракушо, поздняя кожная порфирия (рис. 15).

Пойкилодермия – пестрая картина поражения кожи с наличием атрофии, телеангиэктазии, атрофических пятен, сетчатой гиперпигментации, гипопигментации, пурпур, шелушения (рис. 16). Различают врожденные (первичные) и симптоматические (вторичные) пойкилодермии.

Струп – сухой некроз кожи серовато-черного цвета с распространением на различную глубину, связанный с подлежащими тканями. Возникает вследствие воздействия на кожу физических или химических факторов.

Телеангиэктазии – мелкие расширенные поверхностные кровеносные сосуды кожи диаметром менее 1 мм. Наблюдаются телеангиэктазии у больных розацеа, красной волчанкой, дерматомиозитом, базалиомой, аденомой сальных желез, пигментной ксеродермии, липоидным некробиозом, при заболеваниях печени, в период беременности, при раке груди. Различают несколько видов телеангиэктазий. *Симптоматические телеангиэктазии* наблюдаются при коллагенозах, пойкилодермическом парапсориазе, хроническом атрофическом акродерматите, розацеа, базально-клеточной карциноме и липоидном некробиозе. *Идиопатические формы* включают телеангиэктатический невус, эссенциальные телеангиэктазии, покраснение лица. *Генетические дерматозы* с телеангиэктазиями встречаются редко – например, телеангиэктатическая атаксия, синдром Блума, болезнь Фабри, болезнь Ослера–Вебера–Рендо и пигментная ксеродерма. *Паукообразные невусы* обычно располагаются на груди, реже – на лице и кистях. Как правило, они наблюдаются при заболеваниях печени, но могут быть идиопатическими или возникать во время беременности.

Фима (шишка) – большой плотный воспалительный узел в глубоких слоях кожи с инфильтратами и тенденцией к диффузной тканевой гиперплазии. Наблюдается при розацеа (рис. 17).

Чесоточный ход – узкий приподнятый извилистый канал в верхней части эпидермиса, созданный паразитами, в частности клещом *Sarcoptes scabiei*. Наблюдается при чесотке (рис. 18). Ходы может образовывать также человеческая анкилостома.

Экзантема – распространенная сыпь по всему кожному покрову, преимущественно в виде мелких пятен или папул, возникающая чаще всего в результате вирусной инфекции или побочного действия лекарств. Генерализованные экзантемы бывают нескольких видов. *Скарлатиноподобная* экзантема наблюдается при скарлатине и в качестве побочной лекарственной реакции (на β -лактамазные антибиотики, гепарин, бензодиазепины, барбитураты). *Кореподобная* экзантема

(небольшие пятна, вначале бледные, затем становятся темно-красными, папулезными и сливаются) наблюдается при кори и в качестве побочной лекарственной реакции. *Краснухоподобная* экзантема отличается пятнами меньшего размера, которые сливаются реже, чем при кореподобной экзантеме. Диффузная кореподобная или скарлатиноподобная экзантема с шелушением кожи ладоней и подошв отмечается при *синдроме Кавасаки* (синдром слизисто-кожных лимфоузлов), который наблюдается преимущественно у детей. *Синдром стафилококковой обожженной кожи* также поражает главным образом детей; для него характерны поверхностные пузыри и конъюнктивит. *Синдром токсического шока* вызывается стрептококковыми и стафилококковыми эндотоксинами и сопровождается экзантемой. *Другие бактериальные инфекции* также могут вызвать экзантемы. К таким инфекциям относятся тиф, лептоспироз, бруцеллез и вторичный сифилис. К причинам *шелушающейся экзантемы* относятся розовый лишай, мелко- и крупнобляшечный парапсориаз, псориаз и экзема разной этиологии. *Другие вирусные заболевания*, такие как вызванные вирусами Коксаки, паротита, Эпштейна–Барр, цитомегаловируса, и первичная ВИЧ-инфекция также могут вызывать экзантемы (рис. 19).

Эритродермия (эксфолиативный дерматит) – диффузное воспалительное поражение свыше 90% кожных покровов, ярко-красного цвета, в сочетании с шелушением, инфильтрацией, зудом, кератодермии, лимфаденопатией и субфебрильной температурой.

Эритродермия наблюдается при разных дерматозах (чаще всего псориатическая эритродермия), но может быть результатом побочной лекарственной реакции, а также следствием паранеоплазий. Различают также идиопатическую эритродермию, когда причину установить не удается (рис. 20).

Заключение

Может показаться, что названия и термины препятствуют изучению дерматологии. Именно они являются одной из причин предвзятого мнения некоторых клиницистов, считающих дерматологию запутанной и мало-понятной дисциплиной, иногда даже смесью устарелых представлений и странных рецептов. Это отношение несправедливо: ведь используемые термины возникли в результате вполне оправданных причин. Они обеспечивают как определенную степень точности при описании клинической картины заболевания, так и определяют условные рамки для установления диагноза и принятия решения. Необходимо ознакомиться с этими терминами, а затем правильно их употреблять, чтобы они стали теми строительными кирпичиками, с помощью которых можно устанавливать дерматологические диагнозы. Для этого с самого начала нужно по возможности описывать все именно в этих терминах.

Здесь следует, однако, отметить, что при воспалительных дерматозах сложно принять решение, какой очаг или очаги выбрать для описания. Кожные заболевания очень динамичны. Одни элементы кожных высыпаний появляются очень рано, другие – очень поздно, третьи возникают на разных промежуточных стадиях развития.

Нужно стараться осмотреть как можно больше пациентов: чем чаще имеешь дело с кожными заболеваниями, тем быстрее развивается способность распознавать те очаги, которые дают наиболее полезную диагностическую информацию. Постепенно, по мере приобретения опыта, придет уверенность, и процесс диагностики будет становиться все более понятным.