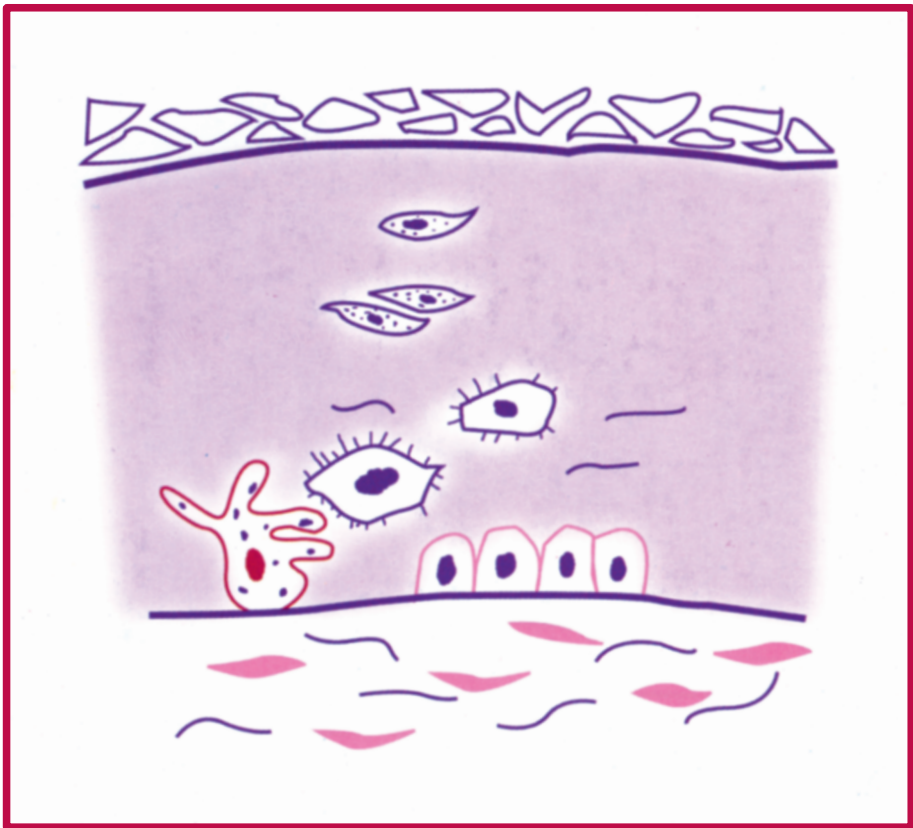


Ειρήνη Γαλανού Αλεξάνδρα Ηλίου Μαρία Μαρκαντώνη-Ντουράκη

ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ



Γ' ΕΠΑ.Λ.

ΤΟΜΕΑΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ-ΚΟΜΜΩΤΙΚΗΣ

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΚΔΟΣΕΩΝ
«ΔΙΟΦΑΝΤΟΣ»



ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ



Με απόφαση της ελληνικής κυβέρνησης τα διδακτικά βιβλία του Δημοτικού, του Γυμνασίου και του Λυκείου τυπώνονται από τον Οργανισμό Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων και διανέμονται δωρεάν.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ

ΤΟΜΕΑΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΚΟΜΜΩΤΙΚΗΣ
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΤΕΧΝΗΣ

1^{ος} ΚΥΚΛΟΣ

Β' ΤΑΞΗ

ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΚΔΟΣΕΩΣ ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ • ΑΘΗΝΑ

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ:

Δρ Ειρήνη Γαλανού

Ιατρός Δερματολόγος – Αφροδισιολόγος
Διδάκτωρ Παν/μίου Αωζάννης

Αλεξάνδρα Ηλίου

Ιατρός Δερματολόγος – Αφροδισιολόγος
Επίκουρος Καθηγήτρια ΤΕΙ Θεσ/κης,
Τμήμα Αισθητικής

Μαρία Μαρκαντώνη-Ντουράκη

Νοσηλεύτρια, Εκπαιδευτικός
Β/βάθμιας Εκπαίδευσης, ΠΕ 14

ΚΡΙΤΕΣ:

Δημήτρης Παναγιωτόπουλος

Χημικός

Ιακωβίνα Βρεττού

Ιατρός

Ιωάννης Μπροκαλάκης

Ιατρός Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ:

Αγγελική Μαρίνου - Βελεντζά

Μόνιμη Πάρεδρος Π. Ι.

ΦΙΛΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:

Ελένη Χρυσικάκη

Φιλολόγος

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ:

Νίκη Ρίζου

Αισθητικός

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ
Υπεύθυνη του τομέα Αισθητικής Κομμωτικής
Μαρίνου – Βελεντζά Αγγελική

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

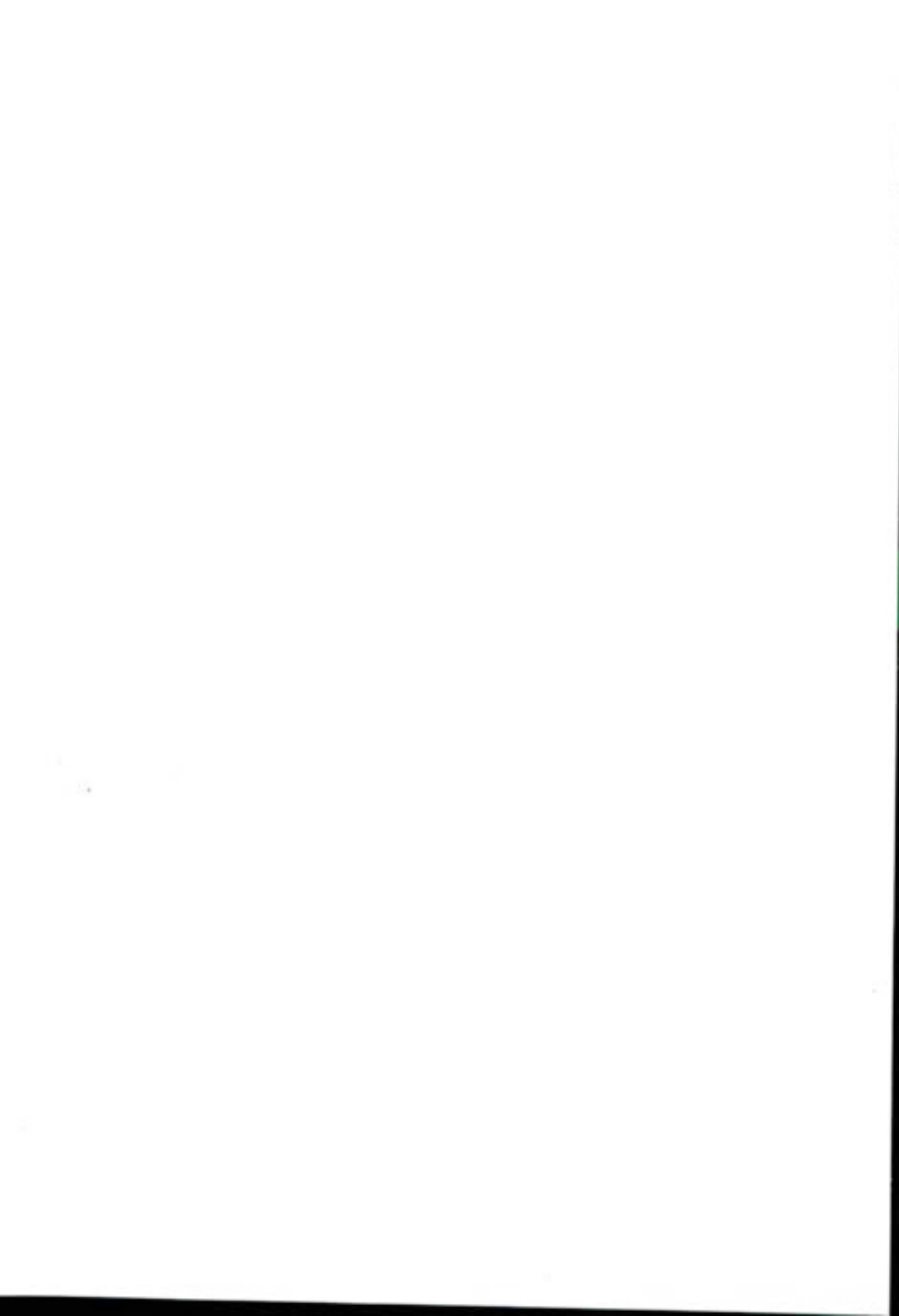
Στο παρόν εγχειρίδιο Δερματολογίας, που απευθύνεται στους μαθητές των Τεχνικών Επαγγελματικών Εκπαιδευτηρίων της Ειδικότητας Αισθητικής, προσπαθήσαμε με αναλυτικό και κατανοητό τρόπο να παρουσιάσουμε βασικές γνώσεις για το φυσιολογικό δέρμα και για τις παθήσεις του δέρματος.

Επιδιώξή μας είναι η εξοικείωση εκείνων που ασχολούνται με την ομορφιά και τη φροντίδα της με στοιχεία απαραίτητα για την αναγνώριση των δερματικών βλαβών και την ανάγκη παραπομπής στον ειδικό. Επίσης, στόχος μας είναι η πληροφόρηση σχετικά με τον καλύτερο τρόπο προστασίας του δέρματος, αυτού του τόσο πολύπλοκου όσο και πολύτιμου οργάνου του ανθρώπινου σώματος.

Θέλουμε να ευχαριστήσουμε θερμά, για την πολύτιμη συμβολή τους στην παρούσα έκδοση: τη Χαρά Γαλανού, την Άννα Κελεσίδου, τον Ιωάννη Μανομενίδη και την Αλεξάνδρα Ντουράκη.

Επίσης θερμά ευχαριστούμε, για τη διάθεση του προσωπικού φωτογραφικού τους αρχείου, τους Ιατρούς Δερματολόγους – Αφροδισιολόγους κ.κ. Γεώργιο Κοντοχριστόπουλο και Κωνσταντίνο Πουσουλίδη.

Οι συγγραφείς



1.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Αντικειμενικοί Σκοποί

Μετά τη μελέτη και την επεξεργασία των ενοτήτων του πρώτου κεφαλαίου οι μαθητές / μαθήτριες θα είναι σε θέση:

- Να περιγράφουν τη δομή του δέρματος, να ερμηνεύουν το ρόλο των κυττάρων, καθώς και των εξαρτημάτων του δέρματος.
- Να αναφέρουν τον τρόπο αιμάτωσης του δέρματος.
- Να διακρίνουν τη σπουδαιότητα της νεύρωσης του δέρματος.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

1.1 Γενικά

Το δέρμα είναι όργανο που αποτελείται από **επιθηλιακό ιστό**, ο οποίος διακρίνεται σε καλυπτήριο και αδενικό επιθήλιο.

Το **καλυπτήριο** διακρίνεται σε δέρμα και βλεννογόνους. Ανάλογα με τον αριθμό στιβάδων κυττάρων το καλυπτήριο επιθήλιο χωρίζεται σε **μονόστιβο** και **πολύστιβο** και ανάλογα με το είδος των κυττάρων της εξωτερικής στιβάδας χωρίζεται σε **πλακώδες**, **κυλινδρικό**, **κροσσωτό** και **μεταβατικό**. Το **αδενικό** επιθήλιο σχηματίζει τους αδένες, οι οποίοι μπορεί να είναι είτε **μονοκύτταροι** είτε **πολυκύτταροι**.

Το δέρμα είναι πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, περιβάλλει εξωτερικά το ανθρώπινο σώμα και μεταπίπτει στα σημεία που αρχίζουν οι φυσικές κοιλότητες (μάτια, μύτη, στόμα, γεννητικά όργανα, πρωκτός) στους βλεννογόνους.

Βλεννογόνος είναι η μορφή του επιθηλιακού ιστού, η οποία επαλείφει κοιλότητες ή κοίλα όργανα που επικοινωνούν με το εξωτερικό περιβάλλον. Από το φυσιολογικό βλεννογόνο λείπει συνήθως η κοκκώδης στιβάδα, και η κερατινοποίηση είναι διαφορετική από αυτή του δέρματος.



Εικόνα 1.1 (αριστερά): Πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο (είδος καλυπτηρίου επιθηλίου)



Εικόνα 1.2 (δεξιά): Αδενικό επιθήλιο (σποληνοειδής – κυψελαιοειδής αδένας)

Η **επιφάνεια** του δέρματος είναι μεγαλύτερη από την επιφάνεια του σώματος, γιατί το δέρμα αναδιπλώνεται σε πτυχές. Με γυμνό μάτι ή μεγεθυντικό φακό παρατηρούμε:

α. Το **άτριχο** μέρος του δέρματος, δηλαδή αυτό που στερείται τριχών στις παλάμες, στα πέλματα, στην καμπτική και πλάγια επιφάνεια των δακτύλων, στο πέος, στην κλειτορίδα, στα μικρά χείλη του αιδοίου και στα μεγάλα χείλη στην έσω επιφάνεια αυτών.

β. Το **έντριχο** μέρος του δέρματος, δηλαδή ό,τι καλύπτεται από τρίχες στο υπόλοιπο σώμα· η τριχοφυΐα είναι εντονότερη στο κεφάλι, στις μασχάλες, στο εφήβαιο και στα δύο φύλα και επιπλέον στους άντρες στο άνω χέιλος και στα μάγουλα, ενώ στις γυναίκες αντικαθίσταται στα σημεία αυτά από χνούδι.

γ. Τους **πόρους**. Οι πόροι είναι μικρά στόμια (τρύπες) που αντιστοιχούν στην έξοδο μιας τρίχας ή ενός αδένα.

δ. Τις **δερματικές ακρολοφίες** και τις **αύλακες**. Είναι γραμμώσεις κυρίως στο δέρμα των παλαμών και των πέλμάτων που δημιουργούν διάφορα σχήματα, τα γνωστά δακτυλικά αποτυπώματα.

ε. Τις **πτυχές**. Αυτές είναι βαθιές γραμμώσεις που δημιουργούνται λόγω της θέσης των υποκείμενων οργάνων και των κινήσεων των μυών.

Το **χρώμα** του δέρματος του ανθρώπου εξαρτάται από:

- την ποσότητα **μελανίνης** (χρωστικής)
- την **αιμάτωσή** του (οξυγονωμένη και αποξυγονωμένη αιμοσφαιρίνη)
- το **πάχος** της κεράτινης στιβάδας

Διαφέρει από:

- **φυλή σε φυλή** (π.χ. λευκή φυλή, μαύρη φυλή, κίτρινη φυλή)
- **τη μια περιοχή του σώματος στην άλλη**, όπως, για παράδειγμα, το δέρμα της θηλής του μαστού είναι πιο σκούρο, ενώ το δέρμα της πρόσθιας επιφάνειας του σώματος πιο λευκό.
- **το φύλο**
- **την ηλικία**

- **το επάγγελμα** (αγρότες, κάτοικοι πόλεων, ναυτικοί).

Το πάχος του δέρματος διαφέρει από:

- **περιοχή σε περιοχή.** Είναι πιο παχύ στις περιοχές που δέχονται μεγαλύτερη μηχανική πίεση (παλάμες- πέλματα-ράχη) και πιο λεπτό στις υπόλοιπες περιοχές (π.χ. βλέφαρα)
- **την ηλικία.** Είναι πιο λεπτό στην παιδική ηλικία μέχρι το 5^ο έτος και μετά το πάχος του γίνεται ίσο με του ενήλικα.
- **το φύλο.** Είναι λεπτότερο στις γυναίκες και παχύτερο στους άντρες.
- **άτομο σε άτομο.**

1.2 Στιβάδες του Δέρματος

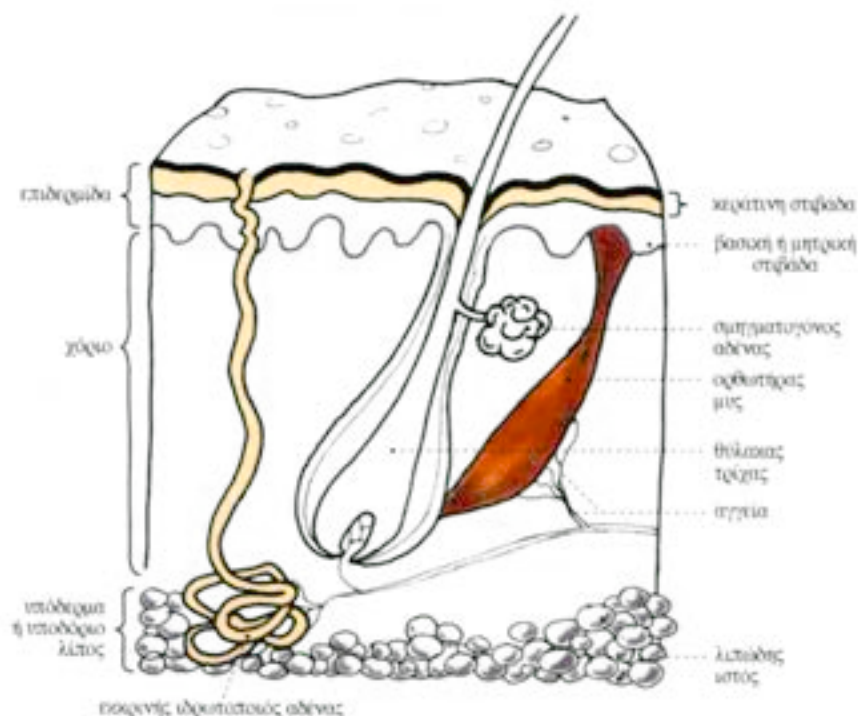
Το δέρμα αποτελείται από τρία τμήματα που είναι από το επιφανειακό ως το πιο βαθύ:

- Η **επιδερμίδα**
- Το **χόριο** ή κυρίως **δέρμα**
- Το **υπόδερμα** ή υποδόριο λίπος

1.2.1 Επιδερμίδα

Η επιδερμίδα έχει πάχος 4 χιλιοστά. Στο μικροσκόπιο δίνει την εικόνα μωσαϊκού από πολλές στιβάδες. Αποτελείται κυρίως από **κερατινοκύτταρα**, αλλά περιλαμβάνει και **μελανοκύτταρα**, κύτταρα του **Langerhans** και κύτταρα **Merkel**. Την επιδερμίδα διαπερνούν τα **εξαρτήματα** του δέρματος (τρίχες, ιδρωτοποιοί αδένες).

Η επιδερμίδα επικάθεται στο χόριο. Η επαφή του χορίου με την επιδερμίδα σχηματίζει κυματοειδή γραμμή με **καταδύσεις** (προεξοχές προς τα κάτω) της επιδερμίδας μέσα στο χόριο, που λέγονται **μεσοθηλαίες ακρολοφίες**, ενώ οι αναδύσεις (προεξοχές προς τα πάνω) του χορίου μέσα στην επιδερμίδα λέγονται **θηλές του χορίου**.



Εικόνα 1.3: Συγκριτική παράσταση δόνησης

Η επιδερμίδα έχει τέσσερις στιβάδες που είναι με σειρά από την κατώτερη στην ανώτερη:

1. Η Βασική ή μητρική στιβάδα
2. Η Μαλπιγιανή ή ακανθωτή στιβάδα
3. Η Κοκκώδης στιβάδα
4. Η Κεράτινη στιβάδα

1. Βασική ή μητρική στιβάδα

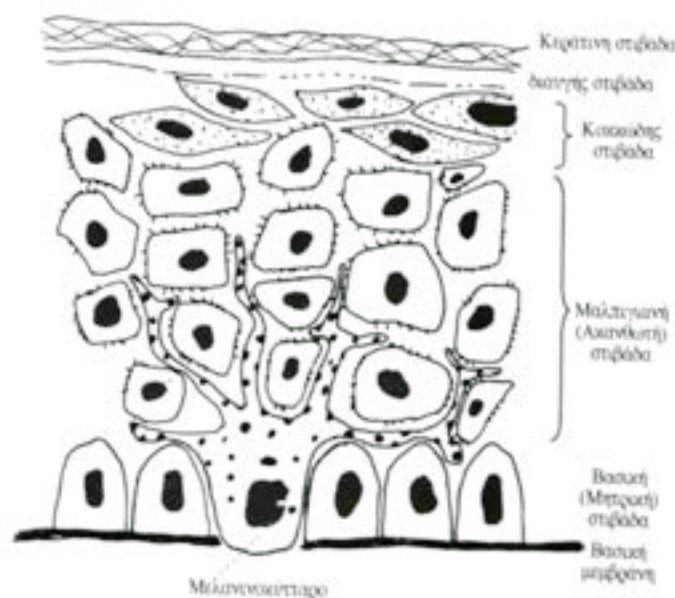
Αποτελείται από μια σειρά κυλινδρικών κερατινοκυττάρων, με *ωοειδή* πυρήνα και κυτταρόπλασμα με πολλά ινίδια. Τα ινίδια αυτά εισδύουν στο χόριο και σχηματίζουν μαζί με άλλα στοιχεία την σύνδεση χορίου-επιδερμίδας. Η σύνδεση αυτή γίνεται με περίπλοκο τρόπο που φαίνεται στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο και η περιοχή της σύνδεσης λέγεται **βασική μεμβράνη**. Η μεμβράνη αυτή εκτός από τη στερεά σύνδεση παίζει και σημαντικό ρόλο στην ανταλλαγή διαφόρων ουσιών (μεταξύ χορίου και επιδερμίδας).

Μεταξύ των κερατινοκυττάρων της βασικής στιβάδας βρίσκονται ειδικά κύτταρα προερχόμενα από το νευρικό ιστό κατά την εμβρυϊκή ζωή, τα *μελα-*

νινοκύτταρα. Αυτά φέρουν προσεκβολές (δενδρίτες) και παράγουν τη χρωστική **μελανίνη** με τη μορφή κοκκίων (μελανοσώματα ή μελανοσωμάτια). Διαμέσου των δενδριτών τα κοκκία μελανίνης μεταφέρονται στα γειτονικά κερατινοκύτταρα. Η μελανίνη προστατεύει τα κύτταρα της βασικής στιβάδας από την υπερϊώδη ακτινοβολία και καθορίζει το χρώμα του δέρματος και των τριχών. Πιστεύεται ότι όλες οι φυλές έχουν τον ίδιο αριθμό μελανοκυττάρων, το χρώμα τους όμως εξαρτάται από τον αριθμό των κοκκίων μελανίνης(μελανοσωμάτων), το μέγεθος, τη διάταξή τους και από το είδος των μελανινών.

Τέλος, από τα κύτταρα της βασικής στιβάδας παράγονται με μίτωση όλα τα κερατινοκύτταρα, τα οποία μεταναστεύουν πρώτα στη μαλπιγιανή, μετά στην κοκκώδη στιβάδα και από εκεί όλο και ψηλότερα αλλάζοντας σχήμα μέχρι τελικά να φθάσουν στην κεράτινη στιβάδα, απ' όπου θα αποπέσουν σαν κεράτινα πετάλια. Η χρονική διάρκεια όλης αυτής της διαδικασίας που λέγεται «κερατινοποίηση» είναι 28-30 ημέρες.

Στη στιβάδα αυτή ανευρίσκονται και τα κύτταρα *Merkel* (βλ. νεύρα επιδερμίδας).



Εικόνα 1.4: Σχηματική παράσταση επιδερμίδας

II. Μαλπιγιανή ή ακανθωτή στιβάδα.

Αποτελείται από έξι έως δεκαπέντε σειρές πολυγωνικών κυττάρων με στρογγυλό πυρήνια. Το κυτταρόπλασμα των κερατινοκυττάρων περιέχει οργάνω

(ριβΟΣώματα, μιτοχόνδρια) και *τονοϊνίδια*. Τα *τονοϊνίδια* είναι πολυπεπίδια που το ένα άκρο τους είναι ελεύθερο μέσα στο κυτταρόπλασμα και το άλλο άκρο τους προσφύεται σταθερά σε ένα είδος συνδετικής πλάκας που λέγεται **ημιδεσμοσωμάτιο** στην εξωτερική επιφάνεια των κερατινοκυττάρων. Δύο ημιδεσμοσωμάτια, το κάθε ένα από τα οποία βρίσκεται στην επιφάνεια ενός από τα δύο κερατινοκύτταρα, δημιουργούν το **δεσμοσωμάτιο** που συνδέει τα δύο γειτονικά κερατινοκύτταρα μεταξύ τους. Λέγεται και ακανθωτή στιβάδα, γιατί όταν δούμε ένα-ένα τα κύτταρα στο κοινό μικροσκόπιο μοιάζουν με «*άκανθες*».

Μεταξύ των κυττάρων της ακανθωτής στιβάδας υπάρχουν τα κύτταρα του *Langerhans*, τα οποία συμμετέχουν στην **άμυνα** του οργανισμού. Αναγνωρίζονται στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο από τα άλλα κύτταρα, γιατί δεν έχουν *τονοϊνίδια* και δεσμοσωμάτια, ο πυρήνας τους είναι *λοβώδης*, το κυτταρόπλασμα διαυγές και φέρουν σχηματισμούς που μοιάζουν με «*ρακέτα του τένις*».

III. Κοκκώδης στιβάδα

Αποτελείται από μία έως τέσσερις σειρές *πεπλατυσμένων κυττάρων* σε σχήμα *ρόμβου* που στο κυτταρόπλασμά τους φέρουν κοκκία **κερατοϋαλίνης**, η οποία είναι πρόδρομη ουσία της κερατίνης.

Στη στιβάδα αυτή υπάρχουν τα *σωμάτια του Odland* ή κερατινοσώματα, τα οποία περιέχουν μεγάλες ποσότητες *λιπιδίων* και αποβάλλονται στα μεσοκυττάρια διαστήματα συμβάλλοντας στη συνοχή της κεράτινης στιβάδας και αποτελώντας φραγμό στην απώλεια νερού.

IV. Κεράτινη στιβάδα

Είναι η εξωτερική επιφάνεια της επιδερμίδας. Αποτελείται από *επιπεδοειδή νεκρά κύτταρα χωρίς πυρήνα* που το κυτταρόπλασμά τους έχει αντικατασταθεί από **κερατίνες**(σκληροπρωτεΐνες).Για τον σχηματισμό των κυττάρων φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο τα *τονοϊνίδια*, τα κοκκία *κερατοϋαλίνης* και τα *σωμάτια του Odland*. Τα κύτταρα αυτής της στιβάδας είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους κατά τέτοιο τρόπο, ώστε αφενός μεν να αποπίπτουν συνεχώς τα επιφανειακά σαν κεράτινες φολίδες ή λέπια, αφετέρου δε να προσδίδεται στην κεράτινη στιβάδα δύναμη, αντοχή και αδιαπερατότητα. Το πάχος της κεράτινης στιβάδας είναι μεγαλύτερο στις επιφάνειες των παλαμών και των πελμάτων.

Η επιδερμίδα παρουσιάζει μεγαλύτερη ανθεκτικότητα στις μηχανικές πιέσεις ή τριβές και επιπλέον προστατεύει τους υποκείμενους ιστούς από την υπέρμετρη εξάτμιση (αύξηση της άδηλης απώλειας νερού).

Στις παλάμες και τα πέλματα, μεταξύ της κοκκώδους και της κεράτινης στιβάδας, υπάρχει μία επιπλέον, η **διανυγής στιβάδα**. Ονομάζεται έτσι, γιατί δεν βάφεται με τις κοινές χρωστικές. Αποτελείται από μία έως τρεις σειρές *πεπλατυσμένων κυττάρων χωρίς πυρήνα* που είναι γεμάτα από μια λιπαρή ουσία την **ελαιοειδίνη** (πρόδρομη της κεράτινης ουσίας). Ο πυρήνας έχει αντικατασταθεί από δεσμίδες τονικών νηματίων παράλληλες προς την επιφάνεια του δέρματος. Σε αυτή τη στιβάδα υπάρχουν επίσης καροτένια (α και β).

1.2.2 Χόριο

Το χόριο βρίσκεται ανάμεσα στο υπόδερμα και στην επιδερμίδα και αποτελεί το στήριγμα της επιδερμίδας. Μεταξύ χορίου και επιδερμίδας παρεμβάλλεται η βασική μεμβράνη για την οποία έγινε ήδη λόγος. Το πάχος του κυμαίνεται από 0,3 έως 3 χιλιοστά. Αποτελείται από δύο στιβάδες, τη **θηλώδη** (επιφανειακό τμήμα) και τη **δικτυωτή** (βαθύτερο τμήμα) μεταξύ των οποίων δεν υπάρχουν σαφή όρια.

Οι θηλές του χορίου της θηλώδους στιβάδας εισέρχονται στις αντίστοιχες κοιλότητες της επιδερμίδας, που δημιουργούνται από τις καταδύσεις της. Το ύψος των θηλών εξαρτάται από το πάχος της επιδερμίδας. Όταν ενωθούν οι θηλές μεταξύ τους σε σειρές, σχηματίζουν τις δερματικές ακρολοφίες (παλάμη-πέλμα).

Στο χόριο ανευρίσκονται *ρίζες των τριχών, αδένες, λείες μυϊκές ίνες* (ορθωτήρες μύες των τριχών), *αγγεία* με αίμα ή λέμφο και *νεύρα*. Και οι δύο στιβάδες του χορίου αποτελούνται από συνδετικό ιστό, ο οποίος απαρτίζεται από:

α. τη **μεσοκυττάρια ουσία**, δηλαδή:

- *ίνες-κολλαγόνες, ελαστικές, δικτυωτές*
- **βασική** ή **θεμελιακή ουσία**

β. τα **κύτταρα** του συνδετικού ιστού.



Εικόνα 1.5: Χαλάρος συνδετικός ιστός

1. Ίνες του Χορίου

Στη θηλώδη στιβάδα οι κολλαγόνες ίνες είναι *λεπτές* και *αραιές*, χιάζονται μαζί με τις ελαστικές ίνες και σχηματίζουν *χαλαρά δίκτυα*. Οι δικτυωτές ίνες είναι περισσότερες ακριβώς κάτω από την επιδερμίδα και συμμετέχουν στο σχηματισμό της βασικής μεμβράνης.

Στη δικτυωτή στιβάδα που είναι παχύτερη από τη θηλώδη, οι κολλαγόνες ίνες σχηματίζουν *δεσμίδες* που διαπλέκονται και σχηματίζουν *πυκνά και στερεά δίκτυα*. Υπάρχουν *άφθονες* και παχύτερες ελαστικές ίνες, που είναι ακόμη περισσότερες γύρω από το βολβό των τριχών, τα εκκριτικά μέρη των αδένων και τα τριχοειδή αγγεία.

Η πυκνή διάταξη των ινών αυξάνει τη συνοχή του ιστού και έχει σαν αποτέλεσμα την ανθεκτικότητα του δέρματος στις μηχανικές πιέσεις.

Οι **κολλαγόνες** ίνες συγκροτούν τη δομική σταθερότητα της επιδερμίδας, επειδή οι ίνες αυτές εμφανίζουν αλληλοδιαπλοκή. Υπάρχουν διάφορα είδη *κολλαγόνου* ανάλογα με τη μορφολογία, τη σύνθεση των αμινοξέων και τις φυσικές ιδιότητες. Η καταστροφή του έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση *ρυτίδων*.

Οι **ελαστικές** ίνες αποτελούνται από ελαστίνη (πρωτεΐνη) και είναι υπεύθυνες για την *ελαστικότητα* του δέρματος. Οι ίνες αυτές και η βασική ουσία συντελούν στην αποφυγή *υπερδιάτασης* του δέρματος.

Όταν το δέρμα *υπερδιατείνεται*, όπως κατά την κύηση, τότε στο χόριο γίνονται *ρήγματα* (ραβδώσεις). Αυτά παραμένουν στο δέρμα της κοιλιάς και φαίνονται στην αρχή σαν *κοκκινωπές* και μετά σαν *λευκάζουσες γραμμώσεις*.

Οι **δικτυωτές** ίνες είναι πολύ πιο λεπτές από τις κολλαγόνες ίνες. Συχνά αποτελούν *συνέχεια* των κολλαγόνων ινών (έχουν κοινή προέλευση και διαμορφώνονται όπως και οι κολλαγόνες), όμως δεν αναγνωρίζονται στο μικροσκόπιο και γι' αυτό πολλοί συγγραφείς δεν τις *διαχωρίζουν* από τις κολλαγόνες.

Οι ίνες του συνδετικού ιστού είναι έτσι διατεταγμένες, ώστε να σχηματίζουν ρόμβους σ' αυτό οφείλεται η διατατότητα και η ελαστικότητα του δέρματος, οι ίνες αυτές, η φορά των οποίων μελετήθηκε από το Langer, έχουν ιδιαίτερη σημασία στη Χειρουργική, διότι όλες οι τομές πρέπει να γίνονται παράλληλα προς αυτές και όχι κάθετα, ώστε να αποφεύγονται οι λειτουργικές και αισθητικές επιπτώσεις.

II. Βασική Ουσία του Χορίου

Η **βασική** ή **θεμελιακή** ουσία παρεμβάλλεται ανάμεσα στις ίνες και τα κύτταρα του χορίου, τα αγγεία και τα νεύρα αυτού. Είναι άμορφη και κολλώδης ουσία που συγκρατεί μεγάλα ποσά νερού και βλεννοπολυσακχαριτών, όπως το υαλουρονικό οξύ. Στο υαλουρονικό οξύ επιδρά η υαλουρονιδάση.

Το υαλουρονικό οξύ λόγω της σύστασής του δρα σαν φραγμός στην εξάπλωση μεγαλομοριακών ενώσεων και βακτηριδίων, καθώς επίσης και σαν παράγοντας ενυδάτωσης. Η υαλουρονιδάση είναι ένζυμο των βακτηριδίων (μικροοργανισμών), το οποίο διασπά το υαλουρονικό οξύ και έτσι διευκολύνεται η εξάπλωση των βακτηριδίων.

III. Κύτταρα του Χορίου

Τα **κύτταρα** του συνδετικού ιστού που απαντούν στο χόριο είναι ποικίλα άλλα παράγονται στο χόριο και άλλα μεταναστεύουν από το αιμοποιητικό σύστημα και είναι τα εξής:

Ινοβλάστες: Είναι το κυριότερο είδος κυττάρων, γιατί από αυτά παράγονται οι κολλαγόνες, οι ελαστικές και οι δικτυωτές ίνες, καθώς και η βασική ή θεμελιακή ουσία.

Ιστιοκύτταρα: Παίζουν σημαντικό ρόλο στην άμυνα του οργανισμού, διότι έχουν φαγοκυτταρικές ιδιότητες. Σε περίπτωση φλεγμονής αυξάνονται και μετατρέπονται ανάλογα σε μακροφάγα, λιποφάγα, μελανινοφάγα κτλ.

Σιτευτικά κύτταρα (μαστοκύτταρα): Βρίσκονται στο χαλαρό συνδετικό ιστό κατά μήκος των μικρών αγγείων. Τα κοκκία του κυτταροπλάσματος των κυττάρων

έχουν ηπαρίνη, ισταμίνη και μερικά σεροτονίνη. Πιθανώς παίζουν σημαντικό ρόλο στα αναφυλακτικά φαινόμενα, έχουν όμως σχέση με το μηχανισμό των αλλεργικών φαινομένων.

Πλασματοκύτταρα: Είναι αραιά στο χαλαρό συνδετικό ιστό. Αυξάνονται σε φλεγμονώδεις καταστάσεις και μάλιστα σε χρόνιες φλεγμονές του δέρματος. Προέρχονται από τα Β-λεμφοκύτταρα του αίματος και έχουν άμεση σχέση με την παραγωγή αντισωμάτων (ανοσοσφαιρινών).

Πολυμορφοπύρρηνα Ηωσινόφιλα: Έχουν σχέση με αλλεργικές και αναφυλακτικές αντιδράσεις του οργανισμού και αυξάνονται υπέρμετρα σε τέτοιες περιπτώσεις.

Πολυμορφοπύρρηνα Ουδετερόφιλα: Είναι μικρός ο αριθμός τους, όταν ο συνδετικός ιστός είναι σε φυσιολογική κατάσταση και γίνεται μεγάλος σε παθολογικές καταστάσεις (φλεγμονές).

1.2.3. Υπόδερμα ή Υποδόριο Λίπος

Το υπόδερμα βρίσκεται κάτω από το χόριο και, έτσι, διαμέσου αυτού γίνεται η σύνδεση του χορίου με τα υποκείμενα όργανα και ιστούς. Μέσα δε σ' αυτό διέρχονται αγγεία και βρίσκονται ειδικά νευρικά όργανα (υποδοχείς), ιδρωτοποιοί αδένες και μερικοί θύλακοι τριχών.

Αποτελείται από χαλαρό δίκτυο συνδετικού ιστού, όπου ανάμεσα στα πλέγματα των κολλαγόνων και ελαστικών ινών υπάρχουν κενοί χώροι που ονομάζονται **λιπώδη λόβια**. Τα λόβια αυτά γεμίζουν από **λιπώδη κύτταρα**, τα οποία είναι μεγάλα σφαιροειδή κύτταρα γεμάτα λίπος ενώ μόνο μια λεπτότατη στιβάδα του κυτταροπλάσματος μαζί με τον πυρήνα παραμένει στην περιφέρεια των κυττάρων. Το σύνολο των λοβίων αποτελεί το **υποδόριο λίπος**.

Το πάχος του υποδόριου λίπους είναι διαφορετικό από άτομο σε άτομο ανάλογα με την περιοχή του δέρματος και την κατάσταση θρέψης. Η λευκή έως βαθυκίτρινη χροιά του λιπώδους ιστού οφείλεται στα καροτένια α και β που περιέχουν τα λιποσταγονίδια.

1.3 Εξαρτήματα του Δέρματος

Στα εξαρτήματα του δέρματος περιλαμβάνονται:

A. Οι τρίχες

B. Τα νύχια

Γ. Οι αδένες (σμηγματογόνοι-ιδρωτοποιοί-μαζικοί)

1.3.1 Οι Τρίχες

Οι τρίχες είναι ελαστικά κυλινδρικά νημάτια από σκληρή κερατίνη ουσία, που προερχόνται από σωληνοειδείς καταδόσεις της επιδερμίδας, τους **θυλάκους των τριχών**, οι οποίες φτάνουν μέσα στο χόριο ή και στο υπόδερμα.



Εικόνα 1.6: Ανατομία του θυλάκα της τρίχας

1. Δομή και Ανατομία της Τρίχας

Το τμήμα της τρίχας που βρίσκεται από την εκβολή του σμηγματογόνου αδένου και πάνω λέγεται **στέλεχος** και προεξέχει λοξά από την επιφάνεια του δέρματος. Το τμήμα από την εκβολή του σμηγματογόνου αδένου και κάτω λέγεται **ρίζα** και καταλήγει σε μια κωδωνοειδή διόγκωση, το **βολβό** της τρίχας.

Μέσα στην κοιλότητα που δημιουργείται (από την κωδωνοειδή διόγκωση) καταλήγει προεξοχή του χορίου, η **θηλή** της τρίχας, γεμάτη αγγεία και νεύρα.

Η τρίχα *αιζάνεται* από τα κύτταρα του βολβού και *τρέφεται* από τη θηλή της τρίχας. Καταστροφή της θηλής σημαίνει απώλεια της τρίχας.

Η ρίζα της τρίχας περιβάλλεται από τον **επιθηλιακό θύλακο** που αποτελεί συνέχεια (κατάδυση) της επιδερμίδας και απαρτίζεται από δύο στιβάδες, τον *έσω* και τον *έξω κοileό* και τον **ινώδη θύλακο**, ο οποίος καλύπτει τον επιθηλιακό θύλακο και προέρχεται από τον ινώδη συνδετικό ιστό του χορίου.

Επομένως ο *βολβός*, η *θηλή* της τρίχας, ο *επιθηλιακός θύλακος* και ο *ινώδης θύλακος* αποτελούν το **θύλακο της τρίχας**.

Στον επιθηλιακό θύλακο εκβάλλει ένας **σημηματογόνος αδένας**. Πάνω από την εκβολή του αδένά υπάρχει ο **τριχικός πόρος** και από κάτω προσφύεται ο **ορθωτήρας μυς** της τρίχας αποτελούμενος από δέσμη λειών μυϊκών ινών που φθάνει μέχρι την κάτω επιφάνεια της επιδερμίδας.

Ο μυς αυτός, όταν *συσπάται*, φέρνει την τρίχα σε κάθετη θέση ως προς την επιφάνεια του δέρματος (χήναιο δέρμα), το γνωστό μας “ανατρίχιασμα”, και επίσης προκαλεί την *εκκένωση* του σημηματογόνου αδένά στον επιθηλιακό θύλακο.

Δεν υπάρχουν ορθωτήρες μύες στους θυλάκους των τριχών του γενείου, του μετώπου, των φρυδιών, των βλεφαρίδων, της μύτης και του άνω και κάτω χείλους.

Το **στέλεχος** της τρίχας αποτελείται από το *περιτρίχιο*, το *φλοιό* και το *μυελό*.

- Το **περιτρίχιο** περιβάλλει την τρίχα και αποτελείται από ένα στρώμα επίπεδων κυττάρων, τα οποία κερατινοποιούνται, όσο μεγαλώνει η τρίχα. Οι κεράτινες *φολίδες*, έχουν κεραμιδωτή διάταξη και έτσι καθιστούν σκληρή την επιφάνειά της. Το περιτρίχιο στερείται χρωστικής και προστατεύει το φλοιό.
- Ο **φλοιός** είναι το μεσαίο μέρος της τρίχας. Τα κύτταρά του παρουσιάζουν άτυπη κερατινοποίηση, επειδή λείπουν τα κοκκία κερατοϋαλίνης. Η κερατίνη είναι σκληρή. Στα κύτταρα του φλοιού της τρίχας βρίσκονται κοκκία μελανίνης (μελανοσώματα), που παράγονται από τους μελανοβλάστες του βολβού της τρίχας. Η μελανίνη χρωματίζει την τρίχα.

- Ο **μυελός** είναι το εσωτερικό μέρος της τρίχας και αποτελείται από μαλακή κερατίνη.

Σε αντίθεση με τα κύτταρα της επιδερμίδας, τα κερατινοκύτταρα, που παράγουν ένα είδος μαλακής κερατίνης και έτσι τα επιφανειακά κερατινοποιημένα κύτταρα αποπίπτουν, τα κύτταρα του βολβού της τρίχας διαφοροποιούνται σε πολλές σειρές ή τύπους κυττάρων, τα οποία παράγουν σκληρή κερατίνη που δεν αποπίπτει.

II. Μορφολογία της Τρίχας

Οι τρίχες διαφέρουν μεταξύ τους ως προς το **μέγεθος**, το **σχήμα**, το **χρώμα** και την **πυκνότητα** ανάλογα με το **άτομο**, το **φύλο**, την **ηλικία**, τη **φυλή** και την **περιοχή** του δέρματος που βρίσκονται.

Ανάλογα με το **μέγεθος** οι τρίχες είναι:

- α. **Χνοώδεις ή χνούδι**, που είναι λεπτές και κοντές και δεν έχουν μυελό.
- β. **Κοντές**, όπως οι βλεφαρίδες, οι τρίχες των φρυδιών, των ροθώνων της μύτης και του έξω ακουστικού πόρου.
- γ. **Μακριές και παχιές**, όπως το τριχωτό της κεφαλής, της μασχάλης, το γένειο και το εφήβαιο.

Το χνοώδες ή **πρωτογενές τρίχωμα** του εμβρύου αντικαθίσταται μετά τη γέννησή του από το **δευτερογενές τρίχωμα**, το οποίο λίγο διαφέρει από το προηγούμενο, ενώ σε ορισμένες θέσεις αναπτύσσεται το **τριτογενές (τελικό) τρίχωμα** μετά την έναρξη λειτουργίας των γεννητικών αδένων στην εφηβεία. Τότε το τρίχωμα αυτό αποτελεί έναν από τους δευτερεύοντες χαρακτήρες του φύλου. Είναι μακρύτερο, παχύτερο και οι ρίζες του φτάνουν μέχρι την υποδερμίδα.

Με βάση το **σχήμα** τους οι τρίχες διακρίνονται σε τέσσερις τύπους που είναι οι εξής:

- ο ελικοειδής ("μπούκλα")
- ο σπειροειδής ("κατσαρός") στους Νέγρους
- ο κυματοειδής σε αρκετούς Ευρωπαίους
- ο ευθύς ("ίσιος") στην κίτρινη φυλή

Το **χρώμα** της τρίχας οφείλεται στον *αριθμό* και τον *τύπο* των μελανοσωμάτων που βρίσκονται στη φλοιώδη μοίρα του στελέχους της τρίχας. Τρία είδη μελανοσωμάτων περιέχονται στην τρίχα. Αυτά που περιέχουν **ερυθρομελανίνη**, **ευμελανίνη** (καφέ ή μαύρο χρώμα) και **φαιομελανίνη** (κόκκινο ή κίτρινο χρώμα). Επομένως:

Γκριζες τρίχες => ελαττωμένος αριθμός μελανοσωμάτων και φυσαλίδων αέρα μεταξύ των στιβάδων

Άσπρες => δεν έχουν καθόλου μελανοσώματα (αντικαθίστανται από κενά αέρα)

Ξανθές => έχουν μειωμένο αριθμό μελανοσωμάτων, περιέχουν φαιομελανίνη και ευμελανίνη

Ερυθρωπές => τα μελανοσώματα περιέχουν ερυθρομελανίνη

Σκούρες => έχουν πολλά μελανοσώματα με ευμελανίνη και φαιομελανίνη.

Η **πυκνότητα** των τριχών εξαρτάται από την περιοχή του δέρματος και είναι διαφορετική από άτομο σε άτομο. Για παράδειγμα, στο τριχωτό της κεφαλής υπάρχουν εκατό έως εκατόν πενήντα χιλιάδες τρίχες με μέση πυκνότητα εξακόσιες τρίχες ανά τετραγωνικό εκατοστό. Με την πάροδο όμως της ηλικίας μειώνεται ο αριθμός τους και έτσι αλλάζει η πυκνότητά τους.

III. Στάδια ανάπτυξης της Τρίχας

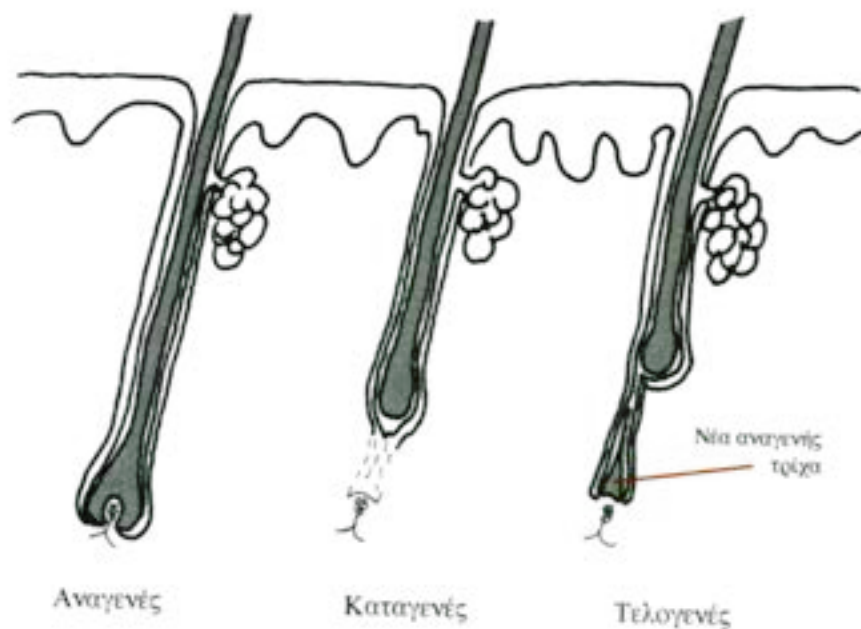
Η αύξηση, η εξέλιξη, η πτώση και η ανάπλαση των τριχών πραγματοποιείται με βάση έναν καθορισμένο κύκλο και διέρχεται τρία στάδια:

Το αναγεννές στάδιο. Η τρίχα αυξάνεται, μέχρι το στέλεχος να πάρει το τελικό μήκος (0,5 χιλ.-1,5 μέτρο). Τότε η τρίχα παραμένει σε ηρεμία. Η διάρκεια της

διαδικασίας για το τριχωτό της κεφαλής κυμαίνεται από 3-6 χρόνια και για τις τρίχες των βλεφάρων από 2-6 μήνες.

Το καταγενές στάδιο. Η τρίχα σταματάει να αυξάνεται, και αρχίζουν επεξεργασίες οι οποίες ετοιμάζουν την πτώση της τρίχας και την ανάπτυξη της νέας τρίχας. Η διαδικασία αυτή διαρκεί 2-3 εβδομάδες.

Το τελογενές στάδιο (1-4 μήνες). Η τρίχα ανεβαίνει στο θύλακα, μέχρι να αποπέσει και απωθείται από την κορυφή της νέας τρίχας που αναγεννήθηκε από το νέο βολβό.



Εικόνα 1.7: Στάδια ανάπτυξης της τρίχας

1.3.2 Τα Νύχια

Τα νύχια είναι κυρτά, ημιδιαφανή πέταλα από σκληρή κερατίνη που επικαλύπτουν με την κοίλη επιφάνειά τους τις τελευταίες φάλαγγες των δακτύλων των χεριών και των ποδιών. Είναι στερεά συνδεδεμένα με το δέρμα της ραχιαίας επιφάνειας της τρίτης φάλαγγας που ονομάζεται **κοίτη του νυχιού**.

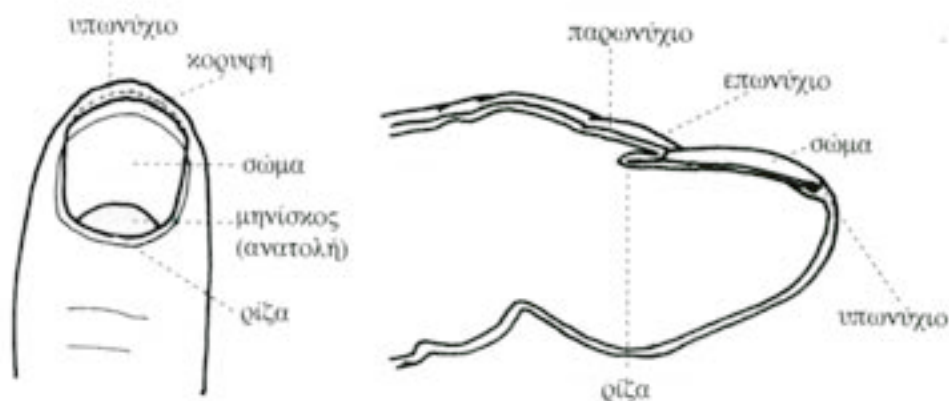
Η πίσω και οι πλάγιες άκρες του εισχωρούν στην **αύλακα** του νυχιού, η μέση περιοχή της οποίας λέγεται “μήτρα του νυχιού”. Επιφανειακά καλύπτεται από μία πτυχή του δέρματος, το **παρωνύχιο**, του οποίου το χείλος καλύπτει το νύχι σαν λεπτός κεράτινος υμένας, το **επωνύχιο**.

Το νύχι αποτελείται από τα εξής τρία μέρη:

α. Τη **ρίζα**. Είναι η λεπτότερη και η μαλακότερη μοίρα του νυχιού. Βρίσκεται κάτω από τη μέση μοίρα του παρωνυχίου. Κάτω από τη ρίζα υπάρχει πάχυνση της βασικής στιβάδας του δέρματος, η “**μήτρα του νυχιού**”, απ’ όπου αναγεννιάται και αυξάνεται το νύχι. Αν, π.χ., από τραυματισμό καταστραφεί αυτό το τμήμα, τότε είναι αδύνατη η ανάπτυξη του νυχιού.

β. Το **σώμα**. Έχει μήκος 1,5 εκ., χρώμα ρόδινο, λόγω των αγγείων που υπάρχουν στο χόριο της κοίτης, και ραβδώσεις στην επιφάνεια. Στον αντίχειρα ή και σε άλλα δάκτυλα παρατηρείται μια λευκή μηνοειδής προεξοχή της ρίζας από το παρωνύχιο που λέγεται **μηνίσκος** ή **ανατολή του νυχιού**.

γ. Την **κορυφή**, το ελεύθερο άκρο του νυχιού. Είναι αυτό που εξέχει, όταν μεγαλώσει, από το υπωνύχιο. Το **υπωνύχιο** είναι παχυμένη κεράτινη στιβάδα του δέρματος.



Εικόνα 1.8: Ανατομία φυσιολογικού νυχιού

Το μήκος του νυχιού αυξάνεται συνεχώς από τα κερατινοποιημένα κύτταρα, τα οποία συγκρατούνται στερεά μεταξύ τους, ακριβώς όπως συμβαίνει στο φλοιό της τρίχας.

Ο ρυθμός αύξησης του νυχιού επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Ενδεικτικά μπορούμε να αναφέρουμε την ηλικία, την εγκυμοσύνη, τον τραυματισμό ή το δάγκωμα των νυχιών, τις εποχές (καλοκαίρι), τα νύχια χεριών-ποδιών. Για παράδειγμα, τα νύχια των χεριών μεγαλώνουν 2-3 φορές γρηγορότερα από τα νύχια των ποδιών· έτσι, μετά την αφαίρεσή τους, τα νύχια των χεριών αναπλάσσονται σε 5-6 μήνες, ενώ των ποδιών σε 12-18 μήνες. Κατά μέσο όρο τα νύχια αναπτύσσονται κατά 0,1 χιλ. την ημέρα.

Τα νύχια είναι απαραίτητα, διότι:

- ✓ προφυλάσσουν τα δάκτυλα από τραυματισμούς
- ✓ συμβάλλουν στην αίσθηση της αφής
- ✓ συμβάλλουν στη σύλληψη λεπτών αντικειμένων, διότι η ράγα του δακτύλου, πιεζόμενη σε όλη την επιφάνειά της, βρίσκει ως αντιστήριγμα το νύχι (σε σχέση με το οστό που είναι κυλινδρικό)
- ✓ το χρώμα των νυχιών βοηθάει στη διάγνωση παθολογικών καταστάσεων (π.χ., το κυανό χρώμα οφείλεται σε έλλειψη οξυγόνου όπως συμβαίνει στην καρδιακή ανεπάρκεια)
- ✓ αποτελούν δείγμα αισθητικής και καλαισθησίας.

1.3.3 Οι Αδένες

Στους αδένες του δέρματος ανήκουν οι **σμηγματογόνοι**, οι **ιδρωτοποιοί**, που διακρίνονται στους **αποκρινείς** και στους **εκκρινείς**, και οι **μαζικοί**.

1. Σμηγματογόνοι Αδένες

Αυτοί ανευρίσκονται σε όλη την επιφάνεια του δέρματος εκτός από τις παλάμες και τα πέλματα. Ο μεγαλύτερος αριθμός τους κατανέμεται στο τριχωτό της κεφαλής, στο πρόσωπο (ιδίως στο μέτωπο και στο πηγούνι), στο άνω μισό του θώρακα, στη ράχη, στους ώμους και στην περινεογεννητική περιοχή.

Αποτελούνται από το αδενικό σώμα και τον εκφορητικό πόρο.

Το **αδενικό σώμα** συνίσταται εξωτερικά από ένα βασικό υμένα και εσωτερικά από αδενικά κύτταρα. Τα κύτταρα αυτά παράγουν λιπαρές ουσίες, οι οποίες

συσσωρεύονται με τη μορφή σταγονιδίων. Όταν τα κύτταρα γεμίσουν σταγονίδια λίπους, τότε σπάζουν, και **όλο** το κύτταρο μεταβάλλεται σε έκκριμα, το **σμήγμα**. Για το λόγο αυτό, οι σμηγματογόνοι αδένες καλούνται **ολοκρινείς**.

Ο **εκφορητικός πόρος**, του οποίου το τοίχωμα αποτελείται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, είναι **κοντός** και **φαρδός** και εκβάλλει στο θύλακα της τρίχας. Εκεί εκκενώνεται το σμήγμα με τη βοήθεια του ορθωτήρα μυός της τρίχας και, έτσι, διαμέσου του τριχικού πόρου του επιθηλιακού θυλάκου φτάνει στην επιφάνεια του δέρματος. Στην περιοχή όμως της θηλής του μαστού και στα μεγάλα χείλη του αιδοίου οι σμηγματογόνοι πόροι εκβάλλουν απευθείας στην επιφάνεια του δέρματος και τότε λέγονται **ελεύθεροι** σμηγματογόνοι αδένες.

Η έκκριση των σμηγματογόνων αδένων αρχίζει μετά την εφηβεία και είναι συνεχής, ενώ κατά την προεφηβική ηλικία οι σμηγματογόνοι αδένες είναι ανενεργοί και αυξάνουν σε μέγεθος. Διαπιστώνονται για πρώτη φορά μεταξύ 13^{ης} και 15^{ης} εβδομάδας στην εμβρυϊκή ζωή όπου το σμήγμα καλύπτει το σώμα του εμβρύου.

Η λειτουργία του αδένος ελέγχεται από τα **ανδρογόνα**. Πηγή των ανδρογόνων στους μεν άνδρες είναι οι όρχεις, στις δε γυναίκες οι ωοθήκες και τα επινεφρίδια.

II. *Ιδρωτοποιοί Αδένες*

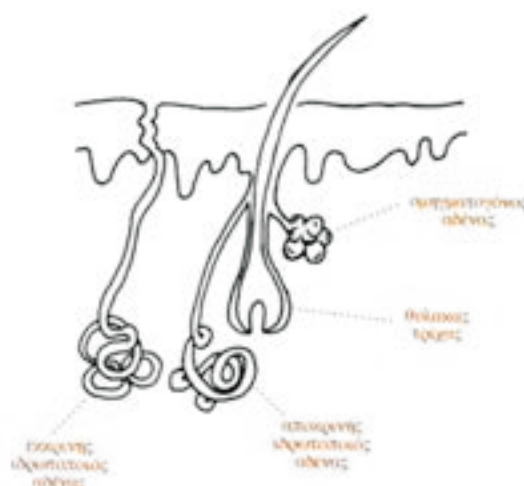
A. *Αποκρινείς Αδένες*

Οι αποκρινείς αδένες αναπτύσσονται και αρχίζουν να λειτουργούν στην εφηβεία. Αποτελούνται από το **σωληνοειδές σπείραμα**, που είναι το **εκκριτικό τμήμα** του αδένος και βρίσκεται στο κάτω μέρος της δικτυωτής στιβάδας του χορίου ή στο υπόδερμα, και τον **εκφορητικό πόρο**. Αυτός εκβάλλει στο θύλακα της τρίχας, πιο πάνω από την εκβολή του πόρου του σμηγματογόνου αδένος.

Οι αδένες αυτοί ανευρίσκονται κυρίως στην περιοχή των μασχαλών, στη θηλή του μαστού, στο εφίβαιο και στη περινεογεννητική περιοχή.

Οι κυψελιδοποιοί αδένες του έξω ακουστικού πόρου, οι αδένες του Montgomery στη θηλή του μαστού και οι αδένες του Moll στα βλέφαρα, θεωρούνται τροποποιημένοι αποκρινείς αδένες. Επίσης, και ο μαζικός αδένος υπάγεται στην κατηγορία αυτή.

Η έκκριση του **ιδρώτα** γίνεται με τη βοήθεια των λείων μυϊκών ινών που αποτελούν την εξωτερική στιβάδα του αδένου. Το **αλκαλικό έκκριμά** τους είναι **στείο** και **άοσμο**, αποκτά όμως ιδιάζουσα οσμή, όταν φτάσει στην επιφάνεια του δέρματος, από τα προϊόντα διάσπασης που δημιουργούνται από τη βακτηριδιακή χλωρίδα του δέρματος. Γι' αυτό το λόγο λέγονται και **οσμηγόνοι**.



Εικόνα 1.9: Αδένες του δέρματος

Β. Εκκρινείς Αδένες

Οι εκκρινείς ιδρωτοποιοί αδένες βρίσκονται σε όλη την επιφάνεια του δέρματος εκτός από το δέρμα των φρυδιών, τα χείλη, την εσωτερική επιφάνεια του πτερυγίου του αυτιού, τη βάλανο του πέους, την εσωτερική επιφάνεια της ακροποσθίας, τα μικρά χείλη και την εσωτερική επιφάνεια των μεγάλων χειλέων του αιδοίου. Οι περιοχές με τη **μεγαλύτερη κατανομή** είναι οι παλάμες, τα πέλματα, το πρόσωπο και ο αυχένας. Βρίσκονται μέσα στο χόριο ή στο υπόδερμα.

Αποτελούνται και αυτοί οι αδένες από δύο μέρη:

α) Το **σπείραμα**, του οποίου η εξωτερική στιβάδα αποτελείται από μυοεπιθηλιακά κύτταρα και η εσωτερική από δύο είδη εκκριτικών κυττάρων, τα **μεγάλα διανυγή κύτταρα** που είναι υπεύθυνα για τις υδατικές αδενικές εκκρίσεις (νερό, NaCl, ουρία, αμμωνία, ουρικό οξύ) και τα μικρότερα **σκοτεινά** κύτταρα που περιέχουν γλυκοπρωτεΐνες.

β) Τον **εκφορητικό πόρο**, ο οποίος περνώντας από το χόριο έχει ένα τμήμα σπειροειδές, ένα τμήμα ευθύ και καταλήγει στην επιφάνεια του δέρματος με ένα σπειροειδές ενδοεπιδερμικό τμήμα.

Τα χοριακά τμήματα του εκφορητικού πόρου σχετίζονται λειτουργικά με την επαναπρόσληψη νατρίου και έτσι τροποποιούν τη σύνθεση του εκκρίματος - **ιδρώτα**- κατά τη δίοδο του μέσα από τον εκφορητικό πόρο. Το έκκριμα είναι *διαυγές και όξινο* και εμποδίζει την ανάπτυξη βακτηριδίων.

III. Μαστικοί Αδένες

Εκτός από τους παραπάνω αδένες, εξειδικευμένα όργανα του δέρματος είναι και οι **μαστικοί αδένες** (ή απλώς **μαστοί**), οι οποίοι παράγουν γάλα.

Οι **μαστοί** στον *άνδρα* δεν αναπτύσσονται, παραμένουν φυσιολογικά στην *παιδική μορφή*. Στην *ώριμη γυναίκα* αποτελούν δύο ημισφαιρικές προεξοχές του δέρματος στο πρόσθιο μέρος του θώρακα.

Ο κάθε **μαστός** περιλαμβάνει:

- Το **μαστικό αδένα**
- Το **περιμαστικό λίπος** και
- Το **δέρμα**

Ο **μαστικός αδένας** αποτελείται από 12-15 *λοβούς*, που έχουν ακτινοειδή διάταξη γύρω από τη θηλή του μαστού. Ο κάθε λοβός αποτελείται από πολλά *λόβια*, από μικρούς εκφορητικούς πόρους και από ένα κοινό εκφορητικό πόρο. Οι *εκφορητικοί πόροι* του αδένα λέγονται *γαλακτοφόροι* πόροι και καταλήγουν στη **θηλή** που είναι μία κωνική προεξοχή του δέρματος στο κέντρο του μαστού.

Το **δέρμα** γύρω από τη θηλή παρουσιάζει μία κυκλική περιοχή που λέγεται **θηλαία άλω**. Η θηλή και η θηλαία άλω έχουν *βαθύτερη* και *ιδιαίτερη χροιά*, που διαφέρει από το υπόλοιπο σώμα μόνο η κορυφή της θηλής δεν έχει χρωστική.

Το **περιμαστικό λίπος** περιβάλλει το **μαστικό αδένα**. Έτσι, η εξωτερική μορφή του μαστού καθορίζεται περισσότερο από το λιπώδη ιστό και λιγότερο από τον αδενικό ιστό.

Ο **μαστός** ως όργανο του δέρματος δεν έχει χόνδρινο ή οστέινο σκελετό. Στο νεανικό μαστό ο συνδετικός ιστός κρατά σταθερή τη μορφή του. Όσο αυξάνεται η ηλικία, χαλαρώνει ο συνδετικός ιστός, και ο μαστός κατεβαίνει χαμηλότερα.

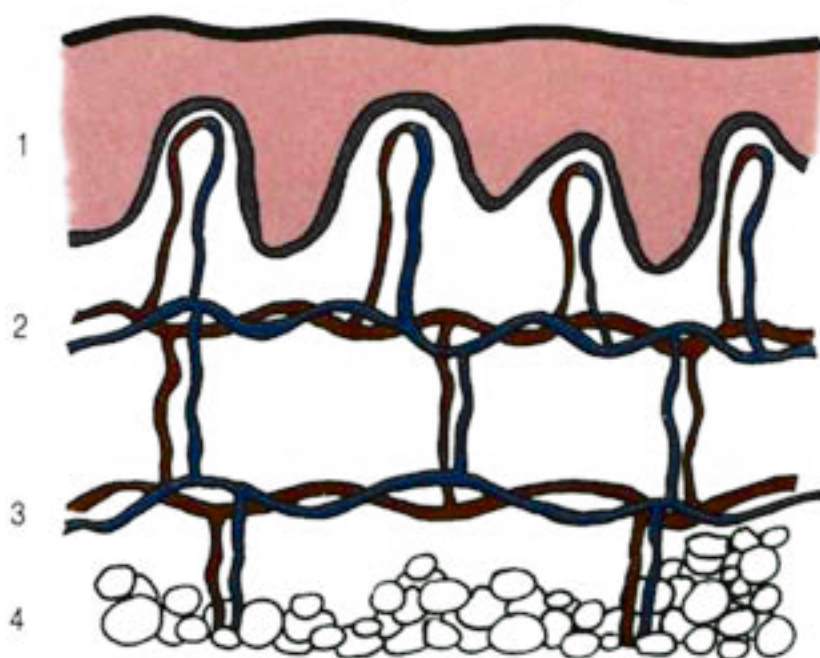
Είναι απαραίτητη η γνώση γύρω από το μαζικό αδένα, γιατί με την επισκόπηση αλλά περισσότερο με την ψηλάφηση, μπορούμε να προλάβουμε δυσάρεστες παθολογικές καταστάσεις όπως ο καρκίνος.

1.4 Αγγείωση του Δέρματος (Αιμάτωση)

Την αγγείωση του δέρματος αποτελούν οι αρτηρίες, οι φλέβες, τα τριχοειδή και τα λεμφαγγεία.

Το δέρμα αιματώνεται πολύ καλά από τα αγγεία του υποδόρματος, τα οποία σχηματίζουν εκτεταμένο αγγειακό δίκτυο. Η επιδερμίδα στερείται αγγείων.

Από τις αρτηρίες που βρίσκονται στο υπόδερμα δημιουργούνται δύο κύρια οριζόντια αγγειακά δίκτυα με ανιόντες και κατιόντες κλάδους.



Εικόνα 1.10: Αγγειακά δίκτυα του δέρματος:

1 Επιδερμίδα, 2 Επιπολής αγγειακό δίκτυο,

3 Εν τος βάθει αγγειακό δίκτυο, 4 Υπόδερμα.

Το *πρώτο* εν τω βάθει **αγγειακό** ή **υποχοριοειδές** δίκτυο βρίσκεται ανάμεσα στο υπόδημα και το χόριο. Από αυτό το δίκτυο ξεκινούν κατιόντα *αρτηρίδια*, τα οποία αιματώνουν τους βολβούς των τριχών, το σπείραμα των ιδρωτοποιών αδένων και τα λιπώδη λόβια του υποδόριου λίπους.

Το *δεύτερο* επιπολής(επιφανειακό) **αγγειακό** ή **υποθηλώδες** δίκτυο βρίσκεται ανάμεσα στη δικτυωτή και στη θηλώδη στιβάδα του χορίου. Δημιουργείται από την αναστόμωση των *ανιόντων αρτηριδίων*, τα οποία αιματώνουν τους σμηγματογόνους αδένες και τους πόρους των ιδρωτοποιών αδένων. Από το υποθηλώδες δίκτυο φέρονται αρτηρίδια μέσα στις *θηλές του χορίου*, τα οποία μεταπίπτουν σε **τριχοειδή αγγεία** σχηματίζοντας αγκύλη. Η κάθε αγκύλη έχει από ένα αρτηριακό και ένα φλεβικό τμήμα. Από το αγγειακό τριχοειδικό αυτό δίκτυο τρέφεται διαμέσου της βασικής μεμβράνης η *επιδερμίδα*.

Οι **φλέβες** του **δέρματος** αρχίζουν από το *τριχοειδές φλεβίδιο* και συνενωμένες προχωρούν παράλληλα προς τις αρτηρίες κατά την αντίθετη όμως φορά. Δημιουργούνται έτσι δύο φλεβικά δίκτυα, το **υποθηλώδες** και το **υποχοριοειδές**, τα οποία απάγουν το φλεβικό αίμα του δέρματος.

Τα **λεμφαγγεία** ξεκινούν από τις θηλές του χορίου ως *λεμφικά τριχοειδή*. Σχηματίζουν στη θηλώδη στιβάδα του χορίου το **υποθηλώδες λεμφικό** δίκτυο με *ευρύτερα* αγγεία, τα **λεμφαγγεία**, τα οποία γίνονται ακόμη *μεγαλύτερα* ακολουθώντας την πορεία των αιμοφόρων αγγείων.

1.5 Νεύρωση του Δέρματος

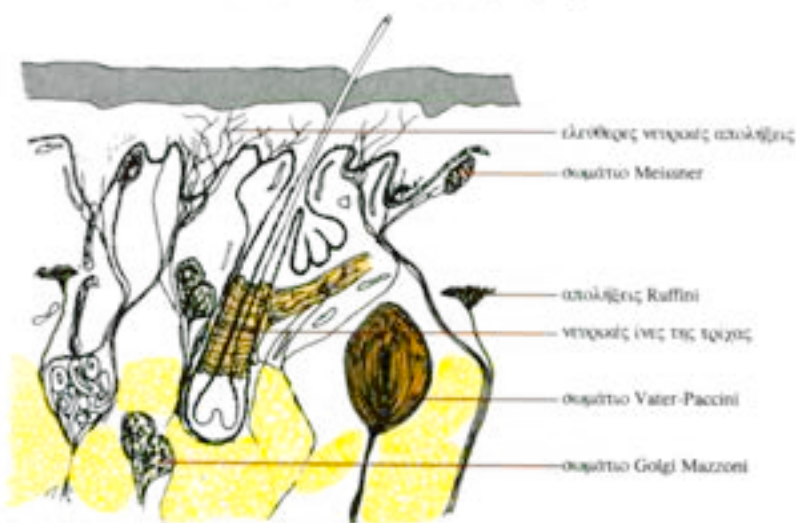
Η *νεύρωση* του δέρματος διαθέτει ένα πλούσιο δίκτυο από *νευρικούς σχηματισμούς* και από *ελεύθερες νευρικές απολήξεις*. Προέρχεται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα και το εγκεφαλονωτιαίο νευρικό σύστημα.

Τα νεύρα του δέρματος που ανήκουν στο *συμπαθητικό* σύστημα είναι **φυγόκεντρα**, δηλαδή μεταφέρουν εντολές από το κεντρικό νευρικό σύστημα (Κ.Ν.Σ.) προς το σώμα, είναι αγγειοκινητικά, διότι νευρώνουν το τοίχωμα των αγγείων του δέρματος, εκκριτικά όσον αφορά τους αδένες και κινητικά ως προς τις λείες μυϊκές ίνες των ορθωτήρων μυών των τριχών.

Τα περισσότερα νεύρα που προέρχονται από το *εγκεφαλονωτιαίο* νευρικό σύστημα είναι **κεντρομόλα**, δηλαδή μεταβιβάζουν ερεθίσματα από το σώμα προς

το Κ.Ν.Σ., είναι αισθητικά και κάνουν το δέρμα το κατ'εξοχήν αισθητήριο όργανο για την αφή, την πίεση, τον πόνο το θερμό και το ψυχρό. Απολήγουν στις διάφορες στιβάδες του δέρματος *ελεύθερα* ή σε ειδικά υποδοκτικά σωματίδια, τους «υποδοχείς».

Οι αισθητικοί υποδοχείς του δέρματος και τα αισθητικά νεύρα διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την κατασκευή και την ευαισθησία στα διάφορα ερεθίσματα. Έτσι έχουμε ελεύθερες νευρικές απολήξεις, νευρικές απολήξεις σε σχέση με τις τρίχες και νευρικές απολήξεις που έχουν μορφή κάψας.



Εικόνα 1.11: Νεύρα του δέρματος

1.5.1 Νεύρα της επιδερμίδας

α. Τα νευρικά ινίδια είναι υπεύθυνα για την αίσθηση του πόνου. Εισχωρούν στη βασική στιβάδα και καταλήγουν στη μαλπιγιανή στιβάδα από τις ελεύθερες νευρικές απολήξεις του χορίου που έχασαν το μυελώδες έλυτρο¹.

β. Τα κύτταρα Merkel εντοπίζονται στη βασική στιβάδα της επιδερμίδας, ειδικά στις ράγες των δακτύλων, στα χείλη και έχουν σχέση με τους τριχικούς θυλάκους. Λειτουργούν ως υποδοχείς αφής.

¹ Οι νευρίτες περιβάλλονται από το έλυτρο Schwann, το μυελώδες και το περινίδιο. Όταν δεν έχουν το μυελώδες έλυτρο, ονομάζονται αμύελες.

1.5.2 Νεύρα του χορίου

Τα νεύρα του χορίου συναντώνται ή σαν ελεύθερες νευρικές απολήξεις υπεύθυνες για την αίσθηση της θερμοκρασίας, του πόνου και του κνησμού ή σαν ειδικώς διαμορφωμένα υποδοκτικά σωματίδια.

α. Τελικό όργανο των τριχών. Περιλαμβάνει την τρίχα και τη νευρική ίνα της βάσης της. Οι τριχικοί θύλακοι διαθέτουν ένα πλούσιο δίκτυο εμμύελων ινών, από τις οποίες άλλες εισέρχονται στην επιδερμίδα και καταλήγουν σε στενή σχέση με τα κύτταρα Merkel στον έξω κολεό της τρίχας ως υποδοχείς αφής και άλλες καταλήγουν ως σταθερές νευρικές απολήξεις στον ινώδη θύλακο της τρίχας. Έτσι, η παραμικρή κίνηση οποιασδήποτε τρίχας του σώματος ερεθίζει τη νευρική ίνα της ρίζας που είναι τυλιγμένη στη βάση της.

β. Σωματίδια Meissner. Είναι υποδοχείς με ειδική ευαισθησία στην *λεπτή αφή*. Ανευρίσκονται στις θηλές του χορίου και είναι πιο πυκνά στην επιφάνεια των παλαμών του χεριού και στην επιφάνεια των πελμάτων του ποδιού, κυρίως στις άκρες των δακτύλων (και ειδικά του δείκτη). Έχουν σχήμα ωοειδές, αποτελούνται από εμμύελες και αμύελες νευρικές ίνες, και όλο το σωματίδιο περιβάλλεται από μια κάψα συνδετικού ιστού.

γ. Σωματίδια Krause. Είναι υποδοχείς του *ψύχους*, βρίσκονται στη θηλώδη στιβάδα του χορίου και ιδιαίτερα στα χείλη και τη γλώσσα. Παρόμοια με τα σωματίδια του Krause αλλά πιο ογκώδη, τα *γεννητικά σωματίδια*, υπάρχουν στα γεννητικά όργανα (κλειτορίδα, βάλανο, ακροποσθία).

δ. Απολήξεις Ruffini. Βρίσκονται στο υπόδερμα των δακτύλων και στο χόριο του δέρματος. Εξυπηρετούν κυρίως την αίσθηση της *θερμότητας*.

1.5.3 Νεύρα υποδόριου ιστού

α. Σωματίδια Vater-Paccini. Βρίσκονται στο υπόδερμα, στις παλάμες, στα πέλματα και γύρω από τη γεννητική περιοχή. Έχουν πεταλοειδή μορφή, περιβάλλονται εξωτερικά από κάψα και διαθέτουν εμμύελες ίνες. Είναι υποδοχείς *πίεσης* και ιδιαίτερα ευαίσθητα στις *δονήσεις*.

β. Σωματίδια Golgi-Mazzoni. Τα συναντούμε στο χόριο και στο υπόδερμα, και είναι υπεύθυνα για την αίσθηση των *ελαφρών πιέσεων*.

Ανακεφαλαίωση

Να θυμάσαι ότι:

- Το δέρμα είναι όργανο που αποτελείται από καλυπτήριο και αδενικό επιθήλιο.
- Στην επιφάνεια του δέρματος παρατηρούμε το άτριχο μέρος, το έντριχο, τους πόρους, τις δερματικές ακρολοφίες, τις αύλακες και τις πτυχές.
- Το χρώμα του δέρματος εξαρτάται από τη μελανίνη, την αιμάτωση του δέρματος και το πάχος της κεράτινης στιβάδας. Το πάχος του διαφέρει από άτομο σε άτομο και εξαρτάται και από άλλους παράγοντες.
- Οι στιβάδες του δέρματος είναι: η επιδερμίδα, το χόριο και το υπόδερμα.
- Η επιδερμίδα περιλαμβάνει τέσσερις στιβάδες: τη βασική (βαθύτερη), την ακανθωτή, την κοκκώδη και την κεράτινη (επιφανειακή). Στις παλάμες και τα πέλματα, ανάμεσα στην κοκκώδη και στην κεράτινη στιβάδα, υπάρχει η διφυής στιβάδα.
- Από τη βασική στιβάδα παράγονται όλα τα κύτταρα της επιδερμίδας με συνεχείς μιτώσεις και ανεβαίνουν προς την επιφάνεια, με σκοπό να σχηματίσουν την κεράτινη στιβάδα. Στη διαδικασία αυτή που διαρκεί 28-30 ημέρες, παρατηρούνται πολλές χημικές και δομικές μεταβολές.
- Η επιδερμίδα έχει τέσσερα είδη κυττάρων:
 1. Τα κερατινοκύτταρα. Είναι τα κύτταρα που το σχήμα τους εξαρτάται από τη στιβάδα στην οποία βρίσκονται. Περιέχουν κοκκία κερατοθαλίνης.
 2. Τα μελανοκύτταρα. Βρίσκονται στη βασική στιβάδα ανάμεσα στα κερατινοκύτταρα και είναι υπεύθυνα για την παραγωγή μελανίνης.
 3. Τα κύτταρα Langerhans. Συμμετέχουν στην άμυνα του οργανισμού.
 4. Τα κύτταρα Merkel. Εξυπηρετούν την αισθητική λειτουργία του δέρματος.

- Το χόριο τρέφει διαμέσου της βασικής μεμβράνης την επιδερμίδα και αποτελεί το στήριγμά της. Διαιρείται στη θηλώδη και στη δικτυωτή στιβάδα, οι οποίες αποτελούνται από συνδετικό ιστό.
- Ο συνδετικός ιστός αποτελείται: α) από τη μεσοκυττάρια ουσία (ίνες, βασική ουσία) και β) από τα κύτταρα.
- Το υπόδερμα συνδέει το χόριο με τα υποκείμενα όργανα και τους ιστούς. Αποτελείται από λιπώδη λόβια γεμάτα με λιπώδη κύτταρα, και το σύνολο τους δημιουργεί το υποδόριο λίπος.
- Τα εξαρτήματα του δέρματος είναι οι τρίχες, τα νύχια και οι αδένες.
- Κάθε τρίχα αποτελείται από το στέλεχος, τη ρίζα, το βολβό, τη θηλή και περιβάλλεται από τον επιθηλιακό και ινώδη θύλακο. Μορφολογικά οι τρίχες διαφέρουν ως προς το μέγεθος, το σχήμα, το χρώμα και την πυκνότητα. Η τρίχα παρουσιάζει κυκλική περίοδο ανάπτυξης και διέρχεται το αναγενές, καταγενές και τελογενές στάδιο.
- Κάθε νύχι αποτελείται από τη ρίζα, τη μήτρα του νυχιού (απ' όπου αναγεννιάται και αυξάνεται), το σώμα και την κορυφή.
- Στους αδένες του δέρματος ανήκουν: α) οι σμηγματογόνοι που εκκρίνουν το σμήγμα, β) οι ιδρωτοποιοί που εκκρίνουν τον ιδρώτα και διαχωρίζονται στους αποκρινείς και εκκρινείς και γ) οι μαζικοί.
- Το δέρμα έχει πλούσια αιμάτωση από ένα εκτεταμένο, αγγειακό δίκτυο που αποτελείται από αρτηρίες, φλέβες, τριχοειδή και λεμφαγγεία. Η επιδερμίδα στερείται αγγείων.
- Η νεύρωση του δέρματος προέρχεται από το αυτόνομο και από το εγκεφαλονωτιαίο νευρικό σύστημα. Τα αισθητικά νεύρα απολήγουν ελεύθερα ή σε ειδικά όργανα, τους υποδοχείς (σωμάτια Meissner, σωμάτια του Krause, απολήξεις Ruffini, σωμάτια Vater-Paccini και Golgi-Mazzoni).

Ερωτήσεις – Ασκήσεις

1. Σε τι διακρίνεται ο επιθηλιακός ιστός;
2. Από τι εξαρτάται και σε τι διαφέρει το χρώμα και το πάχος του δέρματος;
3. Τι ονομάζουμε μεσοθηλαίες ακρολοφίες και τι θηλές;
4. Αντιστοιχίστε τα παρακάτω:

Βασική στιβάδα	♦	♦	Απίρηνα επιτεδωμένα νεκρά κύτταρα
Μαλπιγιανή ή			
ακανθωτή στιβάδα	♦	♦	Κερατοθαλίνη-σωμάτια Odland
Κοκκώδης στιβάδα	♦	♦	Βρίσκεται μόνο στις παλάμες και στα πέλματα
Διανγής στιβάδα	♦	♦	Κύτταρα Langerhans
Κεράτινη στιβάδα	♦	♦	Κερατινοκύτταρα-μελανινοκύτταρα- Κύτταρα Merkel

5. Ποιος ο ρόλος των ινών του συνδετικού ιστού του χορίου;
6. Τι είναι η βασική ή θεμελιακή ουσία;
7. Αντιστοιχίστε τα παρακάτω:

Ινοβλάστες	•	•	Αυξάνονται σε αλλεργικές και αναφυλακτικές αντιδράσεις
Ιστιοκύτταρα	•	•	Αυξάνονται σε παθολογικές καταστάσεις (φλεγμονές)
Σιτευτικά κύτταρα	•	•	Παράγουν αντισώματα
Πλασματοκύτταρα	•	•	Έχουν φαγοκυτταρικές ιδιότητες
Πολυμορφοπύρρηνα Ηωσινόφιλα	•	•	Έχουν στο κυτταρόπλασμα τους κοκκία ηπαρίνης και ισταμίνης
Πολυμορφοπύρρηνα Ουδετερόφιλα	•	•	Παράγουν ίνες και βασική ουσία

8. Τι γνωρίζετε για το υπόδερμα;
9. Ποια είναι τα εξαρτήματα του δέρματος;

10. Ποιο τμήμα της τρίχας λέγεται στέλεχος και ποιο ρίζα;

11. Συμπληρώστε τα κενά:

Μεταξύ χορίου και επιδερμίδας παρεμβάλλεται η _____.

Το χόριο αποτελείται από δύο στιβάδες, τη _____ (επιφανειακό τμήμα) και τη _____ (βαθύτερο τμήμα). Και οι δύο στιβάδες αποτελούνται από _____, ο οποίος απαρτίζεται από

α) τη _____ δηλ. ίνες _____, _____, _____ και _____ ουσία

β) τα _____ του συνδετικού ιστού.

12. Να συμπληρώσετε τα κενά των προτάσεων επιλέγοντας τις παρακάτω λέξεις:

Επιθηλιακό, σκληρή, βολβό, περιτρίχιο, κεραμιδωτής, θηλή, κεράτινων, φλοιός, μαλακή, μελανίνη, μυελός, ινώδης.

Ο θύλακος της τρίχας αποτελείται από το _____, τη _____, τον _____ και _____ θύλακο.

Το _____ περιβάλλει την τρίχα, έχει _____ επιφάνεια λόγω της _____ διάταξης των _____ φολίδων.

Ο _____ περιβάλλεται από το περιτρίχιο. Από τα κύτταρά του παράγεται η _____ που χρωματίζει την τρίχα.

Ο _____ είναι το εσωτερικό μέρος της τρίχας και αποτελείται από _____ κερατίνη.

13. Πώς ταξινομούνται οι τρίχες ανάλογα με το μέγεθος τους;

14. Τι γνωρίζετε για το πρωτογενές, το δευτερογενές και το τριτογενές τρίχωμα;

15. Ποιοι είναι οι τύποι των τριχών ανάλογα με το σχήμα τους;

16. Πού οφείλεται το χρώμα της τρίχας; Πότε έχουμε γκριζό, άσπρο, ξανθό, ερυθρωπό και σκούρο χρώμα;

17. Από τι εξαρτάται η πυκνότητα των τριχών;

18. Περιγράψτε τα τρία στάδια του κύκλου ανάπτυξης της τρίχας.

19. Ποια είναι η χρησιμότητα των νυχιών;

20. Αναφέρατε ονομαστικά τους αδένες του δέρματος.

21. Σημειώστε το γράμμα Σ(σωστό) ή το γράμμα Λ(λάθος) δίπλα από κάθε πρόταση:
-Οι σμηγματογόνοι αδένες λέγονται ολοκρινείς, διότι δεν μεταβάλλεται όλο το κύτταρο σε έκκριμα (σμήγμα).
 -Η εκκένωση του σμήγματος γίνεται με τη βοήθεια του ορθωτήρα μυός.
 -Ο εκφορητικός πόρος του σμηγματογόνου αδένου εκβάλλει στον επιθηλιακό θύλακο.
 -Οι σμηγματογόνοι αδένες βρίσκονται σε όλο το δέρμα εκτός από τις παλάμες και τα πέλματα.
22. Ποιες είναι οι διαφορές των αποκρινών από τους εκκρινείς ιδρωτοποιούς αδένες;
23. Πού βρίσκονται οι μαστοί και τι περιλαμβάνει ο κάθε μαστός;
24. Η επιδερμίδα στερείται αγγείων. Πώς αιματώνεται;
25. Ποια οριζόντια αγγειακά δίκτυα δημιουργούνται για την αιμάτωση του δέρματος και πού βρίσκονται;
26. Πώς γίνεται η νευρώση του δέρματος;
27. Αντιστοιχίστε τα παρακάτω:

Νευρικά Ινίδια	•	• Υποδοχείς πίεσης
Κύτταρα Merkel	•	• Αίσθηση του πόνου
Σωμάτια Meissner	•	• Υποδοχείς λεπτής αφής
Σωμάτια Krause	•	• Αίσθηση της θερμότητας
Σωμάτια Vater-Paccini	•	• Υποδοχείς ελαφρών πιέσεων
Σωμάτια Golgi-Mazzoni	•	• Υποδοχείς αφής
Απολήξεις Ruffini	•	• Υποδοχείς ψύχους

Δραστηριότητες

1. Αποτυπώστε τα δακτυλικά σας αποτυπώματα σε ένα φύλλο χαρτιού. Αφού τα παρατηρήσετε, εντοπίστε τις μεταξύ τους διαφορές.
2. Παρατηρήστε με ένα μεγεθυντικό φακό το δέρμα στη ράχη του χεριού σας και σχολιάστε στην τάξη αυτά που είδατε.
3. Έχοντας ως οδηγό την εικόνα του βιβλίου παρατηρήστε το νύχι σας και εντοπίστε τα ανατομικά στοιχεία του.
4. Σχηματίστε ένα ανθρώπινο σώμα και σημειώστε τα σημεία που εμφανίζουν εντονότερη τριχοφυΐα.

2.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Αντικειμενικοί Σκοποί

Μετά τη μελέτη και την επεξεργασία των εννοιών του δευτέρου κεφαλαίου οι μαθητές / μαθήτριες θα είναι σε θέση:

- Να αναφέρουν τις φυσιολογικές λειτουργίες του δέρματος και να αιτιολογούν τη σπουδαιότητα τους για την υγεία του ανθρώπινου οργανισμού.
- Να αναγνωρίζουν τις απορροφητικές ικανότητες του δέρματος.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

2.1 Γενικά

Η φυσιολογία του δέρματος εξετάζει τις λειτουργίες του δέρματος.

Το δέρμα είναι το όργανο που καλύπτει το σώμα, όμως επιτελεί και πολλές, άλλες σημαντικές λειτουργίες.

Θα δούμε αναλυτικότερα τις λειτουργίες του δέρματος.

2.2 Κάλυψη και προστασία από περιβαλλοντικούς παράγοντες

Το δέρμα **καλύπτει** το σώμα, αλλά αποτελεί και **φραγμό**, δηλαδή ασπίδα προστασίας από εξωτερικούς παράγοντες (την ηλιακή ακτινοβολία, βλαβερές ουσίες, μικροοργανισμούς). Η λειτουργία αυτή επιτελείται :

- α) **μηχανικά**, κυρίως από την κεράτινη στιβάδα, της επιδερμίδας και
- β) με το **αμυντικό (ανοσοποιητικό) σύστημα**.

Μηχανική προστασία από την **ηλιακή ακτινοβολία** παρέχουν τα **κεράτινα πετάλια** της κεράτινης στιβάδας και η μελανίνη με την μορφή **μελανοσωμάτων**. Τα μελανοσωμάτια είναι κοκκία που παράγονται στα μελανοκυττάρια και μεταφέρονται με τους δενδρίτες των μελανοκυττάρων στα γειτονικά τους κερατινοκύτταρα. Εκεί τα μελανοσωμάτια παίζουν τον ρόλο «ομπρέλας» τοποθετημένα πάνω από τους πυρήνες των κερατινοκυττάρων. Έτσι εμποδίζουν την υπεριώδη ηλιακή ακτινοβολία να εισχωρήσει βαθύτερα .

Η προστασία από **βλαβερές ουσίες και μικροοργανισμούς** επιτυγχάνεται χάρη στην **ακεραιότητα ή συνέχεια του δέρματος** και χάρη στο **επιφανειακό «φύλμ»** από σμήγμα, ιδρώτα και κατάλοιπα κυττάρων που αποβάλλονται. Ο ιδρώτας χάρη στην **όξινη** αντίδρασή του **παρεμποδίζει** την ανάπτυξη μικροβίων. Το σμήγμα έχει, πιθανόν, δράση κατά των μυκήτων.

Εάν υπάρξει κάποια **λύση της συνέχειας του δέρματος**, δηλαδή **σχίσσιμο**, τότε κινητοποιούνται οι **αμυντικές (ανοσοποιητικές) λειτουργίες**, ώστε να επανορθώσουν το σχίσσιμο, να «κλείσουν » αυτή την **πύλη εισόδου** σε ανεπιθύμητες ουσίες και σε μικροοργανισμούς και να τους καταστρέψουν.

2.3 Αποταμίευση λίπους

Το λίπος είναι αποθήκη ενέργειας. Σε περιόδους ασιτίας, όταν δηλαδή δεν υπάρχει τροφή, μετατρέπεται σε υδατάνθρακες που αποτελούν το απαραίτητο ενεργειακό «καύσιμο» για τον οργανισμό.

2.4 Αποφυγή της αφυδάτωσης και διατήρηση του νερού

Διασφαλίζεται κυρίως από την κεράτινη στιβάδα. Η σημασία αυτής της λειτουργίας γίνεται φανερή ιδιαίτερα σε καταστάσεις, όπου λόγω καταστροφής της επιδερμίδας [π.χ. τοξική, επιδερμидική νεκρόλυση] παρατηρείται μαζική απώλεια υγρών από το δέρμα και διαταραχές νερού και ηλεκτρολυτών.

Θερμορρύθμιση

Επιτελείται στο χόριο από τα **αγγεία** του χορίου που **αυξομειώνουν την αιματική ροή** και από τους εκκρινείς, **ιδρωτοποιούς αδένες** που παράγουν τον **ιδρώτα**.

Έτσι, όταν το εξωτερικό περιβάλλον είναι θερμό, τα αγγεία του δέρματος **διαστέλλονται (αγγειοδιαστολή)**, ώστε να φθάσει περισσότερο αίμα που μεταφέρει θερμότητα, στην επιφάνεια του σώματος, και αυτή η θερμότητα να αποβληθεί στο περιβάλλον. Επίσης στη ζέστη οι ιδρωτοποιοί αδένες του δέρματος **εκκρίνουν** στην επιφάνεια του δέρματος τον ιδρώτα που, καθώς **εξατμίζεται**, αποβάλλει και θερμότητα. Αντιθέτως, όταν κάνει κρύο, ελαττώνεται η έκκριση του ιδρώτα και τα αγγεία του δέρματος **συστέλλονται (αγγειοσυστολή)**, στενεύουν, για να φθάσει λιγότερο αίμα στην επιφάνεια του σώματος, και να εξοικονομηθεί θερμότητα.

Θερμομόνωση

Εξασφαλίζει το στρώμα του υποδορίου λίπους που δρα ως μονωτικό υλικό.

2.5 Συμμετοχή στον θηλασμό

Ο μαζικός αδένας, που παράγει το γάλα, βρίσκεται **κάτω** από το δέρμα. Όμως το δέρμα έχει ειδικά διαμορφωμένη περιοχή, την **θηλαία** άλω και την **θηλή** του μαστού, από την οποία το βρέφος **θηλάζει** το γάλα.

2.6 Λειτουργία αισθητηρίου οργάνου

Το δέρμα είναι **αισθητήριο όργανο** που εξυπηρετεί τις αισθήσεις της **αφής, της πίεσης, της ηδονής, του θερμού, του ψυχρού και του πόνου**. Τα σχετικά ερεθίσματα γίνονται αντιληπτά χάρη σε *ελεύθερες νευρικές απολήξεις* (άκρες νευρών του δέρματος) και σε *αισθητικούς υποδοχείς* μέσα στο δέρμα, μικροσκοπικά ειδικά όργανα που βρίσκονται σε συνέχεια με τα νεύρα του δέρματος. Γύρω από τους θυλάκους των τριχών υπάρχουν επίσης αισθητήρια νεύρα.

Το δέρμα ως αισθητήριο όργανο διεγείρεται από ένα ερέθισμα, το οποίο μεταφέρεται με τις νευρικές απολήξεις που ξεκινούν απ' αυτό μέσω αισθητικών νευρικών κέντρων στο φλοιό του εγκεφάλου, όπου γίνεται και η επεξεργασία του. Έτσι ξεκινούν αντανακλαστικές κινήσεις προσέγγισης του ερεθίσματος, εάν αυτό είναι ωφέλιμο, ή αποφυγής του, εάν αυτό είναι βλαβερό, και εξασφαλίζεται η προστασία από τραυματισμούς, εγκαύματα, κτλ. Επίσης με την αφή εξυπηρετούνται **ανώτερες λειτουργίες, όπως η επικοινωνία, η διάκριση της ποικιλότητας και της ποιότητας των ερεθισμάτων** κτλ.

Για παράδειγμα:

- Το βρέφος χάρη στην αίσθηση της *αφής* νιώθει την προστατευτική παρουσία και την φροντίδα της μητέρας του.

Πώς πλησιάζουμε την φωτιά αποφεύγοντας το έγκαυμα ;

- Πλησιάζουμε το χέρι μας, για να το ζεστάνουμε: διεγείρονται οι *υποδοχείς του θερμού* και ειδοποιούν ότι το χέρι μας βρίσκεται κοντά σε μια πηγή θερμότητας. Αν ο χρόνος θέρμανσης είναι υπερβολικός ή η απόσταση θέρμανσης πολύ κοντινή, ενεργοποιούνται οι *υποδοχείς του πόνου*, ώστε αντανακλαστικά να κάνουμε μια κίνηση απομάκρυνσης και να τραβήξουμε το χέρι μας.
- Σε νόσους όπως η λέπρα, όπου καταστρέφονται τα νεύρα του δέρματος, δεν γίνονται αντιληπτά τα βλαβερά εξωτερικά ερεθίσματα, οπότε συμβαίνουν τραυματισμοί και εγκαύματα.

2.7 Μεταβολική Λειτουργία – Απορρόφηση - Έκκριση

Η μεταβολική λειτουργία του δέρματος είναι η **απορρόφηση** και η **έκκριση** ουσιών.

Το δέρμα μεταβολίζει υδατάνθρακες, λίπη, λευκώματα, βιταμίνες και ένζυμα.

Έχει **απορροφητική ικανότητα** και απορροφά νερό και ουσίες, όπως φάρμακα, βιταμίνες, κτλ.

Εκκρίνει σμήγμα από τους σμηγματογόνους αδένες και **ιδρώτα** από τους ιδρωτοποιούς αδένες. Το σμήγμα πιθανόν έχει δράση **προστατευτική** και **αντιμυκητιασική**. Ο ιδρώτας συμμετέχει στη **θερμορρύθμιση** και στην **αποβολή άχρηστων** για τον οργανισμό ουσιών (ουρίας, αμμωνίας κτλ.). Επίσης, χάρη στην όξινη σύστασή του παρεμποδίζει την ανάπτυξη μικροβίων.

2.8 Ειδικές Λειτουργίες

Ειδικές λειτουργίες του δέρματος είναι η **κερατινοποίηση** και η **μελανινογένεση**.

2.8.1 Κερατινοποίηση

Κερατινοποίηση καλείται το σύνολο των δομικών και χημικών μεταβολών των κερατινοκυττάρων, καθώς αυτά προωθούνται από την βασική στιβάδα και καταλήγουν σαν αποπλατυσμένα και απύρρινα πετάλια στην κεράτινη στιβάδα. Η κερατινοποίηση ελέγχεται εν μέρει από το επίπεδο βιταμίνης Α στο σώμα. Στα νύχια παράγεται σκληρή κερατίνη, ενώ στο δέρμα μαλακή κερατίνη. Η κερατίνη δρα σαν προστατευτικό κέλυφος.

2.8.2 Μελανινογένεση

Μελανινογένεση είναι η παραγωγή της πρωτεϊνης μελανίνης από το αμινοξύ τυροσίνη. Συντελείται στα μελανιν κύτταρα της βασικής στιβάδας.

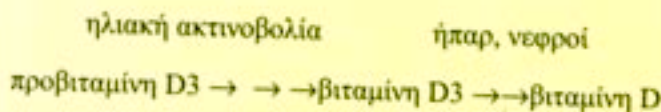
Η μελανίνη προστατεύει από τις ακτινοβολίες και, ιδίως, από την υπεριώδη ακτινοβολία.

2.9 Παραγωγή βιταμίνης D3

Στο δέρμα παράγεται η βιταμίνη D3 με την βοήθεια της ηλιακής ακτινοβολίας. Η παραγωγή της είναι το πρώτο βιοχημικό στάδιο σχηματισμού σε άλλα όργανα της σημαντικής για τα οστά βιταμίνης D.

Αρκεί μία δεκάλεπτη ημερήσια έκθεση στον ήλιο μιας μικρής επιφάνειας του δέρματος, όπως, για παράδειγμα, του προσώπου ή των χεριών και των βραχιόνων.

Σχηματικά, στο δέρμα λαμβάνει χώρα η παρακάτω αντίδραση:



Η βιταμίνη D3 στην συνέχεια φεύγει από το δέρμα και μετά από επεξεργασία σε άλλα όργανα (ήπαρ και νεφρούς) μετατρέπεται στην **δραστική μορφή της βιταμίνης D** που είναι απαραίτητη για την απορρόφηση του ασβεστίου από τον εντερικό σωλήνα, καθώς και για τον γενικότερο μεταβολισμό του ασβεστίου. Παιδιά που μεγαλώνουν σε σκοτεινά μέρη χωρίς ήλιο, επειδή διαταράσσεται η παραπάνω βιοχημική αντίδραση στο δέρμα, αποκτούν μια ανωμαλία του σκελετού, που λέγεται *ραχίτιδα*.

2.10 Αμυντική (ανοσοποιητική) λειτουργία

Όταν φθάσει στο δέρμα μία ξένη προς τον οργανισμό ουσία (*αντιγόνο*), το δέρμα επιστρατεύει την *αμυντική του στρατιά* από *κύτταρα* και *ουσίες*, για να καταστρέψει το αντιγόνο αυτό.

Το δέρμα έχει αμυντικά κύτταρα *εγκατεστημένα* σ' αυτό, τα **αντιγονοπαρουσιαστικά κύτταρα του Langerhans**, αλλά *φιλοξενεί*, όταν υπάρχει ανάγκη άμυνας, και άλλα ανοσοποιητικά κύτταρα, όπως τα **λεμφοκύτταρα**. Τα κύτταρα του **Langerhans** έχουν πολλές προσεκβολές, τους δενδρίτες, και μοιάζουν κάπως με τους θαλάσσιους αστερίες. Πιάνουν με τους δενδρίτες τους ένα **αντιγόνο** που φθάγει στο δέρμα και το *επεξεργάζονται*, ώστε να το *παρουσιάσουν* με κατάλληλη μορφή στα κύρια αμυντικά κύτταρα, τα **T-λεμφοκύτταρα**.

Τα Τ-λεμφοκύτταρα φθάνουν στο δέρμα μέσα από τα αιμοφόρα αγγεία του. Είναι λιγότερα σε φυσιολογικές συνθήκες γίνονται όμως περισσότερα, όταν υπάρχει εξωτερική «απειλή», δηλαδή αντιγόνα. Μαζί με τα **μακροφάγα κύτταρα**, τα οποία με τη διαδικασία της φαγοκυττάρωσης κατατρώγουν τους ξένους εισβολείς, και τα **μαστοκύτταρα** αποτελούν έναν ειδικό στρατό άμυνας, όπου το κάθε κύτταρο έχει τον δικό του εξειδικευμένο ρόλο και χάρη και στην παραγωγή ειδικών αμυντικών ουσιών, **των κυτοκινών (ή κυτταροκινών)** που είναι τα όπλα, στοχεύουν στην απομάκρυνση της απειλής.

Ανακεφαλαίωση

Να θυμάσαι ότι:

- Το δέρμα καλύπτει το σώμα και λειτουργεί **προστατευτικά**.
- Επίσης **αποταμιεύει** λίπος και νερό.
- **Εκκρίνει** ιδρώτα και σμήγμα.
- **Ρυθμίζει** την **θερμοκρασία** του σώματος.
- Φέρει τις **θηλές των μαστών** απ' όπου **θηλάζει** το νεογνό το γάλα.
- Είναι **αισθητήριο όργανο** και **αμυντικό όργανο**.
- **Συμμετέχει** στα πρώτα στάδια **παραγωγής της βιταμίνης D**.

Ερωτήσεις

1. Ποιες είναι οι λειτουργίες του δέρματος ;
2. Τι γνωρίζετε για την φυσική προστασία από την ηλιακή ακτινοβολία;
3. Τι γνωρίζετε για την ρύθμιση της θερμοκρασίας από το δέρμα;
4. Τι γνωρίζετε για την αμυντική λειτουργία του δέρματος ;

Δραστηριότητα

Μια μέλισσα τσιμπά το δέρμα. Γράψτε με τη σειρά ποιες λειτουργίες του δέρματος μπαίνουν σε εφαρμογή, δεδομένου ότι η μέλισσα με το κεντρί της χύνει και το δηλητήριό της.

3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΒΙΟΧΗΜΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Αντικειμενικοί Σκοποί

Μετά τη μελέτη και την επεξεργασία των ενοτήτων του τρίτου κεφαλαίου οι μαθητές / μαθήτριες θα είναι σε θέση:

- Να διακρίνουν τις βασικές ουσίες που παράγονται από το δέρμα.
- Να απαριθμούν τις ουσίες που αποτελούν τα κύρια δομικά στοιχεία του δέρματος.

ΒΙΟΧΗΜΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

3.1 Γενικά

Το δέρμα περιέχει νερό, υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, λιπίδια, μέταλλα και ιχνοστοιχεία, βιταμίνες και ηλεκτρολύτες.

3.2 Επιδερμίδα

Η επιδερμίδα περιέχει:

- **Νερό.**

Αποτελεί περίπου το 60% του βάρους του δέρματος, το 70-75% του βάρους της βασικής στιβάδας, ενώ λιγοστεύει, όσο προχωρούμε προς την επιφάνεια, όπου αποτελεί το 10-15% του βάρους της κεράτινης στιβάδας.

- **Υδατάνθρακες**

Αποτελούνται από γλυκόζη και γλυκογόνο για την παροχή ενέργειας στα κύτταρα, επίσης από ουδέτερα σάκχαρα, συνδεδεμένα με λιπίδια και πρωτεΐνες στην κεράτινη στιβάδα.

- **Κερατίνες**

Είναι πρωτεΐνες που προσδίδουν στερεότητα και συνοχή. Στην επιδερμίδα αποτελούν το 80% της κυτταρικής μάζας της κεράτινης στιβάδας και το 30% της κυτταρικής μάζας των κυττάρων της βασικής στιβάδας. Διακρίνονται σε διάφορους τύπους (από 1 έως 30). Στην επιδερμίδα ανευρίσκονται 10 διαφορετικοί τύποι, που είναι το δομικό υλικό των *τονοϊνιδίων*, δηλαδή του κυτταρικού σκελετού των κερατινοκυττάρων.

Στο δέρμα υπάρχει **μαλακή** κερατίνη, που μόνη της απολεπίζεται και αποπίπτει (πέφτει). Στα νύχια και στα μαλλιά υπάρχει σκληρή κερατίνη, που χρειάζεται κόψημο, δεν πέφτει μόνη της.

- **Λιπίδια των κερατινοκυττάρων**

Είναι βασικά συστατικά των μεμβρανών των κυττάρων. Μεταξύ αυτών, στην ανώτερη κεράτινη στιβάδα, κυριαρχούν τα **κεραμίδια** και η **χοληστερόλη**.

- **Κερατοϋαλίνη**

Βρίσκεται με την μορφή κοκκίων στα κερατινοκύτταρα της κοκκώδους

στιβάδας της επιδερμίδας και αποτελείται από διάφορες πρωτεΐνες. Από αυτήν προκύπτει η κερατίνη .

- **Μελανίνη**

Βρίσκεται με την μορφή κοκκίων μέσα στα μελανοκύτταρα για τον ρόλο της βλ. φυσιολογία του δέρματος.

- **Λιπίδια στα μεσοκυττάρια διαστήματα της κοκκώδους στιβάδας**

Εκκρίνονται από τα κοκκώδη κύτταρα και προσδίδουν συνοχή.

- **Αυξητικούς παράγοντες**

Αυτοί είναι μόρια που ρυθμίζουν την αύξηση και τον πολλαπλασιασμό των επιδερμικών κυττάρων. Παράγονται είτε από τα ίδια τα κερατινοκύτταρα είτε από άλλα κύτταρα του οργανισμού.

3.3 Χόριο

Το χόριο περιέχει:

- **Κολλαγόνο** συστατικό των *κολλαγόνων ινών*. Είναι πρωτεΐνη που εξασφαλίζει την **σταθερότητα** του δέρματος. Αποτελεί το 70-80% της μάζας του χορίου. Διακρίνεται σε 10 τύπους.(I, II κτλ.).Στο θηλώδες χόριο κυριαρχεί το κολλαγόνο τύπου I και στο δικτυωτό χόριο το κολλαγόνο τύπου III.
- **Ελαστίνη** το συστατικό των *ελαστικών ινών*. Είναι πρωτεΐνη που προσδίδει **ελαστικότητα**. Αποτελεί το 1-3% της μάζας του χορίου.
- **Πρωτεογλυκάνες** πρόκειται κυρίως για **υαλουρονικό οξύ**. Είναι το συστατικό της *άμορφης θεμέλιας ουσίας* του χορίου. Ο ρόλος του είναι η διατήρηση του νερού.

3.3.1 Βιοχημική δομή του χορίου

Υπενθυμίζουμε εδώ την βιοχημική δομή του χορίου.

Στο χόριο υπάρχουν **κύτταρα** και **ίνες**. Τα *αυτόχθονα* (ντόπια) κύτταρα του χορίου είναι οι **ινοβλάστες** που παράγουν **ίνες κολλαγόνες, ελαστικές και δικτυωτές**.

Οι κυριότερες είναι οι δύο πρώτες. Οι *κολλαγόνες ίνες* αποτελούνται από **κολλαγόνο** και διατάσσονται σε δεσμίδες σχεδόν οριζόντιες. Ανάμεσά τους, σκόρπιες, βρίσκονται οι *ελαστικές ίνες*, που αποτελούνται από **ελαστίνη**. Οι

δικτυωτές αποτελούνται από προκολλαγόνο (λέγεται και δικτύνη). Γύρω από τις ίνες υπάρχει η άμορφη, θεμέλια ουσία, που αποτελείται από **προτεογλυκάνες**.

3.3.2 Ηλεκτρολύτες, μέταλλα, βιταμίνες

Διάφορα **ιόντα** υπάρχουν στο δέρμα, όπως **ασβέστιο, κάλιο, νάτριο, χλώριο**, που έχουν σχέση με την περιεκτικότητα σε νερό και με την λειτουργία των μυϊκών ινών στα αγγεία του δέρματος αλλά και **μέταλλα**, όπως ο σίδηρος, ο ψευδάργυρος, ο χαλκός, που η παρουσία τους είναι απαραίτητη στις διάφορες χημικές αντιδράσεις, και **βιταμίνες**, όπως η προβιταμίνη Α, που αποθηκεύεται στο υποδόριο λίπος. Όλα αυτά εξασφαλίζουν φυσιολογική σύσταση στο δέρμα.

3.3.3 Ένζυμα

Τα ένζυμα είναι ειδικές πρωτεΐνες που η παρουσία τους είναι απαραίτητη για να πραγματοποιηθούν σημαντικές βιοχημικές αντιδράσεις. Το δέρμα περιέχει πολλά ένζυμα. Ένα παράδειγμα είναι το ένζυμο **τυροσινάση**, απαραίτητο για την παραγωγή της μελανίνης από το αμινοξύ τυροσίνη μέσα στα μελανοκύτταρα.

3.3.4 Ιδρώτας

Είναι το έκκριμα των ιδρωτοποιών αδένων του δέρματος. Πρόκειται για λεπτόρρευστο υγρό, αποτελούμενο από 95-99% νερό, από μέταλλα και ηλεκτρολύτες, από ουρία, αμμωνία, χοληστερόλη, λιπαρά οξέα, κ.ά.

3.3.5 Σμήγμα

Αποτελείται από διάφορα είδη λιπιδίων.

Παράγεται κατά την εφηβεία, και αργότερα, από τους σμηματογόνους αδένες του δέρματος και εκκρίνεται στον τριχικό θύλακο, από όπου φθάνει στην επιφάνεια του δέρματος.

Πολλά από τα παραπάνω δομικά συστατικά του φυσιολογικού δέρματος περιέχονται σε θεραπευτικές ή καλλυντικές εφαρμογές, ώστε να βοηθούν στην αποκατάσταση του δέρματος, όταν αυτό διαταράσσεται. Έτσι, υπάρχουν κρέμες που περιέχουν **κεραμίδια, λιπίδια, κολλαγόνο**. Επίσης, για την εξάλειψη των ρυτίδων του δέρματος γίνονται μικροενέσεις κολλαγόνου ή υαλουρονικού οξέος, κτλ.

Ανακεφαλαίωση

Να θυμάσαι ότι:

- Το δέρμα περιέχει νερό, πρωτεΐνες με δομικό ρόλο και με εξειδικευμένες λειτουργίες, πρωτεογλυκάνες, λιπίδια, μέταλλα, ηλεκτρολύτες και βιταμίνες.
- Εκκρίνει τον ιδρώτα, υδαρές έκκριμα με το οποίο αποβάλλει άχρηστες ουσίες και θερμότητα, και το σμήγμα, κυρίως αποτελούμενο από λιπίδια.

Ερωτήσεις

1. Τι περιέχει το δέρμα ;
2. Τι γνωρίζετε για τις κερατίνες;
3. Τι γνωρίζετε για το κολλαγόνο;
4. Τι είναι η ελαστίνη και σε τι χρειάζεται;
5. Τι περιέχει ο ιδρώτας και τι το σμήγμα;
6. Τι είναι τα κεραμίδια;

4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Αντικειμενικοί Σκοποί

Μετά τη μελέτη και την επεξεργασία των ενοτήτων του τετάρτου κεφαλαίου οι μαθητές / μαθήτριες θα είναι σε θέση:

- Να αναφέρουν τις στοιχειώδεις, πρωτογενείς και δευτερογενείς βλάβες του δέρματος και να διακρίνουν τα βασικά γνωρίσματα αυτών.

Να περιγράψουν την κλινική εικόνα των κυριότερων βλαβών.

ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

4.1 Γενικά

Οι μορφολογικές αλλοιώσεις που παρουσιάζονται στην επιφάνεια του δέρματος κατά την πορεία διαφόρων δερματοπαθειών ονομάζονται **στοιχειώδεις βλάβες**. Η ακριβής περιγραφή των στοιχειωδών αυτών βλαβών του δέρματος αποτελεί απαραίτητο στοιχείο για τη διάγνωση μιας δερματικής νόσου. Διαιρούνται σε **πρωτογενείς** και **δευτερογενείς**.

4.2 Πρωτογενείς Στοιχειώδεις Βλάβες

Είναι οι στοιχειώδεις βλάβες που εκδηλώνονται αρχικά στο υγιές δέρμα.

1. Κηλίδα

Κηλίδα είναι κάθε περιγεγραμμένη επίπεδη μεταβολή του φυσιολογικού χρώματος του δέρματος, χωρίς το δέρμα να αλλάζει ως προς τη σύσταση, το πάχος και την ανάγλυφη κατασκευή του.

Οι κηλίδες διακρίνονται σε:

α. **Υπεραιμικές**, οι οποίες οφείλονται σε *προσωρινή διαστολή* των μικρών αγγείων του επιπολής δέρματος είτε με ενεργητική υπεραιμία (ροδόανθη, ερύθημα) είτε με παθητική, δηλαδή φλεβική στάση (κυάνωση).

Είναι συνήθως φλεγμονώδους αιτιολογίας με χρώμα ροζ ή κόκκινο και, αν τις πιέσουμε με το δάκτυλο, εξαφανίζονται προσωρινά.

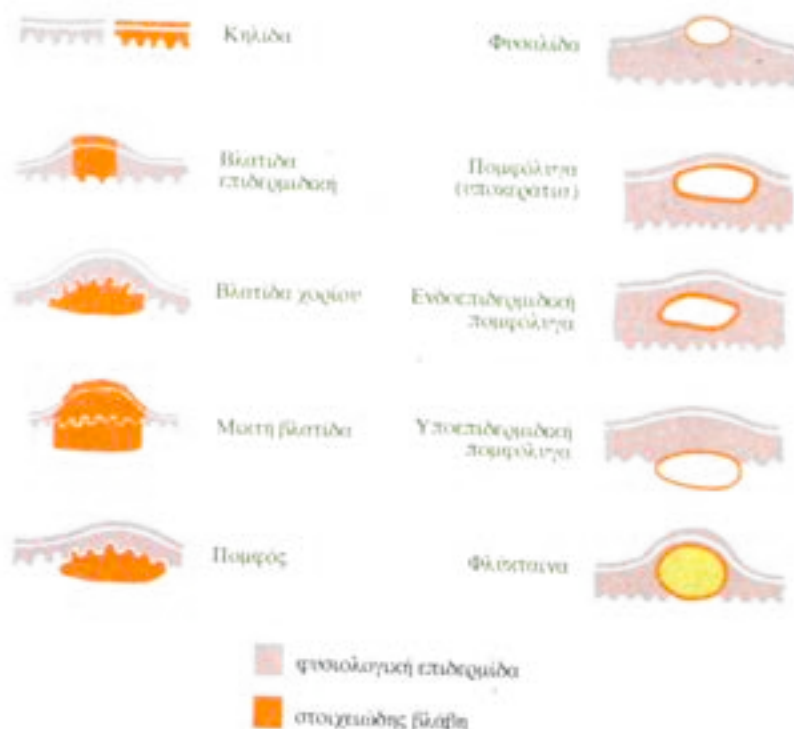
β. **Αγγειακές**, οι οποίες οφείλονται σε *μόνιμη διαστολή*, σε υπερπλασία ή σε σχηματισμό νέων αγγείων του δέρματος (αιμαγγειώματα -ευρυαγγείες).

Το χρώμα τους είναι ροζ έως βαθύ κόκκινο και, αν τις πιέσουμε με το δάκτυλο, εξαφανίζονται τελείως ή μόνο μερικώς.

Διακρίνονται σε συγγενείς(αγγειακός σπίλος) και επίκτητες (ευρυαγγείες).

γ. **Λιματικές**, οι οποίες οφείλονται σε *εξαγγείωση*, δηλαδή έξοδο αίματος από τα αγγεία μέσα στο δέρμα (πετέχειες-εκχυμώσεις) λόγω ρήξης των αγγείων ή αλλοίωσης του τοιχώματός τους από παθολογικές καταστάσεις. Το χρώμα των κηλίδων μεταβάλλεται, διότι οξειδώνεται η αιμοσφαιρίνη και από κόκκινο που

είναι στην αρχή μετατρέπεται διαδοχικά σε ιώδες, πράσινο και τέλος κίτρινο, μέχρι να εξαφανιστούν εντελώς μετά από λίγες εβδομάδες ή μήνες. Αν τις πιέσουμε με το δάκτυλο δεν εξαφανίζονται.



Εικόνα 4.1: Προσγογγείς στοιχειώδεις βλάβες

δ. **Δυσχρωματικές**, οι οποίες οφείλονται σε *μεταβολή* ή *εναπόθεση* χρωστικής, όπως:

- **Αχρωμικές**, οι οποίες έχουν χρώμα λευκό ή υπόλευκο και οφείλονται σε ελάττωση ή εξαφάνιση τοπικά της μελανίνης (λεύκη, λευκοί σπύλοι, παρασιτική αχρωμία).
- **Μελαγχρωματικές**, οι οποίες οφείλονται σε αύξηση τοπικά της μελανίνης (εφηλίδες, χλόασμα).
- **Εναπόθεση χρωστικής εκτός της μελανίνης**, η οποία οφείλεται ή σε τεχνητή (στιξίσεις, δηλαδή τατουάζ) ή σε παθολογική κατάσταση (αιμοσιδήρωση, ίκτερος), σε εναπόθεση μετάλλων (αργυρίαση κτλ.).



Εικόνα 4.2: Μελαγχρωματικές κηλίδες



Εικόνα 4.3: Πομφός

2. Βλατίδα

Είναι περιγεγραμμένο, στερεό έπαρμα της επιδερμίδας, σκληρής σύστασης, μικρού μεγέθους και διαμέτρου μέχρι ενός εκατοστού. Αν το μέγεθος είναι μεγαλύτερο του ενός εκατοστού, χαρακτηρίζεται ως **πλάκα** (επίπεδη συνήθως επιφάνεια-ψωρίαση).

Από ιστολογικής πλευράς η βλατίδα διακρίνεται σε:

Επιδερμική, κατά την οποία υφίσταται υπερπλασία των στιβάδων της επιδερμίδας (μυρμηκίες).

Δερματική, κατά την οποία διογκώνεται το χόριο λόγω κυτταρικής διήθησης (βλατίδες δευτερογόνου σύφιλης).

Μικτή, κατά την οποία υπάρχει υπερπλασία της επιδερμίδας και κυτταρική διήθηση του χορίου (βλατίδες ομαλού λειχήνα).

3. Πομφός

Είναι μορφή βλατίδας, κατά την οποία παρατηρείται υπεραιμία και οίδημα της επιπολής στιβάδας του χορίου. Ο πομφός είναι λευκός ή ρόδινος, ποικίλλει σε μέγεθος και σχήμα, συνοδεύεται πάντα από κνησμό και μπορεί να διαρκεί από μερικά λεπτά έως μερικές ημέρες (π.χ. κνίδωση και κνιδωτική αγγειίτιδα).

4. Φύμα

Είναι περιγεγραμμένο σκληρό ή μαλακό μόρφωμα του χορίου, διαφόρου μεγέθους, το οποίο γίνεται αισθητό κατά την ψηλάφηση, εξελίσσεται με βραδύ ρυθμό και με την υποχώρησή του αφήνει πάντα ουλή (σύφιλη τρίτου σταδίου, λέπρα, φυματίωση).

5. Οζίδιο

Είναι περιγεγραμμένη, σκληρής σύστασης, ευπίεστη ψηλαφητή μάζα στο χόριο ή στο υποδόριο λίπος, διαμέτρου μικρότερης από ένα εκατοστό, η οποία εξελίσσεται από το βάθος προς την επιφάνεια και μπορεί να δημιουργήσει υπέρταση του δέρματος, δηλαδή το δέρμα να ανασηκωθεί (π.χ. οζώδες ερύθημα). Είναι δύσκολη η διάκρισή του από το φύμα που εδράζεται στο χόριο (ιστολογική διαφορά). Όταν η διάμετρος είναι μεγαλύτερη από ένα εκατοστό, τότε πρόκειται για όγκο.

6. Όγκος

Είναι μεγάλου μεγέθους οζίδιο, εντοπισμένο και ψηλαφητό, διαφορετικού μεγέθους, σχήματος και σύστασης, που έχει την τάση να μεγαλώνει. Είναι καλοήθης ή κακοήθης και, ανάλογα από τον ιστό που προέρχεται, παίρνει το όνομα του (ίνωμα, θήλωμα, επιθηλίωμα, σάρκωμα).

7. Κομμίωμα

Είναι περιγεγραμμένος στρογγυλός σχηματισμός, διαφορετικού μεγέθους, στο υπόδερμα, που εξελίσσεται σε τέσσερα στάδια:

- του σχηματισμού (διήθησης) ή σκλήρυνσης
- της μαλάκυνσης
- της έλκωσης (νέκρωσης)
- της επούλωσης ή αποκατάστασης

Μετά τη θεραπεία αφήνει πάντα ουλή (σύφιλη τρίτου σταδίου, φυματίωση, χρόνιες πυοδερματίτιδες)

8. Φυσαλίδα

Είναι μικρό στρογγυλό έπαρμα (ανύψωση) της επιδερμίδας με διάμετρο μικρότερη του ενός εκατοστού και κοιλότητα που περιέχει ορώδες ή αιματηρό υγρό (έρπης-έκζεμα).

9. Πομφόλυγα.

Είναι φυσαλίδα μεγαλύτερη από ένα εκατοστό.

Ανάλογα με την ιστολογική της δομή, η **φυσαλίδα ή η πομφόλυγα**, διακρίνεται σε:

υποκεράτια, δηλαδή σχηματίζεται κοιλότητα κάτω από την κεράτινη στιβάδα (δυσιδρωσικό έκζεμα, πομφολυγώδες μολυσματικό κηρίο).

ενδοεπιδερμική, δηλαδή σχηματίζεται κοιλότητα μέσα στις στιβάδες της επιδερμίδας (έρπης απλός, πέμφιγα)

υποεπιδερμική, δηλαδή σχηματίζεται κοιλότητα στο όριο της βασικής μεμβράνης, έτσι ώστε ολόκληρη η επιδερμίδα να αποτελεί την οροφή της φυσαλίδας ή της πομφόλυγας (ερπητοειδής δερματίτιδα, πεμφιγοειδές)

10. Φλύκταινα.

Είναι φυσαλίδα ή πομφόλυγα, διαφόρου μεγέθους, που περιέχει πυώδες υγρό και περιβάλλεται από ερυθματώδη άλω (πυοδερματίτιδα).

Ιστολογικά διακρίνεται σε:

- **επιδερμική**, δεν αφήνει ουλή (μολυσματικό κηρίο)
- **δερματική**, αφήνει ουλή (θυλακίτιδα)

11. Κύστη.

Είναι κοιλότητα που περιβάλλεται από μεμβράνη (σκληρή ή μη) και περιέχει υγρό ή σμήγμα. Στη ψηλάφησή της συνήθως κλυδάζει (κουνιέται).



Εικόνα 4.4: Φυσαλίδα



Εικόνα 4.5: Πομφόλυγα



Εικόνα 4.6: Φλύκταινα

4.3 Δευτερογενείς Στοιχειώδεις Βλάβες

Είναι οι στοιχειώδεις βλάβες που δημιουργούνται κατά την εξέλιξη των πρωτογενών βλαβών.

Στις βλάβες αυτές περιλαμβάνονται:

1. Δρυφάδα (εκδορά).

Είναι γραμμοειδής, επιφανειακή ή βαθύτερη λύση της συνέχειας του δέρματος, που οφείλεται σε τραυματισμό ή ξεσμό.

2. Διάβρωση.

Είναι η απώλεια των στιβάδων της επιδερμίδας εκτός της βασικής στιβάδας, που οφείλεται σε κάποια νόσο ή μηχανική αιτία και δεν αφήνει ουλή.

3. Έλκωση.

Είναι η καταστροφή των στιβάδων της επιδερμίδας, που φτάνει μέχρι το χόριο και αφήνει πάντα ουλή, επειδή καταστρέφεται η βασική στιβάδα. Στην έλκωση διακρίνουμε βάση, πυθμένα και χείλη.

4. Ραγάδα.

Είναι βαθιά, γραμμοειδής λύση της συνέχειας του δέρματος, που φτάνει μέχρι το χόριο. Εντοπίζεται στα όρια δέρματος και βλεννογόνου (στόμα-πρωκτός), στις παλάμες και τα πέλματα (φτέρνες), στις θηλές των μαστών και συνοδεύεται από έντονο πόνο.



Εικόνα 4.7: Ραγάδα

5. Εφελκίδα.

Είναι μάζα (κρούστα) που δημιουργείται από την αποξήρανση εξιδρώματος λόγω της πήξης των λευκοκυττάρων υγρών, όταν συμβεί λύση της συνέχειας του δέρματος.

Αποτελείται από ινική, ερυθρά και λευκά αιμοσφαίρια, σμήγμα, πύο, νεκρά κύτταρα, μικρόβια κ.ά. Το χρώμα της είναι: α) κιτρινωπό, όταν το αποξηραμένο υγρό είναι ορώδες, β) κιτρινόφαιο, όταν είναι πυώδες, γ) φαιό ή μαύρο, όταν είναι αιμορραγικό.



Εικόνα 4.8: Δευτερογενείς στοιχειώδεις βλάβες.

6. Διειρηνοποίηση.

Είναι πάχυνση του δέρματος με αυξημένη τη φυσιολογική γράμμωση, την απολέπιση και τη μελάγχρωση.

7. Λέπια.

Είναι κεράτινα πετάλια της επιδερμίδας, που σχηματίζονται από κύτταρα που κερατινοποιήθηκαν ή υπέστησαν παρακεράτωση. Άλλοτε είναι κολλημένα στην επιφάνεια του δέρματος στερεά, όπως σε ορισμένες δερματοπάθειες (ερυθηματώδης λύκος) και άλλοτε αποσπώνται εύκολα (ψωρίαση). Έχουν διαφορετικό χρώμα σε κάθε δερματοπάθεια (ψωρίαση αργυρόχροα, ερυθηματώδης λύκος γκρίζα, ποικιλόχρους πιτυρίαση καφέ).

8. Ατροφία.

Σε αυτή το δέρμα λεπταίνει, γίνεται μαλθακό, διπλώνει εύκολα, και οι πτυχές εξαλείφονται, διότι μειώνεται το πάχος και ο αριθμός των στιβάδων του. Μπορεί να είναι επιδερμική, χοριακή ή υποδόρια.

Η ατροφία οφείλεται σε χρόνιες φλεγμονώδεις νόσους (ερυθηματώδης λύκος) ή ιδιοπαθείς (σκληροδερμία).

9. Ουλή.

Είναι νεοσχηματισμένος, συνδετικός ιστός, χωρίς ελαστικές ίνες, που αντικαθιστά τα κατεστραμμένα ή αλλοιωμένα, μέχρι το βάθος, στρώματα του δέρματος. Η επιφάνειά της είναι λεία με χρώμα ρόδινο, που γίνεται αργότερα λευκό, καλύπτεται από δέρμα λεπτό, δεν δημιουργεί πλέον πτυχές και στερείται αδένων και τριχών.

Η ουλή μπορεί να είναι επίπεδη, υπερυψωμένη, εμβυθισμένη.



Εικόνα 4.9: Ουλή

4.4 Εξάνθημα

Εξάνθημα λέγεται το σύνολο των στοιχειωδών βλαβών που εμφανίζονται στο δέρμα κατά τη διαδρομή των διαφόρων ασθενειών.

Η εμφάνιση του εξανθήματος εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη φύση της πάθησης ή από την πηγή ερεθισμού που το προκαλεί.

Το εξάνθημα μπορεί να είναι οξύ ή χρόνιο. Μερικά εξανθήματα είναι τόσο προσωρινά που εξαφανίζονται μέσα σε λίγες ώρες.

Ένα εξάνθημα μπορεί να αποτελείται από ένα είδος βλάβης ή από πολλά είδη ταυτόχρονα, όπως για παράδειγμα η ανεμευλογιά που έχει βλατίδες, φυσαλίδες, φλύκταινες και εφελκίδες την ίδια χρονική στιγμή.

Ειδικότερα, όταν οι βλάβες εντοπίζονται στους βλεννογόνους, τότε το εξάνθημα λέγεται **ενάνθημα**.

Ανακεφαλαίωση

Να θυμάσαι ότι:

- Οι στοιχειώδεις βλάβες είναι μορφολογικές αλλοιώσεις στην επιφάνεια του δέρματος και διακρίνονται σε πρωτογενείς και δευτερογενείς.
- Οι πρωτογενείς βλάβες είναι:
 - Η κηλίδα, η βλατίδα, ο πομφός, το φύμα, το οζίδιο, ο όγκος, το κομμώμα, η φυσαλίδα, η πομφόλυγα, η φλύκταινα και η κύστη.
- Οι δευτερογενείς βλάβες είναι:
 - Η δρυφάδα, η διάβρωση, η έλκωση, η ραγάδα, η εφελκίδα η λειχηνοποίηση, τα λέπια, η ατροφία και η ουλή.
- Το εξάνθημα αποτελείται από ένα ή πολλά είδη βλάβης συγχρόνως.

Ερωτήσεις - Ασκήσεις

1. Τι ονομάζουμε στοιχειώδεις βλάβες του δέρματος και πώς διακρίνονται;
2. Τι είναι κηλίδα;
3. Να συμπληρώσετε τις σωστές λέξεις στα κενά των παρακάτω προτάσεων:
Η φυσαλίδα είναι μικρό _____ της επιδερμίδας μικρότερη _____ και κοιλότητα που περιέχει _____.
Η πομφόλυγα είναι φυσαλίδα _____ από 1 cm.
Η φλύκταινα είναι φυσαλίδα ή πομφόλυγα με _____ υγρό.
Η κύστη είναι _____, περιβάλλεται από _____ και περιέχει _____ ή _____.
4. Τι καλείται βλατίδα και ποια η διαφορά της από την πλάκα;
5. Ο πομφός είναι μορφή βλατίδας. Ποια τα χαρακτηριστικά του;

6. Να αντιστοιχίσετε τα είδη των κηλίδων της στήλης **A** με τις προτάσεις της στήλης **B**.

A	B
1. Κηλίδες υπεραιμικές	• • Μόνιμη αγγειοδιαστολή- υπερπλασία - σχηματισμός νέων αγγείων
2. Κηλίδες αγγειακές	• • Εξαγγείωση λόγω ρήξης των αγγείων ή αλλοίωση του τοιχώματος
3. Κηλίδες αιματικές	• • Μεταβολή ή εναπόθεση χρωστικής
4. Κηλίδες δυσχρωματικές	• • Προσωρινή αγγειοδιαστολή
5. Κηλίδες αχρωμικές	• • Τατουάζ- αιμοσιδήρωση- αργυρίαση
6. Κηλίδες μελαγχρωματικές	• • Μείωση ή εξαφάνιση τοπικά της μελανίνης
7. Κηλίδες από εναπόθεση χρωστικής εκτός της μελανίνης	• • Αύξηση τοπικά της μελανίνης

7. Βάλτε Σ(σωστό) ή Λ(λάθος) μπροστά από κάθε πρόταση:

.....Το φύμα είναι σκληρό ή μαλακό μόρφωμα του χορίου, διαφόρου μεγέθους, αισθητό κατά την ψηλάφηση που εξελίσσεται με βραδύ ρυθμό.

.....Το οζίδιο είναι ψηλαφητή μάζα στο χόριο με διάμετρο μεγαλύτερη από 1 cm.

..... Ο όγκος είναι μεγάλου μεγέθους οζίδιο που δεν μεγαλώνει.

.....Το κομμώμα είναι περιγεγραμμένος στρογγυλός σχηματισμός διαφορετικού μεγέθους στον υποδόριο ιστό, που εξελίσσεται σε τέσσερα στάδια.

8. Πώς διαιρείται η φυσαλίδα από ιστολογικής πλευράς;

9. Τι είναι οι δευτερογενείς στοιχειώδεις βλάβες;

10. Αντιστοιχίστε τα παρακάτω:

Δρυφάδα	• • Γραμμοειδής λύση της συνέχειας του δέρματος, που φτάνει μέχρι το χόριο
Διάβρωση	• • Γραμμοειδής επιφανειακή λύση της συνέχειας του δέρματος
Έλκος	• • Καταστροφή των στιβάδων της επιδερμίδας εκτός της βασικής.
Ραγάδα	• • Μάζα (κρούστα) από την πήξη των λευκοματικών υγρών, όταν συμβεί λύση της συνέχειας του δέρματος
Εφελκίδα	• • Καταστροφή όλων των στιβάδων της επιδερμίδας

11. Συμπληρώστε τα κενά:

Τα _____ είναι κεράτινα πετάλια της επιδερμίδας, που σχηματίζονται από κύτταρα που _____ ή υπέστησαν παρακεράτωση.

Στην ατροφία μειώνεται το _____ και ο αριθμός των _____ του δέρματος.

12. Τι διαφορά έχει η ουλή από το φυσιολογικό δέρμα;

13. Δώστε τον ορισμό του εξανθήματος.

Δραστηριότητες

Χωριστείτε σε δύο ομάδες, η μία να αναλάβει τις πρωτογενείς και η άλλη τις δευτερογενείς στοιχειώδεις βλάβες. Βρείτε φωτογραφίες ή απεικονίστε τις βλάβες και να τις παρουσιάσετε στην τάξη.

5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ

Αντικειμενικοί Σκοποί

Μετά τη μελέτη και την επεξεργασία των ενοτήτων του πέμπτου κεφαλαίου οι μαθητές / μαθήτριες θα είναι σε θέση:

- Να αναγνωρίζουν τα βασικά σημεία των μολυσματικών δερματοπαθειών, να υποπτεύονται την ύπαρξη τους και να παραπέμπουν σε ειδικό.
- Να εντοπίζουν τις δερματικές εκδηλώσεις του AIDS, να κατανοούν και να περιγράφουν τους τρόπους προφύλαξης.

ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ

5.1 Ιογενείς Δερματοπάθειες

Οι ιοί είναι πάρα πολύ μικροί οργανισμοί, αόρατοι με το κοινό μικροσκόπιο και ορατοί μόνο με το ηλεκτρονικό. Αναπτύσσονται και πολλαπλασιάζονται μέσα σε ζωντανά κύτταρα. Οι ιοί είναι ευαίσθητοι σε διάφορα αντισηπτικά, στη θερμότητα, στην ιονίζουσα ακτινοβολία, ενώ στο ψύχος είναι αρκετά ανθεκτικοί. Επίσης δεν επηρεάζονται από τα αντιβιοτικά ή τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

5.1.1 Έρπης απλός

Είναι δερματοπάθεια που υποτροπιάζει (εμφανίζεται σε τακτά χρονικά διαστήματα). Το εξάνθημα του αποτελείται από ερυθρότητα και από μικρές φυσαλίδες και εμφανίζεται σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος (χειλή, μάγουλα, γεννητικά όργανα κ.α.).



Εικόνα 5.1: Έρπης Προσώπου

*Ευγενική προσφορά
του δερματολόγου
Γ. Κοντοχριστόπουλου*

Ι. Κλινική Εικόνα

Στην περιοχή όπου πρόκειται να εμφανιστεί ο έρπης, ο ασθενής αισθάνεται ελαφρό κνησμό (φαγούρα) και κάψιμο. Μετά από λίγες ώρες εμφανίζεται το εξάνθημα, το οποίο χαρακτηρίζεται από ερυθρότητα και από μικρές φυσαλίδες με ορώδες υγρό, που μπορεί στη συνέχεια να γίνει θολό. Σε λίγες ημέρες οι φυσαλίδες σπάζουν ή ξηραίνονται και στο σημείο εκείνο του δέρματος δημιουργούνται εφελκίδες. Μέσα σε μία εβδομάδα έως 10 ημέρες, το εξάνθημα θεραπεύεται από μόνο του.

Ο ιός του έρπητα προσβάλλει όλα τα άτομα, σε όλες τις ηλικίες. Ο ιός παραμένει σε λανθάνουσα κατάσταση μέσα στα γάγγλια ή στους βλεννογόνους και εμφανίζεται ξανά, όταν εξασθενεί η άμυνα του οργανισμού, όπως, για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια διαφόρων ιώσεων, σε καταστάσεις άγχους, κατά την έμμηνο ροή της γυναίκας, μετά από παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο κ.ά.

II. Κλινικές μορφές

Έρπης δέρματος. Στο δέρμα οι εκλεκτικές εντοπίσεις του έρπητα εκδηλώνονται στο πρόσωπο και στο σώμα. Στο πρόσωπο οι βλάβες εντοπίζονται κυρίως γύρω από τα χείλη. Όταν ο έρπης εντοπίζεται γύρω από τα χείλη, ονομάζεται **έρπης επιχειλίου** και συνοδεύει πολλές φορές λοιμώδεις νόσους, όπως την πνευμονία, την γρίπη κ.ά.

Έρπης οφθαλμών. Σοβαρής πρόγνωσης είναι ο έρπης στους οφθαλμούς, ο οποίος προκαλεί επιπεφυκίτιδα και κερατίτιδα που μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση.

Έρπης υποτροπιάζων. Ονομάζεται η κλινική μορφή του έρπητα κατά την οποία, μετά την πρωτομόλυνση, ο έρπης υποτροπιάζει κατά μικρά ή μεγάλα διαστήματα, όπως ο καταμήνιος υποτροπιάζων έρπης που υποτροπιάζει πριν, κατά τη διάρκεια, ή μετά την εμμηνόρροια της γυναίκας.



Εικόνα 5.2: Επιχειλίου έρπης

Ευγενική προσφορά του δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου

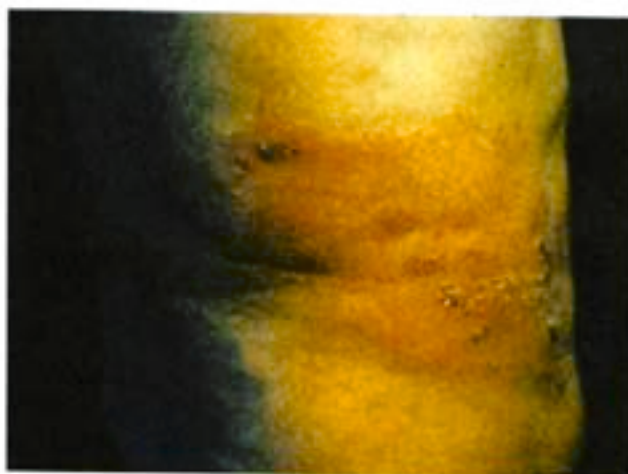
Έρπης γεννητικών οργάνων. Και εδώ, όπως και στις άλλες μορφές, έχουμε την εμφάνιση φυσαλίδων. Στον άνδρα οι βλάβες εμφανίζονται στην πόσθη, στην ακροποσθία και στη βάλανο, ενώ στη γυναίκα στο αιδοίο, στον κόλπο και στον τράχηλο της μήτρας. Στη γυναίκα όμως υπάρχει κίνδυνος κατά τη διάρκεια του τοκετού, , εφόσον νοσεί την εποχή εκείνη, να προσβληθεί το νεογνό από έρπη με βαρύτερη πρόγνωση για αυτό.

III. Θεραπεία

Επιτίξεις με καθαρό οινόπνευμα 90ο ή ιωδιούχο οινόπνευμα. Για την θεραπεία του υποτροπιάζοντα έρπη χορηγείται βιταμίνη C, ιστατικές αλοιφές και σε σοβαρότερες περιπτώσεις, ιστατικά φάρμακα από το στόμα.

5.1.2 Έρπης ζωστήρας.

Ο έρπης ζωστήρας είναι ερυθματοφυσαλιδώδης δερματοπάθεια και οφείλεται στον ιό Herpes Virus Varicellae.



Εικόνα 5.3: Έρπης ζωστήρας

Ευγενική προσφορά του
δερματολόγου Κ. Πουσσολίδη

I. Κλινική εικόνα

Ο χρόνος επώασης φθάνει σε 7-18 ημέρες. Έχουμε γενικά φαινόμενα κακοδιαθεσίας, πυρετού και μερικές φορές ανορεξίας. Πολλές φορές έχουμε την έναρξη της νόσου με αίσθημα καύσου ή κνησμού στην περιοχή που πρόκειται να εμφανισθεί το εξάνθημα. Μετά από 4-5 μέρες εμφανίζεται το εξάνθημα, το οποίο αποτελείται από μια ή περισσότερες ερυθματώδεις πλάκες. Οι πλάκες έχουν

σχήμα στρογγυλό ή ωοειδές, είναι η μια δίπλα στην άλλη και κατά μήκος ενός αισθητικού νεύρου σχηματίζοντας ζώνη (ζωστήροειδώς). Ανάλογα με την εντόπιση του εξανθήματος διακρίνουμε το ζωστήρα του τριδύμου, τον τραχηλικό, το θωρακοβραχιόνιο και μεσοπλευρίο, τον οσφυοϊερό, το μηριαίο, το βραχιόνιο κτλ. Οι βλάβες είναι δυνατόν να εμφανιστούν και στους βλεννογόνους της περιοχής που έχει προσβληθεί (στόμα, μάτια, κτλ.). Επάνω στις πλάκες εμφανίζονται φυσαλίδες σε ομάδες και σε μέγεθος που κυμαίνεται από κεφαλή καρφίτσας μέχρι φακής. Περιέχουν διαυγές υγρό, το οποίο θολώνεται.

Τις επόμενες μέρες και επί μια εβδομάδα είναι δυνατόν το εξάνθημα να επεκταθεί με την εμφάνιση νέων πλακών και νέων φυσαλίδων. Τα σύστοιχα λεμφογάγγλια είναι διογκωμένα.

Λίγες μέρες μετά την εμφάνισή τους οι φυσαλίδες συρρικνώνονται και αποξηραίνονται και στη συνέχεια εμφανίζονται εφελκίδες, οι οποίες πέφτουν και στη θέση τους παρουσιάζονται ερυθριματώδεις κηλίδες. Σε πολλές περιπτώσεις οι εκδηλώσεις του έρπητα ζωστήρα διαρκούν 2-3 εβδομάδες, ενώ στις σοβαρότερες πολύ περισσότερο. Ο ασθενής έχει πόνους οι οποίοι συνήθως προηγούνται του εξανθήματος αλλά και στην διάρκεια αυτού.

Στην περιοχή του εξανθήματος παρατηρούμε εκτός από τον πόνο και το κάψιμο και άλλες διαταραχές, όπως υπαισθησία ή υπεραίσθησία του δέρματος, ελάττωση των αντανάκλαστικών, μυϊκές ατροφίες και σε σοβαρότερες περιπτώσεις πάρεση ή και παράλυση των νεύρων και ιδιαίτερα του προσωπικού ή του οφθαλμικού νεύρου.

Οι διαταραχές αποκαθίστανται με την πάροδο του χρόνου.

II. Κλινικές μορφές

♦ Αιμορραγικός ζωστήρας.

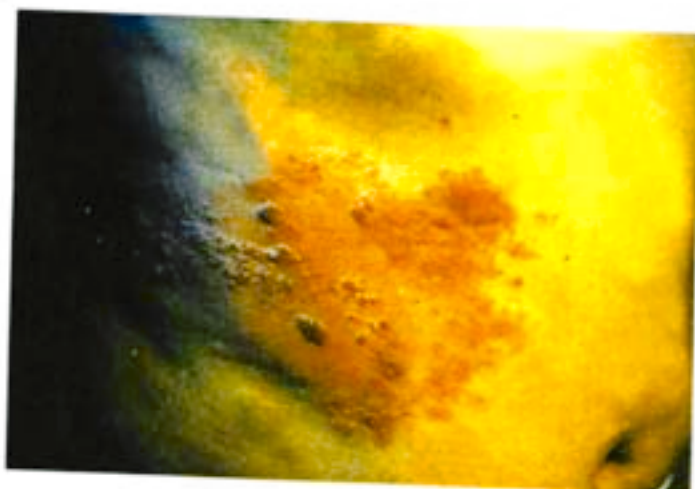
Οι πλάκες παρουσιάζουν αιμορραγικές βλάβες και οι φυσαλίδες περιέχουν αιμορραγικό υγρό. Παρατηρείται κυρίως σε άτομα που πάσχουν από νόσους του αίματος.

♦ Γαγγραινώδης ζωστήρας.

Παρουσιάζει νεκρωτικές αλλοιώσεις και εμφανίζεται κυρίως σε καχεκτικά και υπερήλικα άτομα ή σε άτομα που πάσχουν από κακοήθεις νόσους.

♦ Οφθαλμικός ζωστήρας

Θεωρείται η σοβαρότερη μορφή του ζωστήρα. Σε αυτόν το εξάνθημα καταλαμβάνει την περιοχή του οφθαλμικού νεύρου. Σε πολλές περιπτώσεις προσβάλλεται ο οφθαλμός και παρουσιάζει επιτεφυκίτιδα (με ερυθρότητα, οίδημα, δακρύρροια, φωτοφοβία), κερατίτιδα, ιριδοκυκλίτιδα και ατροφία της θηλής του οπτικού νεύρου.



Εικόνα 5.4: Έρπης ζωστήρας μεσοπλευρίας

Ειγενική προσφορά του δερματολόγου Κ. Πουσουλάδη

♦ Γενικευμένος ζωστήρας

Παρουσιάζει γενικευμένο εξάνθημα, του οποίου οι βλάβες είναι όμοιες με τις ανεμοβλογιάς.

III. Θεραπεία

Τοπικές επαλείψεις με αντισηπτικά διαλύματα και επίταση με αδρανείς σκόνες. Οι πόνοι αντιμετωπίζονται με αναλγητικά (ασπιρίνη, παρακεταμόλη). Χορηγούνται, επίσης, από το στόμα ιστατικά φάρμακα.

5.1.3 Ανεμευλογιά (Ανεμοβλογιά)

Είναι εξανθηματική λοιμώδης νόσος και οφείλεται στον ιό Herpes Virus Varicellae. Προσβάλλει κυρίως την παιδική ηλικία αλλά και τους ενήλικες.

I. Κλινική εικόνα

Μετά από χρόνο επώασης 10-21 ημέρες έχουμε γενικά φαινόμενα αδιαθεσίας, ανορεξίας και πυρετική κίνηση γύρω στους 38°C.

Το εξάνθημα εμφανίζεται στο τριχωτό της κεφαλής, στο σώμα, στο πρόσωπο και στα άκρα και παρουσιάζει κνησμό.



Εικόνα 5.5: Αντιμοβλογιά σε πρόσωπο εφήβου



Εικόνα 5.6: Αντιμοβλογιά στο σώμα εφήβου

*Ευγενική προσφορά του
δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου*

Αποτελείται από ερυθματώδεις κηλίδες, χρώματος ρόδινου ή κόκκινου, που έχουν μέγεθος όσο περίπου η φακή. Επάνω στις κηλίδες σχηματίζονται φυσαλίδες γεμάτες με ορώδες υγρό, οι οποίες παρουσιάζουν την χαρακτηριστική εμφάνιση της «ομφαλωτής φυσαλίδας». Στην συνέχεια το εξάνθημα εξελίσσεται σε εφελκίδες, οι οποίες πέφτουν και αφήνουν τη θέση τους σε κηλίδες που έχουν χρώμα ρόδινο.

II. Πρόγνωση

Η πρόγνωση είναι καλή, εκτός από σπάνιες περιπτώσεις όπου ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει επιπλοκές, όπως βρογχοπνευμονία, θρομβοπενική πορφύρα και μηνιγγοεγκεφαλίτιδα.

III. Θεραπεία

Η θεραπεία είναι συμπτωματική για τον πυρετό. Τοπικά δίδονται πούδρες και αντισηπτικά διαλύματα, καθώς και αντισταμινικά για τον κνησμό.



Εικόνα 5.5: Μολυσματική τέρμινθος κορμού

Ειρηνική προσφορά του δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου

5.1.4 Μολυσματική τέρμινθος

Είναι μεταδοτική, αυτοενοφθαλμίσιμη δερματοπάθεια και οφείλεται σε ιό, ο οποίος προκαλεί στο δέρμα το σχηματισμό μικρών βλατίδων με μορφή ογκιδίων.

I. Κλινική εικόνα

Ο χρόνος επώασης φθάνει τις 40-60 ημέρες. Το εξάνθημα αποτελείται από μικρά ογκίδια, τα οποία έχουν μέγεθος περίπου σαν της φακής. Το σχήμα τους είναι ημισφαιρικό και η σύσταση τους είναι μάλλον σκληρή. Το χρώμα τους είναι φυσιολογικό ή ερυθρορόδινο. Αν πιάσουμε το ώριμο ογκίδιο βγαίνει από το κέντρο

του μάζα αποτελούμενη από κεράτινα και ωοειδή κύτταρα που περιέχουν τα «σωματίδια της τερμίνθου».

Εντοπίζονται συνήθως στον θώρακα, στο λαιμό, στην περιοχή των γεννητικών οργάνων, στις μασχάλες και στο εφήβαιο. Η πρόγνωση είναι καλή.

II. Θεραπεία

Η θεραπεία συνίσταται στην καταστροφή των ογκιδίων με θερμοπηξία ή κρυοπηξία.



Εικόνα 5.6: Μολυσματική τέρμινθος προσώπου
Ευγενική προσφορά
του δερματολόγου
Γ. Κοντοχριστόπουλου

5.1.5 Μυρμηκίες

Οι μυρμηκίες προσβάλλουν και τα δύο φύλα σε όλες τις ηλικίες, ιδιαίτερα όμως την παιδική και εφηβική και οφείλονται στο διηθητό ιό HPV (Human Papilloma Virus).

I. Κλινική εικόνα

Οι μυρμηκίες αρχίζουν με την εμφάνιση μιας βλάβης, η οποία μπορεί να μείνει μόνη για μεγάλο χρονικό διάστημα. Συνήθως, όμως, οι βλάβες πολλαπλασιάζονται δια αυτοενοφθαλμισμού και γίνονται πολλές. Εντοπίζονται στα χέρια, στα πόδια και στο πρόσωπο και διακρίνονται σε κοινές, πελματιαίες και ομαλές νεανικές.

♦ Κοινές

Αποτελούνται από υποστρόγγυλες βλατίδες, ξηρές και σκληρές, που μπορεί να φθάσουν μέχρι το μέγεθος του ρεβιθιού. Έχουν χρώμα υποκίτρινο και ανώμαλη επιφάνεια, θηλωματώδη και υπερκερατωσική.

Εντοπίζονται στην ραχιαία επιφάνεια των χεριών και των δακτύλων αλλά και στα πόδια, τις κνήμες, τα γόνατα και σπανιότερα στο σώμα και στο τριχωτό της κεφαλής. Σε ορισμένες περιπτώσεις εντοπίζονται στο παρωνύχιο, όπου είναι και πολύ επώδυνες. Η λαϊκή τους ονομασία είναι «κότσια», «κούτσες» ή «μπαρδαβίτσες».



Εικόνα 5.7: Κοντές μυρμηκίες

Ειρηνική προσφορά
του δερματολόγου Κ. Ποσειδάδη

♦ Μυρμηκίες πελμάτων

Εντοπίζονται στα πέλματα των ποδιών και, πιεζόμενες από το βάρος του σώματος, αναπτύσσονται προς το βάθος, κάτω από την επιδερμίδα. Είναι πολύ επώδυνες με την βάδιση και την πίεση. Κλινικά παρουσιάζονται σαν μικροί, σκληροί, πολυγωνικοί κόκκοι. Οι μυρμηκίες πέλματος, τις περισσότερες φορές, καλύπτονται από παχιά υπερκεράτωση. Δεν πρέπει να τις συγχέουμε με τους τύλους (κάλους), οι οποίοι κατά την πίεση πονούν σε όλη την επιφάνεια τους· στις μυρμηκίες ο πόνος εντοπίζεται στο κέντρο τους.



Εικόνα 5.10: Μυρμηκίες πελμάτων

Ειρηνική προσφορά του δερματολόγου Κ. Ποσειδάδη

♦ Ομαλές μυρμηκίες

Αποτελούνται από πολυάριθμες, επιδερμίδικές βλατίδες με διάμετρο 2-4 χιλιοστά, και προεξέχουν ελαφρά από την επιφάνεια του δέρματος. Εντοπίζονται στο πρόσωπο (μέτωπο, μάγουλα, γύρω από το στόμα) και στην επάνω επιφάνεια των χεριών. Το χρώμα τους είναι φυσιολογικό ή γκριζοκίτρινο. Παραμένουν για αρκετό χρονικό διάστημα, μπορούν όμως και να θεραπευτούν αυτόματα.

II. Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με θερμοπηξία, κρυοπηξία και εφαρμογή καυστικών ουσιών. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να επιλεγεί ο καλύτερος τρόπος θεραπείας. Η χειρουργική αφαίρεση καλό είναι να αποφεύγεται, λόγω του κινδύνου υποτροπής στα όρια της εκτομής. Είναι όμως προτιμώμενη μέθοδος για τις περιδορικές μυρμηκίες.

Παρατηρήθηκε σε ορισμένες περιπτώσεις θεραπεία κατόπιν χορήγησης εικονικών σκευασμάτων, ιδιαίτερα στις νανικές μυρμηκίες, γεγονός που αποδίδεται είτε στην αυθυποβολή είτε στην ανάπτυξη αντισωμάτων που εξουδετερώνουν τον ιό.



Εικόνα 5.11: Οξυτενή κονδυλώματα

*Ευγενική προσφορά του
δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου*

5.1.6 Οξυτενή κονδυλώματα

Τα οξυτενή κονδυλώματα είναι καλοήθειες, θηλωματώδεις εκβλαστήσεις του δέρματος και των βλεννογόνων και έχουν χρώμα ρόδινο ή γκριζωπό. Εμφανίζονται στα γεννητικά όργανα, τον δακτύλιο και σπανιότερα σε άλλα σημεία του σώματος.

Τα οξυτενή κονδυλώματα είναι μεταδοτικά και αυτοενοφθαλμίσσιμα. Οφείλονται στον ιό HPV (Human Papilloma Virus), του οποίου έχουν περιγραφεί πάνω από 60 ξεχωριστοί, γενετικοί τύποι, οι οποίοι προκαλούν λοιμώξεις σε διάφορες ανατομικές θέσεις στον άνθρωπο και ποικιλία υπερπλαστικών αλλοιώσεων του δέρματος και των βλεννογόνων.

I. Κλινική εικόνα

Στην αρχή παρατηρούμε μία βλατίδα με επιφάνεια ομαλή ή κοκκώδη ρόδινου χρώματος, που μπορεί να φθάσει στο μέγεθος του μπιζελιού, ενώ η επιφάνεια της γίνεται θηλωματώδης. Σπάνια παραμένει μεμονωμένη. Συνήθως δίπλα της εμφανίζονται και άλλες βλατίδες, οι οποίες σχηματίζουν μάζες με επιφάνεια ανώμαλη όπως το κουνουπίδι. Είναι ανώδυνες και δεν ενοχλούν καθόλου παρά μόνο με τον όγκο τους.

Στο πέος τα οξυτενή κονδυλώματα είναι συνήθως πολλαπλά, επίπεδα και κερατινοποιημένα. Εντοπίζονται κυρίως στη στεφάνη της βαλάνου και στη βαλανοποστική αύλακα, στην ακροποσθία και στο στόμιο της ουρήθρας και σπάνια, στο όσχεο. Στην γυναίκα εμφανίζονται στα μικρά και στα μεγάλα χείλη του αιδοίου, στην κλειτορίδα, στον πρόδρομο του κόλπου και στον κόλπο.

II. Θεραπεία

Η θεραπεία αποσκοπεί στην καταστροφή των οξυτενών κονδυλωμάτων.

- 1) Με εναιώρημα ή με διάλυμα ποδοφυλλίνης 25%.
- 2) Με θερμοπηξία.
- 3) Με κρυοπηξία (επιθίζει με υγρό άζωτο).
- 4) Όταν είναι ογκώδη, τα αφαιρούμε χειρουργικά.

Πρέπει να γνωρίζουμε ότι τα οξυτενή κονδυλώματα είναι δυνατόν να επανεμφανίζονται σε ορισμένα άτομα με επίμονο τρόπο. Αυτό οφείλεται σε υποτροπή, αυτοενοφθαλμισμό ή νέα μόλυνση.

5.2 Δερματοπάθειες από Μικρόβια

Οι δερματοπάθειες που οφείλονται σε μικρόβια διαιρούνται κυρίως σε δύο κατηγορίες: α) στις στρεπτοκοκκιάσεις, όταν προκαλούνται από το στρεπτόκοκκο και β) στις σταφυλοκοκκιάσεις, όταν προκαλούνται από το σταφυλόκοκκο. Σε

σπάνιες περιπτώσεις προκαλούνται από τη ψευδομονάδα, το κολοβακτηρίδιο ή άλλα μικρόβια.

ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΙΑΣΕΙΣ

Οι **στρεπτοκοκκιάσεις** είναι επιφανειακές συνήθως δερματοπάθειες και οφείλονται στον στρεπτόκοκκο. Το 90% περίπου των στρεπτοκοκκικών λοιμώξεων του ανθρώπου οφείλονται στην ομάδα Α του αιμολυτικού στρεπτόκοκκου.

5.2.1 Ερυσιπέλας

Είναι οξεία, εμπύρετη λοίμωξη του δέρματος και οφείλεται στο Β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο ο οποίος εισέρχεται στο δέρμα μετά από κάποια αμυχή, μόλυνση ή τραύμα και εντοπίζεται σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, συχνότερα όμως στο πρόσωπο και στις κνήμες.

Ι. Κλινική εικόνα

Μετά από επώαση 2-6 ημερών έχουμε γενικά φαινόμενα: ρίγη, κακουχία και πυρετό. Κλινικά έχουμε την εμφάνιση πλάκας που έχει περίπου το μέγεθος παλάμης μικρού παιδιού με χρώμα έντονα κόκκινο και συνοδεύεται από οίδημα (πρήξιμο) και πόνο. Είναι θερμότερη από το γύρω φυσιολογικό δέρμα και έχει σαφή όρια.



Εικόνα 5.12: Ερυσιπέλας

II. Κλινικές μορφές

♦ Πομφολυγώδες

Στο πομφολυγώδες ερυσιπέλας εμφανίζονται φυσαλίδες ή πομφόλυγες που οφείλονται στο αυξανόμενο οίδημα του δέρματος.

♦ Γαγγραινώδες

Το γαγγραινώδες ερυσιπέλας εμφανίζεται κυρίως σε καχεκτικά ή διαβητικά άτομα με νεκρωτικές πλάκες, οι οποίες έχουν μελανό και κόκκινο χρώμα.

♦ Υποτροπιάζον

Ορισμένα άτομα με ελαττωμένη αντίσταση του οργανισμού τους μπορεί να εμφανίζουν κατά διαστήματα ερυσιπέλας. Μετά από επανειλημμένες υποτροπές μπορεί να παρατηρηθεί και μόνιμη διόγκωση του μέλους, όπως λ.χ. στις κνήμες, η οποία οφείλεται σε απόφραξη των λεμφικών αγγείων ή υπερπλασία του συνδετικού ιστού.

III. Θεραπεία

Το ερυσιπέλας θεραπεύεται σε 10 ημέρες το πολύ, εκτός εάν πρόκειται για άτομα καχεκτικά αλκοολικά ή διαβητικά, όπου η θεραπεία είναι δυσκολότερη. Τοπικά δίδονται αντιβιοτικές αλοιφές και από το στόμα ή ενδομυϊκά χορηγούνται αντιβιοτικά.



Εικόνα 5.13: Μολυσματικό κηρίο

Ευγενική προσφορά του δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου

5.2.2 Μολυσματικό κηρίο

Είναι συχνή, μεταδοτική δερματοπάθεια και οφείλεται στο στρεπτόκοκκο ή στο σταφυλόκοκκο, ή και στους δύο. Το μολυσματικό κηρίο χαρακτηρίζεται από πομφόλυγες, φλύκταινες, διαβρώσεις και εφελκίδες. Το συναντούμε κυρίως στην παιδική ηλικία.

I. Κλινική εικόνα

Εμφανίζεται κυρίως στο πρόσωπο, στο τριχωτό της κεφαλής και στα χέρια, χωρίς να αποκλείεται η εμφάνιση του σε άλλα σημεία του σώματος. Χαρακτηρίζεται από μικρές πομφόλυγες και φλύκταινες με ερυθρότητα. Η πομφόλυγα του μολυσματικού κηρίου περιέχει υγρό, το οποίο είναι πυώδες ή οροπυώδες. Οι πομφόλυγες και οι φλύκταινες σε λίγο χρονικό διάστημα μετατρέπονται σε εφελκίδες. Το χαρακτηριστικό, κλινικό σημείο του μολυσματικού κηρίου είναι οι μελιτόχρες εφελκίδες. Το μολυσματικό κηρίο είναι πάθηση αποκλειστικά της επιδερμίδας. Σε λίγες περιπτώσεις μετά την πτώση των εφελκίδων παρατηρούνται αγρωματικές κηλίδες που χάνονται μετά από αρκετό χρονικό διάστημα. Οι βλάβες του μολυσματικού κηρίου επεκτείνονται προς την περιφέρεια του σώματος, αλλά σε σπάνιες περιπτώσεις το εξάνθημα γενικεύεται.

II. Μορφές

♦ Πομφολυγώδες

Οι βλάβες αποτελούνται από μεγάλες, τεταμένες πομφόλυγες, οι οποίες περιέχουν διαυγές υγρό.

♦ Ξηρό

Αποτελείται από εξάνθημα ερυθρηματολεπιδώδες και παρουσιάζει βλάβες που περιέχουν ελάχιστο υγρό. Εντοπίζεται συνήθως στα μάγουλα.

III. Θεραπεία

Σε ορισμένες περιπτώσεις το μολυσματικό κηρίο θεραπεύεται τοπικά με αντισηπτικά διαλύματα και αντιβιοτικές αλοιφές. Σε βαρύτερες περιπτώσεις η θεραπεία γίνεται με αντιβιοτικά από το στόμα.

Σταφυλοκοκκιάσεις

Οι δερματοπάθειες οι οποίες προκαλούνται από τους σταφυλόκοκκους ονομάζονται σταφυλοκοκκιάσεις. Οι σταφυλόκοκκοι εισέρχονται μέσα στους τριχοσμηγματογόνους θύλακοι, στους πόρους των ιδρωτοποιών αδένων, στο παρωνύχιο και προκαλούν πυοδερματίτιδες.

5.2.3 Επιφανειακή Θυλακίτιδα (Επιπολής θυλακίτιδα)

Αρχίζει σαν μία μικρή, κόκκινη βλατίδα γύρω από μία τρίχα, και σε λίγο χρονικό διάστημα σχηματίζεται φλυκταινίδιο που περιέχει λευκοκίτρινο υγρό. Το φλυκταινίδιο σπάει, το περιεχόμενο του αποξηραίνεται και σχηματίζεται η εφελκίδα. Η εφελκίδα πέφτει, και η βλάβη θεραπεύεται μέσα σε λίγες ημέρες, χωρίς να αφήσει ουλή.

Η επιφανειακή θυλακίτιδα εντοπίζεται παντού όπου υπάρχουν τρίχες ή χνούδι, ιδιαίτερα όμως στον αυχένα, στους βραχίονες, στον κορμό, στους γλουτούς και στους μηρούς.

Η θεραπεία της επιφανειακής θυλακίτιδας επιτυγχάνεται με συχνές επαλείψεις με αντισηπτικά διαλύματα.

5.2.4 Βαθύτερη θυλακίτιδα (στα βαθύτερα στρώματα του δέρματος).

Όταν ο σταφυλόκοκκος εισχωρήσει στο βάθος του τριχικού θύλακα, τότε σχηματίζεται φλεγμονή, δηλαδή διόγκωση σκληρή και επώδυνη. Η βαθύτερη θυλακίτιδα είναι δυνατόν να προκαλέσει τη δημιουργία ψυχρών, σταφυλοκοκκικών αποστημάτων, τα οποία απορροφούνται πολύ αργά. Η θεραπεία της γίνεται με τοπική εφαρμογή αντισηπτικών διαλυμάτων και αντιβιοτικών αλοιφών.

5.2.5 Σταφυλοκοκκική σύκωση

Ι. Κλινική Εικόνα

Είναι η χρόνια σταφυλοκοκκική θυλακίτιδα, η οποία προβάλλει κυρίως τους άνδρες. Όταν εντοπίζεται στα μάγουλα και στο πηγούνι ονομάζεται σύκωση του γενείου και στο επάνω χείλος, όταν εντοπίζεται ονομάζεται σύκωση του μουστακιού. Χαρακτηρίζεται από θυλακικές βλάβες, οι οποίες ενώνονται μεταξύ

τους και σχηματίζουν πλάκες. Η επιφάνεια τους είναι ανώμαλη, το χρώμα τους κόκκινο με βλατίδες και φλυκταινίδια.

Το δέρμα στην επιφάνεια των πλακών είναι κοκκινωπό και υγρό με λευκωπά στίγματα και μοιάζει με το εσωτερικό ώριμου σύκου. Ο ασθενής παραπονείται για αίσθημα πόνου.

II. Θεραπεία

Τοπικά εφαρμόζουμε αντισηπτικά διαλύματα, αντιβιοτικές αλοιφές και αντιβίωση από το στόμα.

Οι βλάβες μπορούν να υποχωρήσουν με την σωστή θεραπεία σε διάστημα 3-4 εβδομάδων. Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως η σταφυλοκοκκική σύκωση είναι πολύ επίμονη και διαρκεί, παρά την σωστή θεραπεία, για μήνες και χρόνια.

5.2.6 Δοθιήνας

Είναι οξεία, νεκρωτική, βαθύτερη θυλακίτιδα και οφείλεται στον χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο.

I. Κλινική εικόνα

Αρχίζει με την εμφάνιση ενός κόκκινου, σκληρού και επώδυνου επάρματος του δέρματος. Η βλάβη μεγαλώνει με το χρόνο και σχηματίζεται σκληρό, επώδυνο οζίδιο, που έχει μέγεθος φουντουκιού ή και μεγαλύτερο.

Στην κορυφή του οζιδίου εμφανίζεται φλυκταινίδιο που έχει μέγεθος σαν μικρό κεφαλάκι καρφίτσας και περιέχει λευκοκίτρινο πύο. Μετά από λίγες ημέρες το οζίδιο αρχίζει να μαλακώνει, ενώ το φλυκταινίδιο σπάει και δίνει διέξοδο σε μικρή ποσότητα πύου. Από τον πόρο που σχηματίστηκε εμφανίζεται το έμβολο (νεκρωμένος ιστός), το οποίο μπορεί να αποσπαστεί με μια λαβίδα, διαφορετικά αποβάλλεται αυτόματα, σιγά – σιγά, και στη θέση του παραμένει κρατήρας.

Ο δοθιήνας πονάει, συνοδεύεται από οίδημα (πρήξιμο) και μερικές φορές και από πυρετό. Συνήθως εντοπίζεται στον αυχένα, στη ράχη, στους γλουτούς, στους μηρούς και στο πρόσωπο.



Εικόνα 5.14: Δοθήνηνας

Ευγενική προσφορά του δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου

II. Κλινικές Μορφές

♦ Δοθήνηνας έξω ακουστικού πόρου

Ιδιαίτερα επώδυνος και υποτροπιάζει συχνά.

♦ Δοθήνηνας του άνω χείλους

Εντοπίζεται στο άνω χείλος του στόματος, στη λεγόμενη επικίνδυνη ζώνη του προσώπου. Η περιοχή αυτή ορίζεται από δύο ευθείες που ενώνουν τη γωνία του στόματος με την αντίστοιχη έξω γωνία του ματιού. Οι φλέβες της περιοχής αυτής επικοινωνούν απευθείας με τους κόλπους του εγκεφάλου, και κάθε φλεγμονή στην περιοχή αυτή παρουσιάζει κίνδυνο θρόμβωσης. Ο δοθήνηνας του άνω χείλους έχει σοβαρή πρόγνωση και χρειάζεται άμεση θεραπεία. Επίσης, απαγορεύεται το πάτημα των δοθηνών με τα δάκτυλα, διότι έτσι επεκτείνεται η φλεγμονή με τις επικίνδυνες συνέπειες, που περιγράφηκαν παραπάνω.

♦ Δοθήνηωση

Ονομάζεται η κατά διαστήματα εμφάνιση ενός ή πολλών δοθηνών. Παρατηρείται σε άτομα που πάσχουν από γενικές νόσους ή σε άτομα με μειωμένη την άμυνα του οργανισμού τους.

III. Θεραπεία

Τοπική με αντισηπτικά και αντιβιοτικές αλοιφές. Επίσης, αντιβιοτικά από το στόμα.

5.2.7 Ψευδάνθρακας

Είναι η κατάσταση που προκαλείται από την παρουσία πολλών δοθηήνων στην ίδια περιοχή.

I. Κλινική Εικόνα

Ο ψευδάνθρακας αρχίζει πολλές φορές με γενικά φαινόμενα και πυρετό.

Τοπικά παρατηρείται σκληρή, κατακόκκινη και πολύ επώδυνη διόγκωση του δέρματος. Στην κεντρική μοίρα της διόγκωσης σχηματίζονται θυλακικά φλυκταινίδια, που αντιστοιχούν ένα σε κάθε δοθηήνα. Όταν ο ψευδάνθρακας ωριμάσει, το πύο εξέρχεται από τα φλυκταινίδια και απομένει η κατακόκκινη επιφάνεια με πολλά στόμια, όπως το ποτιστήρι.

Οι ψευδάνθρακες εντοπίζονται συχνά στον αυχένα και μερικές φορές είναι σοβαρότερης πρόγνωσης για τα ηλικιωμένα και τα καχεκτικά άτομα.

II. Θεραπεία

Εφαρμόζουμε τη γενική και τοπική θεραπεία των δοθηήνων.

5.2.8 Ιδρωταδενίτιδα

Είναι φλεγμονή των ιδρωτοποιών αδένων ή των τριχοσμηγματογόνων θυλάκων της μασχάλης και οφείλεται στον χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο.

I. Κλινική εικόνα

Χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός ή περισσότερων, δερματικών ή υποδερματικών ογκιδίων στη μία ή και στις δύο μασχάλες που το μέγεθος τους είναι περίπου όσο το μέγεθος του φουντουκιού. Τα ογκίδια είναι σκληρά και πονούν, ενώ η περιοχή του δέρματος που τα καλύπτει είναι έντονα κόκκινη και ερεθισμένη. Μετά από εβδομάδες υποχωρούν ή ανοίγουν και τρέχει πύον.

II. Θεραπεία

Τοπικά δίδονται αντισηπτικά διαλύματα και αντιβιοτικές αλοιφές. Από το στόμα χορηγούνται αντιβιοτικά, ενώ σε σοβαρότερες περιπτώσεις απαιτείται χειρουργική διάνοιξη των ογκιδίων.

5.3 Μυκητιάσεις του Δέρματος

Υπολογίζεται ότι περίπου το 20% του πληθυσμού πάσχει από μυκητιάσεις.

Οι μύκητες είναι μονοκύτταροι ή πολυκύτταροι οργανισμοί, πολύ ευαίσθητοι στη θερμοκρασία, που καταστρέφονται στους 50-60° C μέσα σε 30' της ώρας. Αντίθετα, είναι αρκετά ανθεκτικοί στο κρύο και στην υγρασία, η οποία ευνοεί τον πολλαπλασιασμό τους, ο οποίος γίνεται με την παραγωγή σπόρων.

Οι δερματομυκητιάσεις διακρίνονται σε επιφανειακές και βαθύτερες. Οι επιφανειακές περιλαμβάνουν τις μυκητιάσεις της επιδερμίδας και των νυχιών, ενώ οι βαθύτερες περιλαμβάνουν τις μυκητιάσεις της υποδερμίδας, του χορίου και των εσωτερικών οργάνων του σώματος.

5.3.1 Επιδερμοφυτίες

Η επιδερμοφυτία οφείλεται στο επιδερμόφυτο και αναπτύσσεται στην κεράτινη στιβάδα της επιδερμίδας, χωρίς να προσβάλλει τις τρίχες και τα νύχια. Θα εξετάσουμε δύο μορφές:

- α. Το έκζεμα του Hebra και
- β. Την επιδερμοφυτία των μεσοδακτυλικών πτυχών.

I. Το έκζεμα του Hebra.

Οφείλεται στο επιδερμόφυτο floccosum ή inguinale. Εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες από ότι στις γυναίκες στην περιοχή των μηροβουβωνικών πτυχών, μονόπλευρα ή και από τα δύο μέρη.

- Κλινική Εικόνα

Αρχίζει σαν μία μικρή, ερυθματολεπιδώδης κηλίδα, η οποία επεκτείνεται κυκλικά προς την περιφέρεια, ενώ το κέντρο της τείνει να υποχωρήσει και παίρνει το χρώμα του φυσιολογικού δέρματος. Αντίθετα η περιφέρεια έχει χρώμα

κοκκινωπό, καλύπτεται από λέπια και φυσαλίδες και ξεχωρίζει σαφώς από το γύρω φυσιολογικό δέρμα. Πολλές φορές σχηματίζονται περισσότερες κηλίδες που ενώνονται μεταξύ τους. Το εξάνθημα μπορεί να επεκταθεί στη γύρω περιοχή. Ο ασθενής αισθάνεται φαγούρα και κάψιμο στις περιοχές της βλάβης.

- Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με αντιμυκητιασικές κρέμες και διαλύματα.

II. Η επιδερμοφυτία των μεσοδακτύλιων πτυχών.

Είναι πολύ συχνή δερματομυκητίαση και οφείλεται στα επιδερμόφυτα *T.interdigitale*, *E.inguinale* (*E.floccosum*) και στο *T.rubrum*. Παρατηρείται συχνότερα στους άνδρες και ιδιαίτερα σε νέα άτομα που κάνουν αθλητισμό. Για το λόγο αυτό η δερματοπάθεια ονομάζεται πόδι του αθλητή (πους του αθλητή) και οφείλεται μάλλον στην υγρασία που αναπτύσσεται μέσα στις μεσοδακτυλικές πτυχές με αποτέλεσμα την ανάπτυξη των μυκήτων.

- Κλινική εικόνα

Η επιδερμοφυτία των μεσοδακτυλικών πτυχών αναπτύσσεται, κυρίως, στο διάστημα μεταξύ του τετάρτου και πέμπτου δακτύλου. Μέσα στην πτυχή εμφανίζεται μία λευκή μάζα με μαργαριταροειδή απόχρωση, που όταν πέσει εμφανίζονται διαβρώσεις και ραγάδες. Στις πλάγιες επιφάνειες των δακτύλων υπάρχουν λέπια, φυσαλίδες και διαβρώσεις. Ο ασθενής παραπονείται για κνησμό (φαγούρα) και κάψιμο. Η δερματοπάθεια, εάν δεν θεραπευθεί, εξελίσσεται μακροχρόνια με εξάρσεις την άνοιξη και το καλοκαίρι. Επίσης, σε περιπτώσεις μεγάλης εφίδρωσης και με τη χρήση αθλητικών ή πλαστικών παπουτσιών η κατάσταση επιδεινώνεται.

- Θεραπεία

Τοπικά εφαρμόζουμε αντιμυκητιασικές πούδρες και κρέμες για αρκετό χρονικό διάστημα. Συνιστούμε, επίσης, την αποφυγή κλειστών παπουτσιών για καλύτερο αερισμό των ποδιών, έτσι ώστε το πέλμα να μην είναι σε υγρό και θερμό περιβάλλον που θα ευνοούσε την ανάπτυξη των μυκήτων.

5.3.2 Καντιντιάσεις (Μονιλιάσεις)

Οι καντιντιάσεις είναι λοιμώξεις του δέρματος, των νυχιών, των βλεννογόνων, του πεπτικού συστήματος, των πνευμόνων και των άλλων οργάνων και οφείλονται στους μύκητες του γένους *Candida Albicans*. Παρατηρούνται και στα δύο φύλα, σε οποιαδήποτε ηλικία. Ορισμένες παθολογικές ή φυσιολογικές καταστάσεις ευνοούν την ανάπτυξη τους, όπως π.χ. ο διαβήτης, η παχυσαρκία, η υπεριδρώση, η εγκυμοσύνη, η χρήση αντιβιοτικών κ.ά. Ανάλογα με την εντόπιση των βλαβών περιγράφονται οι καντιντιάσεις τους: του δέρματος, του παρωνυχίου και των νυχιών, των βλεννογόνων, του πεπτικού συστήματος, των πνευμόνων και των άλλων οργάνων.

I. Καντιντίαση του δέρματος

Η καντιντίαση του δέρματος εμφανίζεται, συνήθως, με μορφή παρατρίμματος και συνοδεύεται από ελαφρό κνησμό. Εντοπίζεται στις μηρογεννητικές πτυχές, στον πρωκτό, στην περιπρωκτική χώρα, στις μασχάλες, στις υπομαζικές πτυχές και στις μεσοδακτυλικές πτυχές των χεριών και των ποδιών.

Κλινικά χαρακτηρίζεται από πλάκες οι οποίες αρχίζουν από το βάθος της πτυχής και επεκτείνονται προς τις προστριβόμενες επιφάνειες του δέρματος. Η επιφάνεια τους έχει χρώμα κόκκινο, είναι διαβρωμένη ή εμφανίζει διάσπαρτες φυσαλίδες, εφελκίδες και λέπια.

Στις μεσοδακτύλιες πτυχές των χεριών και των ποδιών η καντιντίαση του δέρματος επεκτείνεται και καταλαμβάνει μεγαλύτερες περιοχές του δέρματος.

II. Καντιντίαση του παρωνυχίου και των νυχιών.

Η παρωνυχία αποτελεί φλεγμονώδη διόγκωση των ιστών γύρω από το νύχι. Εάν πιέσουμε την περιοχή του παρωνυχίου, εξέρχεται πύο και έχουμε έντονο πόνο. Στα νύχια η μόλυνση εκδηλώνεται με αύξηση του πάχους, εμφάνιση γραμμώσεων και σκουρόχρωμων ή κίτρινων κηλίδων. Εμφανίζεται σε άτομα που ασχολούνται με τη ζαχαροπλαστική, τη μαγειρική και κυρίως στις νοικοκυρές.

III. Καντιντίαση των βλεννογόνων..

1. Στοματίτιδα από κάντιντα.

Η στοματίτιδα από κάντιντα είναι μία από τις περιπτώσεις της καντιντίασης των βλεννογόνων. Στην αρχή ο βλεννογόνος του στόματος είναι ξηρός κόκκινος και στιλπνός. Οι ασθενείς αισθάνονται το στόμα τους στεγνό, να καίει και έχουν δυσκολία στην κατάποση. Στη συνέχεια ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας καλύπτεται από λευκές κηλίδες, που πολλές φορές εξαπλώνονται και σχηματίζουν πλάκες που καλύπτονται από λευκωπό επίχρισμα.

Η στοματίτιδα από κάντιντα συνυπάρχει πολλές φορές με χειλίτιδα (καντιντίαση των χειλέων).

2. Αιδοιοκολπίτιδα

Μία άλλη περίπτωση καντιντίασης των βλεννογόνων είναι η αιδοιοκολπίτιδα. Παρατηρείται συχνότερα στα κορίτσια της μικρής ηλικίας, στις εγκύους και στις διαβητικές γυναίκες.

Έχουμε την εμφάνιση λευκοκίτρινου, πυώδους ή οροπυώδους υγρού από τον κόλπο και οίδημα των μικρών και μεγάλων χειλέων του αιδοίου και της εισόδου του κόλπου. Οι ασθενείς παραπονούνται για κνησμό και κάψιμο στην περιοχή.

Η φλεγμονή του αιδοίου και του κόλπου μπορεί να επεκταθεί στις αιδοιομητρικές πτυχές, στο εφήβαιο και στο περίνεο.

3. Βαλανοποσθίτιδα

Εμφανίζεται, αντίστοιχα, στους άνδρες, χαρακτηρίζεται από ερυθρότητα της βάλανου και της πόσθης και εμφανίζει μικρές πλάκες, που καλύπτονται από λευκωπό επίχρισμα. Μπορεί να επεκταθεί και στην ουρήθρα και έχει συμπτώματα όπως κνησμό και κάψιμο. Η μόλυνση στον άνδρα εμφανίζεται μετά από επαφή με γυναίκα που είχε αιδοιοκολπίτιδα από κάντιντα. Επίσης εμφανίζεται σε άτομα που παρουσιάζουν πτώση της άμυνας του οργανισμού τους ή πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη.

4. Πρωκτίτιδα και περιπρωκτίτιδα

Παρατηρείται συνήθως σε άτομα που πάσχουν από καντιντίαση του πεπτικού συστήματος, οπότε η μόλυνση γίνεται από τα κόπρανα, ή σε άτομα που πάσχουν από καντιντίαση του δέρματος ή των νυχιών, οπότε η μόλυνση γίνεται με τα δάκτυλα. Εμφανίζεται κοκκινίλα και διαβρώσεις στον πρωκτό και στη γύρω από τον πρωκτό περιοχή. Οι βλάβες μπορεί να επεκταθούν και στα γεννητικά όργανα.

Θεραπεία των καντιντιάσεων

Για τη θεραπεία της **καντιντίαςης του δέρματος** χορηγούμε αντιμυκητιασικές κρέμες ή πούδρες.

Η **καντιντίαση του παρωνυχίου και των νυχιών** θεραπεύεται τοπικά με επάλειψη αντιμυκητιασικών διαλυμάτων. Ταυτόχρονα πρέπει να γίνει λείανση της προσβεβλημένης περιοχής του νυχιού και στις δύσκολες περιπτώσεις θεραπεία από το στόμα με αντιμυκητιασικά φάρμακα.

Η θεραπεία των καντιντιάσεων των βλεννογόνων γίνεται με αντιμυκητιασικές αλοιφές και σε δυσκολότερες περιπτώσεις με αντιμυκητιασική θεραπεία από το στόμα. Στην **αιδοιοκολπίτιδα** χορηγούνται κολλικά δισκία.

5.3.3 Ποικιλόχρους πιτυρίαση

Είναι πολύ διαδεδομένη δερματοπάθεια και οφείλεται στο μύκητα *Malassezia furfur* ή μικρόσπορο το πιτυρώδες. Είναι μεταδοτική, προσβάλλει και τα δύο φύλα και η ανάπτυξη της ευνοείται από το θερμό κλίμα, την υπερέκκριση του ιδρώτα και του σμήγματος.

I. Κλινική εικόνα

Χαρακτηρίζεται από στρογγυλές κηλίδες, που το μέγεθος τους φθάνει το μέγεθος της παλάμης ή και μεγαλύτερο και παρουσιάζουν πολυκυκλική περιφέρεια. Το χρώμα των βλαβών είναι καφέ-γαλακτώδες, πιο σπάνια ρόδινο ή ερυθρωπό και η επιφάνεια τους είναι ελαφρά λεπιδώδης. Οι βλάβες εντοπίζονται εκλεκτικά, κυρίως στο επάνω μέρος του θώρακα και στον αυχένα, ενώ σπανιότερα εμφανίζονται στα άκρα και ποτέ στο πρόσωπο.

Πολύ συχνή είναι η αγρωματική ποικιλόχρους πιτυρίαση, κατά την οποία στο μελαγχρωματικό δέρμα λόγω της έκθεσης στον ήλιο διαγράφονται μικρές ή μεγάλες αγρωματικές κηλίδες.

II. Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με αντιμυκητιασικά φάρμακα τοπικά και στις σοβαρότερες περιπτώσεις από το στόμα.

5.4 Δερματοπάθειες από ζωικά παράσιτα

5.4.1 Εισαγωγή

Τα παράσιτα του ανθρώπινου δέρματος είναι μικροσκοπικοί οργανισμοί που, για να επιβιώσουν, να τραφούν και να πολλαπλασιασθούν, *απομυζούν*, δηλαδή ρουφούν συστατικά του δέρματος.

Για τον σκοπό αυτόν, κάποια παράσιτα εγκαθίστανται στο δέρμα ή στα εξαρτήματά του (συνήθως στις τρίχες) μετά από *νύγμα* (τσιμπήματα) που παραβιάζει τον φυσικό φραγμό του δέρματος. Άλλα πάλι παίρνουν την τροφή τους με στιγμιαίο τσίμπημα και απομακρύνονται (π.χ. κουνούπια) ή μένουν κοντά στα στρώματα και στα σκεπάσματα του ανθρώπου (ψύλλοι, κοριοί).

Ανάλογα με το μέγεθός τους, άλλα παράσιτα είναι ορατά με γυμνό μάτι, όπως οι **φθείρες** (=ψείρες), οι κοριοί, οι ψύλλοι και τα κουνούπια, ενώ άλλα γίνονται ορατά με το μικροσκόπιο όπως το **άκαρι της ψώρας**.

Στο σημείο εισόδου του παρασίτου δημιουργείται μικροτραυματισμός του δέρματος και μετά από την *περίοδο επώασης*, δηλαδή μια περίοδο χωρίς συμπτώματα, κατά την οποία γίνεται πολλαπλασιασμός του παρασίτου, ξεκινά **κνησμός** (φαγούρα) και εκδηλώσεις από το δέρμα.

Θα δούμε αναλυτικότερα **την ψώρα, την φθειρίαση και την παρασιτική κνήφη**.

5.4.2 Ψώρα

Η ψώρα είναι μία πολύ μεταδοτική δερματοπάθεια.

Την προκαλεί το **άκαρι της ψώρας ή σαρκοκόπτης του ανθρώπου**, παράσιτο που ανήκει στα *αραχνίδια*, υποομάδα των *αρθροπόδων*. Η ψώρα λέγεται αλλιώς **ακαρεοδερματίτιδα**.



Εικόνα 5.15: Το άκαρι της ψώρας σε μεγέθυνση

Ευγενική προσφορά του
δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου

Η **μετάδοση** γίνεται από άνθρωπο σε άνθρωπο, κυρίως με παρατεταμένη σωματική επαφή και, σπανιότερα, από προσωπικά αντικείμενα ή κλιννοσκεπάσματα ανθρώπου που πάσχει από ψώρα. Δεν μεταδίδεται με απλή χειραψία. Η μετάδοση είναι ευκολότερη σε νοσοκομεία, στρατώνες, κατασκηνώσεις και γενικώς σε χώρους που ζουν μαζί πολυάριθμα άτομα.

Το γονιμοποιημένο θηλυκό άκαρι εισέρχεται στο δέρμα σκάβοντας **σήραγγα** στην κεράτινη στιβάδα, όπου γεννά τα αυγά του. Τα τέλεια έντομα (ακάρεα) προκύπτουν από τα αυγά σε 3 περίπου εβδομάδες και ζούν 2 μήνες.

Οι **σήραγγες** είναι ορατές σαν λευκοπές γραμμούλες 2-3 χιλιοστών και αποτελούν χαρακτηριστικό, *διαγνωστικό σημείο*.

Το ίδιο το παράσιτο δεν είναι ορατό με γυμνό μάτι. Μπορεί να ληφθεί μέσα από τις σήραγγες με μια λεπτή βελόνα και να φανεί στο μικροσκόπιο πάνω σε γυάλινο πλακίδιο.

Ο άνθρωπος εκδηλώνει δερματικό εξάνθημα με *βασανιστικό κνησμό*, πιο έντονο την νύχτα, λίγες εβδομάδες μετά την είσοδο του ακάρεως στο δέρμα.

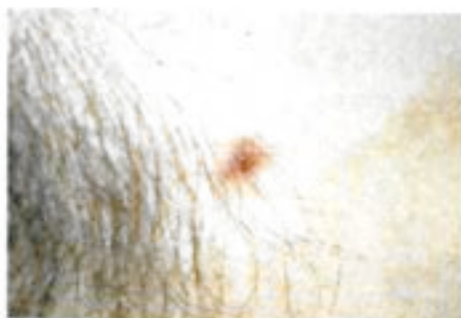
Το εξάνθημα είναι αποτέλεσμα της αμυντικής (ανοσολογικής) αντίδρασης του ανθρώπου στο παράσιτο αλλά και του ξεσμού (=ξυσίματος).

Το πρόσωπο και το τριχωτό της κεφαλής δεν προσβάλλονται.

Οι βλάβες εντοπίζονται στις μεσοδακτύλιες πτυχές, στους γλουτούς, στους καρπούς, στους αγκώνες, στους μαστούς, στα γεννητικά όργανα. Στα βρέφη εντοπίζονται στα πέλματα και στις παλάμες.

Χαρακτηρίζονται από **σήραγγες**, **αύλακες**, **βλατίδες** συχνά «αποκεφαλισμένες» από τον ξεσμό (ξύσιμο), δηλαδή χωρίς την κορυφή τους, **φυσαλίδες**, **δρυφάδες** (γραμμές από το ξύσιμο με τα νύχια) και, σε μακροχρόνιες περιπτώσεις, **κοκκιώματα**, δηλαδή οζίδια, ιδίως στα θερμότερα μέρη του σώματος μασχάλες και γεννητικά όργανα. Από τις βλάβες, μόνο οι αύλακες και οι φυσαλίδες είναι αποτέλεσμα της παρουσίας του ακάρεως, ενώ οι άλλες βλάβες είναι αποτέλεσμα της αλλεργικής ευαισθητοποίησης του ανθρώπου στο παράσιτο.

Στην κλινική διάγνωση αναζητούμε τις **σήραγγες**, παρατηρούμε το **εξάνθημα** και ρωτούμε για βασανιστικό **νυχτερινό κνησμό** τον ασθενή και όσους κατοικούν μαζί του.



Εικόνα 5.16: Φαίνονται οι χαρακτηριστικές, αποκεφαλισμένες από τον ξεσμό (ξύσιμο) βλατίδες.



Εικόνα 5.17: Ψώρα - Είναι χαρακτηριστική η πολυμορφία του εξανθήματος

Ευγενική προσφορά του δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου



Εικόνα 5.18: Ψώρα. Η εντόπιση του εξανθήματος στους γλουτούς είναι χαρακτηριστική
Ευγενική προσφορά του δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου

Η θεραπεία γίνεται με επάλειψη όλου του σώματος, εκτός της κεφαλής, με ειδικά **τοπικά ακαρεοκτόνα**, π.χ. *βενζοϊκό βενζύλιο 25%*. Είναι απαραίτητη η απολύμανση του χώρου, των κλινοσκεπασμάτων και των ρούχων. Όλα τα άτομα που μένουν στον ίδιο χώρο πρέπει να κάνουν θεραπεία.

Το άκαρι της ψώρας μπορεί να ζήσει μόνον 4-5 ημέρες εκτός του ανθρώπινου σώματος.

5.4.3 Φθειρίαση

Η φθειρίαση προκαλείται από την ψείρα, έντομο ορατό με γυμνό μάτι, που παρασιτεί στις ανθρώπινες τρίχες και τρέφεται με αίμα από το δέρμα. Εναποθέτει τα αυγά του, τις *κόνιδες*, ορατά κι αυτά με γυμνό μάτι, στο στέλεχος της τρίχας. Η ψείρα δεν έχει φτερά κι έτσι δεν μεταδίδεται σε μεγάλη απόσταση, μπορεί όμως και πηδά σε κοντινή απόσταση. Παράγει ένα υγρό σαν σάλιο (σάλιο), που προκαλεί τον κνησμό στον άνθρωπο.

Αν και *δύο* είναι τα *είδη* της ψείρας που παρασιτούν στον άνθρωπο, υπάρχουν *τρεις* μορφές φθειρίασης του ανθρώπου ανάλογα με την εντόπιση: η **φθειρίαση του τριχωτού της κεφαλής**, η **φθειρίαση του σώματος** και η **φθειρίαση του εφηβαίου**. Οι τρεις μορφές φθειρίασης αντιστοιχούν σε ψείρες με μικρές διαφορές στο μέγεθος και στην κινητικότητα.

1. Φθειρίαση του τριχωτού της κεφαλής

Η φθειρίαση αυτή είναι συχνότερη στα παιδιά .

Μεταδίδεται με *άμεση σωματική επαφή* ή από *αντικείμενα* (π.χ. χτένα ή καπέλο ατόμου με φθειρίαση). Το κύριο σύμπτωμα είναι ο *έντονος κνησμός* στο τριχωτό της κεφαλής, και ιδιαίτερα στην ινιακή (πίσω μέρος της κεφαλής) και οπισθοωτιαία (πίσω από τα αυτιά) περιοχή. Στα σημεία επαφής των μαλλιών με τις ψείρες και τις κόνιδες, μπορεί να παρατηρούνται *ερυθρές βλατίδες και δρυφάδες*.



Εικόνα 5.19: Ψείρα τριχωτού κεφαλής σε μεγέθυνση
Ευγενική προσφορά του
δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου

Για να επιβεβαιώσουμε την διάγνωση ρωτούμε για κνησμό, εξετάζουμε το δέρμα για εξάνθημα και αναζητούμε τις κόνιδες, στερεά προσκολλημένες στην τρίχα, και τα ίδια τα έντομα, που τα βλέπουμε πιο εύκολα, όταν μετακινούνται. Η αναζήτηση είναι πιο εύκολη σε υγρά μαλλιά. Επιπλοκή της φθειρίωσης του τριχωτού μπορεί ν' αποτελέσει η μικροβιακή επιμόλυνση.

Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με ειδικά αντιφθειρικά διαλύματα, που επαλείφονται τοπικά στο κεφάλι. Οι κόνιδες απομακρύνονται με ειδική, λεπτή χτένα.

Αν υπάρχει μικροβιακή επιμόλυνση χορηγούνται αντιβιοτικά.

II. Φθειρίαση του σώματος

Είναι σπάνια, εκτός από περιπτώσεις κακών συνθηκών διαβίωσης, μαζικών καταστροφών και χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Οι ψείρες εντοπίζονται στα εσώρουχα και τις ραφές των ρούχων, από όπου γίνεται και η μετάδοση.

Στο δέρμα υπάρχει έντονος κνησμός, μικροί κνιδωτικοί πομφοί και δρυφάδες από τον ξεσμό. Σε μακροχρόνια περιστατικά το δέρμα παχύνεται και σκουραίνει.

Η θεραπεία γίνεται με απολύμανση των ρούχων και με επάλειψη του σώματος με αντιφθειρικό διάλυμα. Επιπλοκές αποτελούν η επιμόλυνση με μικρόβια και η μετάδοση, από τις ψείρες, επιδημίας τύφου.

III. Φθειρίαση του εφηβαίου

Η ψείρα που εντοπίζεται στο εφήβαιο είναι βραδυκίνητη και δύσκολα εγκαθίσταται στο υπόλοιπο σώμα. Παρόλα αυτά μπορεί να εντοπισθεί και σε άλλες τριχωτές περιοχές, όπως οι μασχάλες, ο θώρακας, τα φρύδια και οι βλεφαρίδες. Ποτέ δεν παρασιτεί στο τριχωτό της κεφαλής.

Η φθειρίαση του εφηβαίου μεταδίδεται με σεξουαλική επαφή, με μολυσμένα εσώρουχα αλλά και συχνά από τους γονείς στα παιδιά.

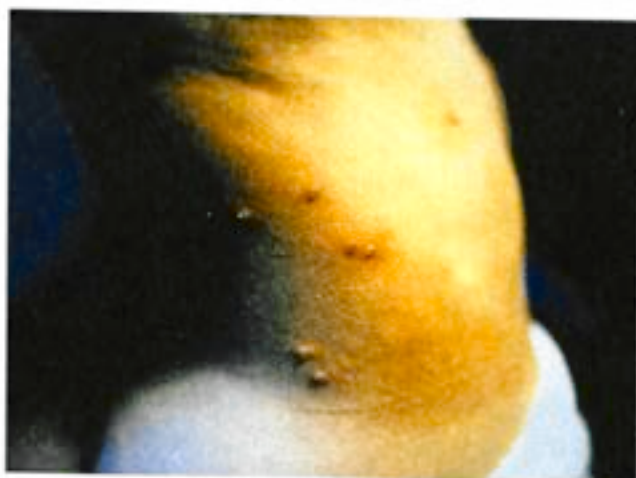
Αναζητούνται οι ψείρες και οι κόνιδες πάνω στις τρίχες ή σκούρα καφέ και μαύρα στίγματα πάνω στα εσώρουχα.

Θεραπεύεται με απολύμανση των ρούχων και των κλινοσκεπασμάτων, και με επάλειψη του σώματος με αντιφθειρικά διαλύματα. Εάν οι ψείρες πάνε στις

βλεφαρίδες των παιδιών, επειδή τα αντιφθειρικά διαλύματα είναι ερεθιστικά για τα μάτια, χρησιμοποιείται τοπικά στις βλεφαρίδες λευκή βαζελίνη, ώστε τα παράσιτα να παθαίνουν ασφυξία και κατόπιν αφαιρούνται προσεκτικά .

5.4.4 Παρασιτική Κνήφη

Ονομάζεται έτσι η αλλεργική αντίδραση του δέρματος στα διάφορα αντιγόνα (ξένες βλαβερές ουσίες), που περιέχει ο σίελος των παρασίτων, τα οποία *στιγμααία* πλησιάζουν το ανθρώπινο σώμα κι απομακρύνονται, όπως είναι διάφορα αρθρόποδα (ψύλλοι, κοριοί και κτλ.) ή άλλα έντομα (κουνούπια, αράχνες). Την τροφή τους από το ανθρώπινο δέρμα την εξασφαλίζουν με *νύγματα* (τσιμπήματα) ή με *δήγματα* (δαγκώματα). Στα σημεία εκείνα εμφανίζονται *βλατίδες*, *φουσαλίδες*, *πομφόλυγες* ή *κνιδωτικοί πομποί* που συνοδεύονται σχεδόν πάντα από αίσθημα *κνησμού* και *καψίματος*. Το σημείο του τσιμπήματος ή δαγκώματος μπορεί να φαίνεται σαν μια «τελεία» στο κέντρο της δερματικής βλάβης. Επιλοκή αποτελεί η μικροβιακή επιμόλυνση.



Εικόνα 5.20: Παρασιτική κνήφη. Διάσπαρτες φουσαλίδες στα σημεία των τσιμπημάτων. Ειγηνική προσφορά του δερματολόγου Κ. Πουσσουλίδη

Η **θεραπεία** γίνεται με χορήγηση αντιισταμινικών φαρμάκων από το στόμα και με τοπικές αλοιφές αντιβιοτικού και κορτιζόνης στις βλάβες. Αν υπάρχει μικροβιακή επιμόλυνση, χορηγούνται αντιβιοτικά. Ο χώρος πρέπει να ψεκάζεται με εντομοκτόνο. Τα κατοικίδια ζώα (σκύλος, γάτα), επειδή συχνά είναι φορείς ψύλλων, ακάρεων ή άλλων παρασίτων, πρέπει να ψεκάζονται με ειδικά κτηνιατρικά ακαρεοκτόνα.

5.5 Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS)

5.5.1 Γενικά

Το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (Acquired Immune Deficiency Syndrome - AIDS) είναι λοίμωξη που οφείλεται στο ρετροϊό που λέγεται ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας **HIV** (Human Immunodeficiency Virus). Ο ιός HIV προσβάλλει τα «Τ-βοηθητικά λεμφοκύτταρα» αλλά και άλλα κύτταρα με αποτέλεσμα: να μειώνεται η κυτταρική ανοσία και έτσι να εμφανίζονται ευκαιριακές λοιμώξεις και κακοήθειες.

Ο κυτταρικός στόχος του ιού είναι τα Τ-λεμφοκύτταρα που έχουν τον επιφανειακό υποδοχέα, *CD4*. Τα Τ-βοηθητικά λεμφοκύτταρα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, διότι εκτός από τη δραστηριοποίηση των Β λεμφοκυττάρων (παραγωγή αντισωμάτων), ρυθμίζουν και τη συνεργασία των άλλων κυττάρων στην αμυντική αντίδραση. Καθώς ο αριθμός των *CD4* κυττάρων μειώνεται, εξουδετερώνεται πλήρως ο ανοσοποιητικός μηχανισμός και έτσι το άτομο γίνεται επιρρεπές σε τυχαίες λοιμώξεις και σε ορισμένους όγκους, που αποτελούν την κυριότερη αιτία θανάτου.

Το σημαντικό στοιχείο του AIDS είναι η βαθμιαία αλλά προοδευτική πτώση του αριθμού των Τ-λεμφοκυττάρων *CD4*. Επίσης ο ιός HIV είναι πολύ ευαίσθητος και καταστρέφεται από τις αλλαγές της θερμοκρασίας, την ξηρασία, την αλκοόλη και τα κοινά απολυμαντικά (οινόπνευμα, αραιή χλωρίνη). Δεν επιζεί εύκολα έξω από το σώμα και για αυτό το λόγο δεν μεταδίδεται με τις συνήθειες, κοινωνικές επαφές, όπως:

- αγκάλιασμα ή φιλί
- χειραψία
- μασάζ
- αντικείμενα κοινής χρήσης (είδη εστίασεως, βιβλία κ.ά.)
- βήχας ή φτέρνισμα
- τουαλέτες
- κοινή χρήση πλυντηρίων
- κοινόχρηστους χώρους
- πισίνα ή θάλασσα
- έντομα, κουνούπια κ.ά.
- σχολική, εργασιακή ή αθλητική συμβίωση

Το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας, από το 1981 που περιγράφηκε η πρώτη περίπτωση μέχρι σήμερα, έχει πάρει ανησυχητικές διαστάσεις και απαιτείται η ανάγκη συνεργασίας σε διεθνές επίπεδο, ιδιαίτερα στους τομείς της έρευνας, της πρόληψης αλλά και της διερεύνησης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που, τυχόν, επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου.

5.5.2 Τρόποι Μετάδοσης

Ο HIV έχει απομονωθεί από το αίμα, το σπέρμα, τα κολπικά υγρά, το εγκεφαλονωτιαίο υγρό και το μητρικό γάλα και μεταδίδεται: 1) με τη σεξουαλική επαφή, 2) με το αίμα, μέσω μετάγγισης μολυσμένου αίματος και παραγώγων του, με όργανα μεταμόσχευσης και με την από κοινού χρήση αιχμηρών αντικειμένων (βελόνες, σύριγγες, ξυράφια κτλ.).

Επίσης ο HIV έχει βρεθεί στο σάλιο, στα δάκρυα, στον ιδρώτα, στα ούρα, στα κόπρανα, στον εμετό και στις βρογχικές εκκρίσεις. Μέχρι σήμερα δεν έχει αναφερθεί περίπτωση μετάδοσης από τα υγρά αυτά, λόγω της μειωμένης συγκέντρωσης του ιού. Ωστόσο, ενδείκνυται να λαμβάνονται μέτρα προστασίας και υγιεινής, όταν κάποιος έρχεται σε επαφή με τα βιολογικά υγρά.

Επιπρόσθετα, η μολυσμένη έγκυος μπορεί να μεταδώσει τον ιό στο έμβρυο κατά την ώρα του τοκετού και αργότερα στο θηλασμό.

Σήμερα έχει ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος από μετάγγιση αίματος και παραγώγων του, διότι γίνεται αυστηρός έλεγχος για ανεύρεση HIV αντισωμάτων στο αίμα των αιμοδοτών. Το ίδιο ισχύει και για τα όργανα μεταμόσχευσης.

5.5.3 Ομάδες Αυξημένου Κινδύνου

Η λοίμωξη από τον ιό του AIDS είναι συχνότερη σε:

- ♦ Ομοφυλόφιλους και αμφιφυλόφιλους άντρες
- ♦ Χρήστες ναρκωτικών ουσιών που λαμβάνονται ενδοφλεβίως (χρήση κοινών βελονών)
- ♦ Αιμορροφιλικούς (λήψη παραγώγων αίματος)
- ♦ Παιδιά (μετάδοση από μητέρες φορείς του ιού κατά την ώρα του τοκετού και του θηλασμού)
- ♦ Ερωτικοί σύντροφοι πασχόντων.

Σήμερα το AIDS έχει εξαπλωθεί σε όλο τον κόσμο και αφορά όλους, όχι μόνο τις ομάδες με επικίνδυνη συμπεριφορά. Η αναλογία συμμετοχής των γνωστών «ομάδων αυξημένου κινδύνου» στη συνολική διάσταση της νόσου έχει μειωθεί, ενώ αυξάνεται ο αριθμός των κρουσμάτων που παρατηρούνται στις γυναίκες και στην ετεροφυλοφιλική μετάδοση γενικότερα.

Συμπερασματικά, τα κρούσματα της λοίμωξης τείνουν να αυξηθούν και στα δύο φύλα σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, με πιο ευάλωτες τις ηλικίες μεταξύ 25 και 39 ετών.

5.5.4 Κλινική Εικόνα

Η εξέλιξη της νόσου μπορεί να διακριθεί σε τέσσερα στάδια:

Το στάδιο της πρωτοπαθούς λοίμωξης. Παρατηρείται για μια περίοδο οκτώ ημερών μία οξεία λοίμωξη με πυρετό, νυχτερινούς ιδρώτες, κακουχία, μυαλγίες, αρθραλγίες, φαρυγγίτιδα, λεμφαδενίτιδα, ανορεξία, εμέτους, φωτοφοβία και, τέλος, με κηλιδώδες εξάνθημα που διαρκεί 3 με 4 ημέρες. Ο χρόνος, από τη στιγμή της έκθεσης στον ιό μέχρι την εκδήλωση συμπτωμάτων, είναι 2-6 εβδομάδες. Έτσι, η εξέταση για ανεύρεση αντισωμάτων του ιού είναι συχνά αρνητική σε αυτό το στάδιο και μπορεί να παραμείνει αρνητική για 2-3 μήνες.

Το δεύτερο στάδιο χαρακτηρίζεται από το **θετικό HIV αντίσωμα**, το οποίο μπορεί να διαρκέσει δέκα χρόνια. Στο διάστημα αυτό δεν υπάρχουν συμπτώματα, παρά το γεγονός ότι ο ιός είναι ενεργός, δηλαδή ο άνθρωπος είναι φορέας του ιού και μπορεί να τον μεταδώσει στους άλλους.

Το τρίτο στάδιο της πρώιμης συμπτωματικής νόσου χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση συμπτωμάτων, όπως πονοκέφαλος, πυρετός, χρόνια διάρροια, απώλεια βάρους, νυχτερινοί ιδρώτες και λεμφαδενοπάθεια. Υπάρχει μείωση της κυτταρικής ανοσίας, που μπορεί να διαρκέσει μέχρι 5 χρόνια, πριν μεταβεί στο τελικό στάδιο.

Το τέταρτο στάδιο της όψιμης συμπτωματικής νόσου ή πλήρους AIDS, κατά το οποίο τα κύτταρα CD4 ελαττώνονται σημαντικά και εμφανίζονται πλέον ευκαιριακές λοιμώξεις και διάφορα νεοπλάσματα.

Η πορεία της νόσου χαρακτηρίζεται και από νευρολογικές παθήσεις.

Το κυριότερο μέσο για την ανίχνευση του ιού είναι οι ορολογικές εξετάσεις.

Θεραπεία

Προς το παρόν δεν υπάρχει θεραπεία για το AIDS. Έγιναν πρόοδοι στη θεραπεία με τη χορήγηση φαρμάκων που οδήγησαν στην καθυστέρηση εκδήλωσης των συμπτωμάτων, στην επιμήκυνση του χρόνου επιβίωσης και στή βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Εκείνο που παίζει καθοριστικό ρόλο είναι ο χρόνος έναρξης της θεραπείας και ο συνδυασμός των φαρμάκων.

5.5.5 Δερματολογικές Εκδηλώσεις

Οι δερματολογικές εκδηλώσεις σε ασθενείς με HIV λοίμωξη είναι συχνές και ποικιλόμορφες, επιβαρύνουν δε, ιδιαίτερος, την ποιότητα ζωής των ασθενών με τη δημιουργία και αισθητικών προβλημάτων.

I. Ιογενείς

- ♦ Απλός Έρπης

Στις πρώιμες φάσεις της HIV λοίμωξης ο απλός έρπητας είναι, όπως και στα φυσιολογικά άτομα, θεραπεύεται γρήγορα και δεν είναι ύποπτος. Αντίθετα, όταν οι βλάβες του χρόνιου δερματοβλεννογόνιου απλού έρπητα δεν επουλώνονται, αλλά επεκτείνονται, έχουν την τάση έλκωσης και εντοπίζονται, κυρίως περιπρωκτικά, περιστοματικά, γύρω από τη μύτη ή σε δάκτυλο τότε υποδηλώνουν HIV(+) άτομα.

- ♦ Έρπης Ζωστήρας

Στην περίπτωση που ο έρπης ζωστήρας εμφανιστεί σε άτομο, ηλικίας κάτω των 60 ετών το οποίο ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου, τότε το εξάνθημα έχει γενικευμένη μορφή και παρατεινόμενη διάρκεια και πρέπει να γίνεται ορολογικός έλεγχος, προκειμένου να επιβεβαιωθεί ή να αποκλειστεί η HIV λοίμωξη.

- ♦ Μολυσματική Τέρμινθος

Η κλινική εμφάνιση είναι εντελώς διαφορετική, όταν συνυπάρχει με HIV λοίμωξη. Οι βλάβες ποικίλλουν σε αριθμό, εντοπίζονται εκλεκτικά στο πρόσωπο και στο εφήβαιο και υποτροπιάζουν συχνά.

- ♦ Οξυτενή κονδυλώματα

Τα οξυτενή κονδυλώματα εμφανίζονται στα γεννητικά όργανα και στον πρωκτό και ιδιαίτερα στους πάσχοντες από AIDS. Είναι εκτεταμένα και βλαστικά. Ειδικότερα, ορισμένες μορφές έχουν ογκογόνο δραστηριότητα και εμφανίζουν δυσπλασίες και καρκίνους. Υποτροπιάζουν συχνά και χρειάζεται τακτική παρακολούθηση.

- ♦ Κοινές μυρμηκίες

Οι κοινές μυρμηκίες μπορεί να είναι μεμονωμένες ή πολλαπλές στα χέρια, στα πόδια και στο πρόσωπο HIV(+) ατόμων με χρόνια εξέλιξη και συχνές υποτροπές.

- ♦ Τριχωτή Λευκοπλακία

Πρόκειται για μικρές, λευκωπές πλάκες στο ένα ή και στα δύο πλάγια της γλώσσας, με επιφάνεια ανώμαλη, που μοιάζουν σα να είναι τρίχες. Η Τριχωτή Λευκοπλακία οφείλεται στον ιό Epstein-Bar. Αποτελεί ενάνθημα πολύ χαρακτηριστικό της HIV λοίμωξης, και, επομένως, επιβάλλεται ο έλεγχος.

II. Μυκητιάσεις

Οι πάσχοντες από AIDS παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα λοιμώξεων από τα διάφορα είδη μυκήτων, οι οποίες μπορεί να είναι εκτεταμένες και ανθεκτικές στη θεραπεία.

- ♦ Μυκητιάσεις από Κάντιντα

Η συχνότερη εντόπιση της μυκητιάσης αυτής είναι ο βλεννογόνος του στόματος, η γλώσσα, το πέος, ο κόλπος και ο πρωκτός. Σπανιότερα προσβάλλει τις πτυχές με μορφή παρατρίμματος (σύγκαμα), το τριχωτό δέρμα της κεφαλής με μορφή φλυκταινώδους θυλακίτιδας, το περιωνύχιο και δευτεροπαθώς τα νύχια. Σε βαρύτερες περιπτώσεις η Κάντιντα μπορεί να προσβάλλει τον οισοφάγο, τους πνεύμονες και άλλα όργανα. Χρειάζεται έγκαιρη και σωστή θεραπεία για την αποφυγή ανάπτυξης ανθεκτικών μορφών Κάντιντα.

- ♦ Μυκητιάσεις από δερματόφυτα

Οι μυκητιάσεις από δερματόφυτα προσβάλλουν τα νύχια, το ψιλό (άτριχο) δέρμα, τις μεσοδακτύλιες και μηρογεννητικές πτυχές και το τριχωτό της κεφαλής.

Όταν αναπτύσσονται με εκτεταμένη και άτυπη μορφή και παρατηρούνται σε άτομα υψηλού κινδύνου, τότε αναζητείται πιθανή HIV λοίμωξη.

♦ Ποικιλόχρους Πιτυρίαση

Εμφανίζεται στα HIV(+) άτομα με διάχυτες μορφές. Οι υποτροπές ή οι αναμολύνσεις είναι συχνές.

III. Βακτηριακές Λοιμώξεις

Κατά τη διαδρομή της HIV λοίμωξης οι βακτηριακές λοιμώξεις εμφανίζονται ως:

- θυλακίτιδα
- υποδερματικό απόστημα
- έκθυμα (πυόδερμα με έλκωση)
- ερυσίπελας
- κυτταρίτιδα
- μολυσματικό κηρίο

Οφείλονται συνήθως σε στρεπτόκοκκους ή σε χρυσίζοντες σταφυλόκοκκους και σπανιότερα στον αιμόφιλο της ινφλουέντζας.

Η αντιμετώπιση των μικροβιακών λοιμώξεων επιτυγχάνεται με την εκλογή του κατάλληλου αντιβιοτικού και με τη συστηματική χορήγηση, που μπορεί να συνδυαστεί και με τοπική θεραπεία των βλαβών.

IV. Βακτηριακές Λοιμώξεις

♦ Δερματικές Βλάβες από Μυκοβακτηρίδια

Οι βλάβες αυτές εμφανίζονται με τη μορφή όζων, χρόνιων ελκώσεων του δέρματος ή αποστημάτων. Η διάγνωση τίθεται με ιστολογική εξέταση. Το BCG (εμβόλιο κατά της φυματίωσης) μπορεί να προκαλέσει συστηματική λοίμωξη σε HIV ασθενείς.

♦ Βακτηριακή Αγγειομάτωση

Εμφανίζεται με τη μορφή αγγειωματοειδών, δερματικών όζων, διαμέτρου 1 με 5 εκατοστά. Μοιάζει με την κλινική εικόνα του σαρκώματος Kaposi, με το οποίο μπορεί να συνυπάρχουν. Η διάγνωση τίθεται με ιστολογική εξέταση.

V. Σύφιλη και Άλλα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα

Τα HIV(+) άτομα, πολλές φορές, λόγω της επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς τους εμφανίζουν και άλλα αφροδίσια νοσήματα, όπως σύφιλη, βλενόρροια, μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, οξυτενή κονδυλώματα, γεννητικό έρπη κ.ά. Συμβαίνει, όμως, ορισμένα από αυτά τα νοσήματα, όπως η σύφιλη, το μαλακό έλκος και ο έρπης, λόγω της έλκωσης που παρουσιάζουν να εκθέτουν το ίδιο το άτομο στον κίνδυνο της λοίμωξης, εάν δεν πάρει προφυλάξεις.

VI. Παρασιτώσεις

♦ Ψώρα

Από τις παρασιτώσεις, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν η ψώρα και η φθειρίαση, που εντάσσονται στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα με την ευρεία έννοια του όρου. Ο νυκτερινός κνησμός και η εμφάνιση ερυθροδερμίας (νορβηγική ψώρα) πρέπει να κινούν την υποψία για HIV(+) άτομα εξ αιτίας της αυξημένης συχνότητά τους σε αυτά.

VII. Νεοπλάσματα

Κύριος εκπρόσωπος των νεοπλασμάτων είναι το σάρκωμα του Kaposi, ενώ άλλες μορφές είναι το λέμφωμα, το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα και το μελάνωμα.

Σάρκωμα Kaposi

Το σάρκωμα Kaposi περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Moritz Kaposi το 1872. Από τότε μέχρι σήμερα, και ιδιαίτερος τα τελευταία χρόνια αφοτου συνδέθηκε με την HIV λοίμωξη, οι γνώσεις γι' αυτό βελτιώθηκαν σημαντικά.

Το 1981, η εμφάνισή του σαρκώματος Kaposi σε νεαρούς ομοφυλόφιλους με ανοσοανεπάρκεια έδωσε την ευκαιρία της πρώτης περιγραφής του συνδρόμου που ονομάστηκε AIDS.

Με βάση τα επιδημιολογικά στοιχεία, το σάρκωμα Kaposi διακρίνεται σήμερα σε 4 τύπους:

- Το Κλασικό ή Μεσογειακού τύπου
- Το Αφρικανικό ή Ενδημικό
- Το σχετιζόμενο με AIDS ή Επιδημικό
- Το ιατρογενές (σχετιζόμενο με ιατρογενή ανοσοκαταστολή)

Τόσο παλαιότερες όσο και νεότερες μελέτες συντείνουν στο ότι το σάρκωμα Karosi είναι ένα πολυπαραγοντικό νόσημα, στην αιτιολογία του οποίου συμμετέχουν οι εξής παράγοντες:

- α. Ο λοιμώδης, μεταδιδόμενος με τη σεξουαλική επαφή παράγων, όπως ο ανθρώπινος ερπητοϊός 8 (HSV8)
- β. Η ανοσολογική διαταραχή
- γ. Γενετικοί παράγοντες
- δ. Διάφοροι συνπαράγοντες

Από πλευράς αιτιοπαθογενετικής, ο ρόλος του ανθρώπινου ερπητοϊού 8 (HSV8) δίνει νέες ερευνητικές αλλά και θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η φθίνουσα πορεία της συχνότητας εμφάνισης του σαρκώματος Karosi κατά τη διαδρομή της HIV λοίμωξης αποτελεί γεγονός αναμφισβήτητο τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο όσο και στον Ελληνικό χώρο. Οι κυριότερες αιτίες της μείωσης αυτής περιλαμβάνουν:

- την καλύτερη ενημέρωση και γνώση των HIV ασθενών και ιδιαίτερα των ομάδων υψηλού κινδύνου σχετικά με τους κινδύνους μετάδοσης από τη σεξουαλική επαφή.
- τα νεότερα αντιρετροϊκά θεραπευτικά σχήματα (HAART).



Εικόνα 5.21: AIDS Σάρκωμα Karosi



Εικόνα 5.22: Σάρκωμα Karosi (μη AIDS)

Ευγενική προσφορά του δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου

- Κλινική Εικόνα

Οι βλάβες του AIDS Karosi εμφανίζουν ποικίλες μορφές (κηλίδες, βλατίδες, οζίδια, όγκους) σε πολλαπλές θέσεις, δηλαδή εντοπίζονται σε κάθε περιοχή του δέρματος ή των βλεννογόνων, ενώ σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές έχουν και σπλαχνική εντόπιση. Είναι κατά βάση ασυμπτωματικές και έχουν χρώμα από ερυθρόφαιο έως ερυθροϊώδες.

Η ποικιλία των βλαβών του Karosi στα διαφορετικά στάδια ανάπτυξής του κάνει δύσκολη τη διάγνωσή του ανάμεσα στις πολλές δερματικές αλλοιώσεις και νοσήματα.

Τα στοιχεία που θα βοηθήσουν στην κλινική διάγνωση είναι:

- τα σαφή όρια της βλάβης
- το χρώμα
- ο αριθμός
- η πιθανή εντόπιση
- η παρουσία οιδήματος
- η συνύπαρξη βλαβών που βρίσκονται σε άλλα στάδια
- η πιθανή παρουσία τους στη στοματική κοιλότητα, στην οπίσθια επιφάνεια του λαιμού και στα λοβία των αυτιών.

Όσον αφορά την διαφορική διάγνωση των διαφόρων βλαβών σημαντική βοήθεια προσφέρει η υψηλή ανάλυση υπερηχογραφίας του δέρματος, ενώ η κλινική διάγνωση επιβεβαιώνεται με ιστολογική εξέταση.

- Θεραπεία

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του σαρκόματος Karosi ως πολυεστιακού νοσήματος προϋποθέτει τη συνολική εκτίμηση πολλών διαφορετικών παραμέτρων.

VIII. Άλλες Δερματολογικές Εκδηλώσεις

Είναι δερματοπάθειες, ποικίλης αιτιολογίας, που δεν έχουν αναφερθεί στις προηγούμενες κατηγορίες, και παρατηρούνται συχνότερα ή σπανιότερα επί παρουσίας HIV λοίμωξης. Για παράδειγμα, η σμηγματορροϊκή δερματίτιδα, η εωσινοφιλική θυλακίτιδα, τα φαρμακευτικά εξανθήματα, οι μελαγχρώσεις δέρματος και βλεννογόνων.

5.5.6 Μέτρα Προφύλαξης

♦ Στην προφύλαξη θα συμβάλλει σημαντικά η ενημέρωση όσον αφορά τη συνειδητοποίηση της ατομικής αλλά και συλλογικής ευθύνης σε θέματα ερωτικής συμπεριφοράς, όπως:

- ✓ χρήση ελαστικού προφυλακτικού
- ✓ προσεκτική επιλογή ερωτικών συντρόφων και αποφυγή εναλλαγής αυτών
- ✓ αποφυγή επικίνδυνων συνηθειών στις σεξουαλικές επαφές.

♦ Ενημέρωση των εργαζομένων για τους τρόπους προφύλαξης που πρέπει να τηρούνται ανελλιπώς στους χώρους εργασίας, όπως:

- ✓ καλό πλύσιμο χεριών και χρήση γαντιών, όπου είναι απαραίτητο
- ✓ χρησιμοποίηση υλικών μιας χρήσης και απολύμανση-αποστείρωση όσων χρησιμοποιούνται από άτομο σε άτομο
- ✓ συλλογή των αιχμηρών αντικειμένων (βελόνες, νυστέρια) σε αδιαπέραστα και αδιάτρητα δοχεία, που θα κλείνουν ασφαλώς
- ✓ αποφυγή δακτυλιδιών και άλλων αντικειμένων που μπορεί να επιφέρουν τραυματισμό
- ✓ απολύμανση επιφανειών με πρόσφατο διάλυμα χλωρίνης 1:10.

♦ Η ευαισθητοποίηση από τη γνώση των δερματικών κλινικών εκδηλώσεων συμβάλλει στην έγκαιρη δερματολογική εξέταση των ύποπτων ατόμων.

♦ Η συστηματική ενημέρωση του πληθυσμού, ιδιαίτερα των νεαρών ατόμων, παραμένει η κύρια μορφή προφύλαξης και προστασίας από τον ιό HIV.

Η συστηματική αγωγή υγείας, η λήψη μέτρων προφύλαξης και η σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση αποτελούν τους ακρογωνιαίους λίθους στην καταπολέμηση του AIDS.

Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο των μολυσματικών δερματοπαθειών εξετάστηκαν οι δερματοπάθειες που οφείλονται σε ιούς, σε μικρόβια, σε μύκητες και σε ζωικά παράσιτα.

Να θυμάσαι ότι:

- Οι ιοί προκαλούν δερματοπάθειες, όπως ο έρπης ο απλός, ο έρπης των γεννητικών οργάνων και ο έρπης ζωστήρας, με ερυθρηματοφυσαλιδώδες εξάνθημα. Μετά την αποδρομή του εξανθήματος, ο ιός παραμένει σε λανθάνουσα κατάσταση στα πλησιέστερα λεμφογάγγλια, στην περιοχή που εμφανίστηκε, για να εμφανιστεί σε μία άλλη δεδομένη στιγμή. Στη μολυσματική τέρμινθο, στις μυρμηκίες και στα οξυτενή κονδυλώματα, προκαλούνται δερματοπάθειες με μορφή μικρών ογκιδίων και βλατίδων, τα οποία θεραπεύονται με μεθόδους που τα καταστρέφουν, όπως θερμοπηξία, κρυοπηξία κτλ.
- Οι οικογένειες των μικροβίων προκαλούν δερματοπάθειες που οφείλονται κυρίως στον στρεπτόκοκκο και στο σταφυλόκοκκο και θεραπεύονται με τη χρήση αντιβιοτικών.
- Οι μυκητιάσεις είναι, επίσης, πολύ διαδεδομένες δερματοπάθειες. Το περιβάλλον επηρεάζει την ανάπτυξή τους. Προσβάλλουν το δέρμα και τους βλεννογόνους δημιουργώντας ερυθριματώδεις και λεπιδώδεις δερματοπάθειες.
- Τα παράσιτα του ανθρώπινου δέρματος είναι μικροσκοπικοί οργανισμοί που έχουν ανάγκη από συστατικά του δέρματος, για να τραφούν. Άλλα παράσιτα εγκαθίστανται στο δέρμα, ενώ άλλα, στιγμιαία, το τσιμπούν και απομακρύνονται. Οι δερματοπάθειες που προκύπτουν είναι μεταδοτικές, όσο το παράσιτο βρίσκεται στο σώμα. Οι κυριότερες είναι η ψώρα (από το άκαρι της ψώρας), η φθειρίαση (από την ψείρα) και η παρασιτική κνήφη (από ψύλλους, κουνούπια, κτλ.).
- Το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας οφείλεται στον ιό HIV, ο οποίος μολύνει τον ανθρώπινο οργανισμό. Καταστρέφει σταδιακά την άμυνά του με αποτέλεσμα να τον αφήνει εκτεθειμένο σε λοιμώξεις και στην ανάπτυξη διαφόρων μορφών καρκίνου.

- Ο ιός μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή, και το αίμα μέσω της μητέρας κατά τον τοκετό και θηλασμό.
- Η προφύλαξη πηγάζει από τους τρόπους μετάδοσης.
- Η εξέλιξη της πορείας της νόσου ακολουθεί τέσσερα στάδια. Σημαντικό ρόλο έχει η έναρξη θεραπείας και ο συνδυασμός φαρμάκων.
- Οι δερματολογικές εκδηλώσεις που παρουσιάζονται κατά την εξέλιξη της HIV λοίμωξης έχουν ενδιαφέρον διαγνωστικό και προγνωστικό.

Ερωτήσεις - Ασκήσεις

1. Σε τι μικρόβιο οφείλεται το ερυσίπελας;
2. Οι σταφυλοκοκκιάσεις με ποιο τρόπο προκαλούνται;
3. Τι πρέπει να προσέξουμε στο δοθιήνα που παρουσιάζεται στην περιοχή του άνω χείλους;
4. Πότε έχουμε επιφανειακή θυλακίτιδα και πότε στα βαθύτερα στρώματα;
5. Τι γνωρίζετε για την σταφυλοκοκκική σύκωση;
6. Τι γνωρίζετε για την ιδρωταδενίτιδα;
7. Τι είναι οι μύκητες;
8. Ποιες παθολογικές καταστάσεις οδηγούν στην εμφάνιση του μύκητα Candida Albicans;
9. Ποια κλινικά χαρακτηριστικά παρουσιάζει το δέρμα από τις καντινιώσεις;
10. Ποιοι βλεννογόνοι προσβάλλονται από τον μύκητα Candida Albicans;
11. Από ποιους παράγοντες ευνοείται η ανάπτυξη της ποικιλοχρόου πιτυρίασης;
12. Που εντοπίζεται το εξάνθημα της ποικιλοχρόου πιτυρίασης;
13. Τι εννοούμε, όταν λέμε «σπόδι του αθλητή»;
14. Σε ποια μέρη του σώματος εμφανίζεται το έκζεμα Hebra;
15. Ποιες είναι οι καταστάσεις που αναζωπυρώνουν τον ιό του έρπητα, όταν βρίσκεται σε λανθάνουσα κατάσταση μέσα στα γάγγλια;
16. Τι σημαίνει υποτροπιάζων έρπης;
17. Πόσα είδη μυρμηκίων έχουμε;
18. Πού εντοπίζονται οι ομαλές μυρμηκίες;

19. Είναι επώδυνα τα οξυτενή κονδυλώματα;
20. Πώς μεταδίδεται η ψώρα;
21. Πώς μεταδίδεται η φθειρίαση του τριχωτού της κεφαλής ;
22. Πώς μεταδίδεται η φθειρίαση του εφηβαίου ;
23. Ποια από τα παρακάτω παράσιτα είναι ορατά με γυμνό μάτι: ψείρα, κοριός, άκαρι της ψώρας, ψύλλος, κουνούπι;
24. Για ποια παρασιτική δερματοπάθεια θα ψάξουμε, αν κάποιος έχει έντονο κνησμό στο τριχωτό της κεφαλής ;
25. Ποια παρασιτική δερματοπάθεια θα υποπτευθούμε, όταν τα μέλη μίας οικογένειας παραπονούνται για έντονο κνησμό την νύχτα ;
26. Πώς είναι το εξάνθημα της ψώρας ;
27. Πώς είναι το εξάνθημα της παρασιτικής κνήφης;
28. Να συμπληρώσετε τα κενά στο κείμενο που ακολουθεί επιλέγοντας τις παρακάτω λέξεις: AIDS, λοίμωξη, λεμφοκύτταρα, ρετροϊό, ευκαιριακές λοιμώξεις, κακοήθειες, ανοσοποιητικό, σύνδρομο επίκτητης ανοσο-λογικής ανεπάρκειας, HIV (Human Immunodeficiency Virus), κυτταρική ανοσία, κύτταρα.

Το AIDS _____ είναι _____ που οφείλεται στο _____ που λέγεται ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας _____ (_____), ο οποίος προσβάλλει τα T-βοηθητικά _____ αλλά και άλλα _____ με αποτέλεσμα να μειώνεται η _____ και έτσι να εμφανίζονται _____ και _____. Τα άτομα με κατεστραμμένο το _____ σύστημα υποφέρουν από ευκαιριακές λοιμώξεις και τελικά πεθαίνουν από αυτές και όχι από το _____.

29. Γιατί με τις συνήθεις κοινωνικές επαφές δεν μεταδίδεται ο ιός HIV;
30. Η εξέλιξη της HIV λοίμωξης μπορεί να διακριθεί σε τέσσερα στάδια ανάλογα με τις κλινικές εκδηλώσεις. Βάλτε δίπλα σε κάθε πρόταση τον αριθμό του σταδίου που βρίσκεται.
 Χαρακτηρίζεται από θετικό HIV αντίσωμα, μπορεί να διαρκέσει 10 χρόνια, είναι ασυμπτωματικός και είναι φορέας.
 Χαρακτηρίζεται από μείωση των CD4 κυττάρων, εμφανίζει ευκαιριακές λοιμώξεις και νεοπλάσματα.
 Χαρακτηρίζεται από οξεία λοίμωξη και έχει αρνητική εξέταση για HIV αντισώματα.

.....Χαρακτηρίζεται από εμφάνιση συμπτωμάτων, μείωση της κυτταρικής ανοσίας και μπορεί να διαρκέσει 5 χρόνια.

31. Σημειώστε μια απάντηση:

Οι δερματολογικές παθήσεις κατά τη διαδρομή της HIV λοίμωξης οφείλονται σε:

- α. Ιογενείς λοιμώξεις
- β. Μυκητιάσεις
- γ. Βακτηριακές λοιμώξεις
- δ. Σύφιλη και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- ε. Σάρκωμα Kaposi
- στ. Όλα τα παραπάνω
- ζ. Από τα παραπάνω α, β και ε.

32. Σημειώστε το γράμμα Σ(σωστό) ή το γράμμα Λ(λάθος) δίπλα από κάθε πρόταση:

- Το σάρκωμα Kaposi συνδέεται με την HIV λοίμωξη.
- Η συχνότητα εμφάνισης του σαρρώματος Kaposi κατά τη διαδρομή της HIV λοίμωξης αυξάνεται σημαντικά.
- Το AIDS Kaposi εμφανίζει κηλίδες, βλατίδες, οζίδια, όγκους.
- Η διάγνωση του Kaposi γίνεται εύκολα από τις βλάβες του.
- Η θεραπευτική αντιμετώπιση του σαρρώματος Kaposi προϋποθέτει συνεκτίμηση πολλών παραμέτρων.

Δραστηριότητες

1. Επίσκεψη σε δερματολογικό νοσοκομείο για την καλύτερη παρατήρηση των περιστατικών των μολυσματικών δερματοπαθειών.
2. Επίδειξη περιστατικών με διαφάνειες.
3. Αναφέρατε προσωπικές εμπειρίες που προέρχονται από επισκέψεις σας σε κέντρα αισθητικής όσον αφορά τα μέτρα προφύλαξης και ασφάλειας που λάμβαναν οι εκεί αισθητικοί. Ποια συμπληρωματικά μέτρα θα προτεινάτε εσείς, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η πλήρης προστασία σε τέτοιους χώρους; Σχολιάστε το στην τάξη.
4. Χωριστείτε σε 5 ομάδες και υποδυθείτε η κάθε μία το ρόλο των ατόμων που θεωρούνται αυξημένου κινδύνου. Απαντήστε γιατί η κάθε ομάδα παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο.

6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: Η ΑΚΜΗ

Αντικειμενικοί Σκοποί

Μετά τη μελέτη και την επεξεργασία των ενοτήτων του βου κεφαλαίου οι μαθητές / μαθήτριες θα είναι σε θέση:

- Να περιγράψουν την παθογένεια της ακμής και την κλινική της εικόνα.
- Να διακρίνουν τις κύριες μορφές της ακμής.

Η ΑΚΜΗ

6.1 Γενικά

Η ακμή είναι χρόνια και πολύμορφη δερματοπάθεια που συνδυάζεται με κατακράτηση σμήγματος στους τριχοσμηγματογόνους θυλάκους και δευτερογενείς επιμολύνσεις. Συνήθως εντοπίζεται στις σμηγματορροϊκές περιοχές του προσώπου, της πλάτης, του στήθους και των ώμων.

Παρατηρείται περίπου στο 30% των εφήβων της λευκής φυλής. Εμφανίζεται και στα δύο φύλα και συχνότερα στους έφηβους άνδρες. Η εμφάνιση της συμπίπτει με την έναρξη της εφηβείας ή και πρωτότερα. Εξελίσσεται με εξάρσεις και υφέσεις.



Εικόνα 6.1: Επιφανειακή ακμή

*Ευγενική προσφορά του
δερματολόγου Κ. Πουσσουλίδη*

6.2 Αιτιολογία - Παθογένεια.

Η αιτιολογία και η παθογένεια της ακμής έχει σχέση με πολλούς παράγοντες, σπουδαιότεροι των οποίων είναι οι εξής:

6.2.1 Διαταραχές της κερατινοποίησης.

Αυτές εντοπίζονται στο ύψος της κατώτερης μοίρας του τριχοσμηγματογόνου αδένου. Στη θέση αυτή με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο βλέπουμε παχύτερη την κεράτινη ουσία και πιο γρήγορη πριν ωρίμανση των κυττάρων της επιδερμίδας.

6.2.2 Μικροβιακός παράγοντας.

Ο μικροβιακός παράγοντας παίζει καθοριστικό ρόλο στην ακμή. Στους τριχοσμηγματογόνους θυλάκους ατόμων που πάσχουν από ακμή, βρέθηκαν το κορινοβακτηρίδιο της ακμής, ο επιδερμικός σταφυλόκοκκος και άλλα μικρόβια.

6.2.3 Σμηγματόρροια.

Η κοινή ακμή αναπτύσσεται σε περίοδο ανάπτυξης και υπερλειτουργίας των σμηγματογόνων αδένων.

6.2.4 Ορμονικοί παράγοντες

Είναι βέβαιο ότι η παθογένεια της ακμής έχει στενή σχέση με τις ανδρογόνες ορμόνες και, ιδιαίτερα, όσον αφορά τους άνδρες με την τεστοστερόνη και όσο αφορά τις γυναίκες με την ανδροστενεδιόνη. Τα ανδρογόνα και κυρίως η τεστοστερόνη είναι υπεύθυνα για την υπερέκκριση των σμηγματογόνων αδένων.

6.2.5 Κληρονομικότητα

Η κληρονομικότητα επηρεάζει την κλινική εικόνα της νόσου, την κατανομή των βλαβών και τη χρονική της διάρκεια.

6.2.6 Κλιματολογικοί παράγοντες

Στα εύκρατα κλίματα η ακμή αναπτύσσεται περισσότερο κατά τους χειμερινούς ψυχρούς μήνες, ενώ στα περισσότερο θερμά κλίματα η ανάπτυξη της ευνοείται κατά τις υγρές περιόδους. Έχει παρατηρηθεί ότι η επιδείνωση της ακμής, κατά τους καλοκαιρινούς μήνες οφείλεται στην υγρασία του περιβάλλοντος και στην υπερβολική εφίδρωση του ατόμου.

6.2.7 Ψυχολογικοί παράγοντες

Δεν έχει εξακριβωθεί πειραματικά η σχέση του ψυχολογικού παράγοντα με την παθογένεια της ακμής. Υπάρχουν όμως ενδείξεις ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες και το άγχος επιδεινώνουν την ακμή. Αυτό παρατηρείται κυρίως στους μαθητές και στους φοιτητές κατά τη διάρκεια των εξετάσεων.

6.3 Κλινική Εικόνα

Το εξάνθημα της ακμής είναι πολύμορφο και αποτελείται από φαγέσωρες, βλατίδες, φλυκταινίδια, βλατιδοφλύκταινες, οζίδια, κύστεις και πολλές φορές από ατροφικές και υπερτροφικές ουλές.

1. Φαγέσωρες (Μπιμπίκια)

Είναι κεράτινα βύσματα με γκρίζο ή μελανό χρώμα που γεμίζουν τους πόρους των τριχοσμηγματογόνων θυλάκων. Αποτελούνται κυρίως από πέταλα κεράτινης ουσίας, μελανοκυττάρων, τμήματα τριχών, σμήγμα και υπολείμματα σμηγματογόνων αδένων. Αποτελούν την πρώτη εκδήλωση της κοινής ακμής. Στην αρχή είναι χωρίς φλεγμονή, στη συνέχεια, όμως, μπορεί να αναπτύσσουν φλεγμονή. Χωρίζονται σε κλειστούς (άσπρους) και ανοιχτούς (μαύρους) και μπορούν να βγουν εύκολα όταν τους πιέσουμε από τα πλάγια.

2. Βλατίδες

Όταν οι φαγέσωρες μολυνθούν, τότε δημιουργούνται κωνικά επάρματα, τα οποία τελικά παίρνουν κόκκινο χρώμα από τη φλεγμονώδη διήθηση. Η φλεγμονή οφείλεται στα ελεύθερα λιπαρά οξέα και στο σμήγμα, το οποίο εισέρχεται στο χόριο μετά τη ρήξη (άνοιγμα) των τριχοσμηγματογόνων θυλάκων.

3. Φλυκταινίδια

Έχουν μικρό μέγεθος, περίπου όσο το κεφάλι της καρφίτσας, και περιέχουν πυώδες υγρό. Όταν η φλεγμονή προχωρήσει στο βάθος του χορίου, τότε σχηματίζονται τα **οζίδια**. Αυτά υποχωρούν με αργό ρυθμό ή εξελίσσονται σε κύστεις.

4. Κύστεις

Σχηματίζονται από την απόφραξη του στομίου του τριχοσμηγματογόνου θύλακα. Το στόμιο, αυξανόμενο, διατείνει το τοίχωμα των θυλάκων, και οι σχηματιζόμενες κύστεις μπορούν να φθάσουν μέχρι το μέγεθος φασολιού. Οι κύστεις παρουσιάζουν φλεγμονή, και το δέρμα που τις καλύπτει είναι σκούρο κόκκινο. Όταν ανοίξουν, έχουμε την έκκριση παχύρρευστου πύου.

5. Ουλές

Οι φλεγμονώδεις βλάβες της κοινής ακμής, μετά την αποδρομή τους, αφήνουν ερυθρηματώδεις κηλίδες, οι οποίες υποχωρούν και εξαφανίζονται σε μικρό χρονικό διάστημα, ή σχηματίζουν ουλές, οι οποίες είναι μικρές ή μεγάλες και εμφανίζονται στο πρόσωπο στη ράχη και στην μπροστινή επιφάνεια του θώρακα.

6.4 Κλινικές Μορφές

Μη Φλεγμονώδεις Μορφές

6.4.1 Φαγεσωρική ακμή.

Είναι ήπια μορφή ακμής και χαρακτηρίζεται από την παρουσία φαγεσώρων, συνήθως στην μύτη στο μέτωπο και τα αυτιά. Μπορεί να συνυπάρχει με σμηγματόρροια. Οι φαγέσωρες είναι συνήθως ανοικτοί (μαύροι) ή κλειστοί (λευκοί), μονοί ή διπλοί. Οι κλειστοί παίρνουν πολλές φορές την μορφή επιτεδοποιημένων βλατίδων και είναι πιο συχνοί στα μάγουλα και στο μέτωπο.

6.4.2 Επιφανειακή ακμή.

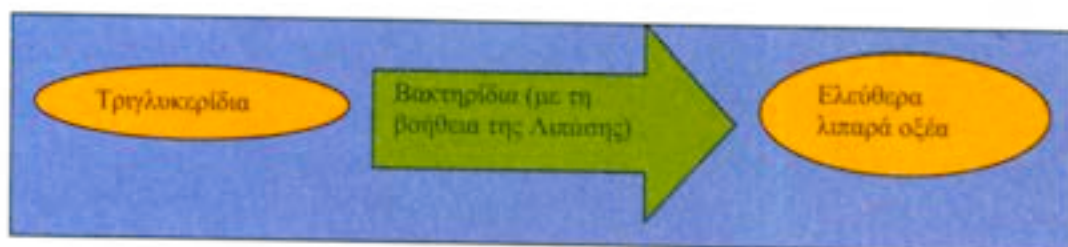
Βρίσκεται σε ποσοστό 20% περίπου και κατατάσσεται στις ήπιες μορφές ακμής. Οι φαγέσωρες μπορούν να συνυπάρχουν με τις λίγες φλεγμονώδεις βλάβες και με μικρές ουλές από προηγούμενες βλάβες. Συνήθως διαρκεί 1-2 μήνες και συνοδεύεται από σμηγματόρροια.

6.4.3 Νεογνική ακμή.

Πρόκειται για συνηθισμένη μορφή ακμής. Εμφανίζεται σε ηλικία 2-3 μηνών ή και νωρίτερα, μπορεί όμως να εμφανιστεί και πολύ αργότερα. Είναι το ίδιο συχνή στα αγόρια και στα κορίτσια και χαρακτηρίζεται από φαγέσωρες και σπανιότερα από φλυκταινίδια, τα οποία υποχωρούν σε λίγες εβδομάδες. Οι βλάβες εντοπίζονται στα μάγουλα, στο μέτωπο ή στο πηγούνι, ποτέ όμως σε περιοχή εκτός προσώπου.

Φλεγμονώδεις Μορφές

Οι φλεγμονώδεις μορφές ακμής χαρακτηρίζονται από την παρουσία φλυκταινιδίων, βλατιδοφλυκταινιδίων και κύστεων. Οι διαβρώσεις που δημιουργούνται είναι αποτέλεσμα της ρήξεως του θυλακικού επιθηλίου. Οι μορφές αυτές επιλέγονται συχνά από βακτηρίδια, τα οποία με τη λιπάση που περιέχουν διασπούν τα τριγλυκερίδια του σμήγματος σε ελεύθερα λιπαρά οξέα με αποτέλεσμα την δημιουργία φλεγμονής.



6.4.4 Βλατιδώδης ακμή πηγουνιού γυναικών ή προ-εμμηνορρυσιακή ακμή ενηλίκων γυναικών.

Είναι η ακμή που εμφανίζεται συχνά σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας με εντόπιση στο πηγούνι λίγες ημέρες πριν από την έμμηνο ρύση και βελτιώνεται μετά από αυτήν. Οι βλάβες αποτελούνται κυρίως από βλατίδες και φλυκταινίδια. Η βαρύτητα της επηρεάζεται από συγκινησιακούς παράγοντες και μπορεί να υποτροπιάζει για ορισμένα χρόνια.

6.4.5 Βλατιδοφλυκταινώδης ακμή.

Είναι η πιο συχνή μορφή ακμής στον τόπο μας. Εντοπίζεται συνήθως στο πρόσωπο, στο λαιμό, στους ώμους, στο στήρνο και στην πλάτη. Παρουσιάζει μεγάλη πολυμορφία βλαβών, όπως φαγέσωρες, βλατίδες, φλυκταινίδια, διαβρώσεις, εφελκίδες και ουλές. Υποτροπιάζει συχνά, ακόμη και όταν το άτομο βρίσκεται σε θεραπεία, και έχει απρόβλεπτη διαδρομή. Μπορεί να μεταπέσει στη βαρύτερη μορφή, δημιουργώντας σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα στον άρρωστο και το περιβάλλον του.

6.4.6 Κυστική ακμή.

Επίμονη, βαριά ακμή, που υποτροπιάζει. Αρχίζει γύρω στην ηλικία των 18 ετών και προσβάλλει περισσότερο τους άνδρες. Εντοπίζεται κυρίως στο πρόσωπο, στο λαιμό, στην πλάτη, στους ώμους και στο στήρνο. Εδώ έχουμε την παρουσία φαγέσωρων και κύστεων. Οι κύστεις έχουν μαλακή ή σκληρή σύσταση, πονούν και, όταν τις πιέσουμε, εκκρίνουν το έλαιο-πυώδες περιεχόμενό τους. Πολλές από αυτές επικοινωνούν ταυτόχρονα μεταξύ τους με σήραγγες και δημιουργούν αποστήματα. Κατά την ρήξη των κύστεων ακολουθούν σχάσεις ή ελκώσεις, παχιές εφελκίδες και ουλές ακανόνιστες, υπερτροφικές, ακόμη και χηλοειδή ακμή. Σε σπάνιες περιπτώσεις υπάρχει δεκαδική πυρετική κίνηση ή διόγκωση των λεμφαδένων.



Εικόνα 6.2: Κυστική ακμή

*Ειρηνική προσφορά του
δερματολόγου Κ.Πουσασιόδη*

6.4.7 Πυόδερμα προσώπου.

Βαριά επιπλοκή της ακμής, που μοιάζει με την κυστική ακμή. Οι βλάβες, οι οποίες εντοπίζονται κυρίως στα μάγουλα, πυορροούν. Παρατηρούνται κύστεις, αποστήματα και ουλές.

6.4.8 Gram(-) Θυλάκίτιδα.

Είναι ασυνήθιστη εκδήλωση ακμής και παρατηρείται στο πρόσωπο αρρώστων που λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή με αντιβιοτικά από το στόμα ή τοπικά. Από τις φλεγμονώδεις βλάβες έχουν απομονωθεί τα μικρόβια: *κολοβακτηρίδιο*, *κλεμπσιέλα*, καθώς και *βακτηρίδια αρνητικά κατά Gram*. Από τις κυστικές βλάβες έχει απομονωθεί και το μικρόβιο *πρωτέας*. Υπάρχει πιθανότητα ο βλεννογόνος της μύτης να αποτελεί πύλη εισόδου των βακτηριδίων που, στη συνέχεια, εγκαθίστανται στο πρόσωπο.



Εικόνα 6.3: Ακμή ράχης

Ευγενική προσφορά του
δερματολόγου Κ.Ποτσουλάδη

6.4.9 Ανδρογενετική ακμή.

Αυτή η μορφή συναντάται μόνο σε γυναίκες και χαρακτηρίζεται από βλατιδοφλύκταινες στο πρόσωπο και αραίωση τριχών, κυρίως στη μετωπιαία ή μετωποβρεγματική χώρα του τριχωτού της κεφαλής, καθώς και από υπερτρίχωση

στο πρόσωπο. Η σμηγματόρροια που ακολουθεί συσχετίζεται τις περισσότερες φορές με διαταραχή του μεταβολισμού των ανδρογόνων.

6.4.10 Επαγγελματική ακμή.

Προέρχεται από ασθενείς που έρχονται σε επαφή στην εργασία τους με ορισμένες ουσίες, όπως λάδια, χλώριο κτλ.

I. Ακμή από λάδια. Είναι αποτέλεσμα επαφής στο εργασιακό περιβάλλον με ορυκτέλαια, προϊόντα πίσσας, πετρέλαιο κ.ά. Προσβάλλει συνήθως άνδρες οι οποίοι εργάζονται σε εργοστάσια, σε συνεργία αυτοκινήτων ή ως συντηρητές δρόμων κ.ά. Έχουμε την εμφάνιση ανοικτών φαγεσώρων με λίγες φλεγμονώδεις βλάβες στο πρόσωπο, στους βραχίονες, στους μηρούς και στις έντριχες περιοχές. Οι κύστες απουσιάζουν.

II. Χλωροακμή. Εμφανίζεται σε άτομα που είναι εκτεθειμένα σε χλωροναυθαλένια, διοξίνη ή σε άτομα που είναι εκτεθειμένα σε χημικές ουσίες. Κλινικά παρατηρούμε μεγάλους, ανοικτούς φαγέσωρες, βλατίδες, φλυκταινίδια και μικρές κύστες, που εντοπίζονται στο πρόσωπο, στην κάτω γνάθο, στον τράχηλο, στους βραχίονες και στους μηρούς. Η εξέλιξη τους μπορεί να διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα· συνήθως αφήνουν ουλές και μετά την ίαση τους.

6.4.11 Φαρμακογενετική ακμή.

Η ακμή αυτή προέρχεται είτε από την εφαρμογή τοπικών σκευασμάτων είτε από τη συστηματική χορήγηση φαρμάκων για θεραπευτικούς λόγους.

I. Ακμή από χρήση τοπικών σκευασμάτων. Πρόκειται συνήθως για θυλακικές βλάβες, που μεταπίπτουν σε βλάβες ακμής. Η ακμή αυτής της μορφής, προέρχεται κυρίως από κορτικοειδή σκευάσματα με μέτρια ή ισχυρή δράση που εφαρμόστηκαν τοπικά. Επίσης, το θείο και τα φαγεσωρογόνα σκευάσματα μπορούν να προκαλέσουν βλάβες.

II. Ακμή από συστηματική χορήγηση φαρμάκων. Ακμοειδή εξανθήματα από φάρμακα, όπως κορτικοστεροειδή, οιστρογόνα, ιωδιούχα, αντιφυματικά, αντιεπιληπτικά, λήθιο δεν είναι ασυνήθιστα. Σαν αίτιο λαμβάνεται η απόφραξη του τριχοσμηματογόνου πόρου. Χαρακτηρίζονται συνήθως από θυλακικό εξάνθημα.

6.4.12 Ακμή από καλλυντικά.

Το εξάνθημα αποτελείται συνήθως από κλειστούς φαγέσωρες, θυλακικές μικρές βλατίδες και σπανιότερα φλυκταινίδια, είναι επίμονο, ήπιο και χρόνιο και εντοπίζεται στο πρόσωπο, στο μέτωπο στους κροτάφους και γύρω από το στόμα. Οφείλεται στη χρήση καλλυντικών για το πρόσωπο ή το σώμα, ή κοσμητικών προϊόντων για τα μαλλιά.

Οι **υδατικές κρέμες** προσώπου, που περιέχουν λανολίνη και τα παράγωγα της, έχει βρεθεί ότι έχουν φαγεσωρογόνο δράση.

Η χρήση **ανιοντικών σαμπουάν** με θειούχα αλκάλια ή και φαρμακευτικών με λιθανθρακόπισσα δημιουργούν ακμή στις περιοχές των κροτάφων.

Τα συστατικά **ίσο-παλμιτικό, βουτύλ-στεατικό, ίσο-στεατικό** κ.ά. είναι ισχυρά φαγεσωρογόνα και μπορούν να προκαλέσουν ακμοειδή εξανθήματα. Ανάλογα αποτελέσματα μπορεί να παρουσιάσουν και οι **λιπαρές κρέμες τροφής** του δέρματος.

6.4.13 Νευρωτική ή προκλητή ακμή.

Η νευρωτική ή προκλητή ακμή χαρακτηρίζεται από ελάχιστες, τυπικές ακμοειδείς βλάβες οι οποίες εμφανίζονται στο μέτωπο, στους κροτάφους και στα μάγουλα. Αυτές συχνά παρουσιάζουν διαβρώσεις, εφελκίδες και ουλές, και η δημιουργία τους οφείλεται στους ίδιους τους αρρώστους.

Οι πάσχοντες είναι άτομα στην πλειοψηφία τους νευρωτικά, που υποστηρίζεται, ότι επιδεινώνουν το μικρό, ενδεχομένως πρόβλημά τους με το "τσίμπημα" των βλαβών στρέφοντας ενάντια στον εαυτό τους μία μορφή καταπιεσμένης επιθετικότητας.

6.5 *Η Θεραπεία της Ακμής*

Η θεραπεία της ακμής διακρίνεται σε **συστηματική** και **τοπική**. Ανάλογα με την μορφή της ακμής επιλέγουμε και το είδος της θεραπείας που θα ακολουθήσουμε.

6.5.1 Συστηματική Θεραπεία.

I. Αντιβιοτικά και αντιφλεγμονώδη.

Τα αντιβιοτικά δίδονται σε περιπτώσεις σοβαρής φλεγμονώδους ακμής. Σε ορισμένες, όμως, περιπτώσεις έχουμε ανεπιθύμητες ενέργειες και ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών από τη συνεχή χρήση των αντιβιοτικών. Τα αντιφλεγμονώδη δίδονται για τη μείωση της φλεγμονής.

II. Αντιανδρογόνα.

Χορηγούνται από το στόμα στις γυναίκες, έχουν κεντρική ρυθμιστική δράση, περιορίζουν την κυκλοφορία των ανδρογόνων στο αίμα, και κατά συνέπεια μειώνουν τον όγκο των εκκρίσεων των σημηματογόνων αδένων.

Ως αντενδείξεις για την χορήγηση αντιανδρογόνων εκλαμβάνονται οι περιπτώσεις όγκων των ωοθηκών και της μήτρας και η ύπαρξη κηρσών και φλεβίτιδας. Επίσης η ασθενής θα πρέπει να διακόψει ή να ελαττώσει το κάπνισμα.

III. Βιταμίνη Α.

Χορηγούμε βιταμίνη Α η οποία βοηθά την ταχύτερη αποκατάσταση του δέρματος. Πολλές φορές κάνουμε συνδυασμό της βιταμίνης Α με την βιταμίνη Ε για καλύτερα αποτελέσματα.

IV. Ισοτρετινοΐνη.

Χορηγείται μόνο σε βαριές περιπτώσεις κυστικής ακμής, ευκολότερα στους ενήλικες άνδρες και μόνο από δερματολόγο, με συνεχή παρακολούθηση. Πρέπει να γίνεται έλεγχος των λιπιδίων και της χοληστερίνης κατά τη διάρκεια της χορήγησης της ισοτρετινοΐνης.

Η σοβαρότερη παρενέργεια του φαρμάκου είναι η τερατογένεση. Για τον λόγο αυτό δεν επιτρέπεται η κύηση κατά τη διάρκεια της λήψεως του φαρμάκου και ένα μήνα μετά τη διακοπή της θεραπείας.

V. Κορτικοστεροειδή.

Χορηγούνται σε ειδικές περιπτώσεις και με σύνεση.

VI. Ηρεμιστικά.

Δίδονται σε περιπτώσεις όπου η ψυχική κατάσταση του ασθενή δρα αρνητικά στη διεξαγωγή της θεραπείας.

6.5.2 Τοπική Θεραπεία

I. Η **καθαριότητα** παίζει σπουδαίο ρόλο στην τοπική θεραπεία της ακμής. Πρέπει να γίνεται τουλάχιστο δύο φορές την ημέρα, με χλιαρό νερό και αντισηπτικά σαπούνια.

II. Ο **καθαρισμός του προσώπου** πρέπει να γίνει από αισθητικό στα αρχικά στάδια της ακμής, ώστε να απαλλαγεί ο ασθενής από τους φαγέσωρες και το σμήγμα.

III. Τοπικά εφαρμόζουμε **αλοιφές** ή κρέμες, οι οποίες περιέχουν ρεζορκίνη, σαλικυλικό οξύ, αζελαϊκό οξύ (azelaic acid), ερυθρομυκίνη (erythrocine), κλινδαμυκίνη (clindamycin), ισοτρετινοΐνη (isotretinoin), τρετινοΐνη (tretinoin) και βιταμίνη Α. Δεν πρέπει να γίνεται χρήση λιπαρών αλοιφών και κρεμών, διότι συμβάλλουν στην αύξηση του σμήγματος.

IV. Τα **Κορτικοστεροειδή** χρησιμοποιούνται μόνο σε σπάνιες, βαριές περιπτώσεις. Πρέπει να αποφεύγονται τοπικά για αρκετό χρονικό διάστημα, διότι προκαλούν παρενέργειες στο δέρμα, όπως λέπτυνση του δέρματος, τριχοφυΐα και ευρυαγγείες.

Μετά την αποκατάσταση των βλαβών παραμένουν ουλές, τις περισσότερες φορές ατροφικές ή υπερτροφικές. Για την επαναφορά του δέρματος γίνονται διάφορα peeling.

6.5.3 Δερμαπόξεση

Η **δερμαπόξεση** (dermabrasion) είναι μια αποτελεσματική επέμβαση για την αισθητική βελτίωση των ουλών της ακμής. Η επέμβαση μπορεί να γίνει με τον κατάλληλο εξοπλισμό στο χειρουργείο του ιατρού υπό τοπική αναισθησία.

Στις περιπτώσεις των ουλών από ακμή, η δερμαπόξεση έχει πάντα θετικό αποτέλεσμα. Όμως θα πρέπει να γίνεται πολύ καλή ενημέρωση του ασθενή για το αποτέλεσμα που θα έχει αναλόγως με τη μορφή και την έκταση των ουλών. Ουσιαστικά, οι μικρές ουλές σε διάμετρο και βάθος υποχωρούν πλήρως, ενώ οι

μεγάλες βελτιώνονται αισθητά. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι απαραίτητο για την περαιτέρω βελτίωση αυτών των ουλών να γίνεται πάλι δερμαπόξεση μετά από 3-6 μήνες περίπου. Για να έχουμε σωστό αποτέλεσμα όσον αφορά τις ουλές, πρέπει να αφαιρεθεί η επιδερμίδα, το θηλώδες χόριο μέχρι τον πυθμένα των ουλών, φθάνοντας μέχρι και το ήμισυ των σμηγματογόνων αδένων, και η επιθηλιοποίηση να γίνει από την κατάδυση της βασικής στιβάδας στα εναπομείναντα τριχοθυλάκια και στους σμηγματογόνους αδένες, ώστε να δημιουργηθεί ένα καινούργιο καθαρό και ομαλό στην επιφάνεια δέρμα.

Όταν πραγματοποιηθεί η επιθηλιοποίηση, το δέρμα εμφανίζει ερυθρό χρώμα, που σταδιακά υποχωρεί σε 1-2 μήνες. Απαιτείται μεγάλη προσοχή στην προστασία του δέρματος από την ηλιακή ακτινοβολία με πλήρη αποφυγή έκθεσης στον ήλιο για δέκα τουλάχιστο μέρες και στη συνέχεια, απαιτείται η χρήση αντηλιακών με υψηλό δείκτη προστασίας.

1. Επιπλοκές της δερμαπόξεσης

1. Η συχνότερη επιπλοκή είναι η εμφάνιση πολλαπλών **κεχρίων** που υποχωρούν με διάνοιξη και την χρήση scrub κρεμών.
2. **Υπερτροφικές ουλές** παρατηρούνται κυρίως, σε πολύ μικρά ποσοστά, στη βαθιά κυρίως δερμαπόξεση και συνήθως στην περιοχή της γωνίας της γνάθου.
3. **Χλόασμα** (πανάδες) παρατηρείται κυρίως στα μελαγχρινά άτομα αλλά υποχωρεί πλήρως σε ένα μήνα περίπου με την χρήση σκευασμάτων υδροκινόνης - ρετινοϊκού οξέος.
4. **Υποχρωμία** παρατηρείται κυρίως σε μελαγχρινά άτομα, στα οποία έγινε βαθιά δερμαπόξεση.
5. **Εξάπλωση απλού έρπητα** παρατηρείται σε άτομα που εμφανίζουν συχνές υποτροπές απλού έρπητα.

6.5.4 Χημική Αποφολίδωση (Χημικό Peeling)

Η χημική αποφολίδωση (χημικό peeling) γίνεται με διάφορες χημικές ουσίες όπως είναι η φαινόλη, το τριχλωροξικό οξύ κτλ.

Η αποφολίδωση διακρίνεται:

- σε **επιφανειακή** που επιδρά μόνο στις ανώτερες στιβάδες της επιδερμίδας,
- σε **μεσαία** που περιλαμβάνει και τις κατώτερες στιβάδες της επιδερμίδας και βοηθά στην αποκατάσταση των μικρών βλαβών από την ακμή.
- σε **βαθιά** που γίνεται μέχρι το χόριο και αποκλειστικά από γιατρό.

Η αποφολίδωση νεκρώνει τα κύτταρα του δέρματος, τα οποία αποβάλλονται μετά από δύο έως τρεις ημέρες. Το δέρμα αναγεννιέται σε διάστημα δέκα ημερών. Επίσης, και στην περίπτωση της αποφολίδωσης, όπως και στην δερμαπόξεση, πρέπει να αποφεύγεται ο ήλιος.

6.6 Χηλοειδής Ακμή του Αυχένα

Είναι χρόνια θυλακίτιδα του αυχένα, που υποτροπιάζει. Προσβάλλονται αποκλειστικά άνδρες, σε νεαρή ηλικία, με τάση προς παχυσαρκία, και οφείλεται στο χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο.

I. Κλινική Εικόνα

Στον αυχένα εμφανίζονται θυλακικά φλυκταινίδια, τα οποία υποτροπιάζουν και όταν περάσουν αφήνουν *χηλοειδή*. Το χρώμα των βλαβών στην αρχή είναι κόκκινο και στη συνέχεια το δέρμα επανέρχεται στο φυσιολογικό του χρώμα.

II. Θεραπεία

Χρειάζεται καθαριότητα και τοπική εφαρμογή αντισηπτικών διαλυμάτων. Επίσης στα αντισηθητικά χηλοειδή μπορεί να γίνει κρυοθεραπεία.

Ανακεφαλαίωση

Να θυμάσαι ότι:

- Η κοινή ακμή είναι πολύ συχνή δερματοπάθεια. Εμφανίζεται και στα δύο φύλα και συχνότερα στους έφηβους άνδρες. Η εμφάνιση της συμπίπτει με την έναρξη της εφηβείας ή και πρωτότερα και εξελίσσεται με εξάρσεις και υφέσεις.
- Το εξάνθημα της ακμής είναι πολύμορφο και αποτελείται από φαγέσωρες, βλατίδες, φλυκταινίδια, βλατιδοφλύκταινες, οζίδια, κύστες και πολλές φορές από ατροφικές και υπερτροφικές ουλές.
- Η θεραπεία της ακμής διακρίνεται σε συστηματική (με φάρμακα από το στόμα) και τοπική (με καθαριότητα και κρέμες). Επίσης, για την αισθητική βελτίωση των ουλών της ακμής εφαρμόζεται η δερμαπόξεση και η αποβολίδωση.

Ερωτήσεις

1. Πού εντοπίζεται η ακμή;
2. Αναφερθείτε στους παράγοντες που επηρεάζουν την ακμή.
3. Τι είναι οι φαγέσωρες;
4. Αναφέρατε τις μη φλεγμονώδεις μορφές της ακμής.
5. Η κυστική ακμή θεωρείται από τις βαριές μορφές ακμής και γιατί;
6. Έχουμε εμφάνιση ακμής από καλλυντικά και ποια ενοχοποιούνται;
7. Ποιες βλάβες δημιουργούνται στην περιοχή του αυχένα από τη χηλοειδή ακμή;

Δραστηριότητες

1. Παρατηρήστε τα πρόσωπα των συμμαθητών σας και βρείτε εάν υπάρχουν φαγέσωρες.
2. Εάν κάποιος συμμαθητής σας πάσχει από ακμή του προσώπου, εντοπίστε από ποια στοιχεία αποτελείται η ακμή αυτή.

7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ: ΑΛΛΕΣ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ

Αντικειμενικοί Σκοποί

Μετά τη μελέτη και την επεξεργασία των ενοτήτων του εβδόμου κεφαλαίου οι μαθητές / μαθήτριες θα είναι σε θέση:

- Να αναγνωρίζουν τις συνηθέστερες δερματοπάθειες και να περιγράφουν την παθογένεια και την κλινική τους εικόνα.
- Να γνωρίζουν την επίδραση της ηλιακής ακτινοβολίας στο δέρμα και να αναγνωρίζουν τις συνηθέστερες φωτοδερματοπάθειες.
- Να διακρίνουν από την κλινική τους εικόνα τις συνηθέστερες διαταραχές της θρέψης και του μεταβολισμού.
- Να κατ' ονομάζουν τα συνηθέστερα μέτρα προφύλαξης και να διακρίνουν την ορθολογική τους χρήση

ΑΛΛΕΣ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ

7.1 Δερματίτιδες από Επαφή

Πρόκειται για μια οξεία φλεγμονώδη αντίδραση του δέρματος, που οφείλεται στη δράση διαφόρων ουσιών πάνω στο δέρμα. Διακρίνεται σε ερεθιστική και αλλεργική δερματίτιδα από επαφή.

7.1.1 Ερεθιστική Δερματίτιδα από Επαφή

I. Αιτιολογία.

Ερεθιστικές ουσίες, οι οποίες έρχονται σε επαφή με το δέρμα, προκαλούν βλάβες των κυττάρων του. Το μέγεθος του ερεθισμού που προκαλείται εξαρτάται από το είδος της ουσίας, τη διάρκεια και τη συχνότητα της επίδρασης και από τη φυσική κατάσταση του δέρματος. Μεταξύ των ερεθιστικών ουσιών περιλαμβάνονται, το νερό, τα σαπούνια, τα διάφορα απορρυπαντικά, τα φάρμακα, τα καλλυντικά, τα βιολογικά προϊόντα (ούρα, κόπρανα), καθώς και διάφορες ουσίες που δρουν μηχανικά, όπως ίνες από υαλοβάμβακα ή μαλλί είναι πιθανό να προκαλέσουν δερματίτιδα από επαφή σε ενήλικες και βρέφη.

II. Κλινική εικόνα.

Διακρίνουμε τις:

- Οξεία ερεθιστική δερματίτιδα.

Εμφανίζεται μετά από μία μόνο επαφή με την τοξική ουσία η οποία προκαλεί ισχυρή ερεθιστική δράση με έντονη ερυθρότητα και κάψιμο.

- Χρόνια ερεθιστική δερματίτιδα.

Οφείλεται σε καθημερινές επαφές του δέρματος με ερεθιστικές ουσίες και είναι δυνατό να εμφανιστεί αρκετές ημέρες μετά από την πρώτη επαφή. Οι βλάβες της χρόνιας ερεθιστικής δερματίτιδας χαρακτηρίζονται από ξηρότητα, ερυθρότητα και ρωγμές οι οποίες είναι δυνατό να επιμολυνθούν.

7.1.2 Αλλεργική Δερματίτιδα από Επαφή

I. Κλινική εικόνα

Στην αρχή παρατηρείται ερύθημα που περιορίζεται μόνο στην περιοχή η οποία ήρθε σε επαφή με το αλλεργιογόνο. Ανάλογα με τη διάρκεια και την ένταση το αρχικό ερύθημα μπορεί να γίνει εντονότερο και να παρατηρηθεί οίδημα. Στην επιφάνεια παρατηρούνται βλατίδες και φυσαλίδες. Οι βλάβες συνοδεύονται από κνησμό. Εάν γίνει απομάκρυνση του παράγοντα που δημιούργησε την δερματίτιδα, δεν υπάρχουν επιπλοκές και ο ασθενής θεραπεύεται σε λίγες ημέρες.

II. Αιτιολογία.

Όλες οι ουσίες που περιβάλλουν το άτομο μπορούν να δράσουν σαν αλλεργιογόνα.



Εικόνα 7.1: Αλλεργική δερματίτιδα από επαφή

7.1.3 Ουσίες που προκαλούν δερματίτιδα από επαφή

Οι ουσίες κυρίως που προκαλούν δερματίτιδα από επαφή είναι:

I. Φάρμακα.

Στα φάρμακα οφείλεται το 30% περίπου των περιπτώσεων της αλλεργικής δερματίτιδας από επαφή. Τα πιο συνηθισμένα είναι η πενικιλίνη, η νεομυκίνη, τα αντισταμινικά, η στρεπτομυκίνη, οι σουλφοναμίδες, ο υδράργυρος, το θείο, ο συγκολλητικός επίδεσμος (leucoplast) κ.ά.

II. Ενδύματα, εσώρουχα και υποδήματα.

Εδώ η αλλεργική δερματίτιδα από επαφή οφείλεται στις συνθετικές ύλες, από τις οποίες κατασκευάζονται τα ρούχα και τα υποδήματα (μαλλί, νάylon, ακρυλικό) ή από τις βαφές που χρησιμοποιήθηκαν για τον χρωματισμό τους.

III. Προϊόντα οικιακής χρήσεως.

Δερματίτιδα από επαφή προκαλείται στα χέρια και στο πρόσωπο από τα απορρυπαντικά, τα σαπούνια, τη χλωρίνη, τα παρασιτοκτόνα, τα βερνίκια δαπέδου και επίπλων.

IV. Φυτικές ουσίες και τροφές φυτικής προέλευσης.

Στα φυτικής προελεύσεως αλλεργιογόνα περιλαμβάνονται τα χρυσάνθεμα, ο κισσός, ο μαϊντανός, το σέλινο, τα πορτοκάλια, τα λεμόνια, τα σύκα, το ξύλο βαλανιδιάς, το ξύλο μαονιού, το γάλα του σύκου κ.α.

Το κύριο αλλεργιογόνο των πορτοκαλιών φαίνεται πιθανότερο να είναι η λεμονίνη, που ευαισθητοποιεί το δέρμα και προκαλεί αλλεργική δερματίτιδα από επαφή στα χέρια ή στα χείλη.

V. Ζωικές ουσίες.

Το έκκριμα των εντόμων ή οι ουσίες οι οποίες προέρχονται από την αποσύνθεση του σώματος, το τρίχωμα διαφόρων ζώων, το χνούδι κάμπιας κ.ά. μπορούν να προκαλέσουν δερματίτιδα από επαφή.

VI. Προϊόντα βιομηχανικής χρήσεως.

Πολλά προϊόντα χημικά ή συνθετικές ουσίες επαγγελματικής χρήσης, όπως άλατα μετάλλων, το νικέλιο, οξέα-αλκάλια, που χρησιμοποιούνται σε διάφορα επαγγέλματα, προκαλούν δερματίτιδες από επαφή.

VII. Καλλυντικά

Τα καλλυντικά στην εποχή μας είναι πολύ διαδεδομένα τόσο στο γυναικείο όσο και στον ανδρικό πληθυσμό. Ο προορισμός κάθε καλλυντικού είναι η εφαρμογή του στο δέρμα, στα μαλλιά ή στα νύχια για μικρό ή μεγαλύτερο διάστημα. Η χρήση τους όμως, μερικές φορές, μπορεί να μας δημιουργήσει ανεπιθύμητες ενέργειες. Αυτό μπορεί να συμβεί αμέσως μετά την πρώτη χρησιμοποίησή τους ή και αργότερα.

Οι δερματίτιδες των καλλυντικών οφείλονται σε κρέμες οι οποίες περιέχουν ουσίες, όπως ορμόνες, υδράργυρο, σαλικυλικό οξύ, παραφίνες κ.ά. Λευκαντικές κρέμες, αντηλιακά, καλλυντικές πούδρες, οι οποίες έχουν σαν σκοπό να διορθώσουν το χρώμα του δέρματος του προσώπου και να το κάνουν λείο και απαλό στην αφή, μπορούν να προκαλέσουν δερματίτιδα από επαφή. Οι δερματίτιδες που παρουσιάζονται από τις πούδρες οφείλονται κυρίως στο χρώμα και στο άρωμα τους. Τα σκευάσματα που χρωματίζουν τα βλέφαρα, τα φρύδια και τις βλεφαρίδες, τα μέικαπ (make-up) ματιών, δημιουργούν αντιδράσεις στην περιοχή των ματιών, με οίδημα των βλεφάρων, κνησμό, ερυθρότητα και λεπτή πιτυρώδη απολέπιση. Τα κραγιόν που χρησιμοποιούνται για τη διακόσμηση των χειλέων μπορεί επίσης να προκαλέσουν, μετά από συνεχή χρήση, δερματίτιδα. Υπεύθυνα συστατικά, που περιέχονται στα κραγιόν είναι τα αρώματα, τα παράγωγα της λανολίνης, το βούτυρο του κακάο, ουσίες που μπορεί να προκαλέσουν σκληρότητα, απολέπιση, οίδημα και ραγάδες στα χείλη.

Τα βερνίκια των νυχιών, επίσης, μπορεί να προκαλέσουν αλλεργικές αντιδράσεις στα νύχια, όπως αλλαγή στο χρώμα τους, ελάττωση του πάχους τους, ξηρότητα και ευθραυστότητα.

Στο τριχωτό της κεφαλής, καθώς και στο δέρμα του προσώπου έχουμε ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες χαρακτηρίζονται από αίσθημα καψίματος και φαγούρας, ερεθισμό στα μάτια και θυλακίτιδα στην περιοχή των κροτάφων και οφείλονται στις τριχοβαφές, στα σαμπουάν και στα σαπούνια.

Τα αρώματα επίσης, οι κολόνιες και οι λοσιόν, είναι δυνατό να προκαλέσουν δερματίτιδα από επαφή. Σε άλλη ενότητα θα εξετάσουμε πώς από την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία μπορεί να προκληθεί η δερματίτιδα τύπου berloque.

7.1.4 Επαγγελματικές δερματοπάθειες

Οι δερματοπάθειες εργαζομένων στη βιομηχανία αποτελούν ξεχωριστή ομάδα επαγγελματικών παθήσεων. Αφορούν διάφορα επαγγέλματα σε όλες τις βαθμίδες παραγωγής και διακινήσεως, όπως αγρότες, κτηνοτρόφους, ιχθυοτρόφους, ψαράδες, εργάτες, μηχανικούς, συντηρητές και χειριστές μηχανημάτων, κτηνιάτρους, καθώς και μαγειρούς.

Προκαλούνται από ποικίλα αίτια, που διακρίνονται σε φυσικά, χημικά και βιολογικά. Συνήθως, συμβάλλουν περισσότερα του ενός αίτια για την πρόκληση μιας πάθησης, ενώ η διαβροχή του δέρματος συχνά αποτελεί τη βασική προϋπόθεση.

Φυσικά αίτια: Τριβή, πίεση, τραύμα, δόνηση, ηλεκτρικό ρεύμα, ζέστη, κρύο, υγρασία, ακτινοβολία (υπεριώδης, ορατή, υπέρυθρη, ιονίζουσα)

Χημικά αίτια: Νερό, ανόργανα οξέα, αλκάλια, άλατα βαρέων μετάλλων, αλειφατικά οξέα, αλδεΐδες, εστέρες, υδρογονάνθρακες, διαλύτες, λιπίδια, αρωματικά και πολυκυκλικά μίγματα, μονομερείς ρητίνες και πρωτεΐνες

Βιολογικά αίτια: Φυτικές, ερεθιστικές, αλλεργιογόνες και φωτοαλλεργιογόνες ουσίες, βακτηρίδια, μύκητες, πρωτόζωα, αρθρόποδα και ιοί.

Πίνακας 1: Αίτια επαγγελματικών δερματοπαθειών

(Προσαρμογή από την Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας – Αφροδισιολογίας, Κ. Μπασιούκας, τ.4, Ιαν.93)

Η δερματίτιδα από επαφή είναι η δερματοπάθεια που παρατηρείται συχνότερα στους εργαζομένους στη βιομηχανία τροφίμων. Μπορεί να προκαλείται ή να επιδεινώνεται από διάφορα υλικά που χρησιμοποιούνται στη βιομηχανική διαδικασία, όπως γάντια, στολές, σαπούνια κτλ., ή από το ίδιο το επεξεργαζόμενο προϊόν, όπως φρούτα, λαχανικά κτλ.

7.2 Ηλιακή Ακτινοβολία και Δέρμα

Φωτοδερματοπάθειες

7.2.1 Εισαγωγή: Ο ήλιος και η επίδρασή του στο δέρμα

Η σχέση ήλιου και δέρματος ενδιαφέρει άμεσα τους επαγγελματίες αισθητικούς. Ο ήλιος έχει σημαντικές επιδράσεις στο δέρμα, που πρέπει να τις

γνωρίζουν. Σε κάποια κέντρα χρησιμοποιούνται για μαύρισμα τεχνητές πηγές υπεριώδους ακτινοβολίας (solarium) οι οποίες δεν είναι ακίνδυνες για το δέρμα. Αρώματα και καλλυντικά μπορεί να συνδεθούν αρνητικά με την ηλιακή ακτινοβολία. Τέλος, πρέπει να υπάρχει εξοικείωση με τους τρόπους αντηλιακής προστασίας.

Ο ήλιος εκπέμπει μη ιονίζουσα ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία, που, πιο απλά, την ονομάζουμε **ηλιακό φως** ή **ηλιακή ακτινοβολία**. Είναι πηγή ζωής αλλά προκαλεί και προβλήματα στο ανθρώπινο δέρμα, διότι έχει **μεταλλαξιογόνο** και **καρκινογόνο** δράση.

Το ηλιακό φως εκπέμπει σ' ένα ευρύ φάσμα με διάφορες ζώνες συχνότητας ή *μήκη κύματος*, κι έτσι προκύπτουν η *ορατή* και οι *αόρατες* ακτινοβολίες. Η ορατή ακτινοβολία έχει μήκος κύματος 400-800 νανόμετρα (nm).

Στις αόρατες ακτινοβολίες ανήκουν η υπεριώδης και η υπέρυθρη ακτινοβολία. Η υπεριώδης ακτινοβολία διακρίνεται σε υπεριώδη Α (UVA) με μήκος κύματος 320-400 nm, υπεριώδη Β (UVB) με μήκος κύματος 280-320 nm και υπεριώδη C (UVC) με μήκος κύματος 40-280 nm. Το στρώμα του όζοντος της ατμόσφαιρας, καθώς και τα σωματίδια σκόνης και οι σταγόνες νερού «φιλτράρουν» την ηλιακή ακτινοβολία, κι έτσι φθάνουν στη γη μόνο τα 2/3 της ηλιακής ακτινοβολίας.

Η υπεριώδης C με το μικρότερο μήκος κύματος, τοξική για τα κύτταρα, δεν φθάνει στη γη.

Η ηλιακή ακτινοβολία απορροφάται από μόρια των κυττάρων του δέρματος, όπως το DNA, το RNA, οι πρωτεΐνες, οι πορφυρίνες, η μελανίνη, η χοληστερόλη κτλ.

Προκαλεί στο δέρμα κάποιες **φυσιολογικές αλλαγές**: πάχυνση και μελάγχρωση (σκουρότερο χρώμα), που έχουν προστατευτικό ρόλο για την περαιτέρω έκθεση, ενώ έχει δράσεις **ευεργετικές** αλλά και **παθολογικές**.

Η **ευεργετική** δράση της ηλιακής ακτινοβολίας οδηγεί από την προβιταμίνη D3 στην **βιοσύνθεση της βιταμίνης D3** στο δέρμα, η οποία είναι πρόδρομη μορφή της βιταμίνης D, σημαντικής για τον μεταβολισμό των οστών (βλ. φυσιολογία του δέρματος). Επίσης η έκθεση στον ήλιο **βελτιώνει την πορεία** μερικών δερματοπαθειών, όπως της ψωρίασης στις περισσότερες μορφές της, της ατοπικής δερματίτιδας κτλ.

Η **παθολογική επίδραση** της ηλιακής ακτινοβολίας προκαλείται κυρίως από τις υπεριώδεις ακτινοβολίες Α και Β και από το ορατό φως. Απορροφούμενες από τα κύτταρα της επιδερμίδας οδηγούν σε κυτταρικό πολλαπλασιασμό, μεταλλάξεις, παραγωγή ελευθέρων ριζών οξυγόνου και τοξικότητα, που αρχικώς φαίνονται σε μικρομοριακό επίπεδο και όχι κλινικά. Προστασία από την βλαβερή επίδραση της ηλιακής ακτινοβολίας προσφέρουν στα κύτταρα η κεράτινη στιβάδα (που παχύνεται μετά από έκθεση στον ήλιο), η μελανίνη (ως άμορφη μελανίνη και ως μελανοσωμάτια) και πιθανόν το ουροκανικό οξύ (που προκύπτει από την ιστιδίνη). Σε πιο έντονη έκθεση το δέρμα κινητοποιεί ανοσοποιητικούς μηχανισμούς επιδιόρθωσης των βλαβών από το ηλιακό φως, όπως γονίδια **ογκο-καταστολής** και ειδικές πρωτεΐνες, που αποτρέπουν την δημιουργία όγκων.

Μετά από **σύντομη** έκθεση στο ηλιακό φως μπορεί να συμβούν **οξείες παθολογικές αντιδράσεις** και να εμφανισθούν **οξείες ή χρόνιες παθήσεις** του δέρματος (φωτο-δερματοπάθειες).

Οι οξείες διαρκούν λίγο, ενώ οι χρόνιες διαρκούν πολύ ή επανεμφανίζονται κάθε χρόνο, όταν αυξάνεται η ένταση της ηλιακής ακτινοβολίας, ιδιαίτερα από την άνοιξη και μετά. Η συχνή και μακρόχρονη έκθεση στον ήλιο έχει, επίσης, αρνητικές συνέπειες. Υπάρχουν, τέλος, δερματοπάθειες που επιδεινώνονται (χειροτερεύουν) με το ηλιακό φως.

Στον Πίνακα 2 συνοψίζονται κατά κατηγορία όλες αυτές οι αντιδράσεις και οι παθήσεις, τις οποίες και θα εξετάσουμε αναλυτικά.

Οξείες παθολογικές αντιδράσεις από έκθεση στο ηλιακό φως

Οι **Οξείες παθολογικές αντιδράσεις** του δέρματος μετά από έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία είναι:

1. Το **ηλιακό ερύθημα** = κοκκίνισμα.
2. Το **ηλιακό έγκαυμα** = κάψιμο, που εκδηλώνεται με κοκκίνισμα, φυσαλίδες, πομφόλυγες, πόνο, και σε βαριές περιπτώσεις με γενικά συμπτώματα, όπως ναυτία, εμετό, ζάλη, ρίγη.

Φωτοδερματοπάθειες

Είναι παθήσεις του δέρματος από έκθεση στο ηλιακό φως. Διακρίνονται σε:

Οξείες φωτοδερματοπάθειες, που είναι οι **φωτοδερματίτιδες** και η **ηλιακή κνίδωση**.

Χρόνιες, που είναι το **πολύμορφο ερύθημα από φως** και η **ιδρώα** είτε θερινή είτε ευλογιοειδής.

Φωτοδερματοπάθειες από αθροιστική μακροχρόνια έκθεση στο ηλιακό φως που είναι η **φωτογήρανση** και η **φωτοκαρκινογένεση**.

7.2.2 Οξείες φωτοδερματοπάθειες

1. Φωτοδερματίτιδες

Εκδηλώνονται στα **φωτοεκτεθειμένα μέρη**, δηλαδή στις περιοχές του δέρματος που εκτίθενται στην ηλιακή ακτινοβολία, με δερματικό εξάνθημα που μοιάζει με οξεία δερματίτιδα, δηλαδή **ερύθημα, βλατίδες, φυσαλίδες, πομφόλυγες και κνησμό**, όταν προηγηθεί χρήση ή επαφή με μια ουσία **φωτοευαισθητοποιητική**, που κάνει το δέρμα ευαίσθητο στο φως. Αν η χρήση είναι **τοπική**, εκδηλώνεται **φωτοδερματίτιδα από επαφή** στα σημεία όπου ήρθε σε επαφή ή επαλείφθηκε η ουσία. Αν η χρήση είναι **συστηματική** (λήψη ουσιών από το στόμα ή σε ένεση), η **φωτοδερματίτιδα** εμφανίζεται σε **όλα** τα **φωτοεκτεθειμένα μέρη** του σώματος. Θεραπεία αποτελεί η αποφυγή του συνδυασμού της ουσίας αυτής με την έκθεση στο φως.

Πίνακας 2: Ηλιακή ακτινοβολία και παθολογικές επιδράσεις στο δέρμα

• ΟΞΕΙΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΗΛΙΑΚΟ ΦΩΣ

1. Ηλιακό ερύθημα
2. Ηλιακό έγκαυμα

• ΦΩΤΟΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ

(Παθήσεις του δέρματος από έκθεση στο ηλιακό φως)

A. ΟΞΕΙΕΣ ΦΩΤΟΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ

1. Φωτοδερματίτιδες
 - α. Φωτο-τοξική δερματίτιδα από επαφή
 - I. Φωτο-φυτοδερματίτιδα
 - II. Δερματίτιδα Berloque (από κολώνιες και αρώματα)
 - β. Φωτο-αλλεργική δερματίτιδα από επαφή
 - γ. Φωτοδερματίτιδα από φάρμακα
2. Ηλιακή κνίδωση

B. ΧΡΟΝΙΕΣ ΦΩΤΟΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ

1. Πολύμορφο ερύθημα από φως
2. Ιδρώα (είτε θερινή είτε ευλογιοειδής)
3. Μέλασμα

Γ. ΦΩΤΟΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ ΑΠΟ ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΗ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΗΛΙΑΚΟ ΦΩΣ

1. Φωτογήρανση
2. Φωτοκαρκινογένεση

Δ. ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΕΙΝΩΝΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΗΛΙΑΚΟ ΦΩΣ

Πελλάγρα, απλός επιχειλίου έρπης, ερυθηματώδης λύκος

Στις φωτοδερματίτιδες από τον συνδυασμό “*φωτοευαισθητοποιητικής ουσίας και έκθεσης στο φως*” :

-άλλοτε συμμετέχουν ανοσοποιητικοί μηχανισμοί, δηλαδή το αμυντικό σύστημα, οπότε έχουμε **φωτοαλλεργική** δερματίτιδα,

-ενώ άλλοτε η ουσία έχει απευθείας ερεθιστική (τοξική) δράση χωρίς μεσολάβηση του αμυντικού συστήματος, οπότε έχουμε **φωτοτοξική** δερματίτιδα.

Η ίδια ουσία μπορεί να δρά άλλοτε φωτοτοξικά κι άλλοτε φωτο-αλλεργικά. Αυτό δεν είναι πάντα προβλέψιμο, αν και υπάρχουν ειδικά ιατρικά εργαστηριακά τεστ που επιβεβαιώνουν ποια ουσία είναι υπεύθυνη και δείχνουν αν δρα με *ερεθιστικό (τοξικό) μηχανισμό* ή με *αλλεργικό*.

Στις φωτοαλλεργικές αντιδράσεις ο οργανισμός χρειάζεται να έρθει αρκετές φορές σε επαφή με την ουσία, ενώ μια φωτοτοξική αντίδραση μπορεί να εκδηλωθεί κατά την πρώτη φορά.

Οι φωτοδερματίτιδες διακρίνονται στην **φωτοτοξική δερματίτιδα από επαφή**, στην **φωτοαλλεργική δερματίτιδα από επαφή** και στην **φωτοδερματίτιδα από φάρμακα** (είτε φωτοτοξική είτε φωτοαλλεργική).

- **Φωτοτοξική δερματίτιδα από επαφή**

Οι πιο συχνές μορφές της είναι η **φωτο-φυτοδερματίτιδα** και η **δερματίτιδα Berloque** (από κολώνιες και αρώματα).

I. Φωτο-φυτοδερματίτιδα

Εκδηλώνεται στην περιοχή του δέρματος που ήρθε σε επαφή με φωτοευαισθητοποιό φυτό (συνήθως πρόκειται για φυτά που περιέχουν *ψωραλένια*), όταν ακολουθήσει έκθεση στον ήλιο. Το εξάνθημα χαρακτηρίζεται από βλατίδες, φουσουλίδες, πομφόλυγες και υπερμελάγχρωση.

II. Δερματίτιδα Berloque (από κολώνιες και αρώματα)

Εκδηλώνεται, όταν έχει γίνει χρήση κολώνιας ή αρώματος που περιέχει έλαιο περγαμόντου, επειδή αυτό έχει την φωτοευαισθητοποιό ουσία *5-μεθοξυψωραλένιο*, στα σημεία της επάλειψης μετά από έκθεση στον ήλιο.

Οι δερματικές βλάβες μπορεί να μοιάζουν με τις βλάβες της φωτοφυτοδερματίτιδας, αλλά στη δερματίτιδα berloque συχνά λείπει η οξεία φάση, και εκδηλώνονται μόνο γραμμές ή μεγάλες κηλίδες **υπερμελάγχρωσης**.

- Φωτο-αλλεργική δερματίτιδα από επαφή

Είναι πολύ πιο σπάνια από την φωτοτοξική δερματίτιδα.

Η μορφή του εξανθήματος μοιάζει με το εξάνθημα της φωτοτοξικής δερματίτιδας.

- Φωτοδερματίτιδα από χρήση φαρμάκων

Πρόκειται για γενικευμένη ή εντοπισμένη εκδήλωση δερματίτιδας, που προκαλείται στα φωτοεκτεθειμένα μέρη του σώματος μετά από χρήση φαρμάκου και έκθεση στον ήλιο. Τα φάρμακα που την προκαλούν είναι ορισμένα *αντιβιοτικά*, όπως οι *тетраκυκλίνες*, τα *ρετινοειδή* που χρησιμοποιούνται στην θεραπεία της ακμής, τα *αντισυλληπτικά*, κάποια *ηρεμιστικά* κτλ.



Εικόνα 7.2: Φωτοδερματίτιδα.
Είναι χαρακτηριστική η εντόπιση στο πρόσωπο και στο ανώτερο τμήμα του θώρακα, περιοχές που εκτίθενται πιο πολύ στον ήλιο.
Ευγενική προσφορά του δερματολόγου Γ.Κοντοχριστόπουλου.

II. Ηλιακή κνίδωση.

Για την εκδήλωσή της δεν μεσολαβεί φωτοευαισθητοποιός ουσία..

Εκδηλώνεται, *λίγα λεπτά* μετά από έκθεση στον ήλιο, με *πομφούς* στα φωτοεκτεθειμένα μέρη ή και σε όλο το σώμα, μια και τα ρούχα δεν προστατεύουν. Προκαλείται από την ορατή και από την υπεριώδη ακτινοβολία. Μπορεί να οδηγήσει σε **αναφυλακτικό σοκ** και να κινδυνεύσει η ζωή του ατόμου (σπάνια). Θεραπεύεται με αποφυγή της έκθεσης στην ηλιακή ακτινοβολία και λήψη αντισταμινικών φαρμάκων.

7.2.3 Χρόνιες Φωτοδερματοπάθειες

I. Πολύμορφο ερύθημα από φως.

Είναι ένα εξάνθημα που εμφανίζεται σε ορισμένα άτομα, στα φωτοεκτεθειμένα μέρη του σώματος, συνήθως την άνοιξη (που αρχίζει να είναι πιο ισχυρή η ηλιακή ακτινοβολία), λίγες ώρες μετά την έκθεση στον ήλιο. Υποτροπιάζει, δηλαδή επανεμφανίζεται, κάθε χρόνο και γι' αυτό θεωρείται χρόνια φωτοδερματοπάθεια. Η αιτία είναι άγνωστη.

Εκδηλώνεται με **κνησμό, κηλίδες, βλατίδες, φουσαλίδες, πομφόλυγες, εφελκίδες**, έχει δηλαδή, όπως το λέει και το όνομά του, *πολυμορφία* στα διάφορα άτομα, όμως στο ίδιο άτομο εμφανίζεται ένα είδος εξανθήματος. Βελτιώνεται καθώς προχωρά το καλοκαίρι, σαν να γίνεται ένας φυσικός “εμβολιασμός” στο φως. Είναι πιο συχνό στις γυναίκες. Θεραπεύεται με αντιηλιακή προστασία, τοπικά κορτικοειδή και φωτοχημειοθεραπεία (βλ. γλωσσάρι).

II. Ιδρώα

Η **ιδρώα** είναι σπάνια πάθηση των παιδιών. Εκδηλώνεται το καλοκαίρι, που η ηλιακή ακτινοβολία είναι πιο ισχυρή, με εξάνθημα κυρίως στο πρόσωπο, στα χέρια και σε άλλα φωτοεκτεθειμένα μέρη. Ξεκινά συνήθως στη νηπιακή ηλικία, υποτροπιάζει κάθε καλοκαίρι και αρχίζει να υποχωρεί μετά την εφηβεία. Το εξάνθημα εμφανίζεται με **βλατίδες, φουσαλίδες, αιμορραγικές εφελκίδες**. Η **θερινή ιδρώα** θεραπεύεται χωρίς να αφήσει ουλές, ενώ η **ευλογιοειδής ιδρώα** αφήνει ουλές σαν της ευλογιάς.

Θεραπεύεται όπως και το πολύμορφο ερύθημα από φως.

III. Μέλασμα (χλόασμα)

Είναι οι καφέ ή γκριζωπές κηλίδες (μικρές ή μεγάλες) σε σημεία του προσώπου ή του λαιμού, που παρουσιάζονται σαν λεκέδες στο μέτωπο, στα μάγουλα και στους κροτάφους. Συμβαίνει κυρίως (90% των περιπτώσεων) σε γυναίκες. Η ακριβής αιτία είναι άγνωστη, όμως ενοχοποιείται η ηλιακή ακτινοβολία όταν συνδυασθεί με εγκυμοσύνη, τα αντισυλληπτικά, φωτοευαισθητοποιητικά φάρμακα ή, απλώς, η γενετική προδιάθεση.

Θεραπεύεται με πήλινγκ ή ειδικές λευκαντικές κρέμες. Η έκθεση στον ήλιο πρέπει να αποφεύγεται απόλυτα και τα αντισυλληπτικά να διακόπτονται.

Πρέπει να θεραπεύονται οι ορμονικές διαταραχές. Επίσης, η χρησιμοποίηση των αντηλιακών είναι απαραίτητη για την πρόληψη ή τη μη επιδείνωση της κατάστασης του ασθενή.



Εικόνα 7.3: Μέλασμα (Χλόασμα)

7.2.4 Φωτοδερματοπάθειες από τη μακρόχρονη και αθροιστική έκθεση στο ηλιακό φως

I. Φωτογήρανση

Είναι η πρόωγη γήρανση του δέρματος, που θα την περιμέναμε σε μεγαλύτερη ηλικία, εάν δεν είχε επιδράσει η ηλιακή ακτινοβολία. Κυρίως καταστρέφεται η ελαστίνη στο χόριο. Η φωτογήρανση φαίνεται με σημεία όπως η ξηρότητα, οι εφηλίδες («φακίδες» στην καθημερινή γλώσσα), οι ρυτίδες, η ηλιακή ελάστωση (γραμμώσεις από καταστροφή της ελαστίνης) κτλ.

II. Φωτοκαρκινογένεση

Είναι η δημιουργία (γένεση) καρκίνου στο δέρμα εξαιτίας της ηλιακής ακτινοβολίας.

Κάποτε η αμυντική ικανότητα του δέρματος έναντι της ηλιακής ακτινοβολίας ξεπερνάται, αν η διάρκεια και η ποσότητα της ηλιακής ακτινοβολίας είναι μεγάλη. Τότε ο ήλιος ασκεί την καρκινογόνο δράση του στο δέρμα.

Η αθροιστική, μακρόχρονη έκθεση στο ηλιακό φως είναι η κύρια αιτία για να δημιουργηθούν το **βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα** του δέρματος, το **ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα** του δέρματος και προκαρκινωμάτωσης βλάβες, όπως η **ακτινική υπερκεράτωση**. Το πιο ανοιχτόχρωμο δέρμα είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Πιθανόν να παίζουν ρόλο και ατομικοί παράγοντες στην φωτοκαρκινογένεση.

Η **μεγάλη έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία** και τα **ηλιακά εγκαύματα** στην παιδική και εφηβική ηλικία ενοχοποιούνται για το **κακήθες μελάνωμα** του δέρματος. Πιο μεγάλη προδιάθεση γι' αυτό εμφανίζουν τα άτομα με πολύ λευκό δέρμα και τα άτομα με μεγάλο αριθμό μελαγχρωματικών σπύλων.

Οι καρκίνοι του δέρματος αναπτύσσονται στο κεφάλαιο *όγκοι του δέρματος*.

Υπάρχουν και άλλες παθήσεις, οι οποίες χαρακτηρίζονται από κάποια *κληρονομική διαταραχή*, που κάνει το *ηλιακό φως βλαβερό* για το δέρμα. Πρόκειται για περίπλοκες παθήσεις, που ακόμη και το όνομά τους είναι δύσκολο, όπως η μελαγχρωματική ξηροδερμία, στην οποία από νωρίς παιδιά και έφηβοι με την επίδραση της ηλιακής ακτινοβολίας παθαίνουν καρκίνους του δέρματος ή οι πορφυρίες στις οποίες υπάρχει κληρονομική διαταραχή που οδηγεί σε συσσώρευση στο δέρμα και σε άλλα όργανα ουσιών του μεταβολισμού, που λέγονται *πορφυρίνες*, οι οποίες απορροφούν την ηλιακή ακτινοβολία, ώστε αυτή να προκαλεί βλάβες του δέρματος. Στις πορφυρίες γίνεται αναφορά στο κεφάλαιο *Δερματοπάθειες από διαταραχές του μεταβολισμού*.

7.2.5 Δερματοπάθειες που Επιδεινώνονται με την Έκθεση στο Ηλιακό Φως

Αυτές δεν οφείλονται στο ηλιακό φως, όμως επιδεινώνονται (χειροτερεύουν) μετά από έκθεση σε αυτό. Απλώς τις αναφέρουμε εδώ: είναι η πελλάγρα, ο απλός επιχέλιος έρπης, ο ερυθρηματώδης λύκος, κτλ.

7.2.6 Αντιηλιακή Προστασία

Είναι σκόπιμο, προκειμένου ν'ι εκτεθούμε όσο το δυνατόν λιγότερο στις βλαβερές επιδράσεις της ηλιακής ακτινοβολίας, να αποφεύγουμε την έκθεση στον ήλιο τις ώρες από τις 11 το πρωί έως τις 4 το απόγευμα που η ηλιακή ακτινοβολία φθάνει με μεγαλύτερη ένταση στην επιφάνεια της γης, καθώς διανύει μικρότερη διαδρομή στην ατμόσφαιρα και την στιβάδα του όζοντος. Επίσης, είναι απαραί-

τητη από το τέλος της άνοιξης έως την αρχή του φθινοπώρου, η **αντιηλιακή προστασία**, στα δε ευαίσθητα άτομα όλον τον χρόνο.

Αντιηλιακή προστασία προσφέρουν το καπέλο, τα γυαλιά ηλίου, τα γάντια και τα ρούχα, ιδιαίτερα τα βαμβακερά, σε όση επιφάνεια του σώματος καλύπτουν. Επίσης, αντιηλιακή προστασία εξασφαλίζουν τα **φυσικά** και **χημικά** φίλτρα που περιέχονται σε διάφορες καλλυντικοτεχνικές μορφές.

Τα φυσικά φίλτρα αντανακλούν και απομακρύνουν την υπεριώδη ακτινοβολία τόσο την UVA όσο και την UVB και είναι χημικώς αδρανή.

Τα πιο συνήθη είναι το **οξειδίο του ψευδαργύρου (ZnO)** και το **διοξειδίο του τιτανίου (TiO₂)**. Δεν δημιουργούν φωτοδερματίτιδες και είναι ασφαλέστερα για τα παιδιά. Το κύριο μειονέκτημά των φυσικών φίλτρων βρίσκεται στην υφή τους: περιέχονται σε παχύρρευστες κρέμες που αλείφονται δύσκολα κι αφήνουν ένα στρώμα σαν παχύ make up πάνω στο δέρμα.

Τα χημικά φίλτρα απορροφούν την υπεριώδη ακτινοβολία χάρη σε χημικές αντιδράσεις. Υπερέχουν σε καλλυντική υφή από τα φυσικά φίλτρα, απλώνονται καλά πάνω στο δέρμα και μπορούν να ενσωματωθούν σε διάφορα σκευάσματα σε μορφή κρέμας, γαλακτώματος, λοσιόν, σπρέι ή γέλης (ζελ). Έχουν το μειονέκτημα ότι μπορεί, σπάνια, να προκαλέσουν φωτοδερματίτιδες. Η επάλειψή τους στο δέρμα πρέπει να ανανεώνεται κάθε 2-3 ώρες. Προτιμώνται εκείνα τα χημικά φίλτρα που προστατεύουν και από την UVA και από την UVB.

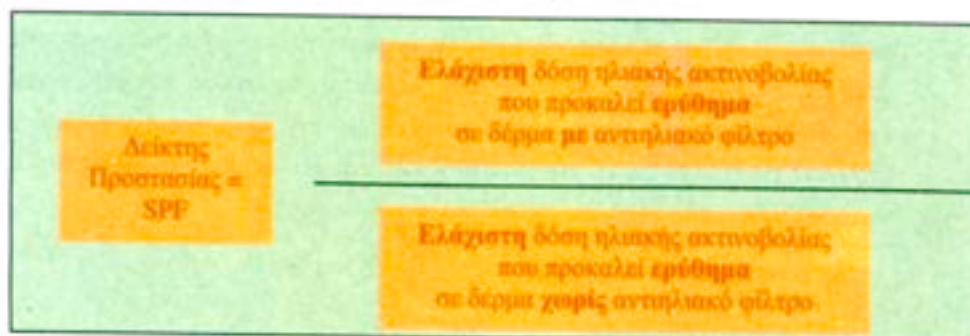
Ο δείκτης προστασίας ενός αντιηλιακού φίλτρου (συνήθως αναγράφεται ως SPF-Sun Protection Factor) πρέπει να είναι τουλάχιστον μεγαλύτερος του 15 κατά την αρχική έκθεση στον ήλιο. Τότε το δέρμα απορροφά 94% λιγότερη ακτινοβολία.

Το αντιηλιακό πρέπει να επαλείφεται **ομοιόμορφα** σε όλη την επιφάνεια του δέρματος **μισή έως μία ώρα πριν** την έκθεση στον ήλιο. Μετά από εφίδρωση ή κολύμπι πρέπει να **ανανεώνουμε** την επάλειψη.

Στα παιδιά μπορούμε να χρησιμοποιούμε αντιηλιακά ειδικά για παιδιά, **μετά την ηλικία των 9 μηνών**. Πριν τους 9 μήνες, η προστασία γίνεται με τα ρούχα, το καπέλο και την αποφυγή του ήλιου (π.χ. αντιηλιακή ομπρέλα).

Πώς υπολογίζεται ο δείκτης προστασίας (SPF) ενός αντιηλιακού:

Ο δείκτης προστασίας εκφράζει πόσο χρόνο μπορούμε να εκτεθούμε στον ήλιο και είναι ο αριθμός που προκύπτει από το κλάσμα:



7.3 Δερματοπάθειες από διαταραχές της θρέψης και του μεταβολισμού

Οι διαταραχές της θρέψης και του μεταβολισμού προκαλούν παθήσεις όχι μόνο στο δέρμα αλλά και σε άλλα όργανα. Οφείλονται σε **έλλειψη** ή σε **περίσσεια** ζωτικών συστατικών του οργανισμού λόγω **διαταραχής** είτε της **πρόσληψης** (με την τροφή), είτε της **απορρόφησης** (από το έντερο), είτε της **αποβολής** (από τους νεφρούς). Η πρόσληψη ελαττώνεται σε περίπτωση ανορεξίας, ασιτίας, αλκοολισμού, κήσης με κακή διατροφή. Η απορρόφηση ελαττώνεται σε περίπτωση επίμονης διάρροιας ή άλλου είδους εντεροπάθειας. Η αποβολή από τους νεφρούς αυξάνει σε διάφορες νεφροπάθειες. Η περίσσεια είναι συνήθως εξωγενής λόγω υπερβολικής χορήγησης φαρμακευτικών σκευασμάτων. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, τα επίπεδα των ζωτικών ουσιών διαταράσσονται. Θα εξετάσουμε εδώ τις δερματοπάθειες από διαταραχή του επιπέδου των **πρωτεϊνών**, των **βιταμινών** και των **μετάλλων** (ιχνοστοιχείων).

7.3.1 Δερματοπάθειες από διαταραχή του επιπέδου των πρωτεϊνών

Η διαταραχή στις πρωτεΐνες οφείλεται κυρίως σε ελαττωμένη πρόσληψή τους με την τροφή.

- ο **μαρασμός** χαρακτηρίζεται από απώλεια βάρους, από απίσχναση (δηλαδή το άτομο γίνεται ισχνό, αδύνατο) και από δέρμα ξηρό, ωχρό, ρυτιδωμένο, χαλαρό, διότι έχει μειωθεί το υποδόριο λίπος.

- **η διαταραχή πρωτεϊνών και ενέργειας της παιδικής ηλικίας**, η γνωστή με τον όρο «κβαρσιόρκορ» (kwashiorkor), είναι μια κατάσταση συχνή στα παιδιά της Αφρικής, όπου συνδυάζεται η πτωχή σε πρωτεΐνες διαίτα με μια πλούσια διαίτα σε υδατάνθρακες. Τα παιδιά είναι αδύνατα, με μεγάλη κοιλιά. Το δέρμα είναι ωχρό, πρησμένο, με περιοχές μελάγχρωσης, απολέπισης και διαβρώσεις. Τα χείλη σκίζονται, τα μαλλιά γίνονται αραιά και αδύναμα με το χαρακτηριστικό «σημείο της σημαίας»: μια τούφα μαλλιών εμφανίζει ζώνες κανονικού χρώματος και ζώνες αποχρωματισμένων μαλλιών.

Θεραπεία αποτελεί η σωστή διαίτα με τροφή πλούσια σε πρωτεΐνες.

7.3.2 Δερματοπάθειες από διαταραχές των βιταμινών

Οι βιταμίνες είναι ουσίες που αρκούν σε μικρή ποσότητα για τις ανάγκες του οργανισμού. Ο οργανισμός τις λαμβάνει έτοιμες με την τροφή ή συνθέτει μέρος από αυτές και τις αποβάλλει σχεδόν αναλλοίωτες. Η παρουσία τους είναι απαραίτητη για τη δράση ενζύμων.

Γενικά αίτια έλλειψης βιταμινών είναι η **ανεπαρκής πρόσληψη** λόγω ανορεξίας, κακής διατροφής, αλκοολισμού, η **ελάττωση της απορρόφησης** από το έντερο (λόγω διάρροιας ή παθήσεων του εντέρου), μερικές κληρονομικές παθήσεις ή **μεγάλη απώλεια** λόγω παθήσεων των νεφρών.

Αντιθέτως, η περίσσεια βιταμινών συμβαίνει, συνήθως, λόγω υπερβολικής εξωγενούς λήψης φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Έλλειψη βιταμίνης Α

Η βιταμίνη Α αποτελείται από ομάδα ουσιών: την ρετινόλη, την ρετινάλη και το ρετινοϊκό οξύ. Πηγές της αποτελούν τα αβγά, το γάλα, το βούτυρο, το συκώτι, τα νεφρά και τα ιχθυέλαια. Τα κιτρινόχρωμα λαχανικά και τα φυλλώδη, πράσινα λαχανικά περιέχουν τις πρόδρομες ουσίες α και β καροτένια, που ο οργανισμός τις μετατρέπει σε ρετινόλη.

Η βιταμίνη Α επιδρά στην κερατινοποίηση επηρεάζοντας ένζυμα και επηρεάζοντας τον ρυθμό πολλαπλασιασμού των κερατινοκυττάρων. Επίσης έχει αντικαρκινική δράση. Ειδικά η ρετινόλη, συνδεόμενη με την οψίνη, συνθέτουν μια χρωστική, την ροδοψίνη, απαραίτητη για την όραση.

- **Από έλλειψη βιταμίνης Α** το δέρμα γίνεται ξηρό, με πολλά σημεία τραχύτητας (υπερκεράτωσης). Ξηρότητα παρατηρείται και στους βλεννογόνους, καθώς και στους επιπεφυκότες των ματιών. Σε βαριές περιπτώσεις η υπερκεράτωση είναι πολύ έντονη (φρυνόδερμα), και ελαττώνεται η έκκριση ιδρώτα και σμήγματος.

Θεραπεία αποτελεί η χορήγηση βιταμίνης Α.

Άλλα συμπτώματα είναι: διαταραχές από τους οφθαλμούς, όπως νυχτερινή τύφλωση, διαταραχή στον κερατοειδή χιτώνα του οφθαλμού (μαλάκυνση του κερατοειδούς).

Η **περίσσεια βιταμίνης Α (υπερβιταμίνωση Α)** είναι σπάνια. Η κλινική εικόνα της περίσσειας βιταμίνης Α μοιάζει μ' εκείνη της έλλειψης σε ό,τι αφορά το δέρμα.

Άλλα συμπτώματα είναι: πονοκέφαλος, έμετοι, ανορεξία, μυϊκοί πόνοι, οστικοί πόνοι, τερατογόνος δράση στο έμβρυο (όταν λαμβάνεται από εγκύους γυναίκες).

Θεραπεία αποτελεί η διακοπή της λήψης βιταμίνης Α.

- **Από έλλειψη βιταμίνης Β1:** το δέρμα δεν πάσχει. Προκαλείται οίδημα-καρδιοπάθεια, νευρολογικά προβλήματα.

- **Από έλλειψη της βιταμίνης Β2 (ριβοφλαβίνης),** που είναι απαραίτητο συνένζυμο για τον μεταβολισμό των υδατανθράκων, δημιουργείται χειλίτιδα στις γωνιές του στόματος και εξάνθημα στο πρόσωπο και τα γεννητικά όργανα, το οποίο μοιάζει με σημμηματορροϊκή δερματίτιδα και χαρακτηρίζεται από ερύθημα και απολέπιση. Επίσης υπάρχουν διαταραχές των οφθαλμών.

Πηγή της Β2 είναι τα γαλακτοκομικά.

Θεραπεία στη βαριά έλλειψη Β2 αποτελεί η χορήγηση της βιταμίνης αυτής σε επαρκή δόση.

- **Από έλλειψη βιταμίνης Β3 (νιασίνης ή νικοτικού οξέος)** προκαλείται η **πελλάγρα**.

Την βιταμίνη Β3 ο οργανισμός την φτιάχνει από το αμινοξύ τρυπτοφάνη, αλλά την παίρνει και έτοιμη από τον φλοιό του σιταριού. Όταν για κάποιο λόγο οι δύο αυτές πηγές βιταμίνης Β3 είναι ανεπαρκείς, προκύπτει η πελλάγρα.

Αιτίες για την έλλειψη είναι: (α) η διατροφή αποκλειστικά με άσπρο σιτάλευρο από αποφλοιωμένο σιτάρι, ο αλκοολισμός, η δυσασπορρόφηση λόγω εντερικών

νόσων (β) η λήψη φαρμάκων που ανταγωνίζονται την παραγωγή της νιασίνης, ένα τέτοιο είναι το φάρμακο Ισονιαζίδη (γ) μια κληρονομική νόσος, η νόσος Hartnup, που ονομάστηκε έτσι από το όνομα της οικογένειας στην οποία πρωτοπαρατηρήθηκε (1956). Στη νόσο αυτή υπάρχει έλλειψη του αμινοξέος τρυπτοφάνη, που είναι η πρώτη ύλη παραγωγής νιασίνης.

Η **πελλάγρα** έχει ως συμπτώματα αυτά που ένας μνημονικός κανόνας αποκαλεί «τα τρία δέλτα»: Δερματίτιδα- Διάρροια-Διανοητική έκπτωση (δηλαδή μείωσης της νοητικής ικανότητας). Χαρακτηρίζεται από τραχύ, άγριο δέρμα, που είναι ευάλωτο στους τραυματισμούς, φωτοευαισθησία, και επώδυνες διαβρώσεις στους βλεννογόνους: στα χείλη, στη γλώσσα, στο εσωτερικό της στοματικής κοιλότητας, στα γεννητικά όργανα. Η δερματίτιδα μοιάζει με την σμηγματορροϊκή δερματίτιδα, με ερύθημα, ήπιο οίδημα και παχειά απολέπιση στο πρόσωπο, στον λαιμό και στο τριχωτό της κεφαλής.

Θεραπεία αποτελεί η λήψη νιασίνης. Στην νόσο Hartnup δεν είναι τόσο καλό το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

- Από έλλειψη βιταμίνης B12 (κυανοκοβαλαμίνης) το δέρμα πάσχει ελάχιστα. Κυρίως προκαλείται αναιμία και νευρολογικές διαταραχές.
- Από έλλειψη βιταμίνης C (ασκορβικού οξέος) δημιουργείται το **σκορβούτο**.

Το ασκορβικό οξύ έχει δύο μορφές: L-ασκορβικό οξύ και D-δεϋδροασκορβικό οξύ. Επειδή το ίδιο οξειδώνεται εύκολα, λειτουργεί σαν αντιοξειδωτικό του οργανισμού δεσμεύοντας τις *ελεύθερες ρίζες οξυγόνου*, που είναι τοξικές. Επίσης, η βιταμίνη C είναι απαραίτητη για τη σύνθεση του κολλαγόνου, τη σύνθεση της ελαστίνης, τη συνοχή στο εσωτερικό των επιθηλιακών κυττάρων, την ακεραιότητα της οδοντίνης ουσίας των δοντιών, την καλή σύσταση των οστών και την επούλωση τραυμάτων και εγκαυμάτων.

Κύρια πηγή της βιταμίνης C είναι τα φρέσκα φρούτα και τα λαχανικά, ιδιαίτερα τα λεμόνια, τα κίτρα, το γκρέιπ-φρουτ, τα ακτινίδια. Επίσης πηγές της βιταμίνης C αποτελούν ο μαϊντανός, τα μούρα, το λάχανο.

Το σκορβούτο παλιότερα ήταν συχνό σε ναυτικούς, που στα μεγάλα ταξίδια έτρωγαν συντηρημένα τρόφιμα σε κονσέρβες. Σήμερα συναντάται σε αλκοολικούς που δεν κάνουν σωστή διατροφή, σε νεφροπαθείς που κάνουν αιμοκάθαρση, σε

κύηση με κακή διατροφή, σε εκτεταμένα εγκαύματα ή τραύματα, σε νήπια που σιτίζονται μόνο με γάλα ή έχουν σοβαρές διάρροιες.

Η σύνθεση του κολλαγόνου διαταράσσεται και υπάρχει τάση για αιμορραγίες. Στο δέρμα εκδηλώνονται εκχυμώσεις (μελανιές) και πορφυρές κηλίδες. Τα ούλα είναι υπερτροφικά και αιμορραγούν.

Άλλα συμπτώματα είναι: αναιμία, αιμορραγίες στις αρθρώσεις και στον επιπεφυκότα των ματιών.

Θεραπεία αποτελεί η λήψη βιταμίνης C σε δόση 500-1000 mg την ημέρα για τους ενήλικες και 150-300 mg για τα παιδιά.

- **Από έλλειψη της βιταμίνης H (βιοτίνης)** εμφανίζεται εξάνθημα που μοιάζει με έκζεμα, ωχρότητα στο πρόσωπο και αλωπεκία. Στα γεννητικά όργανα και στη μύτη εμφανίζονται εφελκίδες. Πηγή της βιταμίνης H αποτελούν: το γάλα, το συκώτι, η μαγιά, ο κρόκος του αυγού. Μπορούν όμως να την συνθέτουν και τα βακτήρια του εντέρου.

- **Από έλλειψη της βιταμίνης K**, που είναι απαραίτητη στην πήξη του αίματος, προκύπτει μια γενική αιμορραγική διάθεση στο δέρμα και σε άλλα όργανα (αρθρώσεις, μύες). Στο δέρμα εκδηλώνεται με εκχυμώσεις (μελανιές).

Η έλλειψη της βιταμίνης K προκύπτει από ηπατικές ή εντερικές νόσους ή από χρόνια θεραπεία με φάρμακα που την ανταγωνίζονται, όπως είναι τα κουμαρινικά αντιπηκτικά.

Η βιταμίνη K έχει δύο μορφές: την K1 που πηγή της είναι τα πράσινα φυτά και την K2 που συντίθεται από τα βακτήρια του εντέρου.

Στην έλλειψή της θεραπεία αποτελεί η χορήγηση βιταμίνης K1.

7.3.3 Δερματοπάθειες από έλλειψη των απαραίτητων λιπαρών οξέων.

Τα απαραίτητα λιπαρά οξέα είναι το λινολεϊκό, το λινολενικό και το αραχιδονικό οξύ. Ο άνθρωπος τα λαμβάνει από τη διατροφή του. Βρίσκονται στα πολυακόρεστα λίπη ορισμένων φυτικών ελαίων. Η έλλειψη τους εκδηλώνεται στο δέρμα με ξηρότητα και απολέπιση.

7.3.4 Δερματοπάθειες από διαταραχή σε μέταλλα/ ιχνοστοιχεία.

Ορισμένα μέταλλα αρκούν σε πολύ μικρές ποσότητες για τις ανάγκες του οργανισμού, γι' αυτό ονομάζονται και ιχνοστοιχεία. Το δέρμα και άλλοι ιστοί χρειάζονται την παρουσία τους σε σημαντικό αριθμό βιοχημικών αντιδράσεων.

1. Διαταραχή στα επίπεδα του σιδήρου:

(α) από έλλειψη εκδηλώνεται **κουλώνυχία** (νύχια κουλα σαν κουτάλι).

Θεραπεύεται με τη χορήγηση σκευασμάτων σιδήρου και διατροφή πλούσια σε σίδηρο.

(β) από **περίσσεια σιδήρου**, εκδηλώνεται **αιμοχρωμάτωση**, εναπόθεση σιδήρου στο δέρμα και σε άλλα όργανα. Το δέρμα γίνεται σκούρο. Επίσης η περίσσεια σιδήρου μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση **πορφυρίας** στο δέρμα, δηλαδή άθροισης **πορφυρινών**, ουσιών πρόδρομων της αίμης, που κάνουν το δέρμα ευάλωτο στην ηλιακή ακτινοβολία προκαλώντας φυσαλίδες, οφελκίδες, ουλές, οι οποίες εκδηλώνονται στα φωτοεκτεθειμένα μέρη του δέρματος.

2. Έλλειψη **χαλκού**: ο χαλκός είναι απαραίτητος για την λειτουργία των ενζύμων και για την παραγωγή μελανίνης από τυροσίνη. Από έλλειψη του χαλκού δημιουργείται διαταραχή στη σύνθεση της ελαστίνης. Το δέρμα και τα μαλλιά αποχρωματίζονται. Στο πρόσωπο, γύρω από το στόμα, και στα γεννητικά όργανα, εκδηλώνεται **δερματίτιδα** που μοιάζει με έκζεμα.

3. Έλλειψη ψευδαργύρου

Τα κερατινοσώματα (ή σωμάτια του Odland, βλ. φυσιολογία του δέρματος) έχουν ενζυμικά συστήματα των οποίων η λειτουργία εξαρτάται από την επάρκεια ψευδαργύρου. Ο ψευδάργυρος ενσωματώνεται σε ευρύ αριθμό ενζύμων (**μεταλλο-ένζυμα**), όπως είναι οι **υδρολάσες**.

Επίσης ο ψευδάργυρος είναι σημαντικός για την επάρκεια του ανοσοποιητικού συστήματος και για την επούλωση των τραυμάτων.

Όλοι οι ιστοί του σώματος περιέχουν ψευδάργυρο, οι μεγαλύτερες αποθήκες του όμως είναι οι μύες, τα οστά και ο προστάτης. Στο δέρμα ο ψευδάργυρος εντοπίζεται κυρίως στην επιδερμίδα και στις τρίχες και πολύ λιγότερο στο χόριο.

Η πρόσληψη με την τροφή γίνεται από κρέας και θαλασσινά.

Η έλλειψη ψευδαργύρου συμβαίνει: (α) σε βρέφη με κληρονομική ελάττωση της απορρόφησης του ψευδαργύρου από το έντερο, οπότε σε ηλικία ενός έως

δυόμισι μηνών εκδηλώνουν **εντεροπαθητική ακροδερματίτιδα**, δηλαδή ερύθημα, φυσαλίδες, πομφόλυγες, φλυκταινίδια, στα άκρα (χέρια-πόδια) και γύρω από το στόμα, (β) σε ενήλικες εξαιτίας ελαττωμένης πρόσληψης ψευδαργύρου, ελαττωμένης απορρόφησης από το έντερο ή αυξημένης αποβολής από τους νεφρούς (νεφροπάθειες). Επίσης, σε καταστάσεις όπου αυξάνονται οι απαιτήσεις σε ψευδάργυρο π.χ. εγκυμοσύνη, εγκαύματα, μετά από χειρουργική επέμβαση. Τέλος, όταν λαμβάνονται φάρμακα που αδειάζουν τις αποθήκες του ψευδαργύρου.

Στο δέρμα εμφανίζεται ψωριασιόμορφη δερματίτιδα με ερύθημα και απολέπιση στα άκρα και γύρω από τη μύτη, στο στόμα, στον πρωκτό, που μοιάζει με των βρεφών, καθώς και με φυσαλίδες και πομφόλυγες και διάχυτη αλωπεκία (αραίωση των μαλλιών).

Άλλα συμπτώματα της έλλειψης ψευδαργύρου είναι: ανορεξία, ελάττωση της όσφρησης, ελάττωση της γεύσης, εκνευρισμός, ευερεθιστότητα και ήπιες νοητικές διαταραχές.

Θεραπεία: θεαματική είναι η βελτίωση μετά την πρώτη εβδομάδα χορήγησης ψευδαργύρου από το στόμα. Στα παιδιά με την κληρονομική εντεροπαθητική ακροδερματίτιδα η θεραπεία πρέπει να γίνεται σε όλη τη διάρκεια της ζωής.

7.4 Εφηλίδες (φακίδες)

Είναι κηλίδες του δέρματος, καστανόχρυσες, που εντοπίζονται στα ακάλυπτα μέρη του σώματος. Παρατηρούνται κυρίως σε ξανθά και καστανοκόκκινα άτομα και είναι κληρονομικές. Το καλοκαίρι με την επίδραση του ήλιου γίνονται εντονότερες.

7.5 Λεύκη

1. Αιτιολογία - παθογένεια

Η λεύκη είναι δερματική πάθηση, άγνωστης αιτιολογίας, που προκαλεί καταστροφή των μελανοκυττάρων. Είναι, όμως, πιθανό, ενώ υπάρχουν μελανοκύτταρα να συμβαίνει αναστολή της μελανογένεσης.

Η λεύκη είναι αρκετά συχνή δερματοπάθεια, παρατηρούμενη γύρω στο 1% του γενικού πληθυσμού.

II. Κλινική εικόνα

Αρχίζει συνήθως σαν μονήρης βλάβη, η οποία εξελίσσεται αργά και προοδευτικά. Χαρακτηρίζεται από μία ή περισσότερες αχρωματικές κηλίδες και πλάκες.

Οι **αχρωματικές κηλίδες** είναι καλά περιγεγραμμένες και έχουν περιφέρεια καμπυλωτή ή πολυκυκλική. Μετά την ηλιοθεραπεία παίρνουν χρώμα ρόδινο και παρουσιάζουν φαγούρα (κνησμό). Οι τρίχες είναι πολλές φορές απόχρωματισμένες.

Οι **αχρωματικές πλάκες** περιβάλλονται συνήθως από δέρμα με αυξημένη μελάγχρωση. Οι βλάβες της λεύκης εντοπίζονται εκλεκτικά:

α. Στα **ακάλυπτα μέρη** του σώματος, γύρω από τα φυσικά στόμια, στη ραχιαία επιφάνεια των χεριών, στο λαιμό και στο πρόσωπο.

β. Σε σημεία στα οποία το δέρμα είναι περισσότερο **μελαγχρωματικό** (έξω γεννητικά όργανα, μασχάλες κτλ.).

γ. Σε σημεία όπου ασκείται στο δέρμα μεγαλύτερη **τριβή** και **πίεση** (γόνατα, κνήμες, αγκώνες κ.ά.).

δ. Σε περιοχές όπου προϋπήρχε **τραυματισμός** ή άλλη βλάβη.

Στις παλάμες και στα πέλματα δεν παρουσιάζεται λεύκη.



Εικόνα 7.4: Λεύκη στα χέρια

Ευγενική προσφορά του
δερματολόγου Κ.Πουσσουλίδη

III. Κλινικές Μορφές

α. Εντοπισμένη, όταν οι βλάβες εντοπίζονται σε μία μόνο περιοχή του δέρματος π.χ. χέρια, πρόσωπο, γεννητικά όργανα.

β. Γενικευμένη, όταν οι βλάβες επεκτείνονται συγχρόνως σε περισσότερες περιοχές.

γ. Καθολική, όταν ολόκληρη η επιφάνεια του δέρματος, ακόμη και οι περιοχές όπου υπάρχουν τρίχες, είναι αχρωματική. Η μελανίνη τότε παραμένει μόνο στους οφθαλμούς, στο έσω ους (αυτί) και στις λεπτές μήνιγγες.

Σε αρκετές περιπτώσεις η λεύκη συγγέεται με άλλες δερματοπάθειες, με τις οποίες όμως δεν έχει σχέση, όπως την παρασιτική αχρωμία, τον αχρωματικό σπίλο, τον μερικό αλφισμό κ.ά.

IV. Θεραπεία

Επειδή τα μελανοκύτταρα είναι ανθεκτικά και δεν ανταποκρίνονται αμέσως στις θεραπευτικές μεθόδους, απαιτείται μακρόχρονη θεραπεία τουλάχιστο για 12 μήνες. Οι πιο συνηθισμένες μέθοδοι για την αντιμετώπιση της λεύκης είναι οι παρακάτω:

α. Φωτοχημειοθεραπεία με την μέθοδο PUVA.

β. Θεραπεία με τοπικά κορτικοστεροειδή.

7.6 Ψωρίαση

Η ψωρίαση είναι **χρόνια υποτροπιάζουσα** δερματοπάθεια, που χαρακτηρίζεται από ερυθματολεπιδώδεις βλάβες. Είναι μάλιστα αρκετά διαδεδομένη αν αναλογιστούμε ότι το ποσοστό του πληθυσμού της Ευρώπης που πάσχει από τη νόσο κυμαίνεται μεταξύ 1-2%.

Η ψωρίαση δεν είναι μεταδοτική και διαρκεί εφ' όρου ζωής με εξάρσεις και υφέσεις. Η **αιτιολογία** της είναι άγνωστη. Υποστηρίζεται ότι η εκδήλωσή της συνδέεται με κληρονομική προδιάθεση. Επιδεινώνεται από το στρέζ.

Εικόνα 7.5: Ψωρίαση
με μεγάλα λέπια

Ευγενική προσφορά
του δερματολόγου
Κ. Πουσσουλίδη



7.6.1 Κλινική Εικόνα

Η ψωρίαση εκδηλώνεται με την εμφάνιση μίας ή περισσότερων ερυθματωδών πλακών, σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Οι ερυθματώδεις αυτές πλάκες χαρακτηρίζονται από ερυθματώδη βάση, διηθημένη, που διακρίνεται σαφώς από το γύρω υγιές δέρμα, και από παχιά, ασημόχρωμα και ξερά λέπια που την καλύπτουν.

Οι ψωριασικές πλάκες έχουν σχήμα στρογγυλό, διαφορετική σε κάθε περίπτωση διάμετρο και συνήθως δεν παρουσιάζουν κνησμό. Εντοπίζονται κυρίως στους αγκώνες, στα γόνατα, στο τριχωτό της κεφαλής, στην οσφυϊκή χώρα αλλά και σε οποιοδήποτε άλλο σημείο του σώματος εκτός του προσώπου. Εμφανίζονται με εξάρσεις και υφέσεις, το χειμώνα και το καλοκαίρι αντίστοιχα, αλλά σε ρυθμό και διάρκεια ακανόνιστη.

7.6.2 Μορφές Ψωρίασης

Ανάλογα με το σημείο του σώματος στο οποίο εντοπίζονται οι βλάβες η ψωρίαση διακρίνεται στις παρακάτω μορφές:

Ι. Ψωρίαση του τριχωτού της κεφαλής

Είναι πολύ συχνή περίπτωση ψωρίασης, που συγγέεται με την κοινή πιτυρίδα και δεν επιδρά στην τριχοφυΐα. Πολύ σπάνια η ψωρίαση περιορίζεται μόνο στο τριχωτό της κεφαλής.

II. Ψωρίαση παλαμών και πελμάτων

Είναι συμμετρική και δεν παρουσιάζει συμπτώματα στον κορμό και στα άκρα. Χαρακτηρίζεται από υπερκερατωσικές πλάκες.

III. Ψωρίαση νυχιών.

Τα νύχια γίνονται εύθραυστα με στίγματα, διαβρώσεις και κατά τόπους υπερκεράτωση.

Ανάλογα με την όψη και την συμπτωματολογία διακρίνουμε τα παρακάτω είδη ψωρίασης:

IV. Σταγονοειδής ψωρίαση

Οι βλάβες εμφανίζονται μικρές σε μέγεθος και σχήμα σταγόνας σαν ψευδοβλατίδες.

V. Ψωρίαση κατά πλάκες

Οι βλάβες αυτής της μορφής είναι στρογγυλές και περιγεγραμμένες με διάμετρο 1-5 εκατοστά. Πολλές μαζί είναι δυνατό να ενωθούν και να σχηματίσουν μεγαλύτερες πλάκες, οι οποίες είναι πάντα καλά περιγεγραμμένες.



Εικόνα 7.6: Ψωρίαση
(δακτυλιοειδής μορφή)
Ευγενική προσφορά του
δερματολόγου Κ. Πουσσουλίδη

VI. Δακτυλιοειδής ή κυκλική ψωρίαση

Οι βλάβες σχηματίζουν δακτυλίους ή απλά τόξα κύκλων.

VII. Γενικευμένη ψωρίαση

Κατά τη γενικευμένη μορφή ψωρίασης οι βλάβες είναι πολλές, επεκτείνονται περιφερειακά και καταλαμβάνουν μεγάλο μέρος της επιφάνειας του δέρματος. Εάν καταληφθεί ολόκληρη η επιφάνεια του δέρματος, έχουμε την περίπτωση της ψωριασικής ερυθροδερμίας.

VIII. Ερυθροδερμική ψωρίαση (ή ψωριασική ερυθροδερμία)

Οι βλάβες απλώνονται σε όλο το σώμα. Το δέρμα είναι ερυθρό, πάσχει σε όλη την επιφάνειά του και ο ασθενής παρουσιάζει πυρετό και κακουχία.

IX. Φλυκταινώδης ψωρίαση

Διακρίνεται στη γενικευμένη και στην εντοπισμένη μορφή.

Η γενικευμένη είναι σπάνια και εμφανίζεται ξαφνικά σε όσους πάσχουν από κοινή, ερυθροδερμική ή αρθροπαθητική ψωρίαση. Χαρακτηρίζεται από πολλά φλυκταινίδια, τα οποία παραμένουν μεμονωμένα ή σχηματίζουν πλάκες. Αρχικά εντοπίζονται σε παλιές ψωριασικές βλάβες, αργότερα όμως καταλαμβάνουν ολόκληρη την επιφάνεια του σώματος. Τα φλυκταινίδια στη συνέχεια αποξηραίνονται και σχηματίζουν εφελκίδες, οι οποίες, όταν αποπέσουν, αποκαλύπτουν δέρμα χρώματος ερυθρόφαιου (γκριζοκόκκινου) και στο οποίο είναι δυνατό να εμφανιστούν και νέα φλυκταινίδια. Συνοδεύεται από υψηλό πυρετό, κακή γενική κατάσταση και πόνους στις αρθρώσεις.

Η εντοπισμένη φλυκταινώδης ψωρίαση είναι συχνότερη της γενικευμένης και χαρακτηρίζεται από φλυκταινίδια που κατά κύριο λόγο εντοπίζονται στις παλάμες και στα πέλματα, πολλές φορές όμως επεκτείνονται και στα πλάγια των χεριών και των ποδιών. Μετά την υποχώρησή τους παραμένουν ερυθρηματολεπιδώδεις πλάκες επάνω στις οποίες είναι δυνατό να σχηματισθούν εκ νέου κι άλλα φλυκταινίδια.

X. Αρθροπαθητική ψωρίαση

Είναι μορφή της ψωρίασης όπου, εκτός από την προσβολή του δέρματος, συνυπάρχει και προσβολή των αρθρώσεων. Με την εξέλιξη αυτή η νόσος παίρνει τη μορφή της παραμορφωτικής πολυαρθρίτιδας. Η προσβολή των αρθρώσεων γίνεται αδιακρίτως στις μικρές και μεγάλες αρθρώσεις με φαινόμενα έντονα που διαρκούν μερικές εβδομάδες, όπως τη διόγκωσή τους (πρήξιμο) που συνοδεύεται από πόνους και πυρετό. Στο τέλος τα φαινόμενα υποχωρούν, αλλά αφήνουν

δυσκαμψία στις αρθρώσεις. Οι επανειλημμένες υποτροπές της νόσου οδηγούν σε μόνιμες παραμορφώσεις των αρθρώσεων και αγκυλώσεις, ιδιαίτερα στα χέρια και στη σπονδυλική στήλη.

7.6.3 Θεραπεία

Τοπικά εφαρμόζονται κερατολυτικά σκευάσματα (3-10% σαλικυλικό οξύ), ανθραλίνη, κορτικοστεροειδή, καλσιποτριόλη (ανάλογο της βιταμίνης D3).

Στη συστηματική θεραπεία της ψωρίασης δίδονται τα φάρμακα κυκλοσπορίνη, ρετινοειδή, μεθοτρεξάτη, και φωτοχημειοθεραπεία (PUVA).

Επειδή παρατηρήθηκε ότι η νόσος παρουσιάζει ύφεση το καλοκαίρι λόγω της ηλιακής ακτινοβολίας, κατά το χειμώνα γίνεται θεραπεία με υπεριώδη ακτινοβολία.

7.7 *Ροδόχρους Ακμή*

Η ροδόχρους ακμή είναι μία δερματοπάθεια του προσώπου, που πήρε το όνομά της από το *ροδαλό* χρώμα, το **ερύθημα**, που αρχικά την χαρακτηρίζει και από το *εξάνθημα* που αργότερα εμφανίζεται και μοιάζει με της κοινής *ακμής*. Διαφέρει από την κοινή ακμή στην ηλικία έναρξης : συμβαίνει συνήθως σε άτομα 40-70 ετών, άνδρες ή γυναίκες. Εμφανίζει *παροδικό ερύθημα*, που σταδιακά γίνεται *μόνιμο* και αργότερα εμφανίζονται **βλατίδες**, **φλυκταινίδια** και **ευρυαγγείες**. Μπορεί να συνυπάρχει με την **επιπεφυκίτιδα**, δηλαδή φλεγμονή στα μάτια. Αντίθετα με την κοινή ακμή, δεν εμφανίζονται φαγέσωρες, ούτε κύστες ή ουλές.



Εικόνα 7.7: Ροδόχρους ακμή.
Το εξάνθημα εμφανίζεται σε μεγάλες ηλικίες
Ευγενική προσφορά του δερματολόγου
Γ. Κοντοχριστόπουλου

Επιπλοκή στους άνδρες, σε προχωρημένα στάδια της νόσου, αποτελεί το **ρινόφυμα**, δηλαδή πάχυνση, κοκκίνισμα και διόγκωση της μύτης.

Η αιτία της ροδοχρόου ακμής είναι άγνωστη. Ο ήλιος συχνά την επιδεινώνει. Κατά καιρούς έχει μελετηθεί η συνύπαρξή της με ένα παράσιτο του δέρματος¹ ή με ένα μικρόβιο του στομάχου², αλλά δεν έχει αποδειχθεί ότι αυτά αποτελούν την αιτία.

Η λήψη θερμών ροφημάτων, τα καρυκεύματα, το αλκοόλ καθώς και οι απότομες αλλαγές της θερμοκρασίας επιδεινώνουν τη νόσο.

Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με αντιβιοτικά από το στόμα, επί μεγάλο χρονικό διάστημα και τοπικά με κρέμα.

¹ το *demodex folliculorum*

² το ελικοβακτηρίδιο του πύλωρου

Ανακεφαλαίωση

Να θυμάσαι ότι:

- Η δερματίτιδα από επαφή είναι φλεγμονώδης αντίδραση του δέρματος κι οφείλεται στη δράση, πάνω στο δέρμα, διαφόρων ουσιών. Διακρίνουμε την **ερεθιστική δερματίτιδα από επαφή**, κατά την οποία οι ερεθιστικές ουσίες που έρχονται σε επαφή με το δέρμα προκαλούν βλάβες των κυττάρων του, και την **αλλεργική δερματίτιδα από επαφή**, κατά την οποία ουσίες που δρούν ως αλλεργιογόνα προκαλούν, με ανοσολογικό μηχανισμό, κοκκίνισμα στο δέρμα και σε σοβαρότερες καταστάσεις οίδημα και φυσαλίδες.
- Δερματίτιδα από επαφή προκαλούν τα φάρμακα, τα ενδύματα, τα υποδήματα, προϊόντα οικιακής χρήσης, φυτικές και ζωικές ουσίες, προϊόντα βιομηχανικής χρήσης και καλλυντικά.
- Ο ήλιος προκαλεί φυσιολογικές αλλαγές στο δέρμα, δηλαδή πάχυνση και μελάγχρωση και συμμετέχει ενεργητικά στην διαδικασία παραγωγής της βιταμίνης D. Έχει όμως και παθολογική επίδραση στο δέρμα προκαλώντας είτε οξείες αντιδράσεις, όπως το ηλιακό ερύθημα και το ηλιακό έγκαυμα, είτε παθήσεις (φωτοδερματοπάθειες), οξείες ή χρόνιες. Οξείες παθήσεις είναι οι *φωτοδερματίτιδες* και η *ηλιακή κνίδωση* και χρόνιες είναι το *πολύμορφο ερύθημα από φως* και η *ιδρώα στα παιδιά*. Από μακρόχρονη, αθροιστική επίδραση του ηλιακού φωτός στο ανθρώπινο δέρμα προκύπτουν η *φωτογήρανση* και η *φωτοκαρκινογένεση*. Τέλος, σε άλλες δερματοπάθειες ο ήλιος δρα βελτιωτικά, ενώ άλλες τις επιδεινώνει.
- Λόγω των επιδράσεων του ήλιου απαραίτητη είναι η αντιηλιακή προστασία και, σε ορισμένες περιπτώσεις, ακόμη και η πλήρης αποφυγή της έκθεσης στον ήλιο.
- Οι διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης οδηγούν σε έλλειψη ή σε περίσσεια ζωτικών συστατικών στο δέρμα. Από έλλειψη πρωτεϊνών το δέρμα γίνεται ξηρό και ωχρο, ενώ στα παιδιά που καταναλώνουν παράλληλα υπερβολική ποσότητα υδατανθράκων προστίθενται διαβρώσεις και στα μαλλιά διχρωμία και αλωπεκία. Από έλλειψη ή περίσσεια βιταμίνης Α το δέρμα και οι βλεννογόνοι γίνονται ξηροί και

τραχείς. Από έλλειψη βιταμίνης B3 προκαλείται η πελλάγρα που χαρακτηρίζεται από δέρμα τραχύ, φωτοευαισθησία, δερματίτιδα και διαβρώσεις. Η έλλειψη της βιταμίνης προκαλεί υπερτροφία των ούλων, τάση για εκχυμώσεις και καθυστέρηση στην επούλωση τραυμάτων, ενώ σε βαριά έλλειψή της προκαλείται σκορβούτο. Από έλλειψη της βιταμίνης Η προκαλείται έκζεμα και αλωπεκία, ενώ από έλλειψη βιταμίνης Κ αιμορραγίες. Η έλλειψη σιδήρου οδηγεί σε κουλωνυχία, ενώ η περίσσεια κάνει το δέρμα σκούρο και προκαλεί πορφυρία με φωτοευαισθησία. Από έλλειψη χαλκού δημιουργείται δερματίτιδα. Από έλλειψη ψευδαργύρου, που στα βρέφη είναι κληρονομικής αιτίας, προκαλείται δερματίτιδα στο πρόσωπο και στα άκρα. Για τον λόγο αυτό λέγεται εντεροπαθητική ακροδερματίτιδα.

- Οι καταστάσεις αυτές θεραπεύονται με χορήγηση της ουσίας που λείπει, ενώ στην περίσσεια πρέπει να διακοπεί η εξωγενής λήψη της ουσίας.
- Οι εφηλίδες (φακίδες) είναι κηλίδες καστανού χρώματος από έκθεση στον ήλιο.
- Στη λεύκη έχουμε την εμφάνιση αχρωματικών κηλίδων ή πλακών. Εμφανίζεται σε όλο το σώμα και το πρόσωπο, εκτός από τις παλάμες και τα πέλματα και διακρίνεται στην εντοπισμένη, όταν εμφανίζεται σε συγκεκριμένο μέρος του σώματος, και στη γενικευμένη που εμφανίζεται σε ολόκληρο το σώμα.
- Η ψωρίαση είναι χρόνια δερματοπάθεια που υποτροπιάζει, και η αιτιολογία της είναι άγνωστη. Εκδηλώνεται με ερυθματώδεις και λεπιδώδεις πλάκες και εντοπίζεται στο σώμα, στο τριχωτό της κεφαλής, στα νύχια, εκτός από το πρόσωπο. Η ψωρίαση διακρίνεται στη σταγονοειδή, στην κατά πλάκες, τη δακτυλιοειδή, φλυκταινώδη, αρθροπαθητική, γενικευμένη και στην ψωριασική ερυθροδερμία.
- Η ροδόχρους ακμή είναι εξάνθημα του προσώπου, που παρουσιάζεται σε άνδρες και γυναίκες 40-70 ετών. Το εξάνθημα μοιάζει, αλλά έχει και διαφορές από την κοινή ακμή. Είναι άγνωστης αιτίας και θεραπεύεται δύσκολα, με τοπικά ή συστηματικά αντιβιοτικά.

- Χαρακτηρίζεται από ερύθημα, βλατίδες, φυλκταινίδια και ευρυαγγείες. Μπορεί να συνυπάρχει με την επιτεφυκίτιδα. Επιπλοκή στους άνδρες είναι το ρινόφυμα.

Ερωτήσεις

1. Πότε έχουμε την εμφάνιση της οξείας ερεθιστικής δερματίτιδας;
2. Πώς χαρακτηρίζονται οι βλάβες της χρόνιας ερεθιστικής δερματίτιδας;
3. Ποιες είναι κυρίως οι ουσίες που προκαλούν αλλεργική δερματίτιδα από επαφή;
4. Αναφέρατε ποια καλλυντικά μπορούν να προκαλέσουν αλλεργική δερματίτιδα από επαφή.
5. Τι είδους επιδράσεις προκαλεί ο ήλιος στο δέρμα ;
6. Για την παραγωγή ποιας βιταμίνης χρειάζεται ο ήλιος και τι γνωρίζετε γι' αυτό;
7. Ποιές είναι οι παθήσεις από σύντομη έκθεση στο ηλιακό φως;
8. Ποιες είναι οι παθήσεις από μακρόχρονη αθροιστική έκθεση στο ηλιακό φως;
9. Είναι σωστό να βάζουμε κολώνια ή άρωμα και να βγαίνουμε στον ήλιο; Δικαιολογήστε την απάντησή σας.
10. Πώς μπορούμε να προστατευθούμε από την ηλιακή ακτινοβολία;
11. Τι γνωρίζετε για τα φυσικά φίλτρα αντιηλιακής προστασίας και τι για τα χημικά φίλτρα ;
12. Πότε και πόσο συχνά επαλείφονται τα αντιηλιακά σκευάσματα;
13. Τα παιδιά επιτρέπεται να «φορούν» αντιηλιακά;
14. Ποιες μεταβολικές διαταραχές οδηγούν σε ξηρότητα του δέρματος;
15. Η έλλειψη ποιων βιταμινών μπορεί να προκαλέσει αιμορραγίες στο δέρμα;
16. Από έλλειψη ποιας βιταμίνης καθυστερεί η επούλωση τραυμάτων ή εγκαυμάτων;
17. Τι είναι η εντεροπαθητική ακροδερματίτιδα και πώς αντιμετωπίζεται;
18. Ποια διαταραχή εκδηλώνεται στο δέρμα από έλλειψη σιδήρου και ποιες από περίσσεια;
19. Παίζουν κάποιο ρόλο οι τραυματισμοί στη λεύκη;
20. Είναι μεταδοτική η ψωρίαση;
21. Σε τι αποδίδεται η αιτιολογία της ψωρίασης;
22. Τι χαρακτηρίζει την αρθροπαθητική ψωρίαση;
23. Από πού πήρε το όνομά της η ροδόχρους ακμή και σε ποιες ηλικίες εμφανίζεται;

24. Πώς είναι το εξάνθημα της ροδοχρόου ακμής και ποια επιπλοκή συμβαίνει στους άνδρες;
25. Αναφέρατε διαφορές μεταξύ κοινής ακμής και ροδοχρόου ακμής.
26. Γυναίκα 38 ετών εμφανίζει βλατίδες, φλυκταινίδια και μικρές κύστες στο πρόσωπο. Από ποιο είδος ακμής πάσχει;

Δραστηριότητες

1. Συζητήστε μεταξύ σας για τα καλλυντικά και παρατηρήστε, εάν δημιουργούν αλλεργικές δερματίτιδες στο πρόσωπο, στα μάτια και στο σώμα, σε ορισμένους από εσάς, με συμπτώματα όπως: φαγούρα, τσούξιμο, κοκκινίλα.
2. Παρατηρήστε εάν σε μερικά άτομα τα μάλλινα ρούχα ή τα συνθετικά προκαλούν αλλεργική δερματίτιδα από επαφή.
3. Αναζητήστε από το οικογενειακό ή οικείο περιβάλλον σας περιπτώσεις εργαζομένων που πάσχουν από επαγγελματικές δερματοπάθειες και περιγράψτε τις στην τάξη.
4. Γυναίκα 30 ετών παρουσίασε στο πρόσωπο και στα κάτω άκρα, κάτω από το παντελόνι, πομφούς με κνησμό, που άλλαζαν θέση, σε έναν αρχαιολογικό χώρο, μία ώρα μετά την έξοδό της από το εκδρομικό λεωφορείο, τον μήνα Ιούνιο. Ποιά η πιθανή διάγνωση και τι θα της συστήνατε;
5. Ο πατέρας 35 ετών, η μητέρα 30 ετών και έγκυος στο δεύτερο παιδί τους και το πρώτο τους παιδί δύο ετών, πηγαίνουν για διακοπές τον Ιούλιο στην θάλασσα. Τι είδους εξοπλισμό θα πάρει ο καθένας για προστασία από τον ήλιο; Ποιες ώρες ο καθένας μπορεί να εκτεθεί στον ήλιο;
6. Αναζητήστε από το οικογενειακό ή οικείο περιβάλλον σας περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από ψωρίαση. Περιγράψτε τα συμπτώματα και κατατάξτε την περίπτωση σε ποια μορφή ψωρίασης ανήκει.
7. Εντοπίστε από το φιλικό σας περιβάλλον άτομα που έχουν άσπρα μαλλιά και εκτιμήστε εάν αυτό μπορεί να οφείλεται σε λεύκη.

8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ: ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Αντικειμενικοί Σκοποί

Μετά τη μελέτη και την επεξεργασία των εννοιών του ογδόου κεφαλαίου οι μαθητές / μαθήτριες θα είναι σε θέση:

- Να παρατηρούν την ύπαρξη όγκων στο δέρμα και να παραπέμπουν στον ειδικό.
- Να ευαισθητοποιηθούν στην σημασία της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης.

ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

8.1 Εισαγωγή

Όγκος ονομάζεται κάθε συμπαγής μάζα με μέγεθος μεγαλύτερο από 1-2 εκατοστά. Ένας όγκος, σε οποιοδήποτε ιστό του οργανισμού, χαρακτηρίζεται από μεγάλο πολλαπλασιασμό κυττάρων. Ο πολλαπλασιασμός αυτός είναι απεριορίστος και δεν ελέγχεται στην περίπτωση των κακοήθων όγκων, ενώ είναι περιορισμένος και ελεγχόμενος στην περίπτωση των καλοήθων (και είναι καλής πρόγνωσης).

Ο καλοήθης όγκος έχει καλοήγη βιολογική συμπεριφορά, δηλαδή δεν διηθεί, ούτε καταστρέφει τους άλλους ιστούς. Περιβάλλεται από ινώδη κάψα ή μεμβράνη που κάνει εύκολη τη χειρουργική του αφαίρεση.

Κακοήθης είναι ένας όγκος με κακοήγη βιολογική συμπεριφορά, επιθετική, που αναπτύσσεται διηθώντας τους γειτονικούς ιστούς με δικά του κύτταρα κι εκτοπίζοντας τα φυσιολογικά τους κύτταρα. Κάποια στιγμή σε άλλους όγκους αργότερα, ενώ σε άλλους πολύ νωρίς τα κύτταρα από ένα κακοήγη όγκο θα μουν μέσα στα λεμφαγγεία και στα αγγεία του αίματος και με όχημα την λέμφο ή το αίμα, αντίστοιχα, θα φθάσουν στους λεμφαδένες και στους απομακρυσμένους ιστούς. Εκεί θα εγκατασταθούν και θα αρχίσουν και πάλι να πολλαπλασιάζονται δημιουργώντας νέους όγκους, τις μεταστάσεις.

Ο θάνατος επέρχεται από πιεστικά φαινόμενα, επειδή μεγάλωσε πολύ ένας όγκος, ή λόγω κατάληψης του χώρου ζωτικών οργάνων από τα κύτταρα του όγκου, ώστε τα ζωτικά όργανα να μην μπορούν πια να λειτουργήσουν.

Υπάρχει μια κατηγορία δερματικών βλαβών που χαρακτηρίζονται ως προκαρκινωμάτωσης και περιγράφονται παρακάτω. Αυτές είναι: α) η ακτινική υπερκεράτωση, βλάβη που πάνω της μπορεί να αναπτυχθεί ένας ακανθοκυτταρικός καρκίνος του δέρματος, β) η δερματική νόσος του Bowen που είναι μορφή ακανθοκυτταρικού καρκίνου, εντοπισμένου και περιορισμένου μέσα στην επιδερμίδα, γ) η κακοήθης φακή, που είναι προκαρκινωμάτωσης βλάβη από μελανοκύτταρα και πάνω της μπορεί να αναπτυχθεί κακοήθης μελάνωμα.

Τέλος, ξεχωριστή κατηγορία δερματικών βλαβών, που δεν είναι όγκοι αλλά σχηματίζονται από υπερβολικό πολλαπλασιασμό κάποιων φυσιολογικών κυττάρων του δέρματος, αποτελούν οι σπύλοι. Αυτοί είναι καλοήθεις, αλλά, όπως θα δούμε,

μερικοί από αυτούς μπορεί να εξαλλαχθούν, δηλαδή να αλλάξουν τα κύτταρά τους μορφή, και πάνω εκεί να ξεκινήσουν κακοήθεις όγκοι.

8.2 Σπίλοι

Είναι πολύ μεγάλη η ποικιλομορφία των σπύλων του δέρματος.

Ανάλογα με την κυτταρική τους σύσταση ονομάζονται:

- επιδερμίδικοί σπίλοι,
- σμηγματογόνοι σπίλοι,
- λιπωματώδεις σπίλοι,
- σπίλοι συνδετικού ιστού,
- μελαγχρωματικοί ή μελανοκυτταρικοί σπίλοι,
- αγγειακοί σπίλοι,
- λεμφικοί σπίλοι.

Σε κάθε κατηγορία σπύλων από αυτές μπορεί να υπάρχουν διάφορες μορφές. Στην καθημερινή γλώσσα ονομάζουμε τους σπύλους, ιδιαίτερα τους μελανοκυτταρικούς, που έχουν ανοιχτό ή σκούρο καφέ χρώμα, “ελιές”.

Τους μελανοκυτταρικούς σπύλους θα τους δούμε λίγο παρακάτω, στην ενότητα για το κακόηθες μελάνωμα. Ενώ οι σπίλοι αυτοί είναι καλοήθεις, μπορεί κάποτε να μοιάζουν κλινικά με το κακόηθες μελάνωμα και μόνο στο μικροσκόπιο να ξεχωρίζουν. Επίσης, πάνω σε έναν καλοήθη μελανοκυτταρικό σπίλο μπορεί, κάποια στιγμή, να γίνουν αλλαγές στα κύτταρά του και να ξεκινήσει εκεί ένα μελάνωμα.

8.3 Προκαρκινωματώδεις βλάβες του Δέρματος

8.3.1 Ακτινική υπερκεράτωση (ή ηλιακή υπερκεράτωση)

Είναι βλάβη από κύτταρα ακανθωτού τύπου.

Μορφή

Κλινικά ξεκινά σαν ερυθρωπή βλατίδα, γίνεται πλάκα με λέπια που δύσκολα αποκολλώνται και, με τον καιρό, παχύνεται και σκουραίνει, αποκτώντας μπεζ ή καφέ χρώμα. Συνήθως οι βλάβες είναι πολλαπλές.

Εντόπιση

Η ακτινική υπερκεράτωση εντοπίζεται στα εκτεθειμένα στον ήλιο μέρη, κυρίως πρόσωπο, αυτιά, χέρια και κνήμες. Στους φαλακρούς άνδρες κάποιας ηλικίας συναντώνται πολλές βλάβες στο κεφάλι. Κακοήθης εξαλλαγή εμφανίζεται σε μικρό αριθμό των βλαβών.

Θεραπεία

Οι ακτινικές υπερκερατώσεις αφαιρούνται με κρυοθεραπεία ή χειρουργικά. Υπάρχει και ένα τοπικό φάρμακο σε κρέμα, η 5-φθοριο-ουρακίλη, αποτελεσματικό κυρίως για τις ακτινικές υπερκερατώσεις του προσώπου.

8.3.2 Δερματική νόσος του Bowen

Πήρε το όνομα εκείνου που την περιέγραψε στα 1912.

Πρόκειται για βλάβη από ανώμαλα (δυσπλαστικά) κερατινοκύτταρα, που μένει περιορισμένη μέσα στην επιδερμίδα και δεν κατεβαίνει πιο βαθιά στο χόριο, όμως μερικές φορές μετατρέπεται σε ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.

Αίτια

Τα κύρια αίτια θεωρούνται η ηλιακή ακτινοβολία και η λήψη, παλιότερα, αρσενικού για θεραπείες δερματικών παθήσεων.

Μορφή κι εντόπιση

Είναι μια ερυθρή πλάκα με παχιά λέπια και με επιφανειακή έλκωση σε μερικά σημεία της. Όταν αιτία είναι η ηλιακή ακτινοβολία, συνήθως βγαίνει μία μοναδική βλάβη σε φωτοεκτεθειμένο μέρος του δέρματος.

Όταν η αιτία είναι η λήψη αρσενικού, εμφανίζονται πολλαπλές βλάβες.

Θεραπεία

Γίνεται με κρυοθεραπεία ή με χειρουργική αφαίρεση.

8.3.3 Κακοήθης φακή

Είναι μια αργά εξελισσόμενη βλάβη, που εμφανίζεται σε ηλικιωμένους. Δημιουργείται από μελανοκύτταρα.

Μορφή κι εντόπιση

Αρχίζει σαν κηλίδα που όλο μεγαλώνει, παχιάίνει και γίνεται πλάκα, με ανώμαλα όρια και συγχρόνως διάφορες αποχρώσεις του καφέ από το πολύ ανοιχτό έως το πολύ σκούρο. Εντοπίζεται κυρίως στο πρόσωπο (παιριές, κρόταφοι) των ηλικιωμένων ατόμων. Επάνω της μπορεί να αναπτυχθεί κακοήθης μελάνωμα.

Θεραπεία

Γίνεται με χειρουργική αφαίρεση.

8.4 Οι Όγκοι του Δέρματος

Οι όγκοι του δέρματος παρουσιάζουν πολυμορφία και είναι άλλοι **καλοήθεις** και άλλοι **κακοήθεις**. Η **κλινική εικόνα** του κάθε όγκου είναι χαρακτηριστική, πάντα όμως λαμβάνονται **βιοψίες**, δηλαδή αφαιρείται κομμάτι από τον όγκο ή ολόκληρος ο όγκος και εξετάζεται στο μικροσκόπιο. Υπάρχουν ευρήματα, στο μικροσκόπιο, που βοηθούν να ξεχωρίσουμε τον καλοήθη από τον κακοήθη όγκο, αν και η βιολογική συμπεριφορά του όγκου είναι η πιο αξιόπιστη παράμετρος για τον χαρακτηρισμό αυτό.

8.4.1 Καλοήθεις Όγκοι του Δέρματος

Είναι α) κύστες του δέρματος και β) όγκοι που έχουν καλοήθη βιολογική συμπεριφορά, παραμένουν εντοπισμένοι και δεν δίνουν μεταστάσεις. Προέρχονται από στοιχεία της επιδερμίδας ή των εξαρτημάτων της, από στοιχεία του συνδετικού ιστού, από τα αγγεία ή τα νεύρα του δέρματος, από τον μυϊκό ή τον λιπώδη ιστό.

Έτσι, ανάλογα με την προέλευσή τους ονομάζονται: **επιδερμοειδής κύστη, τριχική κύστη, σμηγματορροϊκή υπερκεράτωση, θήλωμα, ίνωμα, λίπωμα, αιμαγγείωμα, λεμφαγγείωμα, νευρίνωμα.**

Θα δούμε αναλυτικά τρεις από τους πιο συνηθισμένους καλοήθεις όγκους : την **επιδερμοειδή κύστη**, που στην καθημερινή γλώσσα την λέμε απλώς κύστη, την **σμηγματορροϊκή υπερκεράτωση**, μια ανάγλυφη, καφέ βλάβη, που όταν είναι μεγάλη θυμίζει μυρμηκιά, και, τέλος, **τους ακροχορδόνες (ή κρεμάμενη τέρμινθο)** που είναι μικρά και λεία θηλώματα εντοπιζόμενα κυρίως στα πλάγια του τραχήλου και στις μασχάλες σε γυναίκες μέσης ηλικίας, ιδίως στις παχύσαρκες.

I. Επιδερμοειδής κύστη (ή σμηματογόνης κύστη)

Είναι μια κύστη στην επιδερμίδα, που καλύπτεται από φυσιολογικό δέρμα και έχει μια κεντρική μικρή τρύπα. Από την τρύπα αυτή μπορεί να βγαίνει λευκωπό μαλακό υλικό, σαν ρευστό τυρί. Τα κύτταρα της κύστης προέρχονται από κύτταρα επιδερμίδας της εισόδου του θύλακα της τρίχας και το περιεχόμενό της είναι κεράτινα πετάλια. Πρόκειται για μία ή για πολλές κύστεις που έχουν στερεά σύσταση, ιδιαίτερα όταν είναι μικρές, ενώ, όταν είναι ευμεγέθεις, είναι πιο μαλακές.

Τέτοιες κύστεις είναι συχνές στην κοινή ακμή κυστικού τύπου ή σε λιπαρά δέρματα. Το πρόβλημα είναι ότι μπορεί να φλεγμαίνουν, δηλαδή να γίνουν επώδυνες και θερμές, επιμολυσμένες με μικροοργανισμούς, οπότε χρειάζεται αγωγή με αντιβιοτικά, για να υποχωρήσει η φλεγμονή.

II. Σμηγματορροϊκή υπερκεράτωση

Είναι μια πλάκα καφέ-γκρίζου χρώματος, με τραχιά επιφάνεια, που μπορεί να εμφανίζει και ρωγμές.

Τα κύτταρά της είναι μίγμα κυττάρων της βασικής στιβάδας και κερατινοκυττάρων με ποικίλη όψη στο μικροσκόπιο. Τα μελανοκύτταρα «προσφέρουν» μελανίνη στα κύτταρα της σμηγματορροϊκής υπερκεράτωσης κι έτσι αυτή αποκτά το καφέ χρώμα της. Όταν το χρώμα είναι πολύ σκούρο, μπορεί να συγχέεται με το μελάνωμα και τότε αφαιρείται χειρουργικά και εξετάζεται με βιοψία στο μικροσκόπιο. Άλλος λόγος αφαίρεσης είναι η αισθητική ενόχληση. Στην περίπτωση αυτή προτιμότερο είναι, για να μην γίνει ουλή, μια και είναι

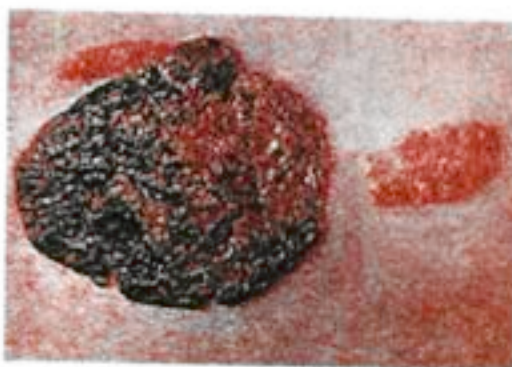
επιφανειακή βλάβη, να αφαιρείται με κρυοθεραπεία ή με ηλεκτρισμό (διαθερμοπηξία).

Εμφανίζεται σε άτομα μέσης και προχωρημένης ηλικίας στο πρόσωπο και στον κορμό (ονομάζεται και γεροντική υπερκεράτωση).



Εικόνα 8.1: Πολλαπλές σημματορροϊκές και ακτινικές υπερκερατώσεις στο πρόσωπο και την κεφαλή. Το δέρμα της κεφαλής σε φαλακρούς άνδρες είναι ιδιαίτερα συχνή θέση εντόπισης τέτοιων βλαβών.

Ευγενική προσφορά του δερματολόγου Κ.Πουσσουλίδη.



Εικόνα 8.2: Σημματορροϊκή Υπερκεράτωση

III. Μελανοκυτταρικοί (Μελαγχρωματικοί) Σπίλοι

Είναι βλάβες του δέρματος από τοπικό υπερπολλαπλασιασμό μελανοκυττάρων που λέγονται και σπυλοκύτταρα. Οι σπύλοι είναι επίπεδοι σαν κηλίδες ή σαν βλατίδες ή έχουν την μορφή οζιδίων με μίσχο(κοτσάνι) ή χωρίς μίσχο. Το χρώμα τους το οφείλουν στην μελανίνη και είναι συνήθως αποχρώσεις του καφέ, από πολύ ανοιχτό έως πολύ σκούρο. Σπάνιος είναι ένας μπλέ σκούρος σπύλος, ο κυανός σπύλος.

Οι σπύλοι είναι **έντριοι** ή **άτριοι** ανάλογα με το αν έχουν ή όχι τρίχες. Διακρίνονται σε **συγγενείς**, που αποκτώνται ήδη από την γέννηση και σε **επίκτητους**, που τους αποκτά κανείς μετά την γέννηση. Εμφανίζονται ιδιαίτερα στο πρόσωπο και στον κορμό και είναι τόσο συχνοί, που σχεδόν όλοι οι άνθρωποι τους εμφανίζουν.

Υπάρχει μια κατηγορία μελανοκυτταρικών σπύλων, που χαρακτηρίζονται ως **δυσπλαστικοί**: Είναι σπύλοι με ιδιαίτερα μορφολογικά χαρακτηριστικά, ακανόνιστα όρια, ποικιλοχρωμία, μέγεθος μεγαλύτερο από των κοινών σπύλων (συνήθως μεγαλύτερο των 6 χιλιοστών). Έχουν επίσης χαρακτηριστική ιστολογική εικόνα στο μικροσκόπιο. Κάποτε και μόνο η ύπαρξή τους συσχετιζόταν με ανάπτυξη κακοήθους μελανώματος. Σήμερα πιστεύουμε ότι ο *μεγάλος αριθμός σπύλων* γενικά, κοινών ή δυσπλαστικών, πάνω από 30, είναι αυτός που σχετίζεται με πιθανή ανάπτυξη κακοήθους μελανώματος σε κάποιον από τους σπύλους.

Γι' αυτό, άτομα με μεγάλο αριθμό σπύλων πρέπει να εξετάζονται προληπτικώς κάθε εξάμηνο από τον ειδικό.

8.4.2 Κακοήθεις Όγκοι του Δέρματος

Είναι όγκοι που έχουν κακοήγη βιολογική συμπεριφορά, δηλαδή έχουν την τάση να μεγαλώνουν και να δίνουν μεταστάσεις. Είναι πολλών ειδών ανάλογα με τα κύτταρα από τα οποία προέρχονται.

Οι πιο συνήθεις είναι το **βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα** του δέρματος, το **ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα** το **κακόηθες μελάνωμα** και τα **λεμφώματα** του **δέρματος**.

Ι. Βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα του δέρματος

Τα κύτταρά του μοιάζουν με τα κύτταρα της βασικής στιβάδας και των εξαρτημάτων της επιδερμίδας και προέρχονται μάλλον από τα κύτταρα των τριχικών θυλάκων.

Αιτία: Η αιτία του θεωρείται κυρίως, αλλά όχι αποκλειστικά, η υπεριώδης ακτινοβολία. Πιθανόν ο συνδυασμός άλλων ατομικών παραγόντων ευπάθειας να παίζει ρόλο. Είναι πιο συχνό στα ανοιχτόχρωμα άτομα.

Εντόπιση: Εντοπίζεται σε εκτεθειμένες στον ήλιο περιοχές, όπως στο πρόσωπο, σπανιότερα στα χέρια, αλλά και σε άλλες περιοχές του σώματος, π.χ.

στα βλέφαρα, που είναι σχετικά προστατευμένα από τον ήλιο, πράγμα που συνηγορεί στο ότι η ηλιακή ακτινοβολία δεν ευθύνεται αποκλειστικά.

Δεν προσβάλλει τους βλεννογόνους.

Μορφή: Εμφανίζεται σαν μία **ερυθρωπή βλατίδα** (με μικρά διευρυμένα αγγεία, **τελαγγειεκτασίες**) που μεγαλώνει αργά. Σε προχωρημένο στάδιο στο κέντρο της βλάβης δημιουργείται μια **έλκωση** (πληγή) ανώδυνη (δεν πονά). Η έλκωση αυτή εύκολα παρουσιάζει μικροαιμορραγίες. Συνήθως γύρω από την βλάβη υπάρχει **χαρακτηριστικό περίγραμμα (όχθος)**. Ανάλογα με την εξέλιξη της έλκωσης το ΒΕ παίρνει διάφορες μορφές :

- **επιφανειακό ΒΕ**, αν η έλκωση επεκτείνεται επιφανειακά,
- **έλκωτικό ΒΕ**, αν η έλκωση βαθαίνει,
- **οζώδες ΒΕ**, δημιουργείται ένα οζίδιο που γίνεται όλο και πιο παχύ και σε κάποια σημεία του έχει έλκη.
- **μελαγχρωματικό ΒΕ**, αν στην περιφέρεια υπάρχει μελανίνη που φαίνεται σαν σκούρο καφέ περίγραμμα

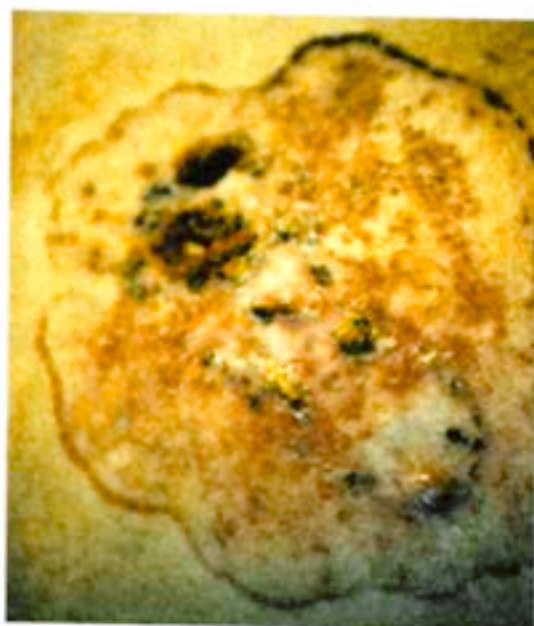
Υπάρχουν κι άλλες κλινικές μορφές εκτός των παραπάνω, πιο σπάνιες. Θα πρέπει να υποψιαζόμαστε το ΒΕ, όταν μια μικρή πληγή μεγαλώνει σε πάχος ή σε πλάτος, χρονίζει και δεν κλείνει.

Στην διάγνωση βοηθά η λήψη βιοψίας και η εξέταση στο μικροσκόπιο.



Εικόνα 8.3: Ελκωτικό Βασικοκυτταρικό Επιθηλίωμα. Διακρίνεται το χαρακτηριστικό επηρμένο περίγραμμα (όχθος)

Ευγενική προσφορά του
δερματολόγου
Γ. Κοντοχριστόπουλου.



Εικόνα 8.4: Μελαγγρωματικό Βασικοκυτταρικό Επιθηλίωμα. Διακρίνεται η σκούρα μάζη περιφέρεια που οφείλεται στη μελανίνη

Ευγενική προσφορά του
δερματολόγου Κ.Πουσσουλίδη.

Κλινική πορεία: Το Βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα του δέρματος εξελίσσεται μέσα σε πολλά χρόνια και συνήθως δεν δίνει απομακρυσμένες μεταστάσεις. Μπορεί όμως να προκαλέσει μεγάλη καταστροφή των ιστών τοπικά και να διαβρώσει τα οστά κτλ.

Θεραπεία: Είναι η χειρουργική αφαίρεση του όγκου, η καταστροφή του με κρυοθεραπεία (με ψυχρό άζωτο) ή η ακτινοθεραπεία.

II. Ακανθοκυτταρικό Καρκίνωμα (ΑΚ)

Πρόκειται για κακοήγη όγκο του δέρματος προερχόμενο από τα κύτταρα της επιδερμίδας. Είναι πιο επιθετικός από το βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα, μεγαλώνει πιο γρήγορα και δίνει μεταστάσεις στους λεμφαδένες και αργότερα και σε άλλους ιστούς.

Αιτία: Κύρια αιτία θεωρείται η ηλιακή ακτινοβολία και, μάλιστα, το υπεριώδες φάσμα της. Η ακτινοβολία Χ ή η χρήση αρσενικού, που παλιότερα χρησιμοποιούνταν στη θεραπεία δερματοπαθειών, μπορεί επίσης να αποτελούν αιτία στους ηλικιωμένους. Πάντως η συσχέτισή του με την υπεριώδη ακτινοβολία είναι πιο ισχυρή απ' ό τι για το βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα.

Εντόπιση : Το ΑΚ αναπτύσσεται πάνω στο δέρμα που εκτίθεται στην ηλιακή ακτινοβολία, στην μακρόχρονη δράση της υπεριώδους ακτινοβολίας, όμως αναπτύσσεται σε κάποιες περιπτώσεις και σε όσα μέρη δεν βλέπει ο ήλιος. Ξεκινά μερικές φορές στη θέση ουλής από έγκαυμα, ουλής από άλλη δερματοπάθεια, πάνω σε έλκος (πληγή) της κνήμης ή πάνω σε προκαρκινωματώδεις χρόνιες βλάβες, όπως η ακτινική υπερκεράτωση (βλ. παραπάνω). Μπορεί να εντοπισθεί στο δέρμα ή στους βλεννογόνους (στόμα, γλώσσα, κάτω χείλος, αιδοίο, βάλανο του πέους).

Μορφή: Το ΑΚ ξεκινά σαν μία μικρή ερυθρωπή πλάκα, που μεγαλώνει σταδιακά, και γίνεται ανώδυνο, υπόσκληρο οζίδιο με ανώμαλο σχήμα, που έχει την τάση να εμφανίζει έλκωση και αιμορραγίες.

Για την διάγνωση πάντα λαμβάνεται βιοψία κι εξετάζεται στο μικροσκόπιο.

Κλινική πορεία: Τα ΑΚ που ξεκινούν πάνω σε ακτινική υπερκεράτωση έχουν λιγότερο επιθετική πορεία και σχεδόν ποτέ δεν δίνουν μεταστάσεις.

Τα πιο επιθετικά ΑΚ θεωρούνται εκείνα που ξεκινούν πάνω σε εγκαύματα, καθώς και τα ΑΚ του κάτω χείλους και των βλεννογόνων. Επίσης η διαφοροποίηση του όγκου παίζει ρόλο. Αυτή φαίνεται στο μικροσκόπιο από ορισμένα χαρακτηριστικά του όγκου και όσο μεγαλύτερη είναι, τόσο πιο αργή κλινική εξέλιξη έχει ο όγκος.

Θεραπεία : Είναι η χειρουργική αφαίρεση του όγκου ή η ακτινοθεραπεία. Αν υπάρχουν μεταστάσεις, γίνεται συστηματική χημειοθεραπεία.

Πειραματικές θεραπείες είναι η τοπική χημειοθεραπεία, η φωτοδυναμική θεραπεία, τα ρετινοειδή.



Εικόνα 8.5:
Ακανθοκυτταρικό
καρκίνωμα στην κνήμη.
Διακρίνεται η βαθιά
έλκωση και η έντονη
τοπική καταστροφή.
Ευγενική προσφορά
του δερματολόγου
Γ. Κοντοχριστόπουλου

III. Κακόηθες Μελάνωμα του Δέρματος (ΚΜ)

Το κακόηθες μελάνωμα είναι από τους πιο επιθετικούς καρκίνους. Δεν αναπτύσσεται μόνο στο δέρμα, αλλά και σε άλλους ιστούς που έχουν μελανινοκύτταρα, όπως είναι το μάτι, αλλά και οι βλεννογόνοι εσωτερικών οργάνων.

Εδώ θ' αναφερθούμε αναλυτικότερα στο κακόηθες μελάνωμα του δέρματος.

Το κακόηθες μελάνωμα του δέρματος αναπτύσσεται ή πάνω σε υγιές δέρμα ή πάνω σε σπίλους, ή πάνω σε προκαρκινωμάτωδεις μελανινοκυτταρικές βλάβες.

Ατομα που παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν ΚΜ είναι όσα:

- έχουν συγγενείς που εμφάνισαν ΚΜ
- έχουν ανοιχτόχρωμο δέρμα με τάση να καίγονται στον ήλιο αντί να μαυρίζουν
- έχουν μεγάλο συνολικό αριθμό σπίλων (κοινών ή δυσπλαστικών)
- είχαν έντονη έκθεση στον ήλιο στην παιδική και εφηβική ηλικία με πέντε και πάνω εγκαύματα μέχρι το τέλος της εφηβείας.
- είχαν έντονη αλλά όχι συνεχή έκθεση στον ήλιο π.χ. υπάλληλοι γραφείου που όλο τον χρόνο δεν τους βλέπει ο ήλιος και απότομα κάνουν πολλή "ηλιοθεραπεία" το καλοκαίρι.

Αυτά όλα τα ρωτούμε στο ιστορικό, όταν βλέπουμε μια ύποπτη δερματική βλάβη.

Διάκριση σε κατηγορίες

Ανάλογα με την **μορφή** του ΚΜ και την **εντόπισή** του, τη σχέση του με δερματική **βλάβη που προϋπήρχε** ή την **ηλικία** εμφάνισης, το διακρίνουμε σε κατηγορίες, που έχουν σημασία για την εξέλιξη του όγκου και την πορεία του ασθενούς.

Έτσι διακρίνουμε το ΚΜ:

Ανάλογα με την μορφή του :

- στο επιφανειακά επεκτεινόμενο κακήθες μελάνωμα: επιφανειακή βλάβη που απλώνεται.
- στο οζώδες κακήθες μελάνωμα : παχύ οζίδιο, που είναι πολύ επιθετικό.
- στο αμελανωτικό κακήθες μελάνωμα : δηλαδή χωρίς μελανίνη, ανοιχτού χρώματος οζίδιο.
- στο κακήθες μελάνωμα με μίσχο : δηλαδή που κρέμεται από το δέρμα με "κοτσάνι".

Ανάλογα με το αν το ΚΜ αναπτύχθηκε σε δερματική βλάβη που προϋπήρχε:

- στο κακήθες μελάνωμα που αναπτύσσεται πάνω σε μελαγχρωματικό σπίλο.
- στο κακήθες μελάνωμα που αναπτύσσεται πάνω σε κακοήγη φακή. (βλ. προ-καρκινωματώδεις βλάβες).

Ανάλογα με την εντόπισή του :

- στο κακήθες μελάνωμα των άκρων : εντοπίζεται στις παλάμες, τα πέλματα ή κάτω από τα νύχια.
- στο κακήθες μελάνωμα που συγχρόνως εμφανίζεται σε πολλές θέσεις στο δέρμα.
- στο κακήθες μελάνωμα των βλεννογόνων: εντοπίζεται στους βλεννογόνους του στόματος, του κόλπου, του στομάχου, του εντέρου κτλ.

Ανάλογα με την ηλικία:

Το κακήθες μελάνωμα εμφανίζεται κυρίως σε ενήλικες αλλά, σπάνια, και στην παιδική ηλικία.

Η επιβίωση του ασθενούς εξαρτάται από την χρονική στιγμή της διάγνωσης και την επιθετική συμπεριφορά του όγκου.

- ✓ Όσο πιο έγκαιρη είναι η διάγνωση και η αντιμετώπιση του ΚΜ, τόσο καλύτερη θα είναι η πορεία της ασθένειας.
- ✓ Όσο παχύτερος είναι ο όγκος, όσο βαθύτερα πηγαίνει μέσα στις στιβάδες του δέρματος και όσο μεγαλύτερος γίνεται, τόσο χειρότερη θα είναι η πορεία της ασθένειας.
- ✓ Η ύπαρξη έλκωσης είναι κακό σημάδι, όπως είναι και οι μικρές “δορυφόρες” βλάβες από κύτταρα του όγκου γύρω από την κεντρική βλάβη. Επίσης, κάποια ιστολογικά χαρακτηριστικά, που φαίνονται στο μικροσκόπιο, δείχνουν επιθετική πορεία του όγκου.

Ο επιθετικός όγκος θα μεγαλώσει γρήγορα και θα δώσει μεταστάσεις πρώτα στους λεμφαδένες και μετά σε άλλα όργανα.



Εικόνα 8.6: Κακήθης μελάνωμα. Αριστερά επιφανειακού τύπου και δεξιά κακήθης μελάνωμα που αναπτύχθηκε πάνω σε κακήθη φακή.

Διαγνωστικά προβλήματα

- ✓ Το πρόβλημα στην διάγνωση, ακόμη και για το εξασκημένο βλέμμα του ειδικού, είναι να διακριθεί ένας σπύλος από το μελάνωμα, πράγμα ιδιαίτερα δύσκολο για έναν δυσπλαστικό σπύλο, αλλά και για έναν καλοήγη σπύλο που τραυματίσθηκε.

- ✓ Οι ασθενείς με πολλούς σπύλους πρέπει να εξετάζονται από τον ειδικό ανά δμηνο, αλλά και να παρατηρούν οι ίδιοι προσεκτικά τους σπύλους τους (**αυτοεξέταση**). Το ίδιο ή και πιο συχνά πρέπει να εξετάζονται τα άτομα που από το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό τους έχουν αυξημένο κίνδυνο ΚΜ.
- ✓ Σημάδια “συναγερμού” για έναν σπύλο, ότι δηλαδή μπορεί να εξαλλάσσεται σε ΚΜ, είναι **ο κνησμός, η φλεγμονή γύρω του, η αύξηση του μεγέθους του, η αλλαγή του σχήματος και του χρώματος, η αιμορραγία**.
- ✓ Επίσης **παγίδα** αποτελεί το **αμελανωτικό μελάνωμα** που έχει ανοιχτό ροζ ή μπεζ χρώμα και όχι το συνηθισμένο σκούρο χρώμα του μελανώματος. Μπορεί να περάσει απαρατήρητο από τον ασθενή κι έτσι να μην ζητηθεί ιατρική βοήθεια.
- ✓ Το μελάνωμα **των βλεννογόνων** είναι σε θέσεις που δεν φαίνονται και γι’ αυτό μπορεί ν’ αργήσει να διαγνωσθεί.
- ✓ Τέλος ένα σκούρο καφέ ή μαύρο σημάδι κάτω από το νύχι του μεγάλου δακτύλου του ποδιού, πρέπει να δειχθεί στον ειδικό, ώστε εκείνος να διαγνώσει εάν είναι **αιμάτωμα από τραυματισμό** ή εάν είναι ΚΜ.

Θεραπεία

Όταν διαγνωσθεί έγκαιρα το ΚΜ, τότε αφαιρείται χειρουργικά.

Σε προχωρημένες καταστάσεις με μεταστάσεις γίνεται χημειοθεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία. Επίσης, σε μερικές περιπτώσεις χρησιμοποιείται η ουσία **ιντερφερόνη**.

8.4.3 Λεμφώματα του Δέρματος και Σπογγιοειδής Μυκητίαση

Ι. Γενικά

Τα λεμφώματα του δέρματος έχουν εστίες αποκλειστικά στο δέρμα, όταν βρίσκονται στα αρχικά τους στάδια. Σε προχωρημένη μορφή προσβάλλουν και άλλα όργανα.

Προέρχονται από λεμφοκύτταρα **άτυπα**, δηλαδή ανώμαλου σχήματος και συμπεριφοράς, που πολλαπλασιάζονται απεριόριστα. Όταν γίνεται η πρώτη διάγνωση ενός δερματικού λεμφώματος, για να ονομασθεί δερματικό, πρέπει να αποκλεισθεί ότι υπάρχουν εστίες σε άλλους ιστούς.

Φυσιολογικά η επιδερμίδα δεν έχει λεμφοκύτταρα. Το χόριο περιέχει λίγα Τ-λεμφοκύτταρα που φθάνουν σε αυτό βγαίνοντας από τα αγγεία του χορίου. Σε πολλές παθήσεις του δέρματος, κυρίως στις φλεγμονώδεις, τα λεμφοκύτταρα πολλαπλασιάζονται. Στα λεμφώματα του δέρματος όχι μόνον ο αριθμός των λεμφοκυττάρων γίνεται πολύ μεγάλος, αλλά και η μορφή και τα χαρακτηριστικά τους αλλάζουν.

Τα λεμφώματα του δέρματος διαφέρουν σε βιολογική συμπεριφορά από τα λεμφώματα που έχουν εξωδερματική εντόπιση, διότι εξελίσσονται αργά και αρχικά δεν εντοπίζονται σε άλλους ιστούς.

Τα λεμφώματα του δέρματος έχουν μια πολύπλοκη κατάταξη, την οποία δεν θα αναφέρουμε εδώ. Αποτελούνται συνήθως από Τ-βοηθητικά λεμφοκύτταρα και πολύ πιο σπάνια από Β-λεμφοκύτταρα. Οι βλάβες είναι συνήθως πολλαπλές, ενώ σπάνια μπορεί να εκδηλωθούν με μία μοναδική βλάβη.

Θα εξετάσουμε το πιο συνηθισμένο Τ-λέμφωμα του δέρματος, που έχει ένα παραπλανητικό όνομα : **σπογγιοειδής μυκητίαση**.

II. Σπογγιοειδής Μυκητίαση

Πρόκειται για λέμφωμα του δέρματος από Τ- λεμφοκύτταρα, που ονομάστηκε «μυκητίαση», ενώ δεν έχει σχέση με μύκητες, απλώς οι όγκοι που το χαρακτηρίζουν σε προχωρημένο στάδιο μοιάζουν με μανιτάρια (μύκητας=μανιτάρι).

Είναι αργά εξελισσόμενη νόσος, που χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό άτυπων (δηλαδή μη φυσιολογικών) λεμφοκυττάρων.

Στην τυπική της μορφή εξελίσσεται περνώντας από 3 κλινικά στάδια: 1) το στάδιο των λεπτών πλακών και των κηλίδων 2) το στάδιο των πλακών και 3) το στάδιο των όγκων. Στο τρίτο στάδιο των όγκων οφείλει η νόσος το παραπλανητικό της όνομα. Κάθε στάδιο μπορεί να διαρκεί επί αρκετά χρόνια.

Στο πρώτο στάδιο ερυθματώδεις **κηλίδες** μεγάλης διαμέτρου και λεπτές ερυθματολεπιδώδεις **πλάκες** εμφανίζονται σε διάφορα σημεία του σώματος και του προσώπου με έντονο κνησμό. Θυμίζουν έκζεμα, αλλά επιμένουν πολύ.

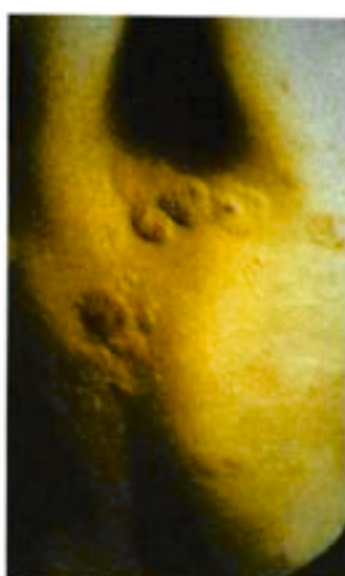
Ακολουθεί το στάδιο των πλακών με **παχιές σκληρές πλάκες**. Αντιστοιχεί σε εντονότερο πολλαπλασιασμό των άτυπων λεμφοκυττάρων. Στο στάδιο των **όγκων** κάποιες από τις πλάκες θα μετατραπούν σε όγκους, επειδή ο έντονος πολλαπλασιασμός των άτυπων λεμφοκυττάρων δημιουργεί πλέον μικρές μάζες.

Συνυπάρχουν, δηλαδή, πλάκες και όγκοι. Οι όγκοι μπορεί να παρουσιάσουν νέκρωση και **έλκωση**. Ο ασθενής γίνεται έτσι ευάλωτος σε λοιμώξεις.

Σε μερικούς ασθενείς στο στάδιο αυτό η νόσος επεκτείνεται έξω από το δέρμα, στους λεμφαδένες και σε εσωτερικά όργανα.

Υπάρχουν και μη τυπικές μορφές του εξανθήματος της σπογγοειδούς μυκητιάσης αλλά είναι πιο σπάνιες. Η νόσος στα αρχικά στάδια θεραπεύεται, (προσωρινά) με τοπικά ή συστηματικά κορτικοειδή και με φωτοθεραπεία (την βελτιώνουν οι υπεριώδεις ακτίνες). Οι βλάβες όμως αργότερα υποτροπιάζουν: επανέρχονται και μάλιστα σε πιο έντονη μορφή. Σε προχωρημένα στάδια χρειάζεται χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία.

Ο θάνατος επέρχεται στο προχωρημένο στάδιο της νόσου: (α) ή από **σηψαιμία** (διασπορά μιάς λοίμωξης μέσω του αίματος σε όλον τον οργανισμό), επειδή την επιφάνεια του δέρματος του ασθενούς στο μεγαλύτερο μέρος της την καταλαμβάνουν ελκωμένοι όγκοι ή (β) από **την προσβολή εσωτερικών οργάνων** με γενίκευση του λεμφώματος.



Εικόνα 8.7:
Σπογγοειδής Μυκητίαση,
στάδιο των πλακών.
Διακρίνονται δερματικές
Πλάκες, που στην
ψηλάφηση
είναι παχιές και σκληρές.
Αποτελούνται από
άτυπα λεμφοκύτταρα
Ευγενική προσφορά
του δερματολόγου
Κ. Πουσουλίδη

Ανακεφαλαίωση

Να θυμάσαι:

- Στο δέρμα εμφανίζονται καλοήθεις και κακοήθεις όγκοι με μεγάλη πολυμορφία.
- Οι καλοήθεις μένουν εντοπισμένοι, ενώ οι κακοήθεις μεγαλώνουν γρήγορα και δίνουν μεταστάσεις σε άλλα όργανα.
- Οι πιο συνηθισμένοι, κακοήθεις όγκοι του δέρματος είναι το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, το κακόηθες μελάνωμα και το T-δερματικό λέμφωμα το αποκαλούμενο σπογγιοειδής μυκητίαση.
- Υπάρχουν και προκαρκινωματώδεις βλάβες που, ενώ μεγαλώνουν αργά και είναι εντοπισμένες, επάνω τους μπορεί να αναπτυχθεί κάποια στιγμή ένας κακοήθης όγκος.

Ερωτήσεις

1. Αναφέρατε μερικούς καλοήθεις όγκους του δέρματος.
2. Αναφέρατε τους κακοήθεις όγκους του δέρματος που γνωρίζετε.
3. Ποιες προκαρκινωματώδεις βλάβες εξετάζονται εδώ και τι καρκίνος του δέρματος μπορεί να αναπτυχθεί στην κάθε μία;
4. Πώς διακρίνεται συνήθως ένας καλοήθης όγκος από έναν κακοήθη;
5. Τι γνωρίζετε για τους σπύλους; Γιατί έχει σημασία να παρακολουθούνται;
6. Μας ανησυχεί μια σκούρα δερματική βλάβη, που μεγαλώνει γρήγορα, έχει κνησμό ή ματώνει και έχει ποικιλία αποχρώσεων; Γιατί;

Δραστηριότητες

1. Φαλακρός άνδρας 60 ετών, εμφανίζει στο κεφάλι και στο μέτωπο πολλές πλάκες, χρώματος μπέζ/καφέ, μικρές, ίδιας μορφής μεταξύ τους, με λεπτό λέπι. Δεν έχει υποστεί στο παρελθόν καμιά θεραπεία για κάποια νόσο. Εργαζόταν ως αγρότης. Τι είναι οι βλάβες;
2. Πολύ σκούρα βλάβη 7 εκατοστών, δίχρωμη, στην κνήμη (γάμπα) μιας γυναίκας 40 ετών, που ζει στην Ελλάδα και συχνά φορά κοντά ρούχα. Η γυναίκα παρατήρησε τη βλάβη εδώ και δύο χρόνια. Ποιες οι πιθανές διαγνώσεις;

ΕΙΚΟΝΕΣ

Εικόνα 1.1:	(αριστερά): Πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο (είδος καλυπτηρίου επιθηλίου)	8
Εικόνα 1.2:	(δεξιά): Αδενικό επιθήλιο (σωληνοειδής - κυψελοειδής αδένας)	8
Εικόνα 1.3:	Σχηματική παράσταση δέρματος	11
Εικόνα 1.4:	Σχηματική παράσταση επιδερμίδας	12
Εικόνα 1.5:	Χαλαρός συνδετικός ιστός	15
Εικόνα 1.6:	Ανατομία του θύλακα της τρίχας	18
Εικόνα 1.7:	Στάδια ανάπτυξης της τρίχας	22
Εικόνα 1.8:	Ανατομία φυσιολογικού νυχιού	23
Εικόνα 1.9:	Αδένες του δέρματος	26
Εικόνα 1.10:	Αγγειακά δίκτυα του δέρματος	28
Εικόνα 1.11:	Νεύρα του δέρματος	30
Εικόνα 4.1:	Πρωτογενείς στοιχειώδεις βλάβες	53
Εικόνα 4.2:	Μελαγχρωματικές κηλίδες	54
Εικόνα 4.3:	Πομφός	54
Εικόνα 4.4:	Φυσαλίδα	56
Εικόνα 4.5:	Πομφόλυγα	56
Εικόνα 4.6:	Φλύκταινα	56
Εικόνα 4.7:	Ραγάδα	57
Εικόνα 4.8:	Δευτερογενείς στοιχειώδεις βλάβες	58
Εικόνα 4.9:	Ουλή	59
Εικόνα 5.1:	Έρπης προσώπου	64
Εικόνα 5.2:	Επιχείλιος έρπης	65
Εικόνα 5.3:	Έρπης ζωστήρας	66
Εικόνα 5.4:	Έρπης ζωστήρας μεσοπλεύριος	68
Εικόνα 5.5:	Ανεμοβλογιά σε πρόσωπο εφήβου	69
Εικόνα 5.6:	Ανεμοβλογιά στο σώμα εφήβου	69
Εικόνα 5.7:	Μολυσματική τέρμινθος κορμού	70
Εικόνα 5.8:	Μολυσματική τέρμινθος προσώπου	71
Εικόνα 5.9:	Κοινές μυρμηκίες	72
Εικόνα 5.10:	Μυρμηκίες πελμάτων	72
Εικόνα 5.11:	Οξυτενή κονδυλώματα	73
Εικόνα 5.12:	Ερυσιπέλας	75
Εικόνα 5.13:	Μολυσματικό κηρίο	76
Εικόνα 5.14:	Δοθήνας	80
Εικόνα 5.15:	Το άκαρι της ψώρας σε μεγέθυνση	88

Εικόνα 5.16:	Ψώρα. Φαίνονται οι χαρακτηριστικές αποκεφαλισμένες από ξεσμό (ξύσιμο) βλατίδες	89
Εικόνα 5.17:	Ψώρα. Είναι χαρακτηριστική η πολυμορφία του εξανθήματος	89
Εικόνα 5.18:	Ψώρα. Η εντόπιση του εξανθήματος στους γλουτούς είναι χαρακτηριστική	89
Εικόνα 5.19:	Ψείρα τριχωτού κεφαλής σε μεγέθυνση	90
Εικόνα 5.20:	Παρασιτική κνήφη. Διάσπαρτες φυσαλίδες στα σημεία των τσιμπημάτων	92
Εικόνα 5.21:	AIDS Σάρκωμα Kaposi	100
Εικόνα 5.22:	Σάρκωμα Kaposi (μη AIDS)	100
Εικόνα 6.1:	Επιφανειακή ακμή	108
Εικόνα 6.2:	Κυστική ακμή	113
Εικόνα 6.3:	Ακμή ράχης	114
Εικόνα 7.1:	Αλλεργική δερματίτιδα από επαφή	125
Εικόνα 7.2:	Φωτοδερματίτιδα	134
Εικόνα 7.3:	Μέλασμα (Χλόασμα)	136
Εικόνα 7.4:	Λεύκη στα χέρια	146
Εικόνα 7.5:	Ψωρίαση με μεγάλα λέπια	148
Εικόνα 7.6:	Ψωρίαση (δακτυλιοειδής μορφή)	149
Εικόνα 7.7:	Ροδόχρους ακμή	151
Εικόνα 8.1:	Πολλαπλές σμηγματοροϊκές και ακτινικές υπερκερατώσεις	163
Εικόνα 8.2:	Σμηγματοροϊκή Υπερκεράτωση	163
Εικόνα 8.3:	Ελκωτικό Βασικοκυτταρικό Επιθηλίωμα	165
Εικόνα 8.4:	Μελαγχρωματικό Βασικοκυτταρικό Επιθηλίωμα	166
Εικόνα 8.5:	Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα	167
Εικόνα 8.6:	Κακόηθες μελάνωμα. Αριστερά επιφανειακού τύπου και δεξιά πάνω σε κακοήγη φακή	170
Εικόνα 8.7:	Σπογγοειδής Μυκητίαση, στάδιο των πλακών	173

ΓΛΩΣΣΑΡΙ

ακτινοθεραπεία είναι η ακτινοβόληση μίας βλάβης με ιονίζουσα ακτινοβολία Χ.
αλλεργιογόνος ουσία, συνήθως πρωτεΐνη, που σε ορισμένα άτομα προκαλεί αλλεργικές αντιδράσεις.

αλωπεκία είναι η αραίωση των τριχών.

αντιγόνο είναι κάθε ουσία που μπορεί να προκαλέσει την αλλεργική ή αμυντική αντίδραση του οργανισμού και τη δημιουργία αντισώματος. Συνήθως πρόκειται για πρωτεϊνικά μόρια.

αναφυλαξία είναι ένα είδος αλλεργίας. Προκαλείται από φάρμακα ή από τσίμπημα σφήκας, μέλισσας ή ένεση διαφόρων ουσιών. Εκδηλώνεται με εξάνθημα, δύσπνοια, υπόταση, ταχυκαρδία και μπορεί να προκαλέσει το θάνατο.

ανοσία είναι η ικανότητα του οργανισμού να μην προσβάλλεται από μικροοργανισμούς ή τα τοξικά τους προϊόντα.

αλλεργία είναι η κατάσταση εκείνη του οργανισμού, κατά την οποία παρουσιάζεται αυξημένη αντιδραστικότητα ή υπερευαισθησία απέναντι σε διάφορες ουσίες σε άτομα με γενετική προδιάθεση.

αποξυγονωμένη αιμοσφαιρίνη είναι αιμοσφαιρίνη με λίγο οξυγόνο.

αυτοενοφθαλμισμός είναι η μετάδοση σε άλλο σημείο του δέρματος δερματικών βλαβών που προϋπήρχαν, από το ίδιο το άτομο που πάσχει, συνήθως με επαφή με τα χέρια.

διαταραχές μεταβολισμού είναι διαταραχές μεταξύ λήψης - απορρόφησης - αποβολής ουσιών που οδηγούν σε έλλειψη ή περίσσεια συστατικών για τον οργανισμό.

ενάνθημα, το σύνολο των στοιχειωδών βλαβών που εντοπίζονται στους βλεννογόνους.

εξάνθημα λέγεται το σύνολο των στοιχειωδών βλαβών που εμφανίζονται στο δέρμα κατά τη διαδρομή των διαφόρων ασθενειών.

εξίδρωμα είναι φλεγμονώδες ή νεοπλασματικό υγρό, πλούσιο σε πρωτεΐνη η οποία περνά τα τριχοειδή αγγεία λόγω μεγάλης διαπερατότητας.

ευκαιριακές λοιμώξεις. Όταν μειωθεί η άμυνα του μεγαλοοργανισμού, τότε «βρίσκουν ευκαιρία» μικροοργανισμοί που βρίσκονται στο περιβάλλον να μετατραπούν σε παθογόνους και έτσι να αναπτυχθούν λοιμώξεις.

ηλεκτρολύτες είναι ιόντα, δηλαδή σωματίδια φορτισμένα με θετικό ή αρνητικό ηλεκτρικό φορτίο, που επιτρέπουν το πέρασμα ηλεκτρικού ρεύματος από αυτά. Στον οργανισμό είναι σημαντικά για την ρύθμιση του νερού και των βιοχημικών αντιδράσεων. Είναι το Κάλιο (K^+), το Νάτριο (Na^+), το χλώριο (Cl^-) κλπ. Συχνά σημειώνεται το ηλεκτρικό φορτίο τους π.χ.: H^+

θερμοπηξία, μέθοδος που χρησιμοποιεί την τοπική εφαρμογή πυρωμένης ή ηλεκτροθερμαινόμενης ράβδου (υψηλή θερμοκρασία) για το κάψιμο μίας περιοχής του δέρματος.

ιονίζουσα ακτινοβολία, η ακτινοβολία που προκαλεί τη δημιουργία ιόντων

ιοί είναι παθογόνοι μικροοργανισμοί, που χαρακτηρίζονται από το μικροσκοπικό τους μέγεθος, την απλή βιοχημική τους σύσταση και την ανάγκη τους να αναπτύσσονται μέσα σε ένα ζωντανό κύτταρο. Είναι αόρατοι στο κοινό μικροσκόπιο και ορατοί στο ηλεκτρονικό. Μερικοί από αυτούς καταστρέφονται με ειδικά αντιϊκά φάρμακα.

ιόντα, σωματίδια με ηλεκτρικό φορτίο θετικό ή αρνητικό.

καροτένια (α και β) Είναι κίτρινες χρωστικές, πρόδρομες ουσίες της βιταμίνης Α. Βρίσκονται στην επιδερμίδα και στο υποδόριο λίπος.

κρυοθεραπεία ή **κρυοπηξία** είναι θεραπευτική μέθοδος που χρησιμοποιεί την τοπική ψύξη σε πολύ χαμηλή θερμοκρασία (με τη χρήση παγωμένου αζώτου) για την καταστροφή ιστών. Χρησιμοποιείται στις μυρμηκίες, στα μικρά καρκινώματα, στις ακτινικές υπερκερατώσεις κτλ.

λοίμωξη είναι η εγκατάσταση και ο πολλαπλασιασμός ενός μικροβίου στο μεγαλοοργανισμό και προκαλεί νόσο (κλινικά συμπτώματα).

μακροφάγα είναι κύτταρα που βρίσκονται στον αραιό συνδετικό ιστό και κοντά στα μικρά αγγεία ακινητοποιημένα πάνω στις κολλαγόνες ίνες και κινούνται σε περιπτώσεις φλεγμονής για φαγοκυττάρωση.

μηροβουβονικές πτυχές είναι οι πτυχές μεταξύ μηρών και βουβωνικής περιοχής.

μικρόβιο είναι μικροοργανισμός ορατός με το κοινό μικροσκόπιο, που καταστρέφεται από αντιβιοτικά φάρμακα.

μίτωση: διαδικασία διαίρεσης των κυττάρων.

μόλυνση είναι η είσοδος παθογόνων μικροοργανισμών μέσα στο μεγαλοοργανισμό ή και απλή εναπόθεση μικροβίων πάνω στο δέρμα ή στους βλεννογόνους, χωρίς να προκαλεί νόσο (χωρίς απαραίτητα την εμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων).

- | | | |
|---------|---|----------------------------|
| Μόλυνση | → | όχι υποχρεωτικά σε λοίμωξη |
| Λοίμωξη | → | προϋποθέτει τη μόλυνση |

μύκητες είναι μικροοργανισμοί που κατατάσσονται στη χλωρίδα και παρασιτούν σε φυτικούς ή ζωικούς οργανισμούς. Άλλοτε είναι παθογόνοι και άλλοτε όχι. Καταστρέφονται με αντιμυκητιασικά φάρμακα.

οξυγονωμένη αιμοσφαιρίνη είναι η πλούσια σε οξυγόνο αιμοσφαιρίνη.

παρακεράτωση είναι όρος ιστολογικός. Σημαίνει ότι ορισμένα κερατινοκύτταρα κρατούν τον πυρήνα τους στην κεράτινη στιβάδα, ενώ φυσιολογικά θα έπρεπε να τον χάνουν (η κεράτινη στιβάδα έχει μόνο απύρηντα κερατινοκύτταρα).

παράτριμμα είναι φλεγμονή της επιδερμίδας και του χορίου του δέρματος, που συνοδεύεται από κοκκινίλα και εμφανίζεται επάνω σε δύο εφαιπτόμενες επιφάνειες, εξαιτίας της τριβής, της εφίδρωσης και άλλων εκκρίσεων.

ρετροϊός είναι ένας RNA ιός, που παράγει ένα ένζυμο (αντίστροφη μεταγραφάση) το οποίο είναι κατάλληλο να μετατρέπει τη γενετική πληροφορία που περιέχει RNA σε DNA στον πυρήνα του κυττάρου – ξενιστή.

φαγοκυττάρωση είναι μία λειτουργία που γίνεται από τα φαγοκύτταρα (ουδετερόφιλα πολυμορφοπύρηντα – μακροφάγα), για να απομακρύνει διάφορες μικροσκοπικές ουσίες και μικρόβια.

φλεγμονή είναι η αντίδραση του οργανισμού τοπική ή γενικευμένη, που είναι αποτέλεσμα κάποιου εσωτερικού ή εξωτερικού ερεθίσματος και χαρακτηρίζεται από ερυθρότητα, οίδημα (πρήξιμο), πόνο και αυξημένη θερμοκρασία της περιοχής.

φωτοχημειοθεραπεία είναι η έκθεση του ασθενούς σε ειδικές λάμπες που εκπέμπουν υπεριώδη ακτινοβολία, πάντα χορηγώντας πρώτα ένα φάρμακο από το στόμα. Εφαρμόζεται ως θεραπεία στην ψωρίαση, σπογγοειδή μυκητίαση, ομαλό λειχήνα, κλπ.

χημειοθεραπεία είναι η θεραπεία γενικώς με συστηματικά φάρμακα, αλλά έχει επικρατήσει να λέγεται κυρίως για τα φάρμακα κατά του καρκίνου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Du Vivier Anthony, Mc Kee Philip, Κλινική Δερματολογία με Έγχρωμες Εικόνες, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
- Αρόνη Κ., Παθολογική Ανατομική του Δέρματος, Ιατρικές Εκδόσεις, Π.Χ. Πασχαλίδης
- Γιαννόπουλος Ν., Μαθήματα Δερματολογίας, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 1992
- Παπαρίζος Β., Νεοφωτίστου Ο.: AIDS, Ιστορική αναδρομή, ορισμός και σταδιοποίηση. Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας, 7(4):1996,207-213
- Παπασταμόπουλος Β., Κυριάκης Κ., Παπαρίζος Β., Ζαγοραίος Ι., Κατσάμπας Α.: Πρωτολοίμωξη από HIV, η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης. Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας, 10: 1999, 52-56
- Σταυριανέας Ν., Βαρελτζίδης Α., Στρατηγός Ι.Δ.: Δερματικές εκδηλώσεις στο Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS). Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας, 10: 1999, 14-26
- Χαϊδεμένος Γ., Παπακωνσταντίνου-Χαϊδεμένου Μ.: Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ, AIDS). Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας, 7(1): 1996
- Fitzpatrick J., Aeling J., Dermatology Secrets, Mosby editor
- Guyton A., Φυσιολογία του ανθρώπου, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 3^η έκδοση, 1984
- Lippert Herbert, Ανατομική, Ιατρικές εκδόσεις Γ.Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1993
- Κανιτάκη Κ.Ι., Δερματολογία – Αφροδισιολογία, αφοι Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη – Αθήνα, 1975
- Κατσάμπας Α.Δ., Μαθήματα Δερματολογίας και Αφροδισιολογίας, επιμέλεια-συντονισμός, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης
- Katsambas-Lotti, European Handbook of Dermatological Treatments, Springer-Verlag editor, 1999
- Katsambas A., Ferguson J., Photosensitivity disorders in: Medicine p.34-36, 1997

Kahle W. – Leonhardt H. – Platzer W., Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα, τόμος 2 και 3, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας

Lever's Histopathology of the skin, 8th edition, Lippincot-Raven editors

Levene G.M., Calnan C.D., Έγχρωμος άτλας δερματολογίας, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1995

Μηνάς Α., Ηλεκτροχειρουργική, μυρμηκίες και οξυτενή κονδυλώματα, INFO-DERMA, τ.27, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2000

Μιχαήλ Σ.Γ., Ιστολογία, δεύτερη έκδοση, Θεσσαλονίκη 1986

Μουλοπούλου-Καρακίτσου Κ., Ρηγόπουλος Δ., Στρατηγός Ι. Δ., Καλλυντικά: Συστατικά και Εφαρμογές, Εκδόσεις Βήτα Medical Arts, Β' έκδοση, 1998.

Μπασιούκας Κ., Δερματοπάθειες εργαζομένων στη βιομηχανία τροφίμων, Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας και Αφροδισιολογίας, Ιανουάριος – Μάρτιος 1993, τ.4, 21-28

Παπανικολάου Α., Κατσιμπούλας Β., Οδηγίες για τη θεραπεία της Λεύκης, INFODERMA, τ.17, Ιανουάριος-Μάρτιος 1998

Πλέσσας Σ., Κανέλλος Ε., Φυσιολογία του ανθρώπου 1, δεύτερη έκδοση, Εκδόσεις Φάρμακον-Τύπος, Αθήνα 1997

Πρακτικά 12^{ου} Πανελλήνιου Συνεδρίου AIDS, Αθήνα 2000

Σάββας Π.Α., Επίτομη Ανατομική του Ανθρώπου και Άτλας, Εκδόσεις αφοι Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1979

Σταυρόπουλος Π.Γ., Η σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψωρίασης, INFODERMA, τ. 4, Οκτ.-Δεκ.94.

Στρατηγός Ι., Βαρελτζίδης Α., Θεοδωρίδης Α. και συνεργάτες, Μαθήματα Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας, Επιστημονικές εκδόσεις Γ.Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1985

Χατζής Ι., Βασική Δερματολογία-Αφροδισιολογία, τόμος Α', Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 1994

Κατσιμπούλας Β., Συμεωνίδου Σ., Ανανέωση της επιδερμίδας με laser και χημικά peeling, INFODERMA, τ.17, Ιαν-Μαρ.98

www.umm.drkoop.com/conditions/ency/article/000618/htmMaryland University

www.vh.org/providers/Lectures/Piette/Dermatology/BlackTray, Iowa University

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	7
1.1 Γενικά	8
1.2 Στιβάδες του Δέρματος	10
1.2.1 Επιδερμίδα	10
1.2.2 Χόριο	14
1.2.3 Υπόδεσμα ή Υποδόριο Λίπος	17
1.3 Εξαρτήματα του Δέρματος	18
1.3.1 Οι Τρίχες	18
1.3.2 Τα Νύχια	22
1.3.3 Οι Αδένες	24
1.4 Αγγείωση του Δέρματος (Αιμάτωση)	28
1.5 Νεύρωση του Δέρματος	29
1.5.1 Νεύρα της επιδερμίδας	30
1.5.2 Νεύρα του χορίου	31
1.5.3 Νεύρα υποδρίου ιστού	31
Ανακεφαλαίωση	32
Ερωτήσεις - Ασκήσεις	34
Δραστηριότητες	36
2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	37
2.1 Γενικά	38
2.2 Κάλυψη και προστασία από περιβαλλοντικούς παράγοντες	38
2.3 Αποταμίευση λίπους	39
2.4 Αποφυγή της αφυδάτωσης και διατήρηση του νερού	39
2.5 συμμετοχή στον θηλασμό	39

2.6	Λειτουργία αισθητηρίου οργάνου	40
2.7	Μεταβολική Λειτουργία - Απορρόφηση - Έκκριση	41
2.8	Ειδικές Λειτουργίες	41
2.8.1	Κερατινοποίηση	41
2.8.2	Μελανινογένεση	41
2.9	Παραγωγή βιταμίνης D3	42
2.10	Αμυντική (ανοσοποιητική) λειτουργία	42
	Ανακεφαλαίωση	44
	Ερωτήσεις	44
	Δραστηριότητα	44
3	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΒΙΟΧΗΜΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	45
3.1	Γενικά	46
3.2	Επιδερμίδα	46
3.3	Χόριο	47
3.3.1	Βιομηχανική δομή του χορίου	47
3.3.2	Ηλεκτρολύτες, μέταλλα, βιταμίνες	48
3.3.3	Ένζυμα	48
3.3.4	Ιδρώτας	48
3.3.5	Σμήγμα	48
	Ανακεφαλαίωση	49
	Ερωτήσεις	49
4	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	51
4.1	Γενικά	52
4.2	Πρωτογενείς Στοιχειώδεις Βλάβες	52
4.3	Δευτερογενείς Στοιχειώδεις Βλάβες	56
4.4	Εξάνθημα	59

Ανακεφαλαίωση	60
Ερωτήσεις – Ασκήσεις	60
Δραστηριότητες	62
5 ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ	63
5.1 Ιογενείς Δερματοπάθειες	64
5.1.1 Έρπης απλός	64
5.1.2 Έρπης ζωστήρας	66
5.1.3 Ανεμευλογιά (Ανεμοβλογιά)	68
5.1.4 Μολυσματική τέρμινθος	70
5.1.5 Μυρμηκίες	71
5.1.6 Οξυτενή κονδυλώματα	73
5.2 Δερματοπάθειες από μικρόβια	74
Στρεπτοκοκκιάσεις	75
5.2.1 Ερυσίπελας	75
5.2.2 Μολυσματικό κηρίο	77
Σταφυλοκοκκιάσεις	78
5.2.3 Επιφανειακή θυλακίτιδα (επιπολής θυλακίτιδα)	78
5.2.4 Βαθύτερη θυλακίτιδα (στα βαθύτερα στρώματα του δέρματος)	78
5.2.5 Σταφυλοκοκκική σύκωση	78
5.2.6 Δοθίνας	79
5.2.7 Ψευδάνθρακας	81
5.2.8 Ιδρωταδενίτιδα	81
5.3 Μυκητιάσεις του Δέρματος	82
5.3.1 Επίδερμοφυτίες	82
5.3.2 Καντιντιάσεις (Μονιλιώσεις)	84
5.3.3 Ποικιλόχρους πιτυρίαση	86

5.4	Δερματοπάθειες από ζωικά παράσιτα	87
5.4.1	Εισαγωγή	87
5.4.2	Ψώρα	87
5.4.3	Φθειρίαση	90
5.4.4	Παρασιτική Κνήφη	92
5.5	AIDS Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας	93
5.5.1	Γενικά	93
5.5.2	Τρόποι Μετάδοσης	94
5.5.3	Ομάδες Αυξημένου Κινδύνου	94
5.5.4	Κλινική Εικόνα	95
5.5.5	Δερματολογικές Εκδηλώσεις	96
5.5.6	Μέτρα Προφύλαξης	102
	Ανακεφαλαίωση	103
	Ερωτήσεις - Ασκήσεις	104
	Δραστηριότητες	106
6	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: Η ΑΚΜΗ	107
6.1	Γενικά	108
6.2	Αιτιολογία - Παθογένεια	108
6.2.1	Διαταραχές της κερατινοποίησης	109
6.2.2	Μικροβιακός παράγοντας	109
6.2.3	Σμηγματόρροια	109
6.2.4	Ορμονικοί παράγοντες	109
6.2.5	Κληρονομικότητα	109
6.2.6	Κλιματολογικοί παράγοντες	109
6.2.7	Ψυχολογικοί παράγοντες	110
6.3	Κλινική εικόνα	110
6.4	Κλινικές μορφές	111

Μη φλεγμονώδεις μορφές	111
6.4.1 Φαγεσωρική ακμή	111
6.4.2 Επιφανειακή ακμή	111
6.4.3 Νεογνική ακμή	112
Φλεγμονώδεις μορφές	112
6.4.4 Βλατιδώδης ακμή πηγουνιού γυναικών ή προ-εμμηνορυσιακή ακμή ενηλίκων γυναικών	112
6.4.5 Βλατιδοφλυκταινώδης ακμή	113
6.4.6 Κυστική ακμή	113
6.4.7 Πυόδερμα προσώπου	114
6.4.8 Gram(-) Θυλακίτιδα	114
6.4.9 Ανδρογενετική ακμή	114
6.4.10 Επαγγελματική ακμή	115
6.4.11 Φαρμακογενετική ακμή	115
6.4.12 Ακμή από καλλυντικά	116
6.4.13 Νευρωτική ή προκλητή ακμή	116
6.5 Η Θεραπεία της Ακμής	116
6.5.1 Συστηματική θεραπεία	117
6.5.2 Τοπική θεραπεία	118
6.5.3 Δερμαπόξεση	118
6.5.4 Χημική αποφολίδωση (Χημικό Peeling)	119
6.6 Χηλοειδής Ακμή του Αυχένα	120
Ανακεφαλαίωση	121
Ερωτήσεις	121
Δραστηριότητες	121
7 ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ: ΑΛΛΕΣ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ	123
7.1 Δερματίτιδες από Επαφή	124

7.1.1	Ερεθιστική Δερματίτιδα από Επαφή	124
7.1.2	Αλλεργική Δερματίτιδα από Επαφή	125
7.1.3	Ουσίες που προκαλούν δερματίτιδα από επαφή	125
7.1.4	Επαγγελματικές δερματοπάθειες	128
7.2	Ηλιακή ακτινοβολία και δέρμα – Φωτοδερματοπάθειες	128
7.2.1	Εισαγωγή: Ο ήλιος και η επίδρασή του στο δέρμα	128
7.2.2	Οξείες φωτοδερματοπάθειες	131
7.2.3	Χρόνιες φωτοδερματοπάθειες	135
7.2.4	Φωτοδερματοπάθειες από τη μακρόχρονη και αθροιστική έκθεση στο ηλιακό φως	136
7.2.5	Δερματοπάθειες που επιδεινώνονται με την έκθεση στο ηλιακό φως	137
7.2.6	Αντιηλιακή Προστασία	137
7.3	Δερματοπάθειες από διαταραχές της θρέψης και του μεταβολισμού	139
7.3.1	Δερματοπάθειες από διαταραχή του επιπέδου των πρωτεϊνών	139
7.3.2	Δερματοπάθειες από διαταραχές των βιταμινών	140
7.3.3	Δερματοπάθειες από έλλειψη των απαραίτητων λιπαρών οξέων	143
7.3.4	Δερματοπάθειες από διαταραχή σε μέταλλα/ιχνοστοιχεία	144
7.4	Εφηλίδες (φακίδες)	145
7.5	Λεύκη	145
7.6	Ψωρίαση	147
7.6.1	Κλινική Εικόνα	148
7.6.2	Μορφές Ψωρίασης	148

7.6.3	Θεραπεία	151
7.7	Ροδόχρους Ακμή	151
	Ανακεφαλαίωση	153
	Ερωτήσεις	155
	Δραστηριότητες	156
8	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ: ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	157
8.1	Εισαγωγή	158
8.2	Σπίλοι	159
8.3	Προκαρκινωματώδεις Βλάβες του Δέρματος	160
8.3.1	Ακτινική υπερκεράτωση (ή ηλιακή υπερκεράτωση)	160
8.3.2	Δερματική νόσος του Bowen	160
8.3.3	Κακοήθης φακή	161
8.4	Οι όγκοι του δέρματος	161
8.4.1	Καλοήθεις όγκοι του δέρματος	161
8.4.2	Κακοήθεις όγκοι του δέρματος.....	164
8.4.3	Λεμφώματα του Δέρματος και Σπογγοειδής Μυκητίαση	171
	Ανακεφαλαίωση	174
	Ερωτήσεις	174
	Δραστηριότητες	174
	ΕΙΚΟΝΕΣ	175
	ΓΛΩΣΣΑΡΙ	177
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	180

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ:

Σταμάτης Αλαχιάτης

Καθηγητής Γενετικής Πανεπιστημίου Πατρών

Πρόεδρος του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου

- Επιστημονικός Υπεύθυνος του Έργου:

Γεώργιος Βούτσιος

Σύμβουλος του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου

- Υπεύθυνος του Τομέα Αισθητικής - Κομμωτικής

Μαρίνου - Βελεντζά Αγγελική

Πάρεδρος του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου



ΕΚΔΟΣΗ: 2011 ΑΝΤΙΤΥΠΑ: 3.000 ΑΡ. ΣΥΜΒ. 10074 / 18-10-2011

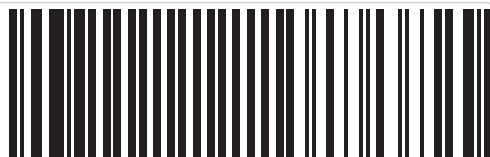
ΕΚΤΥΠΩΣΗ: Ι.ΞΥΝΟΣ - Ι. & Β.ΕΥΣΤΡΑΤΟΓΛΟΥ Ο.Ε. ΒΙΒΛΙΟΔΕΣΙΑ: ΠΙΠΠΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ





"ΔΙΟΦΑΝΤΟΣ"

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ
ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ & ΕΚΔΟΣΕΩΝ



(01) 000000 0 24 0417 2

Κωδικός βιβλίου: 0-24-0417

ISBN 978-960-06-3121-0