

В группу заболеваний кожи с мультифакториальной и аутоиммунной этиологией включены дерматозы, этиология и патогенез которых окончательно не выяснены.

Болезни кожи с невыясненной этиологией:

- красная волчанка;
- склеродермия;
- пузырьные дерматозы:
 - пузырчатка;
 - герпетиформный дерматоз (болезнь Дюринга);
- красный плоский лишай;
- псориаз (чешуйчатый лишай).



КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА

Провоцирующие факторы:

- стрептококковая очаговая инфекция;
- термические, лучевые и химические ожоги;
- механические повреждения кожи;
- лекарственные препараты (антибиотики, сульфаниламиды, вакцины, сыворотки) при длительном приёме.

Патогенез - развитие аутоиммунных патологических реакций, т. е. появление антител к собственным тканям (коллагену) организма.

При красной волчанке поражаются суставы, серозные оболочки, кожа, внутренние органы и ЦНС.

Клинические формы:

- кожная форма (с преимущественным поражением кожи и доброкачественным течением):
 - дискоидная красная волчанка;
 - диссеминированная красная волчанка;
- системная красная волчанка (с преимущественным поражением внутренних органов).

Клиническая картина кожной формы:

- покраснение кожи → гиперкератоз → атрофия кожи в центре поражения;
- очаги поражения обычно локализуются на открытых участках: на носу, щеках, ушных раковинах, кистях;
- высыпание на лице, захватывая нос и щеки, имеет форму бабочки;
- нередко красная волчанка изолированно возникает на красной кайме губ;
- очаги высыпания склонны к периферическому росту;
- соскабливание чешуек затруднено и вызывает болевые ощущения;
- при диссеминированной красной волчанке очаги поражения меньших размеров и локализуются не только на лице, но и на волосистой части головы, верхней половине туловища, плечевом поясе.

Клиническая картина системной красной волчанки:

- нарушение общего состояния больного;
- кожные высыпания: распространенные эритематозные пятна и редко пузыри и волдыри;
- наличие отёков и геморрагий;
- артриты;
- поражение внутренних органов: почек (волчаночный нефрит), сердца (эндокардит, миокардит, перикардит), печени, лёгких.

Дискоидная форма красной волчанки:



Диагностика:

- Общий анализ крови: повышение СОЭ, лейкопения, тромбоцитопения, анемия, LE-клетки.
- Биохимический анализ крови: гипергаммаглобулинемия.
- Иммунологическое исследование крови.
- Общий анализ мочи: альбуминурия.

Лечение:

Лечение зависит от формы заболевания.

Госпитализация в стационар в тяжёлых случаях.

Общее лечение:

- антималярийные препараты: хингамин (делагил, хлорохин), плаквенил;
- витамины группы В.

Местное лечение - фторсодержащие мази («Флуцинар», «Ультралан»), которые рекомендовано накладывать под окклюзионную повязку.

Профилактика:

- Избегать ультрафиолетового облучения кожи.
- Применение фотозащитных кремов и мазей («Луч», «Щит», «От загара», «Весна») или мазей, содержащих салол и хинин.
- Диспансерный учёт.



СКЛЕРОДЕРМИЯ

Склеродермия - заболевание, характеризующееся воспалительными, сосудистыми и фиброзными изменениями кожи и внутренних органов.

Провоцирующие факторы:

- травмы,
- переохлаждение,
- вакцинация,
- переливание крови,
- приём некоторых лекарственных препаратов
- генетические факторы.

В развитии заболевания играет роль инфекционно-аллергический процесс. Нейроэндокринные расстройства изменяют состояние кровеносных сосудов, нарушают межуточный обмен и способствуют склерозированию соединительной ткани.

Встречается во всех возрастных группах.

Клинические формы:

- очаговая (ограниченная) склеродермия;
- генерализованная (диффузная) склеродермия.

Стадии развития очаговой склеродермии:

- отёк кожи;
- уплотнение и склерозирование кожи;
- атрофия и пигментация кожи.

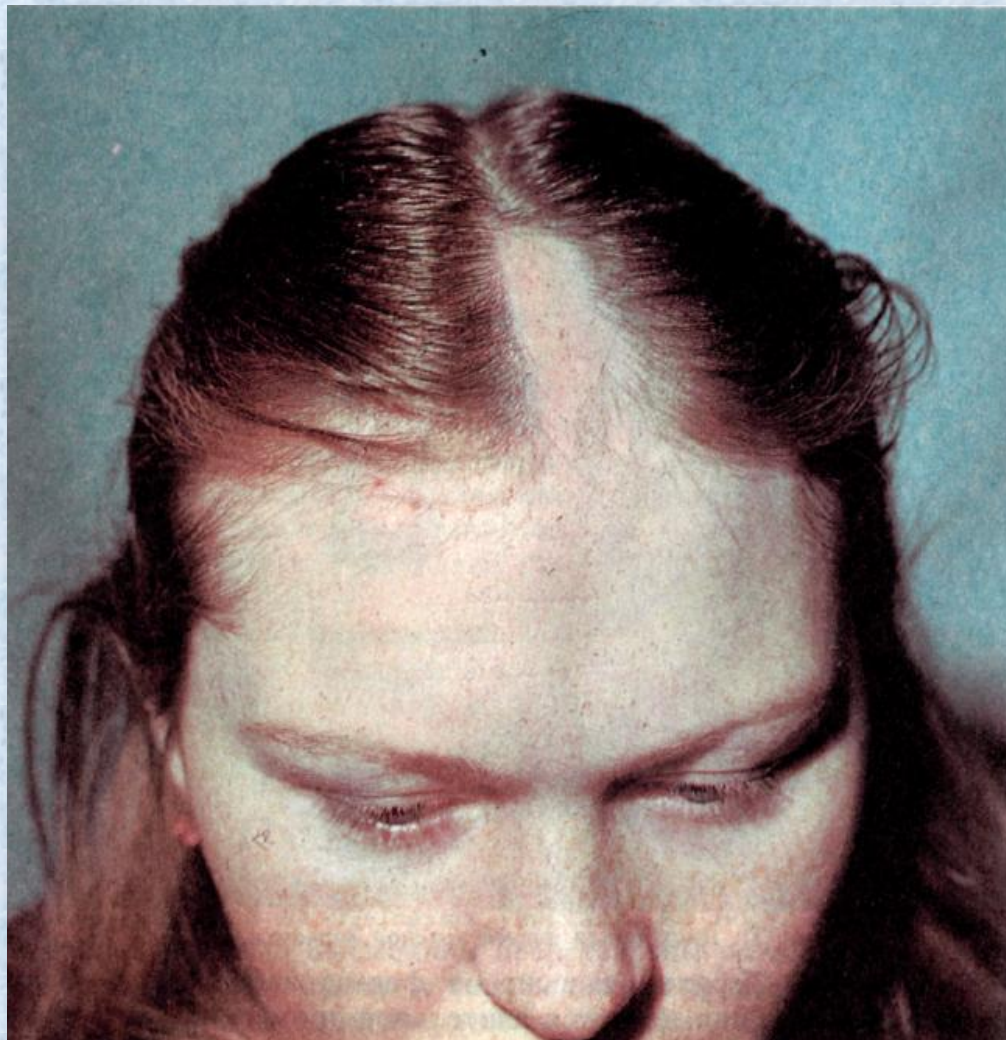
Разновидности очаговой склеродермии:

- бляшечная;
- линейная;
- мелкоочаговая (болезнь белых пятен);
- атрофодермия Пасини—Пьерини.

Клинические признаки бляшечной склеродермии:

- кожные элементы локализуются чаще на коже туловища, реже — на конечностях;
- последовательное появление кожных высыпаний:
 - первично – фиолетово-красное пятно → уплотнение и увеличение его;
 - пятно с плотным желтовато-белой окраски, восковидным блеском и сглаженным кожным рисунком, центром и лиловато-розовой отечной каёмкой по периферии (надавливание пальцем не оставляет ямки);
 - выпадение волос и уменьшение сало-и потовыделения в очаге поражения;
 - исчезновение фиолетового кольца → уплотнённый участок размягчается и западает;
 - гиперпигментация и атрофия на месте высыпаний.

Очаговая бляшечная склеродермия:



Клинические признаки генерализованной склеродермии:

- начинается на конечностях в виде акросклероза, постепенно распространяясь на другие участки тела;
- начальные симптомы акросклероза: похолодание пальцев, уменьшение чувствительности, синюшный цвет кожи и др.;
- плотный отёк и склерозирование кожи через многие месяцы → кожа конечностей плотная как дерево, гладкая, блестящая, неподвижная;
- трофические язвы на поражённой коже;
- через 2 – 3 года в процесс вовлекается кожа лица:
 - маскообразный вид лица;
 - ротовое отверстие суживается;
 - нос в хрящевой части истончается, принимая клювовидную форму;
- нередко поражаются внутренние органы;
- прогрессирующее ухудшение состояния больного.

Генерализованная диффузная склеродермия:



Лечение:

- Ликвидация очагов хронической инфекции, которые способствуют сенсибилизации организма – назначение антибиотиков.
- Препараты гиалуронидазы: лидаза, ронидаза, стекловидное тело.
- Витамины.
- Сосудорасширяющие препараты: компламин, никотиновая кислота.
- АТФ.
- Гипербарическая оксигенация.
- Физиотерапия в стадию уплотнения: ультразвук, массаж, ванны, фонофорез гидрокортизона, парафиновые аппликации, грязелечение, лечебная гимнастика и т. д.
- Диспансерное наблюдение детей педиатром, дерматологом и невропатологом.



ПУЗЫРНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

К пузырьным дерматозам относятся хронические заболевания, основным морфологическим элементом которых является пузырь:

- пузырчатка;
- герпетиформный дерматоз (болезнь Дюринга).



ПУЗЫРЧАТКА

Пузырчатка – аутоиммунное заболевание, характеризующееся образованием пузырей на невоспаленной коже и слизистых оболочках, быстро распространяющихся по всему кожному покрову.

*Заболевание встречается у лиц
обоих полов, чаще старше 40 лет.
Дети болеют очень редко.*

Патогенез:

- образование циркулирующих антител IgG, имеющих сродство к межклеточному веществу шиповатого слоя эпидермиса;
- акантолиз – растворение межклеточной цементирующей субстанции эпителия;
- расширение межклеточных пространств и нарушение связей между клетками;
- формирование пузырей на невоспаленной коже и слизистых оболочках, быстро распространяющихся по всему кожному покрову;
- отслойка поверхностных слоев эпителия с образованием эрозии рядом с пузырями при лёгком трении пальцем (симптом Никольского).

Формы пузырчатки:

- вульгарная,
- вегетирующая,
- листовидная
- себорейная.

Признаки вульгарной пузырчатки:

- напряженные пузыри величиной с горошину, лесной орех и больше с прозрачным, постепенно мутнеющим содержимым на внешне неизменной коже или слизистых оболочках;
- ярко-красные эрозии вследствие вскрытия пузырей или корки из-за ссыхания пузырей;
- стойкая пигментация на месте высыпаний;
- тяжелое общее состояние больных: бессонница, нередко лихорадка, ухудшение аппетита.

Вульгарная пузырчатка: поражение слизистой оболочки полости рта:



Признаки вегетирующей пузырчатки:

- быстро вскрывающиеся пузыри в полости рта, на губах, в подмышечных ямках, паховых складках, на наружных половых органах;
- легко кровоточащие разрастания (вегетации) высотой до 1 - 2 см на дне эрозии;
- мощные рыхлые корки вследствие высыхания экссудата в стадию регресса, которые причиняют мучительную боль.

Признаки листовидной пузырчатки:

- легко разрушающиеся вялые мягкие пузыри в виде сгруппированных очагов на лице и туловище;
- пластинчатые тонкие корочки, похожие на слоеное тесто из-за высыхания пузырей;
- очень быстрое распространение патологического процесса на весь кожный покров;
- слизистые оболочки, как правило, не поражаются.

Признаки себорейной или эритематозной пузырчатки:

- небольшие пузыри, быстро ссыхающиеся в сероватые корки, на лице, волосистой части головы, спине, груди;
- эрозированная поверхность при снятии корок;
- возможно поражение слизистой оболочки полости рта;
- заболевание протекает длительно и в большинстве случаев доброкачественно

Себорейная пузырьчатка:



Диагностика: исследование
поверхностного слоя клеток: в мазках-
отпечатках, получаемых со дна эрозий,
обнаружение акантолитических
патологических шиповатых клеток.

Лечение:

Общее лечение:

- кортикостероиды постоянный приём независимо от наличия элементов;
- цитостатики;
- антибиотики и сульфаниламидные препараты в случаях присоединения инфекции.

Местное лечение:

- общие ванны с добавлением калия перманганата слабой концентрации;
- экстракт пшеничных отрубей;
- отвар дубовой коры;
- антибактериальные мази;
- водные растворы анилиновых красителей;
- орошение поражённой слизистой оболочки полости рта тёплыми 0,25 - 0,5% растворами новокаина, этакридина лактата (1:1000), настоем ромашки, эвкалипта.

Профилактика:

- Диспансерный учёт больных и бесплатное обеспечение их лекарственными препаратами.
- Избегание физической перегрузки и нервного напряжения.
- Соблюдение режима отдыха и сна.
- Не допускаются перемена климатических условий, лечение минеральными водами на курортах.

ГЕРПЕТИФОРМНЫЙ ДЕРМАТОЗ (БОЛЕЗНЬ ДЮРИНГА)

Эпидемиолог ия.

*Заболевание встречается в
любом возрасте одинаково часто
у лиц обоего пола.*

Патогенез:

- отложение антител IgA в базальной мембране пораженной кожи;
- повышение чувствительности к клейковине (белок злаков) с нарушением переваривания её;
- повышение чувствительности к йоду, бромиду;
- эозинофилия крови.

Клиническая картина:

Заболевание начинается остро, а в дальнейшем протекает монотонно с приступами обострения.

Общие симптомы:

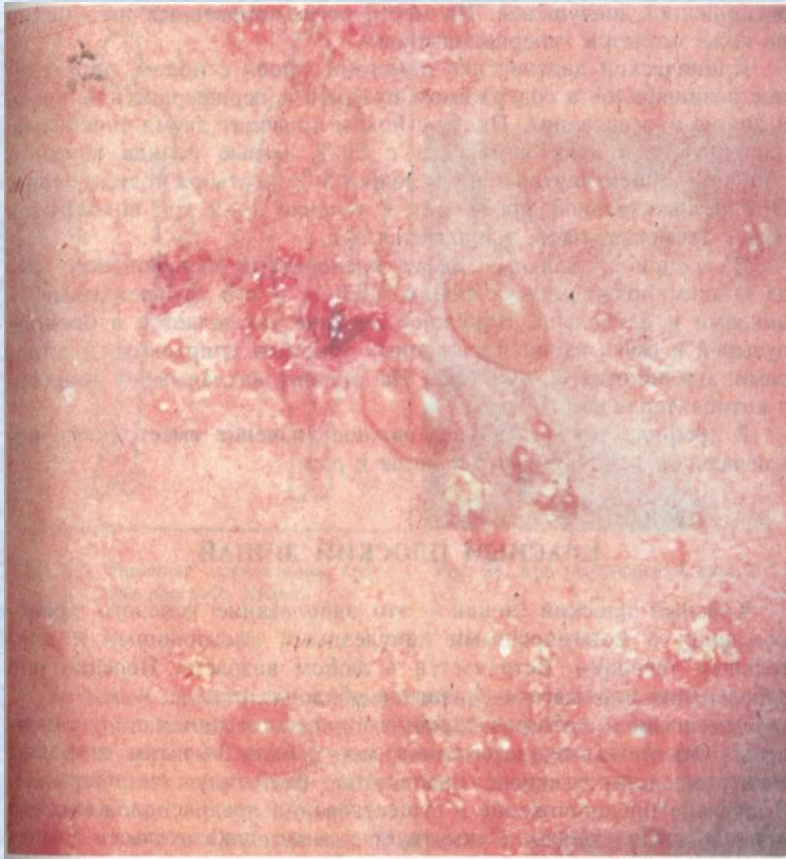
- повышение температуры тела;
- общая слабость, недомогание.

Местные симптомы:

- кожные высыпания:
 - полиморфная, нередко симметричная, склонная к слиянию сыпь;
 - локализация сыпи на любом участке кожного покрова, за исключением ладоней и подошв, с возможным вовлечением в процесс слизистых оболочек;
 - в очагах поражения: первичные элементы (эритемы, папулы, волдыри, везикулы и буллы) и вторичные элементы (эрозии на месте пузырьков и пузырей, корки, эксфолиации, шелушение);
 - гиперпигментация на месте регрессированных высыпаний на коже;
- резкий зуд кожи или чувство жжения в области очагов поражения.

У детей заболевание протекает доброкачественно и к периоду полового созревания, как правило, исчезает.

Герпетический дерматоз:



Герпетический дерматоз:

Крупнопузырчатая форма:



Мелкопузырчатая форма:



Диагностика:

- Общий анализ крови: эозинофилия.
- Исследование содержимого пузырей: повышение эозинофилов.
- Проба с йодом (2 способа):
 - накожная проба - в виде компресса с 50 % мазью йодида калия;
 - общая проба - прием внутрь чайной ложки 3 % раствора йодида калия.
- При положительной пробе уже в течение 1 - 2 суток появляются новые элементы сыпи, усиливается зуд.

Лечение:

- Длительная терапия диаминодифенилсульфоном (ДДС) и его производными циклами.
- Наружное лечение:
 - прокол пузырей и смазывание пораженных участков спиртовыми растворами анилиновых красителей;
 - повязки с антибактериальными мазями на эрозии.
- Диета, исключая продукты из пшеницы и ржи.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

Красный плоский лишай -
заболевание неясного
происхождения с мономорфными
папулёзными высыпаниями и
длительным течением.

*Заболевание встречается в
любом возрасте.*

Провоцирующие факторы:

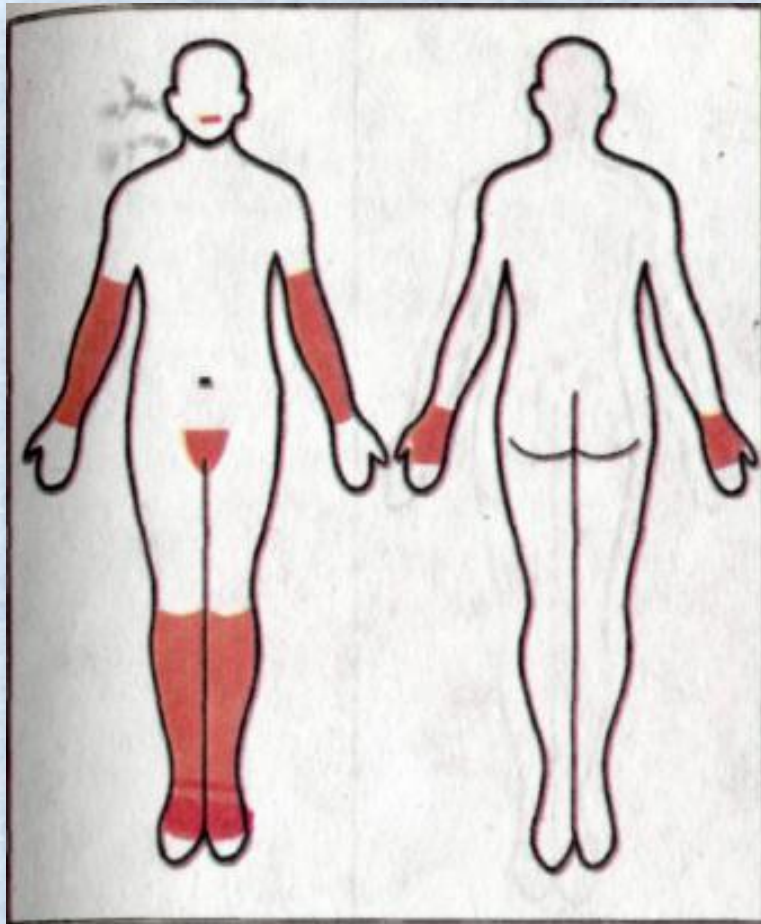
- лекарственные препараты (по типу токсидермии);
- наследственная предрасположенность;
- психическая травма, стрессовые ситуации.

Клиническая картина:

- в типичных местах: маленькие полигональные узелки с блестящей поверхностью, резко отграниченные от окружающей кожи;
- цвет папул темно-красный, синюшный, а иногда и буроватый;
- в центре отдельных папул - пупкообразное вдавление;
- бляшки с своеобразным сетчатым рисунком (сетка Уикхема) из-за слияния узелков (рисунок отчетливо заметен после смазывания поверхности папул и бляшек растительным маслом);
- возможно высыпание свежих папул в ответ на внешние раздражения (изоморфная реакция);
- у некоторых больных высыпания сопровождаются пигментацией, появлением пузырей, атрофией кожи;
- кожный зуд;
- на слизистых оболочках полости рта узелки часто сгруппированы, располагаются линейно в области смыкания зубов, имеют белесоватый цвет.

Клинически выделяют несколько разновидностей красного плоского лишая.

**Типичная локализация
красного плоского лишая:**



**Красный плоский
лишай:**



Красный плоский лишай:



Лечение:

- Санация полости рта.
- *Общее лечение:*
 - антигистаминные препараты;
 - седативные средства;
 - витамины группы В;
 - препараты кальция;
 - антибиотики широкого спектра действия;
 - антималярийные препараты (хингамин и его производные).
- *Наружное лечение:* кортикостероидные препараты.



ПСОРИАЗ (ЧЕШУЙЧАТЫЙ ЛИШАЙ)

Псориаз - хроническое рецидивирующее заболевание кожи с мономорфными папулёзными высыпаниями.

***Наблюдается у лиц обоего
пола в любом возрасте.
Распространённость
заболевания - 2 - 5 %
населения Земли.***

Провоцирующие факторы:

- генетическая предрасположенность;
- стрептококковая и вирусная инфекция;
- нервные расстройства (длительные нервные напряжения и стрессовые ситуации).

Патогенез - иммунные нарушения.

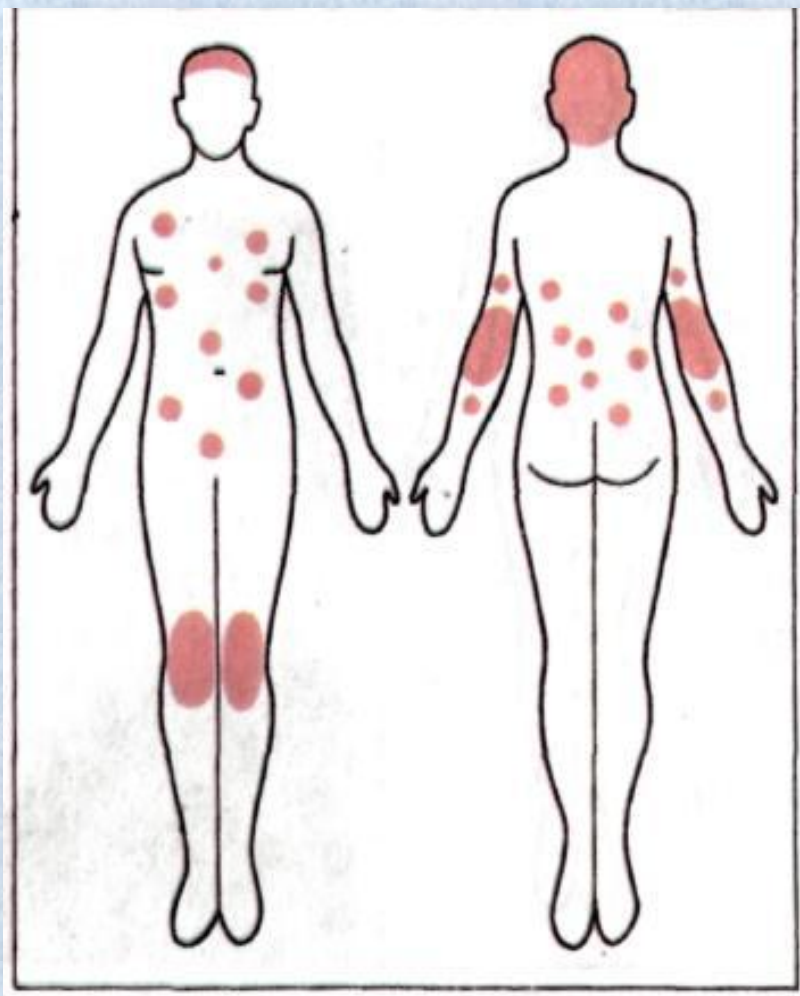
Клиническая картина:

Начало острое или длительное проявление единичными псориатическими элементами на коже коленей и локтей («дежурные» бляшки).

Клинические признаки:

- папулы величиной от булавочной головки до монеты в типичных местах;
- узелки розово-красного цвета, покрыты рыхло сидящими серебристо-белыми чешуйками;
- при поскабливании элементов обнаруживаются характерные для псориаза симптомы стеаринового пятна, терминальной пленки и кровавой росы;
- бляшки самых разнообразных очертаний и размеров, резко отграниченные от окружающей кожи, вследствие увеличения и слияния папул;
- у детей и женщин более сочная окраска элементов, чешуйки сменяются чешуйками-корками и течение процесса становится более острым (экссудативный псориаз).
- поражение ногтей наряду с изменениями кожи у 7 % больных: помутнение их, появление продольных и поперечных бороздок.

**Типичная локализация
псориаза:**



Псориаз:



Псориаз:



Псориазический артрит:



Стадии развития псориаза:

- прогрессирующая,
- стационарная,
- регрессирующая.

Признаки прогрессирующей стадии:

- появление на неизменённой коже большого количества свежих элементов;
- тенденция к периферическому росту элементов;
- развитие псориатических папул на месте механической травмы (изоморфная реакция);
- кожный зуд.

Признаки стационарной стадии:

- свежие элементы не появляются;
- зуд стихает;
- вокруг папул образуется бледная депигментированная каёмка.

Признаки регрессирующей стадии:

- псориатические бляшки уплощаются;
- шелушение уменьшается;
- элементы постепенно рассасываются, начиная с центральной части.

Возможно тотальное поражение всей кожи - *псориатическая эритродермия:*

- протекает более тяжело и длительно;
- сопровождается чувством стягивания кожи, ознобом, общим недомоганием и лихорадкой.

Клинические разновидности псориаза:

- обычный (вульгарный);
- очаговый;
- экссудативный;
- артропатический;
- пустулёзный;
- эритродермия.

Классификация псориаза



Хронический бляшечный псориаз

Бляшки могут покрывать большие участки тела. При этой форме заболевания диагноз можно поставить следующим образом – если осторожно поскоблить шелушащуюся бляшку, откроется блестящая красная поверхность с точечными кровоизлияниями.



Каплевидный псориаз

При этом типе заболевания на теле наблюдается множество мелких пятен со средней степенью шелушения. Кожа поражается по линии роста волос, на груди, спине, в верхней части рук и ног.



Пустулезный псориаз

Этот вариант псориаза наблюдается преимущественно у взрослых. Он сопровождается образованием мелких пузырьков (пустул), заполненных жидкостью, на кистях, стопах или более обширных поверхностях. Первоначально пустулы выглядят желтыми, затем становятся коричневыми, высыхают и отшелушиваются.



Эритродермический псориаз

Эритродермия – это общий термин, объединяющий заболевания, проявляющиеся воспалительной реакцией всего или почти всего кожного покрова. При псориатической эритродермии наблюдаются утолщение, покраснение и шелушение кожи. Такой тип заболевания может развиваться вследствие перенесенного ранее генерализованного пустулезного или хронического псориаза.

Диагностика заболевания основывается на типичной клинической картине и локализации в сочетании с тремя классическими феноменами, характерными для псориаза.

Лечение и уход:

Общая терапия:

- седативные препараты;
- антигистаминные средства;
- препараты, влияющие на тканевый обмен;
- витамины;
- пирогенал;
- цитостатики (метотрексат) и системные кортикостероиды в тяжёлых случаях;
- методы дезинтоксикации организма:
 - гемодиализ,
 - гемосорбция,
 - ультрафильтрация,
 - плазмаферез,
 - применение внутрь ретиноидов (тигазон);
- фотохимиотерапия - прием фотосенсибилизатора (пувален, псорален) с последующим облучением кожи длинноволновыми УФ-лучами (электромагнитные колебания с длиной волны 360 мм).

Лечение и уход:

Наружная терапия:

- в прогрессирующей стадии: 1 - 2 % салициловая мазь, фторированные кортикостероиды;
- в стадии стабилизации: мази с редуцирующими свойствами (сера, нафталан, деготь и др.) в возрастающих концентрациях;
- для лечения всех стадий псориаза - мазь «Псоркутан».
- Физиотерапия: тёплые ванны, парафиновые аппликации, УФ-облучение;
- Санаторно-курортное лечение: Мацеста, Пятигорск и др.
- Диспансерное наблюдение.

Лечение псориаза:





НАРУШЕНИЯ ПИГМЕНТАЦИИ КОЖИ

Пигментные расстройства (дисхромии) – заболевания, характеризующиеся усилением или ослаблением нормальной пигментации кожи и слизистых оболочек.

Этиология и патогенез –
дисфункция пигментных клеток,
связанная с нарушением обмена
витаминов, микроэлементов,
ферментов, эндокринными и
генетическими факторами.

Виды пигментных расстройств:

- *гиперхромии:*
 - распространённые;
 - ограниченные;
- *гипохромии:*
 - распространённые;
 - ограниченные.

ГИПЕРХРОМИЯ (ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ)

Гиперхромия - избыточное и не всегда исчезающее отложение в коже пигмента, что отличает его от загара.

Виды гиперхромии:

- первичная гиперхромия* – отдельная нозологическая форма;
- вторичная гиперхромия* – после различных дерматозов (псориаз, красный плоский лишай и др.).

Клинические формы:

- веснушки;
- хлоазмы;
- врождённые пигментные пятна.

Клинические признаки веснушек:

- пигментированные пятна (мелкие, величиной с просыное зерно, круглые или неправильных очертаний);
- локализация пятен на лице и на коже кистей и предплечий у детей и блондинов с тонкой кожей;
- пятна появляются в начале лета, а зимой почти полностью исчезают.

Лечение веснушек:

- перекись водорода;
- лимонный сок;
- хрен, настоянный на столовом уксусе, и другие белящие средства;
- в косметологии: отшелушивание с помощью 20 % салицилового спирта, белой ртутной мази в комбинации с масками из бодяги и других средств.

Профилактика веснушек:

- Избегание прямого и продолжительного действия на кожу УФ-лучей.
- Применение фотозащитных кремов «Луч», «Щит», «От загара», пудры «Южная», «Курортная» и др.

Хлоазма - гиперпигментация
кожи лица.

Этиология хлоазмы:

- беременность;
- гинекологические заболевания;
- заболевания печени.

Клинические признаки хлоазмы:

- симметрично расположенные на лице коричневые пятна различных оттенков, имеющих разную величину, неправильные очертания, чёткие границы;
- пятна могут сливаться между собой;
- пигментные пятна бледнеют и часто исчезают бесследно при устранении этиологических факторов.

Обследование и лечение больных необходимо проводить совместно с эндокринологом, гинекологом, терапевтом.

Местное лечение - применение отбеливающих и кератолитических средств.

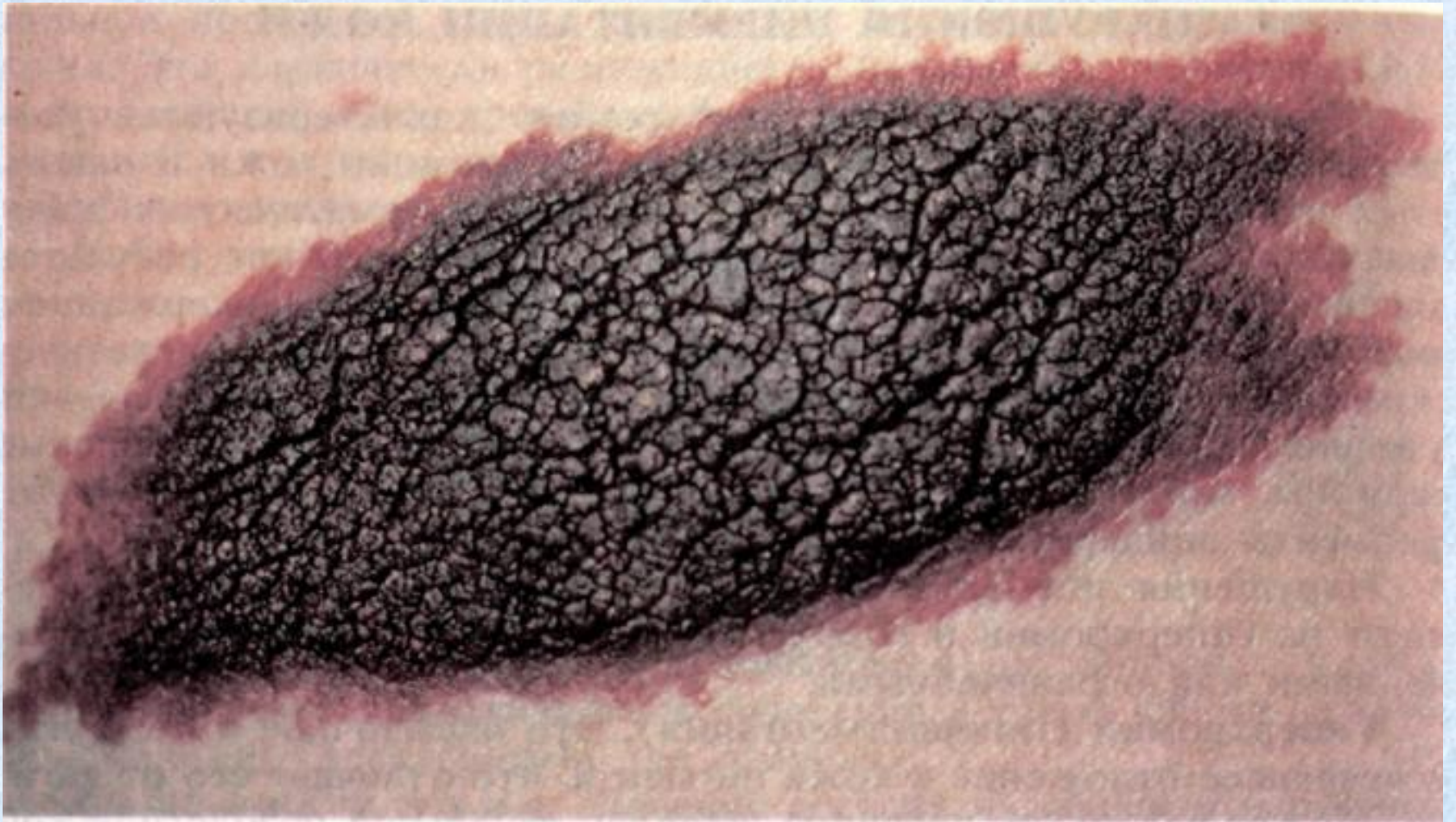
Врожденные пигментные пятна (невусы) – пигментированные пятна или образования, содержащие меланоциты.

Невусы, расположенные вокруг рта являются ранним признаком начинающегося полипоза желудочно-кишечного тракта.

Расположенные на открытых участках пигментные пятна необходимо оберегать от воздействия УФ-лучей, применяя для этого фотозащитные средства.

Не рекомендуется травмировать пигментные пятна из-за возможного их злокачественного перерождения.

Невус:



ГИПОХРОМИЯ (ГИПОПИГМЕНТАЦИЯ)

Гипохромии – заболевания, обусловленные снижением пигментации кожи.

Виды гипохромий:

- *первичные гипохромии* (альбинизм и витилиго) - самостоятельные нозологические формы;
- *вторичные гипохромии* - наблюдаются при некоторых дерматозах и называются псевдолейкодермами.

Альбинизм - врождённое отсутствие пигмента кожи, волос, радужной и пигментной оболочек глаза.

Патогенез альбинизма –
блокирование фермента,
необходимого для нормального
синтеза меланина, при этом
меланоциты присутствуют в коже
больных альбинизмом в
нормальных количествах.

Лечение альбинизма безуспешно.
Следует рекомендовать больному
избегать солнечных облучений и
применять светозащитные средства при
выходе на улицу.

*С целью профилактики заболевания
необходимы медико-генетические
консультации будущих родителей.*

Витилиго - заболевание, характеризующееся очаговой потерей пигмента.

Больные витилиго составляют 1 % общего числа больных с кожными заболеваниями. Чаще наблюдается у детей и лиц молодого возраста.

Витилиго:



Провоцирующие факторы витилиго:

- наследственная предрасположенность;
- нервно-эмоциональные расстройства;
- чрезмерная инсоляция;
- интоксикация;
- травмы и другие вредные воздействия.


Клинические признаки:

- единичные или множественные пятна, лишенные пигмента;
- пятна различной величины и склонны к периферическому росту;
- по периферии пятен - гиперпигментированная зона, придающая очагам резкий контраст с окружающей кожей;
- непосредственно в очаге кожа не изменена: отсутствуют воспаление и шелушение, уплотнение и атрофия. Чувствительность не нарушена. Волосы на участках поражения теряют пигмент.

Лечение больных витилиго пока малоэффективно.

Терапия:

- витамины группы В, С;
- препараты, содержащие цинк и медь;
- фотосенсибилизаторы внутрь и местно в сочетании с УФ-облучением и др.
- для маскировки гипохромных участков - декоративные косметические красители, различные пудры.



БОЛЕЗНИ ВОЛОС

Распространённые болезни волос:

- **дефекты стержня волос;**
- **болезни волос с вовлечением в процесс кожи головы.**

Дефекты стержня волоса

Дефекты стержня волоса -
нарушение его формы без
поражения кожи волосистой части
ГОЛОВЫ.

Этиология:

- врожденные дерматозы: ихтиоз, кератодермия;
- кожные заболевания: атопический дерматит, экзема, псориаз, себорея и др.;
- различные эндокринопатии;
- нерациональный уход за волосами:
 - частое мытьё;
 - применение щелочных мыл, жесткой воды;
 - излишнее употребление обезжиривающих шампуней;
 - перманентная завивка;
 - использование жестких гребешков, щеток и т. д.

Клинические признаки:

- повышенная ломкость волос;
- расщепление кончиков волос;
- петлеобразные (перекрученные) волосы при неправильном уходе;
- врождённые аномалии волос, проявляющиеся уже в раннем детском возрасте: кольцевидные, пучкообразные, веретенообразные (монилетрикс), типа шерсти, типа стекловолокна (синдром нерасчесываемых волос) и другие дефекты.



Гипертрихоз

Гипертрихоз - избыточный рост волос, который не соответствует данной области кожи и возрасту больного.

Причины:

- ожоги;
- экзема;
- склеродермия;
- венозная недостаточность;
- длительное ношение гипсовых повязок;
- места расчёсов после множественных укусов насекомых;
- инъекции различных вакцин и др.



Гирсутизм

Гирсутизм - рост длинных волос
частично или полностью по
мужскому типу.

Причины:

- генетические факторы;
- психические факторы;
- нарушения метаболизма андрогенов;
- заболевания яичников (поликистоз, опухоли);
- заболевания надпочечников (синдром Кушинга и др.).




Поседение волос

Поседение волос – признак процесса старения организма, связанный со снижением функции меланоцитов.

Причины:

- генетические факторы;
- аутоиммунные заболевания;
- кожные заболевания: гнездная плешивость, герпес и др.;
- применение лекарственных препаратов: хлорохина, резохина, гидрохинона и т.д.



**Болезни волос с
вовлечением в
процесс кожи головы**

«Плешивость» (алопеция)

**«Плешивость» (алопеция) -
усиленное выпадение волос и
недостаточный рост новых.**

Типы облысения:

- обычный (физиологический),
- диффузный,
- врожденный,
- очаговый,
- рубцовый и др.

Обычное (старческое) облысение - естественный процесс, вызываемый действием андрогенов на генетически предрасположенные фолликулы.

Возраст, в котором появляется облысение, зависит от наследственности, состояния здоровья и образа жизни.

Облысение наблюдается преимущественно у мужчин. У женщин при обычном облысении происходит выраженное диффузное поредение волос.

Причины диффузного облысения:

- высокая температура,
- кровотечения,
- травмы,
- роды,
- тяжелые эмоциональные стрессы,
- хронические отравления,
- длительное употребление пероральных противозачаточных средств,
- приём лекарственных препаратов (цитостатики, антикоагуляторы, антималярийные и тиреостатические средства).

Врожденные алопеции проявляются в виде полного облысения (*атрихия*) либо в форме резкого поредения волос вследствие их недостаточного роста - *гипотрихоза*.

Этот тип облысения сочетается с другими различными дефектами развития ребенка.

Причины очагового облысения (гнездной или круговидной плешивости):

- генетическая предрасположенность,
- астеническое состояние организма,
- органоспецифические аутоиммунные реакции;
- эмоциональный стресс.

Клинические признаки очаговой плешивости:

- округлые очаги поражения на волосистой части головы, в пределах которых отмечается отсутствие волос;
- очаги алопеции эритематозны и отечны в начале заболевания;
- кожа яркая цвета слоновой кости в очагах поражения в разгаре болезни;
- очаги облысения склонны к периферическому росту и слиянию вплоть до полного выпадения волос.

Очаговое облысение:



Причины рубцового облысения (деструкция фолликула и рубцовые изменения кожи):

- врожденные заболевания (ихтиоз, болезнь Дарье);
- травмирующие воздействия;
- разрушения фолликулов специфической инфекцией (фавус, туберкулез и др.);
- новообразования;
- конечная стадия красного плоского лишая, красной волчанки и других дерматозов.

Лечение болезней волос -
индивидуальная патогенетическая
терапия, назначаемая врачом.



БОЛЕЗНИ САЛЬНЫХ И ПОТОВЫХ ЖЕЛЕЗ

Себорея (салотечение)

Себорея (салотечение) -
заболевание всего организма,
характеризующееся изменением
секреторной функции сальных
желез и химического состава
кожного сала.

Патогенез:

- дисбаланс эстрогенов и андрогенов в период полового созревания;
- стимулирующее действие материнских половых гормонов у новорожденных;
- вегетодистонии, очаги хронической инфекции, функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта и другие факторы;
- изменение состава секрета сальных желез → подавление бактерицидных свойств кожного сала и создание благоприятных условий для размножения в железах разнообразной микрофлоры;
- развитие острой воспалительной реакции кожи → возникновение заболеваний (угревая сыпь, атерома, заболевания волос) и атипичное течение экземы и псориаза.

Виды себореи:

- жирная;
- сухая;
- смешанная.

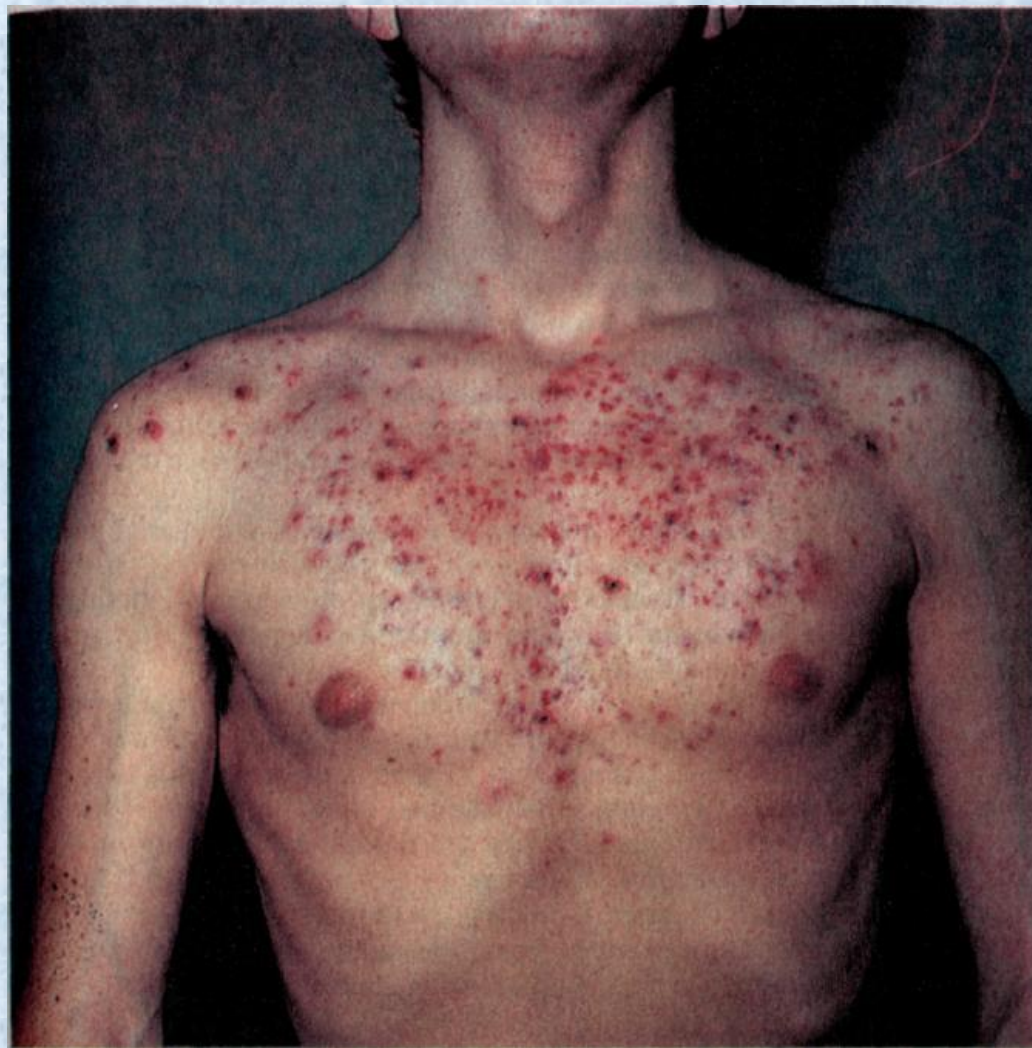
Клинические признаки жирной себореи:

- повышенное выделение кожного сала;
- комедоны - чёрные пробки, образующиеся из смеси кожного сала, роговых масс и пыли в выводных протоках сальных желез и в устьях волосяных фолликулов;
- кожа жирная, блестящая, устья сальных желез расширены или закупорены комедонами;
- волосы жирные, липкие, склеиваются;
- множество вульгарных угрей.

Клинические признаки сухой себореи:

- кожа лица сухая, шелушится, легко раздражимая;
- на коже волосистой части головы перхоть - обильные отрубевидные чешуйки, пропитанные кожным салом;
- волосы сухие, тонкие, выпадают;
- кожный зуд.

Себорея, угри:



Угревая сыпь (*acna vulgaris*)

Этиология:

- себорея;
- болезнь Иценко—Кушинга;
- сахарный диабет;
- микседема;
- функциональные нервно-психические нарушения;
- очаговая инфекция, особенно в полости рта, зева, носа;
- перенесенные инфекционные заболевания;
- авитаминоз;
- недостаточный уход за кожей.

Виды угревой сыпи:

- обыкновенные (вульгарные) угри;
- шаровидные угри;
- индуративные угри;
- абсцедирующие угри.

Механизм развития обыкновенных угрей:

появление вокруг комедона
воспалительного узелка небольших
размеров → формирование пустулы в
центре этой папулы → вскрытие пустулы и
выделение небольшого количества гноя →
ссыхание гноя и образование корки →
медленное рассасывание инфильтрата на
месте узелка → пигментные пятна или
мелкие рубчики на месте инфильтрата.

Клинические признаки обыкновенных угрей:

- возникают у юношей и девушек в период полового созревания;
- жирная кожа лица, спины, груди;
- расширенные поры сальных желез;
- черные точки (комедоны);
- фолликулярные пустулы в различной стадии развития;
- гнойные и кровянистые корочки;
- пятна розового цвета;
- мелкие рубчики.

Лечение себореи и угревой сыпи:

I. Общая терапия:

- Диета с ограничением жиров, углеводов и поваренной соли.
- Ликвидация очагов хронической инфекции.
- Регулярные занятия физкультурой и спортом.
- Достаточный сон.
- Нормализация функции вегетативной нервной системы:
 - препараты кальция,
 - бромкамфора,
 - беллоид,
 - транквилизаторы.
- Витамины группы В, А, С, Е.
- УФ-терапия.
- «Диане-35» - при жирной себорее у женщин (блокирует рецепторы андрогенов и обладает контрацептивным действием).

Лечение себореи и угревой сыпи:

II. Наружная терапия:

- Обезжиривающие и антибактериальные спиртовые растворы борной или салициловой кислоты и спирто-эфирные растворы.
- Препараты, содержащие сульфид селена (при сухой себорее): сульсеновое мыло, паста «Сульсен», шампунь «Себорин».
- Удаление комедонов при угревой сыпи (при отсутствии гнойничков):
 - солевые процедуры (нанесение мыльной пены, смешанной с мелкой столовой солью);
 - механическое удаление комедонов - чистка лица в косметических кабинетах.
- При угревой сыпи:
 - взбалтываемые взвеси, содержащие серу и спирт;
 - крем «Скинорен» и лосьон «Окси»;
 - при упорной пустулизации (тетрациклин с нистатином или эритромицин, стафилококковая вакцина, препараты цинка, ароматический ретиноид роаккутан);
 - хирургическое лечение при индуративных и абсцедирующих угрях.



Гипергидроз

Гипергидроз - повышенная
ПОТЛИВОСТЬ.

Причины:

- физиологическое повышенное потоотделение:
 - усиленная физическая работа,
 - высокая температура окружающего воздуха,
 - острые лихорадочные заболевания и т. д.
- патологическое повышенное потоотделение:
 - функциональные нарушения вегетативной нервной системы;
 - ношение резиновой обуви, чулок из синтетического волокна;
 - плоскостопие.

Лечение потливости:

- Гигиенический образ жизни (ежедневно мыть ноги водой с мылом или обмывать их холодной водой).
- Закаливание (купания, воздушные и солнечные ванны, ходьба босиком).
- Занятия спортом.
- Частая смена носок (чулок) и ношение свободной обуви.
- Препараты кальция, брома, витамин В₁.
- Общие теплые ванны.
- Местное лечение вяжущими, высушивающими и дезинфекционными средствами: борной и салициловой кислотами, танином, формалином, уротропином, тальком, окисью цинка.



РОЗАЦЕА

Розацеа - заболевание,
локализирующееся на коже лица и
проявляющееся его гиперемией.

*Заболевание возникает, как правило, в
зрелом и пожилом возрасте.
Чаще встречается у женщин.*

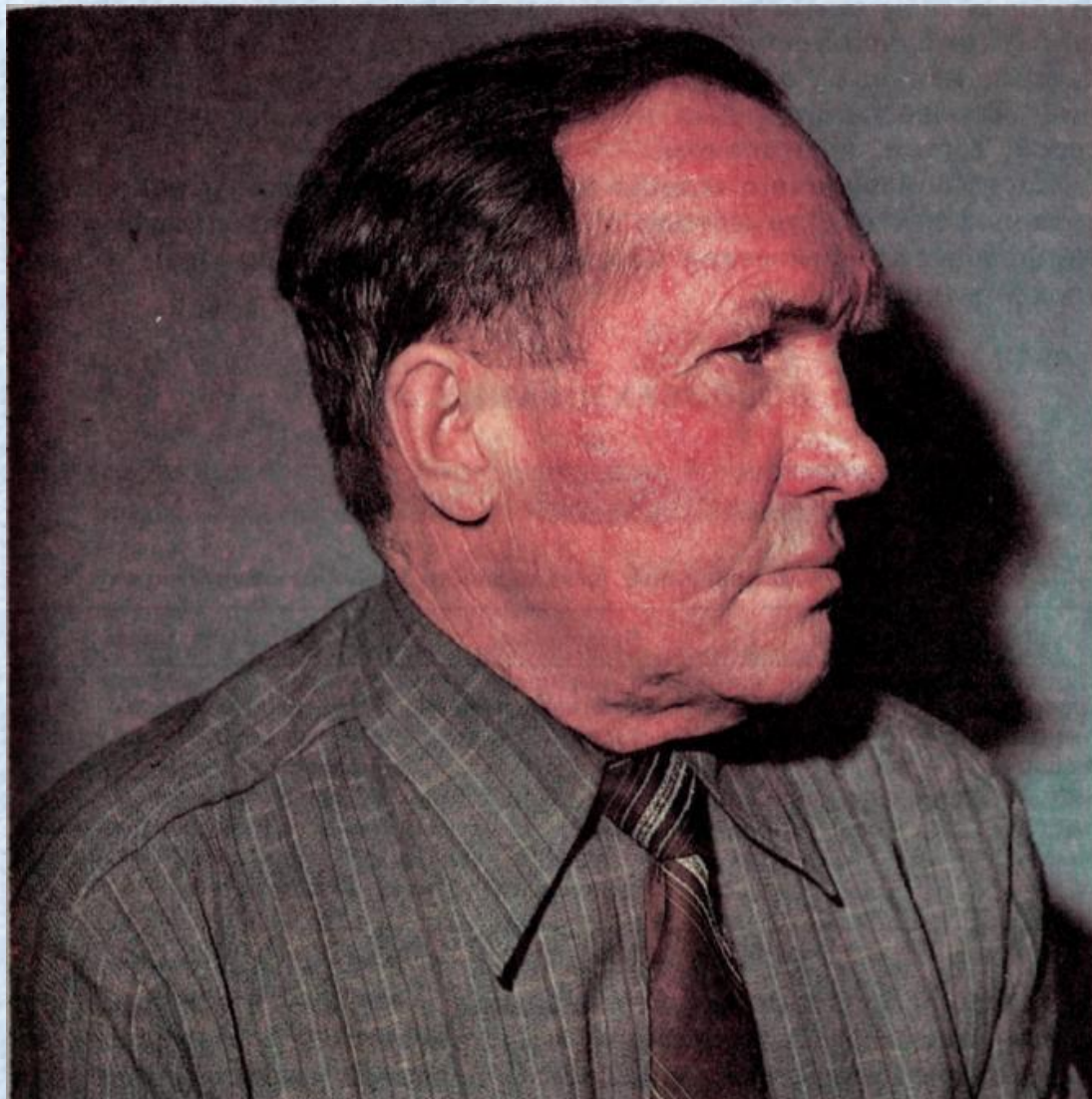
Способствующие факторы:

- желудочно-кишечные расстройства;
- нарушения нейроэндокринной регуляции;
- работа на открытом воздухе, в горячем цеху;
- клещ - железница - сапрофитный паразит кожи.

Клиническая картина:


Незначительная гиперемия кожи лица, усиливающаяся от приема острой, горячей пищи и под воздействием эмоциональных факторов → стойкая эритема с синюшным оттенком → появление на фоне эритемы телеангиэктазий, мелких красного цвета узелков и пустул → розовые угри → огрубение и утолщение кожи, появление бугристых выбуханий и развитие ринофимы (шишковидный нос).

Розацея:



Лечение:

- Лечение сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта, эндокринных нарушений у женщин в климактерическом периоде.
- Избегание провоцирующих факторов, способствующих расширению кровеносных сосудов лица, - холода, солнечных лучей.
- Щадящая диета.
- Отказ от применения средств декоративной косметики.
- Общее лечение:
 - антималярийные препараты;
 - трихопол;
 - витамины.
- Наружное лечение:
 - примочки и охлаждающие кремы при остром воспалении;
 - пасты и мази с серой, дёгтем, нафталанном после стихания острого воспаления.
- Противопаразитарное лечение по методу М. П. Демьяновича или мазью «Ям» при обнаружении клеща-железницы.
- Физиотерапия: криомассаж и электрокоагуляция.



НОВООБРАЗОВАН ИЯ КОЖИ

Клинические разновидности новообразований кожи:

<i>Доброкачественные</i>	<i>Предраковые</i>	<i>Злокачественные</i>
Папиллома	Старческая кератома	Эпителиома
Аденома	Кожный рог	Меланома
Фиброма	Лейкоплакия	Саркома
Липома		Дискератоз дискоидный (Боуэна)
Ангиома		Экстрамамиллярный рак (Педжета)
		Лимфомы кожи
		Метастатические опухоли

Саркома Капоши

Саркома Капоши

(ангиоретикулез Капоши или идиопатическая множественная геморрагическая саркома) -

сосудистая опухоль, исходящая из элементов ретикулогистиоцитарной ткани, в первую очередь кожи.

Встречается преимущественно у мужчин.

Клинические формы:

- неэпидемическая (классическая) форма саркомы Капоши;
- эпидемическая форма саркомы Капоши (у больных СПИДом).

Клиническая картина:

Кожные симптомы (последовательное появление):

- фиолетовые пятна, чаще всего на коже конечностей;
- плотные узелки и узлы диаметром до 2 см, округлых очертаний, синюшно-красного и коричнево-красного цвета;
- бляшки и узловато-опухолевидные элементы различных размеров и оттенков из-за слияния элементов, на поверхности которых возможны вегетации, кератозы, геморрагии;
- бугристые очаги из-за слияния опухолей;
- изъязвления опухолей;
- у больных СПИДом – опухоль носит генерализованный характер с поражением лимфатических узлов, слизистых оболочек и внутренних органов.

Саркома Капоши:



Рак кожи

Распространённость рака среди всех злокачественных опухолей составляет 4 - 10 %.

Им заболевают почти одинаково часто люди обоего пола, главным образом пожилого возраста.

Этиология – предраковые заболевания.

Факторы, способствующие возникновению предраковых изменений кожи:

- факторы внешней среды:
 - физические воздействия (травма, инсоляция, ионизирующая радиация);
 - воздействие канцерогенных веществ (полициклические ароматические углеводороды и др.);
- хронические воспалительные процессы с явлениями патологической дистрофии (туберкулёз кожи, красная волчанка, трофические язвы, свищи, послеожоговые рубцы и др.);
- патологические состояния конституционального или возрастного характера (пигментная ксеродерма, хронические воспалительные процессы кожи, аномалии развития и др.).

Базоцеллюлярная эпителиома или базалиома - опухоль, происшедшая из клеток базального слоя эпидермиса (60 % случаев кожного рака).

Опухоль возникает одинаково часто у мужчин и женщин пожилого или среднего возраста.

Клинические признаки базалиомы:

- излюбленная локализация - лицо, особенно периоральная область;
- узелок плотной консистенции розового или розовато-желтого цвета;
- постепенный рост узелка до размеров монеты диаметром 12 - 15 мм;
- эрозирование узелка и образование желтовато-серой корки;
- сплошной плотный валик или валик, состоящий из отдельных, наподобие жемчужин, хрящевидных блестящих узелков, по краям очага поражения.

Спиноцеллюлярная эпителиома или плоскоклеточный рак –

новообразование, развивающееся из клеток шиповатого слоя эпидермиса.

Болеют преимущественно мужчины в возрасте 40 - 50 лет.

Клинические признаки плоскоклеточного рака:

- локализация - на лице, шее, волосистой коже головы, наружных половых органах, а также на слизистых оболочках;
- выраженная злокачественность, быстро растет, часто дает метастазы в регионарные лимфатические узлы;
- плотно ограниченный, быстро растущий в толще кожи узел;
- центральная часть узла покрыта плотными роговыми массами;
- язва с плотным, легко кровоточащим дном и возвышающимися плотными краями (образуется из узла);
- при эндофитной форме плоскоклеточного рака опухоль прорастает в глубину тканей, а затем быстро образуется язва.

Лечение рака кожи:

- Хирургическое лечение:
 - базалиомы: диатермокоагуляция, криодеструкция, лазеротерапия;
 - плоскоклеточного рака: хирургическое или электрохирургическое иссечение.
- Лучевая терапия.
- Противоопухолевые мази (колхаминовая и др.).

Меланома - одно из наиболее злокачественных опухолей человека, развивающееся из пигментообразующих клеток – меланоцитов.

Встречается у 10 % больных со злокачественными опухолями кожи.

Возникает у лиц среднего и старческого возраста, чаще у женщин.

Особенно часто развивается у людей со светлой кожей, голубыми глазами и белокурыми волосами, на фоне врожденных или приобретенных пигментных пятен.

Факторы, способствующие развитию меланомы из пигментных невусов, папилломатозных пигментных пятен:

- травмы,
- прижигания,
- порезы,
- чрезмерная инсоляция и другие раздражающие факторы.

Клинические признаки меланомы:

- излюбленная локализация - верхние и нижние конечности, голова, шея, слизистые оболочки;
- усиление или ослабление пигментации;
- увеличение невуса;
- изъязвление (раннее изъязвление – неблагоприятный признак);
- кровотечение;
- образование корочки, розового венчика или радиальных тяжей вокруг формирующейся опухоли или пятна;
- диссеминация процесса, сначала на соседние участки кожи в виде узелков-сателлитов, затем в регионарные лимфатические узлы;
- метастазирование во внутренние органы;
- усиление злокачественности процесса при травматизации опухоли.

Меланома:



Диагностика:

- радиометрический метод (накопление радиоактивного фосфора меланомой);
- цитологическое исследование (отпечатки берут с язвенной поверхности).

Лечение – своевременное
хирургическое лечение.