

დერმატოლოგია

დერმატოლოგიური დიაგნოზი

დერმატოლოგიური პრობლემები პირველადი ჯანდაცვის კონსულტაციების, დაახლოებით, 10% შეადგენს.

I ანამნეზის შეკრება:

ძირითადი შეკითხვები:

- რამდენი ხანია გაწუხებთ ეს პრობლემა?
- როგორ მიმდინარეობს იგი?(რემისია, გამწვავება-მაპროვოცირებელი ფაქტორები)
- როგორ დაიწყო?
- როგორ გამოიყურებოდა დასაწყისში?
- კიდევ თუ არის რაიმე რის შესახებაც არ გვისაუბრია? ავადმყოფისათვის უმნიშვნელო ფაქტებს შეიძლება სადიაგნოსტიკო მნიშვნელობა ჰქონდეს.
- რამ გამოიწვია დაავადება, რას უკავშირებს? ავადმყოფის აზრის გაგება მნიშვნელოვანია;
- საიდან ჩამოვიდა? გაითვალისწინეთ ენდემური გავრცელების ზემოქმედება.
- ხომ არ იყო საზღვარგარეთ უახლოეს წარსულში და თუ იყო სად? ეს დაგეხმარებათ იმ დაავადებების დიაგნოსტიკაში, რომელიც არ არის გავრცელებული თქვენს ქვეყანაში.

II. სიმპტომები:

- ქავილი
- მწვავე ტკივილი
- უსიამოვნო შეგრძობა, ყრუ ტკივილი
- წვა

III. თანმხლები სიმპტომები (წამლის მიღება, სისტემური დაავადება და სხვ.)

IV. კანის გადატანილი დაავადებები (ანამნეზში კანის დაავადება მაგ. ატოპიური ეგზემა ბავშვობისა, თივის ცხელება, ასთმა და სხვ.)

V. ოჯახური ანამნეზი (ასთმის, ჭინჭრის ციების, თივის ცხელების, ეგზემის და სხვ.)

VI. გადატანილი დაავადება (არა დერმატოლოგიური) მაგ. მშობიარობა შეიძლება გახდეს თმების დიფუზური დაკარგვის მიზეზი სამი თვის შემდეგ, შაქრიანი დიაბეტი, ქრონიკული კანდიდური პარონიქია და სხვ.

VII. წინა და მიმდინარე მედიკამენტოზური მკურნალობა (ფენოთიაზინი, დიურეზული საშუალებები) ტეტრაციკლინი იწვევს ფოტოტოქსიურ აფეთქებას, ანტიბიოტიკები გამოწყარს, იმუნოსუპრესორული პრეპარატების მიღება იწვევს კომენსალების გააქტიურებას მაგ. ნაირფერი პიტირიაზი).

უნდა გათვალისწინებულ იქნას გამოყენებული მედიკამენტები (ტოპიკური საშუალებები), რამაც მდგომარეობა გააუმჯობესა ან არ იყო ეფექტური, რათა არ მოხდეს განმეორებით იგივე წამლების დანიშვნა.

ზოგჯერ მედიკამენტების დანიშვნით მდგომარეობის გაუარესება დაგეხმარებათ დიაგნოზის დადგენაში მაგ. ტინეასა და როზაცეას დიაგნოზი, როგორც ეგზემა და მათი მკურნალობა სტეროიდებით და სხვ.

VIII. პროფესია - პნევმოკონიოზები, მელანომები მზეზე მომუშავეთა შორის, სკლეროდერმული მდგომარეობა ღვიძლის ანგიოსარკომების დროს ვინილქლორიდთან მომუშავეებში, კონტაქტი ალერგენებთან სამუშაო ადგილზე (ექვი მიიტანება არდადეგებზე ან დასვენების დღეებში მდგომარეობის გაუმჯობესების გამო), დერმატიტები ცემენტთან მომუშავეთა შორის, ქრონიკული კანდიდური პარონიქია და დერმატიტები დიასახლისებს, ექთნებსა და მრეცხავებში.

IX. **სოციალური ანამნეზი** - მუნით დაავადების დროს ოჯახის სხვა წევრებსაც აქვთ ქავილი, ოჯახში კატები და სხვა თანამცხოვრებნი შეიძლება მწერებისა და ტკიპების წყარო გახდნენ. მნიშვნელოვანი ფსიქოლოგიური ფაქტორების ზემოქმედება-არაბედნიერი ქორწინება, დანაშაულის შეგრძნება, წარმატებები თუ წარუმატებლობები და სხვ. ამ პრობლემების არცოდნამ შეიძლება გაართულოს კანის ქრონიკული დაავადებების მართვა.

ავადმყოფის სურვილი, რომ არ გახდეს უკეთ, რათა არ მოაკლდეს გარემომომყოფთა ყურადღება და ზოლოს, ცხოვრების სტილი, ძალიან მოქმედებს კანის დაავადებების მიმდინარეობაზე.

X. **დაავადების ზემოქმედება პაციენტზე** - ყველაზე ხშირად შიშის მიზეზი დაავადების ინფექციურობა და ავთვისებიანობა. შესაძლოა, შეგვხვდეს ავადმყოფის რეაქციების ექსტრაორდინალური ვარიაციები, რომელიც გასათვალისწინებელია მკურნალობის დროს.

ავადმყოფის გასინჯვა

იდეალურ შემთხვევაში ავადმყოფი მთლიანად უნდა გაისინჯოს. ეს აუცილებელი არ არის მეჭეჭების აღმოსაჩენად, მაგრამ, უმრავლეს შემთხვევაში, საჭიროა. მაგ, ორივე ხელზე გამონაყარის მკურნალობამ შეიძლება შედეგი არ მოგვცეს, იმიტომ რომ, მიზეზი შეიძლება იყოს ფსორიაზი, რომლის დიაგნოზის დასმაში დაგვეხმარება იდაყვებსა და თავის არეში ელემენტების აღმოჩენა.

დათვალიერება უნდა დაიწყოს ხელებით, შემდეგ აუყვეთ მხარს, სახეს, ტანსა და ა.შ. არ დაგავიწყდეთ თავი, ფრჩხილები და პირის ღრუ. მნიშვნელოვანია ელემენტების პალპირება, როგორც დიაგნოზისათვის, ასევე ავადმყოფისათვის.

იგი ელოდება ექიმმა შეიგრძნოს მისი კანი. ეს ეხმარებათ მათ იმ შიშის დაძლევაში, რაც «ხელის შეხება არ შეიძლება»-ს გამო გაუჩნდათ.

ლექსიკონი

პირველადი ელემენტები

მაკულა - ბრტყელი ელემენტი, რომლის დიამეტრი 1 სმ-ზე ნაკლებია

ლაქა (patch) - ბრყელი ელემენტი, რომლის დიამეტრი 1 სმ-ზე მეტია

პაპულა - ზედაპირიდან ამოზნექილი ელემენტი, რომლის დიამეტრი 0,5 სმ-ზე ნაკლებია

ნოდულა - პაპულა, რომლის დიამეტრი 0,5 სმ-ზე მეტია

ნადები, ფოლაქი (plaque) - ზედაპირიდან უმნიშვნელოდ ამოწეული ელემენტი, რომლის დიამეტრი 1 სმ-ზე მეტია

პუსტულა -- ზედაპირიდან ამოწეული ელემენტი, რომლის დიამეტრი ნაკლებია 0,5 სმ-ზე და შეიცავს ყვითელი ფერის სითხეს, რომელიც შეიძლება იყოს ინფიცირებული და სტერილური.

ვეზიკულა -- ზედაპირიდან ამოზნექილი ელემენტი, რომლის დიამეტრი ნაკლებია 0,5 სმ-ზე და შეიცავს გამჭვირვალე სითხეს.

ბულა (blister, bula) -- ვეზიკულა, რომლის დიამეტრი მეტია 0,5 სმ-ზე

ურტიკა (wheal) — გარდამავალი, კანის წითელი შეშუპება, რომელიც არის სხვადასხვა ფორმის, ზომის და ჩნდება ურტიკარიის დროს.

ტელეანგიექტაზია — კაპილარების დილატაცია

მეორადი ელემენტები

ქერქი — გამხმარი ექსუდატი, რომელიც შეიძლება იყოს სეროზული, პურულენტური ან ჰემორაგიული

ექსკორიაციები — წვრილი, ზედაპირული ჰემორაგიული ექსკავაცია ნაკაწრების შედეგად. შეიძლება იყოს სწორხაზოვანი და დისკრეტული

ლიქენიფიკაცია — კანის გასქელება

ნეკროზი - კანის ქსოვილის სიკვდილი, უფრო ხშირად მუქი ფერისაა

ნაწიბური - განკურნების უკანასკნელი ეტაპი, რომელშიც ჩართულია ღრმა დერმა

ეროზია - ეპიდერმისის მთლიანობის არასრული დაკარგვა

წყლული — ეპიდერმისის სრული დაკარგვა

ატროფია - კანის გათხელება და გამჭვივებლობა ეპიდერმისის ან დერმის შემცირების გამო ან ორივეს ერთად.

სკლეროზი — კანის ცირკულარული ან დიფუზური გამკვრივება და ინდურაცია, რომელიც დერმალური ან კანქვეშა შეშუპების, ცელულარული ინფილტრაციის ან კოლაგენის პროლიფერაციის შედეგია.

ელემენტების მორფოლოგია

(ფერი, მასშტაბი, ფორმა, ნიმუში, ზედაპირი, კონსისტენცია, კიდეები)

ფერი - ვარდისფერი (ეგზემა), წითელი (ფსორიაზი), ყავისფერი (ნაირფერი პიტირიაზი), ყვითელი (ქსანტომატა), ლურჯი (ლურჯი ნევუსი), პურპურა (ალერგიული ვასკულიტი) და სხვ.

მასშტაბი — ეპიდერმულად, ბაზალურუჯრედოვან დონეზე, დერმალურად და სხვ.

ფორმა — ოვალური, დისკოიდური, მრგვალი და სხვ.

ნიმუში — სწორხაზოვანი, ჯგუფური, ქსელის მსგავსი ან რეტიკულური, პოლიციკლური და სხვ.

ზედაპირი — უხეში (სებორეული მეჭეჭი), გლუვი (დერმალური მელანოციტური ნევუსი) და სხვ.

კონსისტენცია — რბილი, მაგარი და სხვ.

კიდეები — შემოფარგლული, ამოზრდილი, პერიფერიულად აქტიური მიდრეკილი ცენტრალურად განკურნებისაკენ (ტინეა) და სხვ.

ელემენტების განაწილებას სადიაგნოსტიკო მნიშვნელობა აქვს:

ჰერპეს ზოსტერის დროს გამოჩნადი ვრცელდება მხოლოდ კანის ნერვის გასწვრივ;

ფსორიაზის საყვარელი ადგილებია – სკალპი, იდაყვი, მუხლები, დუნდულოები.

ბრტყელი ლიქენისათვის მაჯის, კოჭების, ჭიპის, წელის მიდამოში და გენიტალიაში და სხვ.

კანის ანატომია

ეპიდერმისი, დერმა და გარკვეული დანამატები (ცხიმოვანი, საოფლე ჯირკვლები, სპეციალური სტრუქტურები ფრჩხილებისა და თმებისათვის-ფოლიკულები და სხვ.).

ეპიდერმისს გააჩნია ოთხი შრე:ყველაზე ქვედა ფენა არის ბაზალურ უჯრედოვანი, მას მოჰყვება წვეტიანი ანუ მალპიგის შრე, შემდეგ გრანულარული შრე, რომელიც შეიცავს კერატოჰიალინის გრანულებს და ბოლოს კერატინის (პროტეინის) შრე. ეპიდერმისის უჯრედების ტიპებია: კერატინოციტი, მელანოციტი, ლანგერჰანის უჯრედები, მარკელის უჯრედები. ეპიდერმისი დერმისაგან განცალკევებულია მემბრანით. არტერიები და ვენები განლაგებულია კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილში.

სტეროიდები დერმატოლოგიურ პრაქტიკაში

სტეროიდები ადვილად პენეტრირდება უჯრედის მემბრანაში და აღწევს რეცეპტორების ციტოპლაზმაში, რის გამოც ტოპიკურ სტეროიდებს ხშირად იყენებენ დერმატოლოგიურ პრაქტიკაში.

გვერდითი მოვლენები:

- პერიორალური დერმატიტი და როზაცეა;
- ინფექციები;
- თირკმელზედა ჯირკვლის სუპრესია;
- ლოკალური გვერდითი მოვლენები-ტელეანგიექტაზიები, ეპიდერმული, დერმული, კანქვეშა ატროფიები, პურპურა და სხვ.
- ფოლიკულიტები;
- გლაუკომა-თვალის ირგლივი აგზემის ხანგრძლივი მკურნალობისას;
- ალერგიული რეაქციები- იშვიათად

როგორ ავიცილოთ თავიდან სტეროიდების ხმარებასთან დაკავშირებული ხშირი პრობლემები?

- გამოიჩინეთ სიფრთხილე სახის არეში პრეპარატის გამოყენებისას.
- არასოდეს არ გამოიყენოთ სტეროიდები ექიმის დანიშნულების გარეშე;
- არ შეიძლება ინფექციების მკურნალობა სტეროიდებით. წინააღმდეგ შემთხვევაში გამოიწვევთ პროცესის გააქტიურებას.
- სტეროიდების ხანგრძლივად გამოყენებამ: შეიძლება გამოვწვიოს თირკმელზედა ჯირკვლის უკმარისობა;
- სტეროიდების ნაოჭების (ნაკეცების) არეში გამოყენებისას ძალიან ხშირია ადგილობრივი გვერდითი მოვლენები;
- საჭიროა განმეორებითი შეფასება იმ პაციენტების მდგომარეობა, რომლებიც საჭიროებენ რეგულარულად და ხანგრძლივად წამლის დანიშვნას.

ეგზემა:

ეგზემის სახეები:

1. ატოპიური ეგზემა;
2. სეზონური ეგზემა;
3. დისკოიდური ეგზემა;
4. პომფოლიქსი
5. იუვენალური დერმატოზი (პლანტარული)
6. მარტივი ლიქენი (ნეიროდერმატიტი)
7. ზოლიანი ლიქენი
8. ვარიკოზული ეგზემა;
9. კონტაქტური დერმატიტი;

ეგზემის სტადიები:

სტადია
მწვავე
ქვემწვავე
ქრონიკული

დაავადების ნიშნები
სისველე, პაპულები, ვეზიკულები, ბულები.
სიწითლე, აქერცვლა, ქერქების გაჩენა;
სიმშრალე, სიწითლე, აქერცვლა და ნახეთქები;

1. ატოპიური ეგზემა

ქრონიკული ანთებითი მოშლილობა, უფრო ხშირად ბავშვთა ასაკის, ახასიათებს გამწვავებები და რემისიები, უფრო ხშირად განპირობებულია გენეტიკურად და ასოცირებულია სხვა ატოპიურ დარღვევებთან.

სადიაგნოსტიკო ნიშნები:

გამწვავება სამი თვის მანძილზე; ლოკალიზაცია - სახე და ნაკეცები; სიმშრალე, სიწითლე და ქერცლი; ექსკორიაციები და ლიქენიფიკაცია; სიმეტრიულობა

ეტიოლოგია - იმუნოლოგიური დეფიციტი;

განსაკუთრებით ხშირი გართულებები ატოპიური ეგზემის შემთხვევაში:

ბაქტერიული სეფსისი; კონტაგიოზური მოლუსკი; მეჭეჭები; კაპოშის ვარიცელეს ფორმის დაზიანებები.

პროგნოზი: კეთილსაიმედოა, 50%-ზე მეტ შემთხვევაში განკურნება 13 წლისათვის. ზოგჯერ ადგილი აქვს გამწვავებას ადრეული მოზრდილობის ასაკში, 30 წლამდე. დაავადება ძალიან იშვიათად გრძელდება მთელი ცხოვრება;

ეგზემის მართვა:

უმკურნალებს სიმშრალეს - გამოიყენეთ ემოლიენტები (ლანოლინი, პარაფინის ხსნარები, აქვაფორი და სხვ.) დამარბილებლები (რბილი საპონი).

- ექიმის მიერ უნდა შეირჩეს სტეროიდი, დაავადების ლოკალიზაციისა და აქტივობის მიხედვით.
- გახსოვდეთ, ინფექციის არსებობის შესახებ.
- ახდენს თუ არა ზეგავლენას ფსიქოლოგიური, სოციალური და დიეტური ფაქტორები?
- არის თუ არა ქავილით გამოწვეული ნაკაწრები?
- გაითვალისწინეთ მედიკამენტების აპლიკაციები (იხტიოლი ან სხვა)

2. ჩვილ ბავშვთა სეზორეული ეგზემა

ჩვეულებრივ, ჩნდება სიცოცხლის პირველ რამოდენიმე კვირაში.

აზიანებს სკალპს, ილიას, საფეხების არეს და რამოდენიმე კვირაში ქრება (დაახლოებით 6 კვირაში). შეიძლება გავრცელდეს კისერზე და სხეულზე. ახასიათებს ყვითელი ფერის ქერქები.

ეტიოლოგია – ცნობილი არ არის.

მენეჯმენტი - შეგიძლიათ დაამშვიდოთ დედა, რომ არ შეწუხდეს გამონაყარის გამო. ქერქების მოსაცილებლად ნაჩვენებია 2% სალიცილის მჟავა.

საპნის მაგივრად მითითებულია ემოლიენტები.

3. მოზრდილთა A სეზორეული ეგზემა

პროცესი სიმწვავის სხვადასხვა ხარისხით ხასიათდება. განსაკუთრებით ხშირად ლოკალიზებულია სკალპის არეში, სახეზე, ნაკეცებში: ილია, საზარდული, სარძევე ჯირკვლების ქვემოთ ტორსზე და კიდურების პროქსიმალურ ზედაპირებზე.

ეტიოლოგია – უცნობია;

მენეჯმენტი:

სკალპი - ხშირი დაბანა, შამპუნით, რომელიც შეიცავს კუპრს, **სახე** - სტეროიდის ხმარებას უნდა უფრთხილდეთ თვალის მიდამოში და აკნეს თანაარსებობისას.

მკერდის და ზურგის არე - შეიძლება თან ახლდეს აკნე, საჭიროა ანტიბიოტიკოთერაპია, ექიმის დანიშნულებით.

4. სეზორეული ინტერტრიგო (დაოდვილობა)

(1) მცირე ფორმა - ნაკეცებში იყენებენ ტოპიკურ სტეროიდებს, ამიტომ წამალი ადვილად შეიწოვება. ასუცილებელია თანდართული ბაქტერიული ინფექციების და კანდიდას წინააღმდეგ მკურნალობის ჩატარება.

(2) დიდი ფორმა - ანთება შეიძლება გავრცელდეს ფართო უბანზე.

M სადიაგნოსტიკო ნიშნები:

- ქავილი;
- მშრალი, წითელი და აქერცლილი ზედაპირით ან ექსუდაციური, წითელი ზედაპირი ქერქებით.
- ვითარდება ძირითადად კიდურებზე.

განსაკუთრებით ხშირია იმ ახალგაზრდებში, ვისაც უყვარს მზეზე ყოფნა, რაც იწვევს პიგმენტაციის დროებით დაკარგვას, ამიტომ ზოგჯერ შეიძლება გამწვანდეს მისი დიფერენცია Pityriasis versicolor-გან, რომელიც უფრო ხშირად ტორსზე ვითარდება, ვიდრე კიდურებზე.

მართვა:

ემოლიენტები, ანტიჰისტამინური პრეპარატები, ძლიერი ანტიჰისტამინური სტეროიდები, მზეზე ყოფნის აკრძალვა.

5. პომფოლიქსი-დისჰიდროზული ეგზემა

წარმოადგენს მკაფიო, პირველად ბუმტუკოვან დაზიანებას თითების გვერდით ზედაპირებზე და ხელისგულებსა და ფეხისგულებზე, რომელიც დაკავშირებულია ჰიპერჰიდროზთან. იგი შეიძლება გახდეს მშრალი, კანზე გაჩნდეს ექსკორიაციები და მიიღოს ქრონიკული ხასიათი.

დიაგნოსტიკური ნიშნები:

- ქავილი;
- ვეზიკულური და იშვიათად ბულოზური ელემენტები;
- ლოკალიზაცია-ფეხის ან/და ხელის თითების გვერდითი ზედაპირები;
- ხელისგულები და ფეხისგულები;
- გარდაიქმნება მშრალ, მტკივნეულ და ქერქიან ელემენტებად.
- განსაკუთრებით ხშირია ზაფხულობით;
- დაკავშირებულია ჰიპერჰიდროზთან;

ეტოლოგია - უცნობია. ორივე სქესშია გავრცელებული, ახალგაზრდა და შუახნის ასაკში. ბევრ პაციენტს ადვილად უოფლიანდება ხელის და ფეხისგულები, საიდანაც მოდის მისი ალტერნეტიული სახელწოდება - დისჰიდროზული ეგზემა. ზოგ პაციენტს აღენიშნება ყოველწლიურად ზაფხულობით 3-4 კვირიანი შეტევა, რიგ შემთხვევაში დაავადება ხასიათდება უფრო ქრონიკული მიმდინარეობით.

6. მარტივი ლიქენი

(ლოკალიზებული ნეიროდერმატიტი)

არის ეგზემატოზური პასუხი კანის ლოკალური მიდამოს მუდმივ გაღიზიანებაზე.

სადიაგნოსტიკო მონაცემები:

- ძლიერი ქავილი;
- ლოკალიზებული და კარგად შემოფარგლული;
- უნილატერალური;
- ლიქენიფიცირებული;
- ლოკალიზაცია: იდაყვები, კისერი, კოჭები, გენიტალია;
- ექვემდებარება მხოლოდ ძლიერი ტოპიკური სტეროიდებით მკურნალობას;

მაპროვოცირებელი ფაქტორების იდენტიფიკაცია - ხშირად დაკავშირებულია სტრესთან და ნევროზთან.

7. Lichen striatus

სწორხაზოვანი ფორმის ეგზემა, რომელიც გავრცელებულია ბავშვებში და მოზარდებში.

სადიაგნოსტიკო ნიშნები:

- ცალმხრივი;
- ლოკალიზაცია - კიდურები ან ტანი;
- ლიქენოიდური პაპულები;
- ანთების შემდგომი ჰიპოპიგმენტაცია;

ეტოლოგია-უცნობია, არ მიეკუთვნება გავრცელებულ დაავადებებს. იწყება სუსტი ქავილით და ლიქენოიდური პაპულების სწორხაზოვანი ან ზოსტერისფორმის განაწილებით კიდურის გასწვრივ.

ანთების შემდეგ დაზიანებულ უბანზე ვითარდება ჰიპოპიგმენტაცია.

მართვა:

არ არის მოწოდებული სპეციფიური მკურნალობა. III ჯგუფის ტოპიკურ სტეროიდებს ხმარობენ ძლიერი ქავილის შემთხვევაში. წლების განმავლობაში მდგომარეობა თავისით უმჯობესდება.

8. ვარიკოზული ეგზემა და დაწყლულება

ქვედა კიდურების ხშირი პათოლოგიაა, რაც შეიძლება იყოს ვენური ჰიპერტენზიის ან ეგზემის და/ ან კანის დაწყლულების შედეგი.

სადიაგნოსტიკო ნიშნები:

- ქვედა კიდურები
- ვენური ჰიპერტენზია;
- ეგზემა
- პიგმენტაცია
- ატროფია
- ფიბროზი
- დაწყლულება.

ვენური სისტემის უკმარისობის ყველაზე გავრცელებული მიზეზებია:

- (1) ვენების თრომბოზი
- (2) სარქველების არასრულფასოვნება;
- (3) კუნთოვანი ატროფია;

დაავადება ხშირია ჭარბი წონისა და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური ჯგუფის ქალებში.

ფიზიკალური ნიშნები:

ლოკალიზაცია - ფეხის ქვემო მიდამოში, განსაკუთრებით კოჭის ირგვლივ. ასახსიათებს პიგმენტაცია, ეგზემა, ატროფია, შეშუპება, დაწყლულება და ვარიკოზიტი.

მართვა:

1. დასვენება და ფეხების ზემოთ აწევა;
2. კომპრესიული ნახვევი - 30-50 მმ. ვერცხლისწყლის სვეტის წნევით . შეშუპების თავიდან ასაცილებლად და კუნთების ტონუსისათვის. უნდა ჩაიცვას დილით ადგომამდე და დაწოლამდე უნდა ატაროს.
3. ვარჯიშები-კუნთების ტონუსისათვის;
4. დიეტა - წონის შემცირების თვალსაზრისით;
5. ზოგადი სამედიცინო პრობლემების მკურნალობა-ანემიის, ჰიპერტენზიის, გულის უკმარისობისა და სხვა.
6. ეგზემა - III ჯგუფის სტეროიდებით მკურნალობა ნაჩვენებია ანტიბიოტიკებთან კომბინაციის გარეშე.
7. ინფექციები - ცელულიტების მკურნალობა შეიძლება პერორალური ანტიბიოტიკებით, ლოკალური ინფექციების მკურნალობისათვის არ არის მითითებული სისტემური ანტიბიოტიკები, გამონაკლისს წარმოადგენს ბეტა ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი.
8. ლოკალური თერაპია:
 - a) ნეკროზული შრის მოცილება;
 - b) გამწმენდი პრეპარატების გამოყენება;
 - გ) Eusol, Cetrimide, Chlorhexidine gluconate, Povidone-iodine, Potassium permanganate soaks, Rosaline dyes, რომელიც შეიცავს 0,5% გენციან ვიოლეტს, კარბოფუმსა და ბრილიანტის

მწვანეს. ააგრეთვე იყენებენ ოქსიდიზირებულ აგენტებს-ჰიდროგენ პეროქსიდი, 20% ბენზილ პეროქსიდი).

9. შეხვევები:

a) აბსორბენტები ზედაპირის მოსამშრალეზად (Cadexomer iodine, Geliperm, Zinc oxide და კუპრი, ან Zinc oxyde calamine-თან კომბინაცია, Clioquiknol an ichthammol.) უნდა შეიცვალოს ნახვევი 1-2 ჯერ კვირაში.

10. გრავიტაციული სინდრომი - ლიპოდერმატოსკლეროზი შეიძლება იყოს მტკივნეული, რომელიც შეიძლება მოიხსნას Stanazolol 5 მგ 2-ჯერ დღეში ან OXERUTINS 250 მგ 3-ჯერ დღეში, შეიძლება გაკეთდეს ტრიამსინოლონის ელემენტის შიდა ინექცია.

11. ზოგიერთ შემთხვევაში აუცილებელია ჰოსპიტალიზაცია, დასვენება, ფეხების აწევა და რეგულარული საექთნო მოვლა. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ შემთხვევაში, როცა წარმოდგენილია პატარა ზომის, მაგრამ მტკივნეული წყლულები, ან დიდი წყლულები, განსაკუთრებით ხანდაზმულ ასაკში.

12. ქირურგიული მკურნალობა - დიდი და შეუხორცებელი წყლულების შემთხვევაში ნაჩვენებია ვარიკოზიტის ინექციები და კანის გადანერგვა.

არსებობს აგრეთვე არტერიული წყლულები, რომლებიც გამოწვეულია არტერიული სისხლის მიმოქცევის უკმარისობით.

დიაგნოსტიკური ნიშნები:

- მტკივნეულობა მოსვენებისას და ღამით;
 - წყლულები ტერფზე, წვივებზე;
 - ასოცირებულია კანის ცვლილებებთან: სიმშრალე, ატროფია, თმის დაკარგვა და სხვა.
 - ეტიოლოგია-გენეტიკური, დიეტური და სოციოეკონომიკური ფაქტორების ზემოქმედება. სტრესი, თამბაქოს მოწევა, შაქრიანი დიაბეტი, და ჰიპერტენზია;
- კლინიკური დიფერენციაცია არტერიული და ვენოზური წყლულების შემთხვევაში

არტერიული	ვენოზური
<ul style="list-style-type: none"> • მტკივნეული • პულსაცია შემცირებულია ან არ არის • მშრალი, აქერცლილი, ატროფიული, მზინვარე კანი; • თმიანობა დაკარგულია; • ფრჩხილების დისტროფია; • ტემპერატურა დაქვითებულია; • ციანოზი; • ერთემა 	<ul style="list-style-type: none"> • ხშირად უმტკივნეულო; • პულსაცია შენარჩუნებულია; • ეგზემა და პიგმენტაცია; • თმიანობა შენარჩუნებულია; • ნორმალური ფრჩხილები; • ტემპერატურა შენარჩუნებულია; • ციანოზი ან ერთემა

მართვა:

უნდა მოხდეს ასოცირებული დაავადებების კონტროლი, როგორცაა შაქრიანი დიაბეტი, ჰიპერტენზია, წონის მოწესრიგება, თამბაქოს მოწევის შეწყვეტა - აუცილებელი პირობებია. წინააღმდეგ ნაჩვენებია ელასტიური წინდები. აადგილობრივი მკურნალობა მსგავსია, რასაც მივმართავთ ვენური წყლულების მკურნალობისას, მაგრამ ნაკლებად ეფექტურია.

9. კონტაქტური დერმატიტის

იგი შეიძლება გამოიწვიოს პირდაპირმა გამლიზიანებელმა ან გამოწვეულ იქნას ალერგიული კონტაქტით (ალერგენით წინასწარი სენსიბილიზაცია).

პირდაპირი გამლიზიანებლის მიერ გამოწვეული კონტაქტური დერმატიტი

იგი გამოწვეულია ეპიდერმისის ნორმალური ბარიერული ფუნქციის დამაზიანებელი ეფექტით. შეიძლება იყოს:

მწვავე - გამლიზიანებელი სუბსტანციის ერთჯერადი ზემოქმედება. მმაგ. მჟავის, ტუტის, ფენოლის და სხვა.

ქვემწვავე - მცირე მიდამოს განმეორებითი გალიზიანება. ჩვილ ბავშვებში საფენების არეში ე.წ. ნაპკინის დერმატიტი.

ქრონიკული - განმეორებითი ზემოქმედების გამო. ეპიდერმისის ლიპიდების პროტექტორული ფუნქციის მოშლა-მაგ. “მრეცხავი ქალის ხელები, რომელსაც უწყვეტი კონტაქტი აქვს გარეშე გამლიზიანებელთან: ფხვნილებთან და ა.შ.

ჩვილ ბავშვთა დერმატიტი

ეგზემატოზური პასუხი გამლიზიანებლის გახანგრძლივებულ ზემოქმედებაზე, რომელიც წარმოიშვება საფენების ადგილას, გამოიხატება სიწითლით და მოიცავს ნაკეცებსაც. დერმატიტი იწყება სიცოცხლის პირველივე თვეებში. დიფერენციული დიაგნოსტიკა უნდა გატარდეს კანდიდოზთან, ფსორიაზთან, სეზორეულ ეგზემასთან და ატოპიურ ეგზემასთან.

მართვა:

მდგომარეობა დროებითია, უნდა დავარწმუნოთ მშობელი, რომ ყველაფერი ადვილად გაივლის. საფენის ადგილი მუდმივად უნდა დავიცვათ მშრალად. Nნაჩვენებია I ჯგუფის ტოპიკური სტეროიდების გამოყენება: 1% ჰიდროკორტიზონის მალამო.

“დიასახლისების” დერმატიტი:

სადიაგნოსტიკო ნიშნები

- ეგზემა
- თითების და ხელების დორზალური ზედაპირი
- ატოპიის ანამნეზი (მ.შ. ოჯახური);
- ხშირად პროფესიულია მაგ. პარიკმახერების, მრეცხავების, ახალდაბადებულ ბავშვებში და სხვა.

მართვა:

რაც შეიძლება უნდა მოვერიდოთ წყალს.

ემოლიენტები - შეიძლება გამოვიყენოთ ორალური ანტიჰისტამინური პრეპარატები - ზოგჯერ ტოპიკური სტეროიდები - III ჯგუფის სტეროიდები დასვენება, პროფესიის შეცვლა.

ასტეატური ეგზემა

დამახასიათებელია მშრალი, ზედაპირული ნაპრალეები, უფრო ხშირად მოხუცებში, მწვავედება ცივი ზამთრის ან ხელების ხშირი დაბანის შემთხვევაში.

სადიაგნოსტიკო ნიშნები:

- ქავილი და ტკივილი
- სიმშრალე და ქერქები;
- ლოკალიზაცია-უხშირესად წვივის არეში
- ეფექტურია ემოლიენტები

მართვა

პროგნოზი კარგია

ემოლიენტები ძალიან ეფექტურია. ადგილობრივი სტეროიდები-III ჯგუფის სტეროიდული მალამო და არა კრემი. მზანაობა უნდა შევზღუდოთ კვირაში ორამდე, საპნის მაგვირად მითითებულია ემულგირებული მალამო.

ალერგიული კონტაქტური დერმატიტი:

პათოგენეზური საფუძველი - ალერგენზე ორგანიზმის ჰიპერსენსიტიური პასუხი, რომელსაც საფუძვლად უდევს გვიანი ტიპის ალერგიული რეაქცია.

დიაგნოსტიკური ნიშნები:

- ჩვეულებრივ, მწვავე ვეზიკულები, ბულები, სისველე
- ხანგამოშვებითი გამწვავება ალერგენტთან შეხებიდან 48 სთ-ის შემდეგ.
- ხშირად ანამნეზში არა გვაქვს ეგზემა;
- სახე და თვალების მიდამო ჩართულია, როგორც მეორადი ფენომენი.
- ადგილობრივ სტეროიდებზე არაადეკვატური რეაქცია, უეფექტობა.

ეტიოლოგია

- არაინდუსტრიული ანტიგენები:პარფიუმერია, ფრჩხილების საცხი, ზოგიერთი მცენარე , მეტალები, კოსმეტიკური საშუალებები, მედიკამენტები, საღებავები და სხვა.

მართვა:

ალერგენის მოშორება.

კანის ბაქტერიული ინფექციები:

იმპეტიგო - არის მწვავე, კონტაგიოზური, კანის ზედაპირული ინფექცია, რომელიც გამოწვეულია ოქროსფერი სტაფილოკოკით ან ბეტაჰემოლიზური სტრეპტოკოკით ან ორივეთი ერთად.

სადიაგნოსტიკო ნიშნები:

- ბულები, რომლის მთლიანობა ადვილად ირღვევა
- ოქროსფერი ქერქები;
- სწრაფი გავრცელება
- ხშირია სახეზე.

მართვა:

მკურნალობა ანტიბიოტიკებით - პერორალური ანტიბიოტიკები 5 დღის განმავლობაში. სტრეპტოკოკები მგრძნობიარე არიან პენიცილინის მიმართ. მათთვის, ვისაც აღენიშნება ალერგია პენიცილინზე, ნაჩვენებია ერითრომიცინი. სტაფილოკოკური შტამები რეზისტენტულნი არიან და შერჩევის მედიკამენტი ამ შემთხვევაში არის ერითრომიცინი ან ფლუკლოქსაცილინი.

ფოლიკულიტი - თმის ფოლიკულის ანთებითი დაავადებაა. იგი არის მწვავე, მტკივნეული, თმის ფოლიკულების პუსტულოზური დაზიანება, რომელიც გამოწვეულია ოქროსფერი სტაფილოკოკით ან სტრეპტოკოკით ან ორივეთი ერთად.

სადიაგნოსტიკო ნიშნები:

- მტკივნეული ყვითელი პუსტულები;
- გარემემოფარგლული ერთეემით;
- პუსტულის ცენტრში თმის ღერი;

- ლოკალიზაცია: კიდურებზე
- ხშირად მეორადია და ვითარდება ტოპიკური სტეროიდების ხმარების ფონზე.

ფსევდომონოზური ფოლიკულიტი - თმის ფოლიკულის მწვავე პუსტულოზური დაზიანებაა, რომელიც გამოწვეულია *Pseudomonas aeruginosa*-ს მიერ.

სადიაგნოსტიკო ნიშნები:

- მწვავე დასაწყისი;
- პუსტულები
- ირგვლივ ერითემა;
- ლოკალიზაცია-ტანზე და კიდურებზე;
- ხშირად ვითარდება საცურაო აუზებში.

შესაძლოა გამოხატული იყოს საერთო სისუსტე, სუბფებრილიტეტი და ლიმფადენოპათია. ყვეთელი პუსტულები აღინიშნება ტანზე და კიდურებზე. კონიუქტივიტი, გარეთა ყურის ანთება, მასტიტი, ურინოინფექცია, რომელსაც ესაჭიროება ანტიბიოტიკოთერაპია. კანის მოვლენები ქრება 10 დღეში. ჩნდება 24-48 საათში.

მართვა:

პუსტულის შიგთავსის კულტურა;
კანის მოვლენები გაივლის მკურნალობის გარეშეც.

F

ფურუნკულოზი - თმის ფოლიკულის მწვავე აბსცესი, რომელსაც ოქროსფერი სტაფილოკოკი იწვევს.

დიაგნოზი:

- მტკივნეულობა
- წითელი ნოდულები
- პუსტულური ზედაპირი

მართვა: ანტიბიოტიკებით

ერიზიპელა და ცელულიტი - დერმისა და კანქვეშა ქსოვილების მწვავე ინფექციაა, რომელსაც იწვევს პიოგენური სტრეპტოკოკი და იშვიათად, სხვა ორგანიზმები.

დიაგნოსტიკა:

- უეცარი ცხელება, ლებინება, გონების დაბინდვა;
- უნილატერალური ერითემა და შეშუპება
- სახე ან ქვედა კიდურები

ეტეოლოგია:

მკაფიო განსხვავება ერიზიპელას და ცელულიტს შორის კლინიკურად ხშირად არ არსებობს, მაგრამ თეორიულად ერიზიპელა არის ზედაპირული, გავრცელებული დერმისა და ზედაპირულ კანქვეშა ქსოვილზე, მაშინ როცა ცელულიტი არის ღრმა კანქვეშა ქსოვილში. ერიზიპელას თითქმის ყოველთვის იწვევს A ჯგუფის ბეტა-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი. ცელულიტს იწვევს *S. pyogenes*, იშვიათად ოქროსფერი სტაფილოკოკი და *Haemophilis influenza*.

ერიტრაზმა - არის ინტერტრიგო გამოწვეული *Corynebacterium minutissimum*.

დიაგნოზი:

- ყავისფერი, მიმდინარეობს ასიმპტომურად ან ქავილით;
- დაჭორფლილი, აქერცლილი ზედაპირი;

- ლოკალიზაცია-საზარდულში, იღლიაში, სარძევე ჯირკვლების ქვემოთ.
- ეტოლოგია - გავრცელებულია თბილ ქვეყნებში. ვითარდება სიმეტრიულად, ნაკეცებში, განსაკუთრებით მსუქნებში. შეიძლება ფეხის თითებს შორისაც.

აქსილარული ტრიქომიკოზი - კორინებაქტერიით გამოწვეული ინფექციაა, რომელიც ლოკალიზდება აქსილარულ და ბოქვენის თმთან არეში.

ეტოლოგია - გავრცელებულია ახალგაზრდა მამაკაცებს შორის, მიზეზი ხშირ შემთხვევაში ჰიგიენის დაუცველობაა.

ნიშნები - ყვითელი ნაღები თმის ირგვლივ.

მართვა - ჰიგიენის დაცვა, ეფექტურია 1% ფორმალინი ან ბენზოის მჟავა.

კანის ვირუსული დაავადებანი:

მარტივი ჰერპესი - კანისა და ლორწოვანი გარსის მწვავე დაავადებაა, რომელსაც იწვევს ჰერპეს ვირუსი. პირველადი ინოკულაციის შემდეგ რეციდივები ძალიან ხშირია.

დიაგნოსტიკა:

- პრემორბიდული სიმპტომები - ქავილი და დისკომფორტი;
- ჯგუფური ვეზიკულები;
- გარშემო ერითემა;
- ქერქების წარმოქმნას პროგრესირებადი ხასიათი აქვს;
- გრძელდება 10-14 დღე.

ეტოლოგია - კონტაგიოზური დაავადებაა, გამომწვევი Herpes virus Homonis. იგი შეიძლება იყოს ონკოგენური და გამოიწვიოს საშვილოსნოს ყელის კარცინომა. პირველადი დაინფიცირება ხშირად სუბკლინიკურად მიმდინარეობს, ანტიხეულები სისხლში შეიძლება პირველი შეტევის გარეშე აღმოჩნდეს. პირველი შეტევის შემდეგ ვირუსი იმალება ნერვის განგლიებში. დაავადების გამწვავებას შეიძლება ხელი შეუწყოს ულტრაიისფერმა სხივებმა, რესპირატორული ტრაქტის ინფექციებმა, ლოკალურმა ტრავმებმა, მენსტრუაციამ, სტრესმა. გავრცელებული ადგილებია: ტუჩები, სახე, პირის ღრუ, გენიტალია.

მენეჯმენტი:

ტრანსმისიის პრევენცია - დაავადება კონტაგიოზურია, თავი უნდა აარიდოს ახალ ფიზიკურ კონტაქტებს და მოიხმაროს ბარიერული მეთოდები სქესობრივი კავშირის დროს.

ჰერპეს ზოსტერი - გამომწვევი Varicella zaster virus. იგი წარმოადგენს რეაქტივირებულ ჩუტყვავილას ვირუსს, რომელიც მიეკუთვნება ჰერპესების ჯგუფს.

დიაგნოსტიკა:

- ტკივილი
- ვეზიკულური გამონაყარი
- უნილატერალური
- ელემენტების გაღნაგება კანის კრანიალური ან პერიფერიული ნერვის გასწვრივ.

ეტოლოგია - Varicella zaster virus. კონტაგიოზური დაავადებაა. დაავადება უფრო ხშირია ხანდაზმულებში. განსაკუთრებით მიყვება ტრიგემინალურ, ლუმბალურ და საკრალურ ნერვებს.

გართულებები:

1. სამწვერა ნერვის თვალის ტოტის ჩართვა პათოლოგიურ პროცესში

- სახის ნერვის დამბლა, ყურის მტკივნეულობა, ნიჟარისა და გარეთა სასმენი მილის ვეზიკულები.
 - საკრალური ნერვის დაზიანებამ შეიძლება გამოიწვიოს შარდის რეტენცია და დეფეკაციის გაძნელება.
 - პოსტპერპესული დამბლები - ზედა ან ქვემო კიდურების (ჩვეულებრივ დროებითი) მეორადი დამბლა მოტორული ნერვის პროცესში ჩართვის გამო.
 - დისემინირებული ჰერპეს ზოსტერი - არის იმუნოსუპრესიის სერიოზული დარღვევა. შეიძლება პროცესი გაგრძელდეს, მოითესოს. აარსებობს ვისცერული, პულმონური, ლვიძლის და ნევროლოგიური გავრცელება, რაც იწვევს მნიშვნელოვან სიკვდილობას.
 - პოსტპერპესული ნევრალგია ძალიან უსიამოვნოა და ძნელად პასუხობს ანალგეტიკებსა და ფსიქოტროპულ აგენტებს.
- მართვა: ვირუსის იდენტიფიკაცია შეიძლება ელექტრონული მიკროსკოპითაც და ქსოვილის კულტივირებითაც.

კონტაგიოზური მოლუსკი - კანისა და ლოწოვანის ინფექცია გამოწვეული pox ვირუსით.

დიაგნოსტიკა:

- რბილი - შეფერილი
- გუმბათის ფორმის პაპულა
- ცენტრალურად ჩაზნექილი ზედაპირი

ეტიოლოგია - ბავშვებსა და ახალგაზრდებშია გავრცელებული, კონტაგიოზურია. ინკუბაციური პერიოდი 2კვირიდან 6 თვემდე.

მართვა:

შეიძლება სპონტანურად უკუგანვითარდნენ.

მოზრდილები გენიტალური ელემენტებით, პარტნიორებთან ერთად უნდა იქნან გამოკვლეული სექსუალურად გადამდებ დაავადებებზე.

მეჭექები - კანისა და ლოწოვანი გარსის ძალიან გავრცელებული ინფექციაა, გამოწვეული papilloma virus - ით.

ეტიოლოგია - ინკუბაციური პერიოდი 1-20 თვე. ახალი შემთხვევების რაოდენობა მეტია 12-16 წლის ასაკში. ონკოგენურად ითვლება ადამიანის პაპილომა ვირუსის მე-16 და მე-18 ტიპი. მეჭექი კონტაგიოზური დაავადებაა. ვრცელდება საცუარაო აუზებში, აბანოებში და ა.შ.

კლინიკური ნიშნები:

ჩვეულებრივი მეჭექები-რბილი, შეფერილი პაპულა უხეში ზედაპირით. შეიძლება იყოს ერთი ან მრავალი. ხშირად ლოკალიზდება ხელებზე, თუმცა შეიძლება გავრცელდეს ყველგან. არსებობს ტერფის მეჭექები, მოზაიკური მეჭექები, ანოგენიტალური ანუ წვეტიანი კონდილომები, სახის ბრტყელი მეჭექები, რომლის ზედაპირი ბრტყელი ან მცირედ გაუხეშებულია.

მართვა:

შეიძლება უკუგანვითარდნენ სპონტანურად, 35% ქრება 6 თვეში, 55% 1 წელში, 65% 2 წელში. შეიძლება თხევადი აზოტით მოწვა (კრიოთერაპია), კაუტერიზაცია, ქირურგიული მკურნალობა.

ანოგენიტალური მეჭექები გადამდებია სქესობრივი გზით, ამიტომ საჭიროა პარტნიორის გამოკვლევა სქესობრივად გადამდებ დაავადებებზე. U ანალური კონდილომების დროს უნდა ჩატარდეს პროქტოსკოპია. Qქალებში საჭიროა საშვილოსნოს ყელიდან აღებული ნაცხის

გამოკვლევა პაპა-ნიკოლაუსის მეთოდით. უმჯობესია, ავადმყოფი გაიგზავნოს უროგენიტალურ კლინიკაში.

ქერქები - კანის ადგილობრივი ჰიპერკერატოზი, ჩვეულებრივ, ვითარდება ფეხებზე, ზოგჯერ ხელებზეც. მისი განვითარებას ხელს უწყობს ადგილობრივი ტრავმატიზმი.

მართვა-პროცესს მართავენ ქიროპოდისტები. ყურადღება უნდა გამახვილდეს ფეხსაცმელზე, ზოგჯერ საჭიროა ამოკვეთა და კიურეტაჟი.

კანის სოკოვანი დაავადებები:

კანდიდოზის ხელშემწყობი ფაქტორები:

1. იმუნოსუპრესია;
2. ნეიტროპენია;
3. ენდოკრინოპათიები; მაგ. შაქრიანი დიაბეტი, კუშინგის დაავადება;
4. ურემია;
5. ავთვისებიანი დაავადებები;
6. ასაკი, მენსტრუაცია, ორსულობა;
7. იატროგენული ფაქტორები; მაგ. სტეროიდები, ანტიბიოტიკები, ორალური კონტრაცეპტივები;
8. Stratum corneum-ის დაზიანება

კანდიდოზი გავრცელებული დაავადებაა, რომელიც უფრო ხშირად ლოკალიზდება პირის ღრუში, სასქესო ორგანოებში, ნაკვეთებში და ფრჩხილებზე. ლოკალიზაციის მიხედვით კანდიდოზს ორალური, ანგულარული, გენიტალური, ინტერტრიგოს არის კანდიდოზი.

ორალური კანდიდოზი - პირის ღრუს ინფექციაა გამოწვეული candida albicans-ის მიერ. ახასიათებს პუსტულები წითელი, ახალი, სისხლმდენი ფუძით, რომელიც შეიძლება ადვილად მოშორდეს.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა უნდა გატარდეს ბრტყელ ლიქენთან, რაც საბოლოოდ დასტურდება პუსტულიდან აღებული მასალის გამოკვლევით.

ანგულარული ჩეილიტი - კანდიდური გამონაყარი პირის კუთხეებში. ხშირია იმ პირებში, რომლებიც იყენებენ კბილის პროტეზებს. ხშირად პროთეზი არ არის კარგად მორგებული და ადეკვატურად არ სუფთავდება. პირის ფორმა შეცვლილია. ნერწყვით ხშირი დასველების გამო იქმნება ხელსაყრელი გარემო კანდიდას განვითარებისათვის. ხშირად მდგომარეობას ართულებს ოქროსფერი სტაფილოკოკით თანდართული ინფექცია.

მენჯმენტი - ორალური კანდიდოზი ადვილად ინკურნება კანდიდას საწინააღმდეგო აგენტებით, რომელიც შეიძლება სხვადასხვა ფორმით იქნას გამოყენებული. M აუცილებელია ორალური ჰიგიენის დაცვა და კბილების და პროთეზის მოვლა. ხშირად საჭირო ხდება ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების დამატება. M

გენიტალური კანდიდოზი:

ვულვო-ვაგინიტი:

სადიაგნოსტიკო ნიშნები:

- ქავილი
- სქელი, ხაჭოსებრი გამონადენი საშოდან

- ერთემა და შეშუპება;
- კანის მაცერაცია და სატელიტური პუსტულები

ეტოლოგია - ხშირია ახალგაზრდა ქალებში. ხშირად დაკავშირებულია ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების, ორალური კონტრაცეპტივების ხმარებასთან და ორსულობის პერიოდთან. კანდიდური ვულვოვაგინიტით ხშირად ავადდებიან შუახნის ჭარბი წონის და შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული ქალები. ამიტომ, აუცილებელია ტესტი გლუკოზურიის აღმოსაჩენად.

კანდიდური ბალანიტი - გამომწვევი candida albicans.

დიაგნოზი:

- ყვითელი პუსტულები
- ასოს თავის ერთემა ან შეშუპება
- ხშირად არ არის ჩატარებული წინადაცვეთა

მენეჯმენტი: ორივე პარტნიორის მკურნალობა. აუცილებელია რისკ-ფაქტორების კონტროლი.

Candida intertrigo - გავრცელებულია ისეთ არეებში, სადაც ერთმანეთს ეხება ორი ზედაპირი.

დიაგნოზი:

- ნაკეცებში, ილია, საზარდული, სარძევე ჯირკვლების ქვემოთ, თითებს შორის.
- პუსტულები გარშემო ერთემით;
- მაცერაცია;
- მსუქან პირებში;
- ახალი, ეროზიული, წითელი კანი;

მენეჯმენტი: გამოყენებული უნდა იქნას ანტიფუნგალური კრემები, მალამოები.

წამლები, რომლებიც გამოიყენება კანდიდოზის დროს

ანტიფუნგალური მედიკამენტები - პარენტერალურად გამოყენებისას ძალიან ტოქსიკურია, მაგრამ ძალიან ეფექტურია ადგილობრივად. უნდა გვახსოვდეს, რომ 1-2 კვირაში შეიძლება განვითარდეს წამლისმიერი ჰეპატიტი, განსაკუთრებით, იმ პირებში, ვინც ჭარბად იღებს ალკოჰოლს. ღვიძლის ფუნქცია გასინჯულ უნდა იქნას წამლის მიღების დაწყებამდე და მიღების პერიოდში. შეიძლება განვითარდეს ლიბიდოს დაქვეითება, გინეკომასტია, ჰიპოადრენალიზმი (ვინაიდან ხდება ესტროგენების სინთეზის ბლოკირება).

კანის პარაზიტული დაავადებები(მკბენარები)

პედიკულოზი - კანის ინფესტიცია სისხლის მწოველი მწერებით - ტილებით, რომელიც იწვევს მნიშვნელოვან გაღიზიანებას. არსებობს თავის ,სხეულის და ბოქვენის პედიკულოზი.

თავის პედიკულოზი:

- ◆ სკალპის ინტენსიური გაღიზიანება
- ◆ წითელი ჯგუფური პაპულები კისერზე
- ◆ მოძრავი ტილი
- ◆ წილები (ოვალური კვერცხები მიმაგრებული თმის ღერებზე).

განუწყვეტელი ქავილისაგან კანი სქელდება, პიგმენტირდება, ხდება მშრალი. გასინჯვისას აღმოვაჩენთ ურტიკარულ პაპულებს.

მართვა - დიაგნოზის დასმა ხანდახან რთულდება, ვინაიდან ექიმი არ ამოწმებს ტანსაცმელს. მკურნალობა-გამა-ბენზინ-ჰექსაქლორიდით, ისევე, როგორც მუნის მკურნალობა.

ეგზემატიზაციის შემთხვევაში შეიძლება სუსტი სტეროიდის გამოყენება. აუცილებელია ტანსაცმლის დეზინფექცია.

Pediculus pubis:

- ◆ ბოქვენის გალიზიანება
- ◆ ნელა მოძრავი ტილები;
- ◆ წილები
- ◆ შეიძლება ჩართული იყოს სხვა ადგილებიც.

მართვა: გამა-ბენზინ-ჰექსაქლორიდი, უნდა ჩამოიბანოს წასმიდან 24 სთ-ში. მკურნალობის ხანგრძლივობა - 10 დღე. სავალდებულოა ტანსაცმლის დეზინფექცია. თმის შეკრეჭა აუცილებელი არ არის.

მუნი (Scabies)

ინტენსიური ქავილით მიმდინარე, კონტაგიოზური ეროზიები კანზე, გამოწვეული ტკიპის მიერ, რომელიც აკეთებს ხვრელებს Stratum corneum-ში.

- ◆ ინტენსიური ქავილი
- ◆ განსაკუთრებით ხელებსა და ფეხის გულეზე
- ◆ პაპულები ვითარდება თითებს შორის, ტორსზე და გენიტალიაში.
- ◆ ექსკორიაციები განსაკუთრებით ფეხებზე.
- ◆ ინტიმური კავშირისას გადამდებია.

ეტოლოგია - გამოწვევია *Sarcoptes scabiei*, რომელიც გადადის მხოლოდ გახანგრძლივებული ფიზიკური კონტაქტის დროს (ხელის ჩამორთმელობით არ გადადის). ბავშვებში უფრო იოლად ვრცელდება. რამოდენიმე კვირაში ვითარდება იმუნური რეაქცია. კლინიკურად ვლინდება ხანგამოშვებით. უარესდება დაბანისას, ტანსაცმლის გახდის შემდეგ ან საწოლში. ქავილი ყველგან ინტენსიურია სახის გარდა. კარგად ვიზუალიზირდება მიკროსკოპში.

მართვა - დაავადება განკურნებადია, მაგრამ მკურნალობის პერიოდში საჭიროებს დიდ ძალისხმევას. უმჯობესია გამოვიყენოთ გამა-ბენზინ-ჰექსაქლორიდი. იგი უნდა წაისვას პაციენტმა აბაზანის შემდეგ (სახის არის გარდა). ლოსიონი ტანზე უნდა დაიტოვოთ 24 საათის განმავლობაში, შემდეგ ჩამოიბანოთ და გაიმეოროთ პროცედურა 24 საათში. საკმარისია 2-3 აპლიკაცია. ხშირად წამალზე აღინიშნება ალერგიული რეაქცია. არ უნდა აგვერიოს წამლის მიერი ქავილი დაავადებით გამოწვეულ ქავილში. ხშირად ვითარდება მეორადი ეგზემა, რის გამოც იყენებენ ადგილობრივ სტეროიდებს. აუცილებელია კონტაქტების გამოკვლევა და მკურნალობა.

ფსორიაზი

კანის ქრონიკული, კეთილთვისებიანი, ჰიპერპროლიფერაციით მიმდინარე დაავადება, რომელიც ხშირად მემკვიდრეობითია. ზოგჯერ ასოცირებულია სახსრებისა და ფრჩხილების პათოლოგიასთან. ჩვეულებრივ, ხასიათდება სიმეტრიული, კარგად შემოფარგლული წითელი ლაქებით, გასქელებული ვერცხლისფერი ქერცლით, თუმცა არსებობს სხვადასხვა მორფოლოგიური ქვეტიპები.

ფსორიაზი ორივე სქესში თანაბრად გავრცელებული. იგი მიეკუთვნება იმ დაავადებების ჯგუფს, რომელიც ვითარდება ტრავმის, ნაკაწრის ადგილას და თავს იჩენს ვიწრო ტანსაცმლის ხმარების ადგილებში (კოუნერის ფენომენი). აალკოჰოლი, ანტიმალარიული და ლითიუმის პრეპარატები ამწვავებენ დაავადებას.

ფსორიაზი არ არის კლინიკურად ჰომოგენური დაავადება, ახასიათებს სხვადასხვა მიმდინარეობა. მაგ. ქრონიკული, სტაბილური და მწვავე, არასტაბილური. ქრონიკული ფსორიაზი დინამიური პროცესია. იგი შეიძლება ძალიან დამძიმდეს ან პირიქით. ან შეიძლება დააზიანოს ერთეული არეები, როგორცაა სკალპი, ხელები, სასქესო ორგანოები, სახსრები ან ფრჩხილები. სტაბილური ფორმიდან შეიძლება უეცრად გარდაიქმნას აქტიურ და მტკივნეულ პროცესად. შეიძლება მიმდინარეობდეს უსიმპტომოდ ან ინტენსიური ქავილითა და დისკომფორტით.

აკნე

ექიმთან მომართვის ყველაზე ხშირი მიზეზია. ვითარდება ცხიმოვანი ჯირკვლის მომატებული რეაქტიულობისა და სადინარის ბლოკირების ფონზე. ცხიმოვანი ჯირკვლი ანდროგენების კონტროლის ქვეშ იმყოფება. ცხიმოვანი ჯირკვლები გამოყოფენ ცხიმს-ლიპიდების ნარევეს, რომლებიც ჯირკვლის მიკროორგანიზმების ზემოქმედების შედეგად გადაიქცევიან კომედოგენურ და თავისუფალ ცხიმოვან მჟავებად, რომლებიც იწვევენ კანის დაზიანებას.

მმენჯემენტი: მოზარდთა ასაკის და ორსულთა acne vulgaris რეგულირდება სისტემური თერაპიით. სახე უფრო იოლად ემორჩილება მკურნალობას, ვიდრე ტანი. ტოპიკური მკურნალობა ანტიბაქტერიული და კერატოლიტურია.

ჩვენებები სისტემური თერაპიისათვის აკნეს დროს

- ექსტენსიური ელემენტები;
- მტკივნეული ღრმა პაპულები ან ნოდულები;
- აქტიური აკნე, რომელიც იწვევს ანთების შემდგომ ჰიპერპიგმენტაციას და /ან აქერცვლას.
- გუნება-განწყობის მკვეთრი დაქვეითება.

პიგმენტური დარღვევები

კლასიფიკაცია

1. მელანოციტების უკმარისობა ეპიდერმისში (მაგ. Blue naevus)
2. მელანინის სინთეზის ენზიმური დარღვევები (მაგ. ფენილკეტონური და ალბინიზმი)
3. მელანოგენეზის დარღვევა ჰორმონების ზემოქმედებით (მაგ. ადისონის დაავადება)
4. მელანოციტების დაკარგვა (მაგ. ვიტლიგო)
5. მელანოციტების კეთილთვისებიანი პროლიფერაცია (მაგ. ლენტიგო)
6. მელანოციტების ავთვისებიანი პროლიფერაცია (მაგ. მელანომა)
7. პიგმენტაციის ანთების შემდგომი დარღვევა (მაგ. ბრტყელი ლიქენი).

ჰიპოპიგმენტაცია

გენერალიზებული ჰიპოპიგმენტაცია აღმოცენდება ჰიპოპიტუიტარიზმის შედეგად.

სრული დეპიგმენტაცია - ვიტლიგო
მისი დამახასიათებელი სიმპტომებია:

- ტოტალური დეპიგმენტაცია;
- ფორმიანი ლაქები;

- ხშირად სიმეტრიულია;

ადამიანი შეიძლება დაავადდეს ყველა ასაკში.

ფიქრობენ, რომ დაავადება აუტოიმუნური ხასიათისაა. ასოცირდება სხვა აუტოიმუნურ დაავადებებთან, როგორცაა თირეოიდიტი, შაქრიანი დიაბეტი, პერნიციოზული ანემია, ბუდობრივი ალოპეცია და ადრენალური უკმარისობა. სისხლში ნახულობენ ანტისხეულებს პიგმენტურ მელანოციტებზე.

იშვიათად ადგილი აქვს სპონტანურ რეპიგმენტაციას.

მართვა:

1. ფოტოპროტექცია;

2. ტოპიკური სტეროიდები - IV ჯგუფის

ალოპეცია - თმის დაკარგვა კანის დაზიანების გარეშე. გაურთულებელ შემთხვევაში შეიძლება ადგილი ჰქონდეს სპონტანურ გაჯანსაღებას. დამახასიათებელი ნიშნებია:

- ალოპეცია
- ერთი ან მეტი მრგვალი ლაქა
- იშვიათად ექსტენსიური ან უნივერსალური.
- კანის დაზიანება არ ჩანს.
- გავრცელებულია თანაბრად ორივე სქესში. თვლიან, რომ არის აუტოიმუნური დაავადება. 4% შემთხვევაში ასოცირებულია ვიტლიგოსთან და 10% ვიტლიგოთი დაავადებულს აქვს ალოპეცია. H3ისტოლოგიურად ნახულობენ თმის ფოლიკულის ირგვლივ ლიმფოციტების ინფილტრაციას, რაც ადასტურებს აუტოიმუნურ ბუნებას. სუმრავლესობა განიკურნება თავისთავად ცხრა თვის განმავლობაში.

პროგნოზი ცუდია, როცა წარმოდგენილია:

- რამოდენიმე ლაქა
- კეფის არეშია
- წამწამებისა და წარბების არეშია
- ადრეული შეტევა
- ალოპეცია მთელ სხეულზე
- ასოცირებულია ატოპიურ დარღვევებთან;
- ანამნეზში ალოპეციის ეპიზოდი.

მართვა:

მკურნალობა წარმოებს:

1. სტეროიდებით
2. ადგილობრივი გამდიზიანებლები
3. ულტრაიისფერი B დასხივება PUVA.

მალიგნიზებული მელანომა

კანის კიბოს ყველაზე გავრცელებული ფორმა, რომელიც ადრეულ სტადიაზე დიაგნოსტიკის შემთხვევაში ექვემდებარება მკურნალობას. იზრდება მელანოციტებისაგან და მეტასტაზირდება ლიმფისა და სისხლის გზით.

საექვო ნიშნები:

- ზრდაში მომატება
- გამუქება ან ფერის შეცვლა
- ფორმის შეცვლა

ზოგადი პრაქტიკის ექთნების გადამზადების პროგრამა

- ზოგჯერ ქავილი და სისხლდენა
- 0,5 სმ-ზე მეტი ზომაში
- უსწორმასწორო კიდეები
- შავი ფერის კვანძოვანი ფორმა

ქალებში ყველაზე ხშირად ლოკალიზდება ქვედა კიდურებზე. მამაკაცებში ზურგზე. მკურნალობა ოპერაციული.