

ზოგად საექიმო პრაქტიკაში გავრცელებული დერმატოლოგიური პრობლემების მართვა

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 სხვა)

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

V-ოჯახური ანამნეზი (ასთმის, ჭინჭრის ციების, თივის ცხელების, ეგზემის დასხვა)

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

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

ოჯახის ექიმს უნდა ახსოვდეთ, რომ როცა ავადმყოფს სპეციალისტთან საკონსულტაციოდ აგზავნის, უნდა მოხსენიოს 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 (ეჭვი 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 ბოლოს, 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 გასინჯოს. ეს აუცილებელი არ არის მეჭექების 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 - ბრტყელი 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 - 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 - ვეზიკულა, რომლის დიამეტრი მეტია 0,5 სმ-ზე

ურტიკა - გარდამავალი, კანის წითელი შეშუპება, რომელიც არის სხვადასხვა ფორმის, ზომის და ჩნდება ურტიკარიის დროს

ტელანგიექტაზია - 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 გამჭვირვალობა ეპიდერმისის ან დერმის შემცირების გამო ან ორივესი 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 გამონაყარი 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 კერატოჰალინის 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.

ტოპიკური სტეროიდების ჯგუფები:

ჯგუფი	მოქმედების ხარისხი	სტეროიდი	საფირმო დასახელება
I	სუსტი	ჰიდროკორტიზონი 0,5-2,5%	Efcortelan Hydrocortistab
II	საშუალო	Clobetasone butyrate 0,05% Fludrenole 0,0125% Flucinolone Acetonide 0,0025% Hydrocortisone with urea	Eumovate Haelan Synalar 1:10 (Synalae) Alphaderm Calmurid
III	ძლიერი	Beclomethasone dipropionate 0,025% Beclomethasone dipropionate 0,05% Betametasone valerate 0,1% Fluocinolone acetonide 0,025% Fluocinonide 0,05% Hydrocortisone 17 butyrate 0,1% Triamcinolone acetonide 0,1%	Propaderm Diprosone Betnovate (Valisone) Synalar Metosyn (Lidex) Locoid Adcortyl (Trymex)
IV	ძალიან ძლიერი	Clobetasol propionate Diflucortolone valerate Halcinonide 0,1%	Dermovate (Temovate) Nerisone halciderm (Halog)

ზოგადი ჩვენებები პათოლოგიური ელემენტის შიდა სტეროიდების მოხმარებისათვის (Triamcinolone)

- a) კელოიდები
- b) Graluloma annulare-ბეჭდისებრი გრანულომა
- c) ბუდობრივი ალოპეცია-Alopecia areata
- d) ჰიპერტროფიული ლიქენი (Hypertropic lichen planus)
- e) Nodular prurigo

ჩვენებები ტოპიკური სტეროიდების გამოყენებისათვის:

- f) ეგზემა;
- g) ვარდისფერი პიტირიაზი;
- h) ბრტყელი ლიქენი;
- i) ფსორიაზის ზოგიერთი ფორმა;
- j) ბუდობრივი ალოპეცია;

ჩვენებები სისტემური სტეროიდების დანიშვნისათვის:

- k) პემფიგუსი, პემფიგოიდი;
- l) ვასკულიტი მ.შ. მგლურას ერითემატოზი;
- m) მწვავე წამლისმიერი რეაქციები;
- n) მწვავე ბრტყელი ლიქენი;
- o) მწვავე ეგზემა;

გვერდითი მოვლენები:

- პერიორალური დერმატიტი და როზაცეა;
- ინფექციები;
- თირკმელზედა ჯირკვლის სუპრესია;
- ლოკალური გვერდითი მოვლენები-ტელანგიექტაზიები, 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?

- დასვით ზუსტი დიაგნოზი?
- გამოიჩინეთ სიფრთხილე სახის არეში პრეპარატის გამოყენებისას.
- არასოდეს არ გამოიყენოთ სტეროიდები აკნეს და როზაცეას სამკურნალოდ;
- სახეზე ლოკალიზებული ეგზემის შემთხვევაში არასდროს დანიშნოთ სხვა სტეროიდი, პირველი ჯგუფის გარდა.
- არასოდეს უმკურნალოთ ინფექციებს სტეროიდებით. წინააღმდეგ შემთხვევაში გამოიწვევთ პროცესის გააქტიურებას.
- არასოდეს დაუნიშნოთ ჩვილ ბავშვებს მესამე ჯგუფის, ხოლო მოზრდილებს მეოთხე ჯგუფის სტეროიდები ხანგრძლივად: **შეიძლება გამოვიწვიოთ თირკმელზედა ჯირკვლის უკმარისობა;**
- ფრთხილად დაუნიშნეთ პაციენტებს III და IV ჯგუფის სტეროიდები ნაოჭების (ნაკეცების) არეში გამოყენებისათვის: ძალიან ხშირია ადგილობრივი გვერდითი მოვლენები;
- არ დაუნიშნოთ III და IV ჯგუფის სტეროიდები 50გ ზე მეტი.
- განმეორებით შეაფასეთ იმ პაციენტების მდგომარეობა, რომლებიც საჭიროებენ რეგულარულად განმეორებით წამლის დანიშვნას; ამ შემთხვევაში შესაძლოა საჭირო იყოს სპეციალისტის კონსულტაცია;

როგორ მოვიქცეთ თუ სტეროიდი არაეფექტურია?

გადაამოწმეთ სამუშაო დიაგნოზი.

- შესაფერისი დიაგნოზი გახლავთ: როზაცეა, აკნე, ინფექცია, კონტაქტური ალერგია;
- განმეორებით შეაფასეთ სტეროიდის მოქმედება;
- იგი შეიძლება არ იყოს საკმარისად ძლიერი;
- შესაძლოა საქმე გვექონდეს მეორად ინფექციასთან, რაც საჭიროებს კომბინირებულ მკურნალობას;

სტეროიდების შერჩევა დაავადების ხასიათის ან პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციის მიხედვით

ჯგუფი	დაავადება/ლოკალიზაცია
I	ეგზემა სახის არეში
II	ნებისმიერი ლოკალიზაციის ატოპიური ეგზემა, განსაკუთრებით ბავშვებში და ნაკეცების არეში.
III	ლიქენიფიცირებული ატოპიური ეგზემა დისკოიდური ეგზემა ვარდისფერი პიტირიაზი; ტორსის სებორეული ეგზემა ვარიკოზული ეგზემა; ფსორიაზი;
IV	მარტივი ლიქენი დისკოიდური ეგზემა ხელისგულებზე და ფეხისგულებზე ლოკალიზებული ეგზემა და ფსორიაზი; ბრტყელი ლიქენი; ვიტილიგო; ალოპეცია(ბუდობრივი) მგლურას დისკოიდური ერთემატოზი;

ეგზემა:

ეგზემის სახეები:

1. ატოპიური ეგზემა;
2. სებორეული ეგზემა;
3. დისკოიდური ეგზემა;
4. პომფოლიქსი
5. იუვენილური დერმატოზი (პლანტარული)
6. მარტივი ლიქენი (ნეიროდერმატიტი)
7. Lichen striatus
8. ვარიკოზული ეგზემა;
9. კონტაქტური დერმატიტი;

ეგზემის სტადიები:

სტადია	დაავადების ნიშნები
მწვავე	სისველე, პაპულები, ვეზიკულები, ბულები.
ქვემწვავე	სიწითლე, აქერცვლა, ქერქების გაჩენა;
ქრონიკული	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:

2. გამწვავება სამი თვის მანძილზე;
3. ლოკალიზაცია-სახე და ნაკეცები;
4. სიმშრალე, სიწითლე და ქერცლი;
5. ექსკორიაციები და ლიქენიფიკაცია;
6. სიმეტრიულობა

ეტიოლოგია-იმუნოლოგიური დეფიციტი;

განსაკუთრებით ხშირი გართულებები ატოპიური ეგზემის შემთხვევაში:

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

დიფერენციული დიაგნოზი ჩვილ ბავშვთა ატოპიურ ეგზემასა და სეზონურ ეგზემას შორის

	ატოპიური ეგზემა	სეზონური ეგზემა
შეტევის ხანგრძლივობა	3თვე	ნაკვირა
ხანგრძლივობა	ქრონიკული	დაახლოებით ნაკვირა
ქავილი	დიახ	არა
ოჯახური ანამნეზი ატოპიაზე	დიახ	არა
გამონაყარის ლოკალიზაცია	სახე და სახსრების ნაკვეცი	სკალპი, სახე, აქსილარული ნაწილი და საფეხების მიდამოში;

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:

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

- შეაფასეთ ეგზემა
- სწორად შეარჩიეთ 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)
- დაუნიშნეთ ანიჰისტამინური მკურნალობა.

2. ჩვილ ბავშვთა სეზონური ეგზემა

ჩვეულებრივ, ჩნდება სიცოცხლის პირველ რამოდენიმე კვირაში.

აზიანებს სკალპს, ილიას, საფეხების არეს და რამოდენიმე კვირაში ქრება (დაახლოებით ნაკვირაში). 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.

მძიმე შემთხვევებში I ჯგუფის სტეროიდები: 1% ჰიდროკორტიზონი;

მოზრდილთა A სებორეული ეგზემა

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

ეტიოლოგია-უცნობია;

მენეჯმენტი:

სკალპი-ხშირი დაბანა, შამპუნით, რომელიც შეიცავს კუპრს, Selenium sulphide-ს ან კეტოკონაზოლს. თუ ეს ერთემაა ნაჩვენებია ტოპიკური სტეროიდები. მწვავე შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს **Pityriasis amiantacea**, რომლის სამკურნალოდაც უნდა გამოვიყენოთ უნგ. Ccois co.

სახე-ჰიდროკორტიზონი 15 (იშვიათად 2,5%) სტეროიდის ხმარებას უნდა უფრო ხილდეთ თვალის მიდამოში და აკნეს თანაარსებობისას.

მკერდის და ზურგის არე-შეიძლება გამოვიყენოთ III ჯგუფის სტეროიდები, თანმხლები აკნეს შემთხვევაში საჭიროა ანტიბიოტიკოთერაპია.

სებორეული ინტერტრიგო (დაოდვილობა)

(1) **მცირე ფორმა-** ნაკეცებში უნდა გამოვიყენოთ II ჯგუფის ტოპიკური სტეროიდები, ამიტომ წამალი ადვილად შეიწოვება. აუცილებელია თანდართული ბაქტერიული ინფექციების და კანდიდას წინააღმდეგ მკურნალობის ჩატარება.

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

მკურნალობის პრინციპებია:

(ა) დასველება-Saline, Aluminium acetate ან კალიუმის პერმანგანატის ხსნარი. 10 წუთიანი აბაზანა ან ადგილობრივი დასველება 1-2ჯერ დღეში, რის შემდეგაც უნდა შემშრალდეს ტამპონირებით ან რბილი პირსახოცით.

(ბ) ადგილობრივი სტეროიდები- ხშირად ინიშნება ანტიბიოტიკებთან ერთად.

(გ) სისტემური ანტიბიოტიკები-შერჩევის მედიკამენტებია: ერთრომიცინი, ფლუკლოქსაცილინი.

(3) **დისკოიდური ეგზემა-ნამულარული (ბერძნულად ნიშნავს “მონეტას”)** ძირითადად აზიანებს კიდურებს, უფრო ხანშიშესულების დაავადებაა, მაგრამ ზოგჯერ ახალგაზრდა ასაკის ატოპიური ეგზემა შეიძლება გაგრძელდეს დისკოიდური ფორმით. უფრო ხშირია მამაკაცებში.

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 გაძნელდეს

მისი დიფერენციაცია Pityriasis versicolor-გან, რომელიც უფრო ხშირად ტორსზე ვითარდება, ვიდრე კიდურებზე.

მართვა:

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

4. პომფოლიქსი-დისკიდროზული 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;

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

მართვა:

მწვავე ვეზიკულო-ბულოზური პომფოლიქსი

1. დასვენება;
2. სისველე-Saline, Aluminium acetate ან კალიუმის პერმანგანატის ვარდისფერი ხსნარი განსაკუთრებით სასარგებლოა ფეხებისათვის.
3. ანტიბიოტიკები-ხშირად ერთვის მეორადი ინფექცია, რომლისთვისაც შერჩევის პრეპარატია- ერითრომიცინი.
4. სტეროიდები: ა) ტოპიკური სტეროიდები-ძლიერი მოქმედების ჯგუფიდან, განსაკუთრებით ანტიბიოტიკებთან კომბინაციაში. მწვავე მიმდინარეობის დროს არ არის განსაკუთრებით ეფექტური. ბ) სისტემური- თუ არ არის უკუჩვენება,

პრედნიზოლონი დაენიშნება კლებადი დოზით და დოზა შემცირდეს ყოველ მეოთხე დღეს 5 მგ-ით, 48 საათში ავადმყოფი იგრძნობს გაუმჯობესებას.

ქვემწვავე და ქრონიკული პოდფოლისი

1. ტოპიკური სტეროიდები: ნაჩვენებია III და IV ჯგუფის სტეროიდები. თანდართული ინფექციის შემთხვევაში მიზანშეწონილია კომბინაცია ანტიბიოტიკებთან. სტეროიდები პერორალურად პაციენტს უნდა დაენიშნოს მხოლოდ აუცილებლობის შემთხვევაში.
2. ემოლიენტები- სიმშრალის და ნაპრალების თავიდან ასაცილებლად.
3. ორალური ანტიჰისტამინური პრეპარატები.

გამოკვლევები: იშვიათად პროცესს შეიძლება დაერთოს სოკოვანი ინფექცია. ამ შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს მიკოლოგიური გამოკვლევა. სოკოს აღმოჩენის შემთხვევაში მკურნალობა უნდა ჩატარდეს გრიზეოფულვინით.

5. იუვენილური პლანტარული დერმატოზი

ბავშვებში ტერფების პლანტარული ზედაპირის სიმეტრიული დაზიანება. შესაძლოა განვითარდეს თანამედროვე სინთეზური ქსოვილების ტარების შედეგადაც. სადიაგნოსტიკო ნიშნები:

- ბავშვთა ასაკი;
- სიმეტრიული, წითელი, ექსკორიაციები.
- ლოკალიზაცია-ტერფების ქვედა ზედაპირი, წვივი და გვერდითი ზედაპირები;
- ფეხის წვერებზე სიარული;

- ქრონიკული მიმდინარეობა;

საჭიროა დიფერენციული დიაგნოსტიკა-ათლეტის ფეხთან, სოკოვან დაავადებებთან.

მართვა

წინდების და ფეხსაცმელების შეცვლა, თანდათანობით ასაკთან ერთად გაივლის.

1. ადგილობრივი სტეროიდები არ იძლევა ხანგრძლივ ეფექტს;
2. ემოლიენტები-უფრო ეფექტურია;

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;

ჰისტოლოგიურად-კანის აკანტოზი და ჰიპერკერატოზი;

მართვა

1. ტოპიკური სტეროიდები-გამოიყენება IV ჯგუფის სტეროიდები; იმ შემთხვევაში თუ მარტივი ლიქენი სახის არეშია, მაშინ ნაჩვენებია 2,5% ჰიდროკორტიზონი.
2. სისტემური ანტიჰისტამინური პრეპარატები: ქავილისა და ნაკაწრების თავიდან აცილების მიზნით.
3. 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;

ეტიოლოგია-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
- დაწყლულბა.

ვენური სისტემის უკმარისობის ყველაზე გავრცელებული მიზეზებია:

- (1) ვენების თრომბოზი
 - (2) სარქველების არასრულფასოვნება;
 - (3) კუნთოვანი ატროფია;
- დაავადება ხშირია ქარბი წონისა და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური ჯგუფის ქალებში.

ფიზიკალური ნიშნები:

ლოკალიზაცია-ფეხის ქვემო მიდამოში, განსაკუთრებით კოჭის ირგვლივ. აახასიათებს 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. სუნდა 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 ანტიბიოტიკებით ან 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:
 1. ნეკროზული შრის მოცილება;
 2. გამწმენდი პრეპარატების გამოყენება:Eusol, Cetrimide, Chlorhexidine gluconate, Povidone-iodine, Potassium permanganate soaks, Rosaline dyes, რომელიც შეიცავს 0,5% გენციან ვიოლეტს, კარბოფუშსა და ბრილიანტის მწვანეს. ააგრეთვე იყენებენ ოქსიდიზირებულ აგენტებს-ჰიდროგენ პეროქსიდი, 20% ბენზილ პეროქსიდი).
 3. შეხვევები:აბსორბენტები ზედაპირის მოსამშრალეზად (Cadexomer iodine, Geliperm, Zinc oxide და კუპრი, an Zinc oxyde calamine-თან კომბინაცია, Clioquiknol an ichthammol.) ნახვევი უნდა შეიცვალოს კვირაში 1-2-ჯერ.

10. გრავიტაციული სინდრომი-ლიპოდერმატოსკლეროზი შეიძლება იყოს მტკივნეული, ტკივილი შეიძლება მოიხსნას Stanazolol 5 mg 2-ჯერ დღეში ან Oxerutins 250 mg 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 ვენური წყლულების შემთხვევაში

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

მართვა:

დოპლეროგრაფიის საშუალებით არტერიების შეფასება; განხილული უნდა იქნას ოპერციული ჩარევის აუცილებლობა და ტექნიკა-ლუმბალური სიმპატექტომია თუ არტერიული რეკონსტრუქცია. უნდა მოხდეს ასოცირებული დაავადებების კონტროლი, როგორცაა შაქრიანი დიაბეტი, ჰიპერტენზია, წონის მოწესრიგება,

თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტა-აუცილებელი პირობებია. წინააღმდეგ ნაჩვენებია ელასტიური წინდები. ადგილობრივი მკურნალობა მსგავსია, რასაც მივმართავთ ვენური წყლულების მკურნალობისას, მაგრამ ნაკლებად ეფექტურია.

9. კონტაქტური დერმატიტი

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.

იგი შეიძლება იყოს:

მწვავე-გამალიზიანებელი სუბსტანციის ერთჯერადი ზემოქმედება. მაგ. 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, სებორეულ ეგზემასთან და ატოპიურ ეგზემასთან.

პირველად გამლიზიანებლით გამოწვეული დერმატიტი	ეგზემა, რომელიც ლოკალიზებულია საფენების ადგილას და გენიტალურ ორგანოებთან.
დერმატიტი	ეროზიების და ბუშტები(ბულები) საფენების არეში
კანდიდოზი	მცერირებული გარეთა სასქესო ორგანოები სატელიტური პუსტულებით;
ფსორიაზი	იშვიათია, მშრალი, წითელი, კარგად გამოხატული ლაქები გასქელებული თეთრი მასშტაბური ელემენტები სხვა არეებში.
სებორეული ეგზემა	ელემენტები ილიაში, კისერზე, სახეზე და სკალპზე.
ატოპიური ეგზემა	ჩართულია სახის არე და ნაკეცები.

მართვა:

მდგომარეობა დროებითია, უნდა დავარწმუნოთ მშობელი, რომ ყველაფერი ადვილად გაივლის. საფენის ადგილი მუდმივად უნდა დავიცვათ მშრალად. ნაჩვენებია 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, მწვავდება 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. ბანაობა უნდა შევზღუდოთ კვირაში ორამდე, საპნის მაგვირად მითითებულია ემულგირებული მალამო.

ალერგიული კონტაქტური დერმატიტი:

პათოგენური 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 თვალის 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 ერთრომიცინი. სტაფილოკოკური შტამები რეზისტენტულნი არიან და შერჩევის მედიკამენტი ამ შემთხვევაში არის ერთრომიცინი 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;
- გარემომოფარგლული ერითემით;
- პუსტულის ცენტრში თმის ღერი;
- ლოკალიზაცია: კიდურებზე
- ხშირად მეორადია და ვითარდება ტოპიკური სტეროიდების ხმარების ფონზე.

ფსევდომონოზური ფოლიკულიტი

თმის ფოლიკულის მწვავე პუსტულოზური დაზიანებაა, რომელიც გამოწვეულია ჰსევდომონას აერუგინოსა-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. ყვითელი 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 გარეშე.

ფურუნკულოზი:

თმის ფოლიკულის მწვავე აბსცესი, რომელსაც ოქროსფერი სტაფილოკოკი იწვევს.

დიაგნოზი:

- მტკივნეულობა
- წითელი ნოდულები
- პუსტულური ზედაპირი

მართვა:

ხშირად ეფექტურია *ერიტრომიცინი* ან *ფლუკლოქსაცილინი*. თუ აღმოჩნდა რეზისტენტობა საჭიროა ანტიბიოტიკის შეცვლა. თუ პაციენტს აღენიშნება სტაფილოკოკების ქრონიკული კერა, მან უნდა მიიღოს ანტიბიოტიკების სამტვიანი კურსი 2 კვირა სრული დოზებით და შემდეგ ორჯერ დღეში. დაზიანებულ ადგილებს შეიძლება ვუმკურნალოთ ქლორჰექსიდინით ან ნეომიცინით ან სხვა ტოპიკური ანტიბიოტიკებით. კარგი იქნება თუ ყოველდღიურ აბაზანებს დავუმატებთ ჰექსაქლოროფანს.

ერიზიპელა და ცელულიტი

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

დიაგნოსტიკა:

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

ეტიოლოგია:

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 შ. პიოგენეს, იშვიათად ოქროსფერი სტაფილოკოკი და ჰემოფილუს ინფლუენზა.

მართვა:

შერჩევს პრეპარატია *პენიცილინი*, ხოლო მათთვის ვისაც პენიცილინის მიმართ ალერგია აქვს, *ერიტრომიცინი*. ზოგიერთ პაციენტს, რომელსაც აქვთ

მიდრეკილება რეციდივებისაკენ მკურნალობენ ძალიან მცირე (250მგ) ყოველდღიური დოზა პენიცილინით ან ერთრომიცინით. ამ მკურნალობის არსი ახსნილი არ არის.

ერთრაზმა-არის ინტერტრიგო გამოწვეული *Corynebacterium minutissimum*.

დიაგნოზი:

- ყავისფერი, მიმდინარეობს ასიმპტომურად ან ქავილით;
- დაჭორფლილი, აქერცლილი ზედაპირი;
- ლოკალიზაცია-საზარდულში, ილიაში, სარძევე ჯირკვლების ქვემოთ.

ეტიოლოგია-გავრცელებულია თბილ ქვეყნებში. ვითარდება სიმეტრიულად, ნაკეცებში, განსაკუთრებით მსუქნებში. შეიძლება ფეხის თითებს შორისაც.

მართვა:

კარგად ექვემდებარება ტოპიკური იმიდაზოლით ან ნატრიუმ ფუზიდატით მკურნალობას. ასევე ეფექტურია ერთრომიცინი პერორალურად.

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

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

Nნიშნები-ყვითელი ნადები თმის ირგვლივ.

Mმართვა-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 ერთემა;
- ქერქების წარმოქმნას პროგრესირებადი ხასიათი აქვს;
- გრძელდება 10-14 დღე.

ეტიოლოგია-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:

1. მასალის აღება ვირუსის იდენტიფიკაციისათვის.
2. აციკლოვირი ახდენს ვირუსის დნმ-ის სინთეზის ინჰიბირებას. აქვს დაბალი კლინიკური ტოქსიურობა(თავის ტკივილი, გულისრევა, ღებინება ან დიარეა). ათერაპიულ დოზებში არ არის მუტაგენური, კარცინოგენული და ტერატოგენური.
3. ტოპიკური აციკლოვირი-5% კრემი შეიძლება დაინიშნოს პრემორბიდული სიმპტომების დროს 5-ჯერ 5 დღის განმავლობაში.
4. სისტემური თერაპია-ორალური აციკლოვირი 200 მგ 5 ჯერ 5 დღის განმავლობაში.
5. 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.

ეტიოლოგია-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-ჰატჩინსონის ნიშანი;

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

მკურნალობა:

1. აციკლოვირი-800 მგ. X 5-ჯერ დღეში 1 კვირის განმავლობაში.
2. სისტემური გლუკოკორტიკოსტეროიდები-პრედნიზოლონი-40-60 მგ. დღეში 2 კვირის განმავლობაში. ამცირებს ანთებისშემდგომ ნევრალგიას.
3. ტოპიკური თერაპია-5% აციკლოვირი შეიძლება გამოვიყენოთ 5-ჯერ დღეში, რომელიც თანდათან უნდა ჩავანაცვლოთ 40% იდოქსურიდინით dimethylsulphoxide - ში, როგორც ტოპიკური მკურნალობა.
4. ანალგეზია და წოლითი რეჟიმი - ანალგეტიკებს იყენებენ, თუმცა ოპიატების გამოყენება უნდა აიკრძალოს; ხშირად მკურნალობა რადამაკმაყოფილებელია, საეჭვოა ამიტრიპტილინისა და კარბამაზეპინის გამოყენების სარგებლიანობა და წოლითი რეჟიმი.

კონტაგიოზური მოლუსკი - კანისა და ლოწოვანის ინფექცია გამოწვეული პოხ ვირუსით.

დიაგნოსტიკა:

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

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

მართვა:

დიაგნოსტიკა-შესაძლოა აღმოჩნდეს მიკროსკოპიის შედეგად;

მკურნალობა - თხევადი აზოტით (ნიტროგენი), იოდის შემცველი კოქტეილით, შეიძლება სპონტანურად უკუგანვითარდნენ.

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

მეჭეჭები

მეჭეჭები - კანისა და ლორწოვანი გარსის ძალიან გავრცელებული ინფექციაა, გამოწვეული პაპილომა ვირუს - ით.

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

კლინიკური ნიშნები:

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

მართვა:

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

მდგომარეობის მართვა ანოგენიტალური მეჭეჭების (კონდილომები) შემთხვევაში:

ანოგენიტალური მეჭეჭები 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 (Corns)-კანის ადგილობრივი ჰიპერკერატოზი, ჩვეულებრივ, ვითარდება ფეხებზე, ზოგჯერ ხელებზეც. თმის 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 კარსებობს ორალური, ანგულარული, გენიტალური, ინტერტრიგოს არის კანდიდოზი.

ორალური კანდიდოზი (Thrush)-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.

Angular cheilitis-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.

მენეჯმენტი:

ორალური კანდიდოზი ადვილად ინკურნება კანდიდას საწინააღმდეგო აგენტებით, რომელიც შეიზლება სხვადასხვა ფორმით იქნას გამოყენებული. მაგ. ნისტატინის ორალური სუსპენზია, მიკონაზოლი ორალური გელის ფორმით და სხვ. აუცილებელია ორალური ჰიგიენის დაცვა და კბილების და პროთეზის მოვლა. ხშირად საჭირო ხდება ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების დამატება. მაგ. ნისტატინი, ჰისროკორტიზონი და ქლორჰექსიდინი, კლიოქვინოლი და ჰიდროკორტიზონი, მიკონაზოლი და ჰიდროკორტიზონი.

გენიტალური კანდიდოზი:

ვულვო-ვაგინიტი:

სადიაგნოსტიკო ნიშნები:

- ქავილი
- სქელი, ხაჭოსებრი გამონადენი საშოდან
- ერითემა და შეშუპება;
- კანის მაცერაცია და სატელიტური პუსტულები;

ეტიოლოგია-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 გლუკოზურის ადმოსაჩენად.

კანდიდური ბალანიტი-გამომწვევი candida albicans.

დიაგნოზი:

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

მენეჯმენტი: ორივე პარტნიორის მკურნალობა: ნისტატინით, იმიდაზოლით. აუცილებელია რისკ-ფაქტორების კონტროლი.

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

დიაგნოზი:

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

მენეჯმენტი: გამოყენებული უნდა იქნას ანტიფუნგალური კრემები, მალამოები. ზოგჯერ საჭიროა მათი კომბინაცია ანტიბაქტერიულ პრეპარატებთან და ჰიდროკორტიზონთან, 0,5% გენციან ვიოლეტთან ან კასტელანის ნარევეთან(0,4% magenta, 4% phenol, დამატებით რეზორცინოლი, acetone, industrial methylated spirits და წყალი).

წამლები, რომლებიც გამოიყენება კანდიდოზის დროს

ნისტატინი-პარენტერალურად გამოყენებისას ძალიან ტოქსიკურია, მაგრამ ძალიან ეფექტურია ადგილობრივად. შეიძლება დაინიშნოს პერორალურად, ვინაიდან იგი არ აბსორბირდება. Amphotericin B გამოიყენება ისევე, როგორც ნისტატინი. იმიდაზოლი-ეფექტური წამალია, აქვს ფართო სპექტრი. Eფექტურია ორალური იმიდაზოლი, კეტოკონაზოლი, იტრაკონაზოლი, ტრიაზოლი აგრეთვე ძალიან ეფექტურია მწვავე შემთხვევების დროს.

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).

ნაირფერი პიტირიაზი

ზედაპირული სოკოვანი ინფექციაა უმთავრესად ტორსზე. გამომწვევები: Pityriasis orbiculare და P. Ovale.

სადიაგნოსტიკო ნიშნები:

- სხვადასხვა ფორმისა და ზომის მაკულები;
- ყავისფერი ან თეთრი-დეპიგმენტური ელემენტები;
- ნაზი აქერცვლა;
- ასიმეტრია
- ლოკალიზაცია ტორსზე
- ახალგაზრდა ასაკი;

მენეჯმენტი: სოკო ადვილად დემონსტრირდება მიკროსკოპით. აუცილებელია დიფერენციული დიაგნოსტიკა ვიტილიგოსთან, შესაძლოა რეციდივები. მკურნალობა უნდა მოიცავდეს ყველა ელემენტს, ვინაიდან ერთი განუკურნებელი ლაქაც კი, შეიძლება გახდეს გავრცელების ახალი წყარო.

მკურნალობა:

1. Whitfield-ის მალამო 3% სალიცილის მჟავა, 6% ბენზოის მჟავა, 64% ქოქოსის ზეთი რბილ პარაფინში.
2. იმიდაზოლი-ძალიან ეფექტურია ადგილობრივად, შეიძლება გამოიყენოთ დღეში 1-ჯერ
- 3 კვირის განმავლობაში.
3. Selenium sulphide შამპუნი-1ჯერ კვირაში 8კვირის განმავლობაში. აქვს არასასიამონო სუნი, უნდა ჩამოვიბანოთ აპლიკაციიდან 4-5 საათის შემდეგ.

4. ორალური მედიკამენტები-გრიზეოფულვინი არ არის ეფექტური, ამიტომ არ უნდა გამოვიყენოთ. კეტოკონაზოლი 200 მგ დღეში ან იტრაკონაზოლი 100მგ დღეში, სულ 5 დღის განმავლობაში. ორალური აგენტები ხშირად საჭირო არ არის.

მკურნალობის შემდეგ რჩება ჰიპოპიგმენტირებული უბნები. მელანოციტები იწყებენ გაჯანსაღებას და პიგმენტის პროდუქციას.

რეპიგმენტაცია სჭირდება მრავალი თვე.

ტინეა (Ring worm)

ტინეა -გამოწვეულია ზედაპირული სოკოთი, რომელიც კოლონიზდება კერატინში. ეს ადგილებია თმა, ფრჩხილები და კანის ყველზე გარე შრე. სოკო არის დერმატოფიტი(მიკოსპორა, ეპიდერმოფიტი და ტრიქოფიტი).

Tinea capitis-გავრცელებულია ბავშვთა ასაკში, აზიანებს სკალპის თმასა და კანს. გამოიწვევია ანტროფილიკი ან ზოოფილიკი დერმატოფიტი.

დიაგნოსტიკა:

- ბავშვთა ასაკი;
- ალოპეცია;
- ცხოველთა ტინეა იწვევს დიდი ზომის ანთებას;
- ადამიანის ტინეა იწვევს მცირე ზომის ანთებას;
- პუსტულარული ფოლიკულიტი;
- ქავილი, ზოგჯერ ცხელება და ლიმფადენოპათია;

Tinea corporis-გლუვი კუნთების ინფექცია გამოწვეული დერმატოფიტით.

დიაგნოსტიკა:

- ანულარული, წითელი ლაქები;
- ელემენტის პერიფერიის გააქტივება
- ტენდენცია ცენტრალური განკურნებისა და ანთებისშემდგომი პიგმენტაციისაკენ.
- ასიმეტრიული ლაქები;

დიფერენციული დიაგნოსტიკა-დისკოიდურ ეგზემასთან, ვარდისფერ პიტირიაზთან, ანულარულ გრანულომასთან.

Tinea cruris-საზარდულის არის ინფექცია, გამოწვეული ანტროფილური დერმატოფიტის მიერ.

შეიძლება განვითარდეს მეორადად ქრონიკული *tinea pedis*-ის ფონზე.

დიაგნოზი:

- უმთავრესად მამაკაცების დაავადებაა;
- ქავილი, სიწითლე;
- ტენდენცია გავრცელდეს ბარძაყის შიდა ზედაპირზე.
- შეიძლება იყოს ფეხებზე, ფეხის თითებზე და ფრჩხილებზე.
- მასალა დადებითია ჰიფებზე;

Tinea pedis-ფეხების სოკოვანი ინფექცია, ზოგჯერ აზიანებს ფეხის ფრჩხილებსაც.

დიაგნოზი:

- მაცერაცია ფეხის თითების შორის;
- ცალმხრივობა;
- ასიმეტრია;
- ზოგჯერ ფეხის ფრჩხილების დაზიანება;

Trichophyton rubrum-ხელების ინფექცია.

- ცალი ხელის ინფექცია
- მშრალი და აქერცლილი კანი
- ყველა ფრჩხილი არ არის დაზიანებული
- შეიძლება დაზიანდეს ორივე ფეხი და ფეხის ფრჩხილები;
- განიკურნება მხოლოდ გრიზეოფულვინით ან კეტოკონაზოლით.

ტინეა ინკოგნიტო-სახელწოდება მითითებს, რომ ეს არის ტინეა ინფექცია, რომელიც ინკურნება ტოპიკური სტეროიდებით, განსხვავებით სხვა ტინეასაგან.

ტინეას მართვა-მასალა უნდა შემოწმდეს ჰიფებზე და გაიგზავნოს კულტურისათვის ლაბორატორიაში.

ადგილობრივი მკურნალობა- ვიტფილდის მალამო და undecenoic acid-ის მალამო იაფი და სასარგებლოა. Tolnaftate შედარებით ძვირია, მაგრამ ფართო გამოყენება აქვს. იგი ეფექტურია კასტელანის ფანქართან ერთად ან მის გარეშე , განსაკუთრებით პროცესის ლოკალიზაციისას ფეხის თითებს შორის.

კალიუმპერმანგანატი (1:10000) სასარგებლოა მწვავე ვეზიკულური tinea pedis დროს. 10 წუთიანი აბაზანები 1-2ჯერ დღეში, შემდეგ საჭიროა შემშრალდეს და გამოვიყენოთ იმიდაზოლის კრემი. კანი და ფრჩხილები დროებით შეიძლება გაყავისფრდეს.

Tinea kapitis ადგილობრივი მკურნალობა გულისხმობს დაზიანებული თმის მოშორებას და ხშირად დაბანას.

საზარდულის არეში ლოკალიზაციის შემთხვევაში ნაჩვენებია სტეროიდის, ანტიბაქტერიული და ანტიფულგალური მედიკამენტების კომბინაცია მაგ. Tri-Adcortyl (Mycolog-US) შეიცავს ნისტატინს, ამიტომ მოქმედებს კანდიდასა და არა ტინეაზე. სტეროიდის მოქმედებამ შეიძლება გაამწვავოს მდგომარეობა. მოწოდებულია აგრეთვე კომბინაცია-იმიდაზოლი/ჰიდროკორტიზონი, თუმცა უნდა გამოვიყენოთ ფრთხილად.

ტოპიკური მკურნალობა ყოველთვის ეფექტური არ არის.

ჩვენებები სისტემური მკურნალობისათვის-მწვავე ინფექციები, სკალპის ინფექციები, ფრჩხილების ინფექცია, ტრიქოფიტია და ტინეა ინკოგნიტო.

მედიკამენტები:

გრიზეოფულვინი-გვერდითი მოვლენები-თავის ტკივილი, გულისრევა, იშვიათად იწვევს ფოტოსენსიტიურობას. უკუნაჩვენებია ორსულებში.

გრიზეოფულვინი არ გამოიყენება კანდიდასა და სხვადასხვაფერის პიტირიაზის სამკურნალოდ. პედიატრიული დოზაა-125 მგX3ჯერ დღეში, მოზრდილთა დოზაა 0,5-1,0 გ დღეში. მკურნალობის ხანგრძლივობა 4-6 კვირაა საზარდულის, ტანის, სკალპის, ფეხების ტინეასათვის.ხელებისა და ფრჩხილებისათვის საჭიროა 5 თვე. რთულია ტერფისა და ფეხის ფრჩხილების ტინეას მკურნალობა. მით უმეტეს თუ

დარღვეულია პერიფერიული ცირკულაცია. მკურნალობას ხანდახან ესაჭიროება 18-24 თვე. ბოლომდე განკურნების გარანტია შეიძლება მაინც არ იყოს.

თინეა კაპიტის-შერჩევის პრეპარატია გრიზეოფულვინი 125მგX3ჯერ დღეში ტაბლეტის ან ელექსირის სახით ნკვირის განმავლობაში. მკურნალობა უნდა ჩატარდეს ექიმის მეთვალყურეობით.

- კეტოკონაზოლი-გრიზეოფულვინის ალტერნატივა;
 - იტრაკონაზოლი-ახალი ორალური ტრიაზოლია. იმიდაზოლის მსგავსია. მოქმედებს კანდიდაზე, პიტირიაზსა და ტინეაზე. ტინეას შემთხვევაში შეიძლება გრიზეოფულვინთან შედარებით უფრო ეფექტურად მოქმედებდეს.
- უკუნაჩვენებია ორსულობის პერიოდში და ღვიძლის დაავადებების დროს. შორეული შედეგები უცნობია.

კანის პარაზიტული დაავადებები (მკბენარები)

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

თავის პედიკულოზი:

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

მდგომარეობის მართვა- 0,5% malanthion. თუ არ განიკურნა 0,5% კარბარილი. ლოსიონი უნდა წაისვათ თავზე და დაიტოვოთ 12 სთ-ის განმავლობაში. კონტაქტებს უნდა ვუმკურნალოთ რეინფექციის თავიდან აცილების მიზნით.

პედიცულუს ცორპორის:

- მთლიანად ტანის ინტენსიური გაღიზიანება
- გავრცელებული ექსკორიაციები
- ხშირია მეორადი სეფსისი.
- ტილები და წილები უმთავრესად ტანსაცმელზეა და არა კანზე.

განუწყვეტელი ქავილისაგან კანი სქელდება, პიგმენტირდება, ხდება მშრალი. გასინჯვისას აღმოვაჩინოთ 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 გაღიზიანება
- 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-Si.

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

ეტიოლოგია-გამომწვევია *Sarcoptes scabiei*, რომელიც გადადის მხოლოდ გახანგრძლივებული ფიზიკური კონტაქტის დროს(ხელის ჩამორთმელობით არ გადადის). ბავშვებში უფრო იოლად ვრცელდება. რამოდენიმე კვირაში ვითარდება იმუნური რეაქცია. მატულობს IgG და IgM-ის დონე სისხლში. 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 გამოვეულ ქავილში. ხშირად ვითარდება მეორადი ეგზემა, რის გამოც იყენებენ ადგილობრივ სტეროიდებს. აუცილებელია კონტაქტების გამოკვლევა და მკურნალობა.

კანის ლეიშმანიოზი-იწვევს პროტოზოა *Leishmania tropica*. გავრცელებულია შუა აღმოსავლეთში, ტროპიკებსა და სუბტროპიკებში, შეიძლება შეგვხვდეს ხმელთაშუა ზღვის ქვეყნებში.

ელემენტები-პაპულა ან ნოდულა, რომელიც შემდეგ წყლულდება, იკეთებს ქერქებს, იგი ძალიან ნელა ინკურნება. ლეიშმანია შეიძლება აღმოჩნდეს კანის ნაცხში ან დემონსტრირდებოდეს, როგორც *Leishmania-Donovan* სხეულები ფართო ჰისტოციტებში კანის ბიოფსისისას.

მართვა-ჯანმრთელ პირებში განკურნება ხდება სპონტანურად. კრიოთერაპია ეფექტური სამკურნალო საშუალებაა. პერსისტული მიმდინარეობისას გამოიყენება ორალური პენტავალენტინი (Pentavalent antimony an Pentostam).

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 თანაბრადაა გავრცელებული. იგი მიეკუთვნება იმ დაავადებების ჯგუფს, რომელიც ვითარდება ტრავმის, ნაკაწრის ადგილას და თავს იჩენს ვიწრო ტანსაცმლის ხმარების ადგილებში (კოებნერის ფენომენი). ალკოჰოლი, 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.

Psoriasis vulgaris-ვულგარული ფსორიაზი

- კარგად გამოხატული წითელი ლიქენები, რომლებიც მიდრეკილნი არიან ცენტრალური განკურნებისაკენ ,ამიტომ აქვთ ანულარული კონფიგურაცია;
- თეთრი ან ვერცხლისფერი ქერცლები;
- სიმეტრიული;
- გამშლელ ზედაპირზე(განსაკუთრებით საყვარელი ადგილებია-იდაყვები, კუდუსუნი, კიდურები).
- კარგად ემორჩილება მკურნალობას განსაკუთრებით Dithranol-ით.

მწვავე და ქვემწვავე ფსორიაზი

ფსორიაზი შეიძლება გამწვავდეს, განვითარდეს ანთება. ამ დროს ლაქები ღია წითელი ფერისაა და მტკივნეული. გამწვავების მიზეზი შეიზლება იყოს დიტრანოლის არასწორი გამოყენება ან IV ჯგუფის ტოპიკური სტეროიდებით მკურნალობის სწრაფი შეწყვეტა ან რაიმე სტრესული მდგომარეობა. მისი მკურნალობა ძალიან ძნელია. საჭიროა წოლითი რეჟიმი და სისტემური მკურნალობა.

ერთროდერმული ფსორიაზი

- ზოგადი სიწითლე და აქერცვლა
- ხშირია ფრჩხილებისა და თმის ზრდის მოშლილობა
- ერთროდერმა (პათ. პროცესში ჩართულია მთლიანად კანის ზედაპირი) და ექსფოლიაციები (ღრმა აქერცვლა) საიდანაც ხდება პროტეინის, რკინისა და წყლის დაკარგვა.
- ხშირია ცხელება და ლეიკოციტოზი.

სისხლდენების გამო ხშირად ვითარდება ანემია, გულის უკმარისობა, ჰიპონატრემია, ჰიპოთერმია. მძალა სიკვდილიანობა.

სამკურნალოდ გამოიყენება დიდი რაოდენობით ტოპიკური სტეროიდები.

პუსტულარული ფსორიაზი-არსებობს ორი ფორმა. ერთი ლოკალიზებულია ხელის და/ ან ფეხის გულებზე, მეორე-გენერალიზებული ფორმა.

ხელისგულებისა და ფეხისგულებისათვის დამახასიათებელია:

- ყვითელი პუსტულები, რომელიც მუქდება და ხდება ყავისფერი.
- წარმოჩინდება სიწითლის შემდეგ.
- ხშირად სიმეტრიულია.
- ფსორიაზული ლაქები შეიძლება იყოს სხვა ადგილებში.

მკურნალობას ძნელად ექვემდებარება შეიძლება საჭირო გახდეს სისტემური აგენტების ჩართვა.

გენერალიზებული ფორმის დროს:

- მაღალი ტემპერატურა, ლეიკოციტოზი;
- მცირე ზომის სტერილური პუსტულები;
- კანი ზოგადად ღია წითელი და მტკივნეულია;

აუცილებელია ჰოსპიტალიზაცია. ეფექტურია მკურნალობა მეტოტრექსატით. ამჟამად შერჩევის პრეპარატია რეტინოიდი.

სისტემური სტეროიდები არასდროს გამოიყენება ფსორიაზის სამკურნალოდ, მაგრამ იგი ზოგჯერ შეიძლება დავუნიშნოთ თანმხლები ქრონიკული დაავადებების დროს.

წვეთოვანი ფსორიაზი

- თან სდევს ყელის სტრეპტოკოკულ ინფექციას;
- ვითარდება სწრაფად.
- ელემენტები-ძალიან მცირე ზომის წითელი პაპულები, სქელი თეთრი ნადებით.
- ლოკალიზდება- უფრო ხშირად ტანსა და ხელებზე.
- უკუვითარდება ოთხ თვეში.

გავრცელებულია მოზარდთა და ახალგაზრდა ასაკში. პროგნოზი კეთილსაიმედოა. დაავადება ვლინდება ყელის ტკივილიდან 2-3 კვირის შემდეგ, მიუხედავად ადეკვატური ანტიბიოტიკოთერაპიისა. შეტევა მწვავედ ვითარდება. შეიძლება ავადმყოფს ფსორიაზის სიმპტომები შემდეგ არასოდეს არ გამოუვლინდეს.

მკურნალობა- ულტრაიისფერი სხივებით და კუპრის აბაზანებით.

ფსორიაზული ართროპათია-შეიძლება შეგვხვდეს იმ პაციენტებში, ვისაც აღენიშნება კანისა და ფრჩხილების ფსორიაზი, მაგრამ ზოგჯერ საერთოდ არ არის გამოხატული კანის ფორმა. პაციენტები ჩვეულებრივ სერონეგატიურნი არიან. დიაგნოსტიკას აადვილებს ოჯახური ანამნეზი.

მართვა-ყურედლება უნდა მივაქციოთ ავადმყოფის დამოკიდებულებას თავისი დაავადებისადმი. დამოკიდებულება სამუშაოსთან, ოჯახურ გარემოსთან, საჭიროა სტრესული ფაქტორების გათვალისწინება.

ადგილობრივი მკურნალობა:

კუპრი	მხოლოდ ან ულტრაიისფერ (B) სხივებთან ერთად ან სალიცილის მჟავასთან ერთად ან ტოპიკურ სტეროიდებთან ერთად.
ტოპიკური სტეროიდები	მხოლოდ
დიტრანოლი	მხოლოდ ან ტოპიკურ სტეროიდებთან ერთად
ულტრაიისფერი დასხივება B	მხოლოდ

სისტემური თერაპიის ჩვენებები:

პირდაპირი	შედარებითი
ერითროდერმული ფსორიაზი გენერალიზებული პუსტულარული ფსორიაზი	ქვემწვავე ფსორიაზი ექსტენსიური ნაკეცის ფსორიაზი ექსტენსიური ვულგარული ფსორიაზი

მკურნალობა: მეტოტრექსატით, ეტრეტინატით (ტიგაზონით); ფოტოქემოთერაპია (PUVA).

ვარდისფერი პიტირიაზი

გავრცელებულია ახალგაზრდებში. ვითარდება სწრაფად მთელ სხეულზე და კიდურების პროქსიმალურ ნაწილზე. თავდაპირველად ვითარდება ვარდისფერი დედისეული ბაღთა. გამონაყარი სიმეტრიული, ოვალურია, ვარდისფერის ზედაპირით.

ეტიოლოგია უცნობია. საწყისი ლაქა ვარდისფერია ოვალური, 3-6 სმ დიამეტრის. რამოდენიმე დღის შემდეგ ჩნდება მსგავსი შვილეული, მაგრამ უფრო პატარა ზომის ლაქები. გამონაყარის განაწილება T-ს მაგვარი ან მოკლე შარვლის ფორმის მსგავსია. მდგომარეობა გრძელდება 6 კვირა.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა უნდა გატარდეს ტინეასთან ფორმის მსგავსების გამო(ანულარული ან დისკოიდური).

მენეჯმენტი: L ზოგჯერ ძლიერი ქავილის გამო საჭირო ხდება III ჯგუფის ტოპიკური სტეროიდების დანიშვნა.

Lichen Planus-ბრტყელი ლიქენი

კანისა და ლორწოვანი გარსის საკმაოდ გავრცელებული პათოლოგიაა, რომელიც მიმდინარეობს ძლიერი ქავილით, პაპულარული გამონაყარით, რომელიც თვეების, იშვიათად წლების განმავლობაში გრძელდება. ანთების შემდეგ დროებით რჩება ჰიპერპიგმენტაცია. ვრცელდება ნებისმიერ ადგილას, მაგრამ უფრო დამახასიათებელია მაჯის, კოჭების, წინამხრის, ქვედა კიდურების, სასქესო ორგანოების, ჭიპისა და საკრალურ არეებში. დაზიანება შეიძლება იყოს მეორადი კანის ტრავმატიზაციის ფონზე. ელემენტები შერეული ლურჯი და წითელი პაპულებია 1-3 მმ დიამეტრის. დაავადება ასოცირებულია აუტოიმუნურ მოშლილობებთან, როგორცაა პირველადი ბილიარული ციროზი, ქრონიკული აქტიური ჰეპატიტი და შაქრიანი დიაბეტი. ზოგიერთი წამალი, კერძოდ, პენიცილამინი, დარიშხანი, ოქრო, მეთილდოფა, პარამინოსალიცილის მჯავა წარმოშობს მსგავს ეროზიებს.

კლინიკური ვარიანტებია-ანულარული, ჰიპერტროფიული, ორალური ელემენტები, პალმარული ან პლანტარული ბრტყელი ლიქენი.

მენეჯმენტი: პაციენტს უნდა განვუმარტოთ, რომ მდგომარეობა საშიში არ არის. პაციენტების დიდი ნაწილი ინკურნება სპონტანურად რამოდენიმე თვეში. 50%-ინკურნება 6 თვეში, ხოლო 85%-18 თვემდე. იშვიათია რეციდივი.

მკურნალობა:

- ◆ III და IV ჯგუფის ტოპიკური სტეროიდებით.
- ◆ სისტემური სტეროიდები-ძალიან იშვიათად, მძიმე მიმდინარეობის დროს. 30-35 მგ პრედნიზოლონი საწყისი დოზა. კვლევადი დოზით კვირაში 5 მგ, 15 მგ-ის დარჩენის შემდეგ 2,5 მგ-ის კლება ყოველკვირეულად.

- ◆ ანტიჰისტამინები ენიშნებათ ქავილის შესამცირებლად.
- ◆ ჰიპერტროფიული ბრტყელი ლიქენი-ის დროს ელემენტის შიდა ტრიამსინოლონით.

აკნე

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

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

- ◆ **Benzoyl peroxide**-ეფექტური ანტიბაქტერიული და კომედოლიტური პრეპარატია. ზოგჯერ შეიძლება მისი კომბინაცია გოგირდთან ან სხვა ანტიბაქტერიულ პრეპარატებთან. 5% და 10% (კანის გაღიზიანების გამო იხმარება ღამით).
- ◆ **Retinoic acid**- კერატოლიტური, იწვევს კანის გაღიანება, ამიტომ პაციენტებს არ მოსწონთ.
- ◆ **Sulphur, salicylic acid da resorcinol**-კერატოლიტური საშუალება.
- ◆ ტოპიკური ანტიბიოტიკები-Benzoyl peroxide, 1%-iani clindamycin ufro Zlieria, ვიდრე ტოპიკური ერთთრომიცინი და ტეტრაციკლინი.
- ◆ ულტრაიისფერი დასხივება-ულტრაიისფერი B.

ჩვენებები სისტემური თერაპიისათვის აკნეს დროს

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

ნაჩვენებია ორალური **ოქსიტეტრაციკლინი** 250მგX2ჯერ დღეში ჭამამდე 1/2 1/2სთ-ით ადრე ან **მინოციკლინი 50მგX2ჯერ** დღეში. **ერთთრომიცინი ან ტრიმეტოპრიმი**. წამალი უნდა მიიღოს მინიმუმ 6 თვის განმავლობაში, ხშირად უფრო ხანგრძლივად.

ნაჩვენებია ჰორმონოთერაპია:

- ◆ ესტროგენების მაღალი დოზები-50ნგ ეთინილოესტრადიოლი
- ◆ ანტიანდროგენის და ესტროგენების კომბინაცია-Dianette
- ◆ მკურნალობა სისტემური Retinoid-ით

სხვა სპეციფიკური მკურნალობა-ელემენტის შიგნით ტრიამსინოლონი.

განსხვავება აკნესა და როზაცეას შორის

აკნე	როზაცეა
მეორე, მესამე დეკადა	მოგვიანებით
ცხიმონვება	ერითემა
კომედონები, ცისტები, ნაწიბურები, პაპულები, პუსტულები	მხოლოდ პაპულები და პუსტულები
ნელი პასუხი ანტიბიოტიკებზე	სწრაფი პასუხი ანტიბიოტიკებზე

როზაცეას გართულება: რინოფიმა, თვალისმხრივი გართულებები, წითელი ცხვიტი, ლიმფოედემა.

**პიგმენტური დარღვევები
კლასიფიკაცია**

- ◆ მელანოციტების უკმარისობა ეპიდერმისში
- ◆ მელანინის სინთეზის ენზიმური დარღვევები (მაგ. ფენილკეტონური და ალბინიზმი)
- ◆ მელანოგენეზის დარღვევა ჰორმონების ზემოქმედებით (მაგ.ადისონის დაავადება)
- ◆ მელანოციტების დაკარგვა (მაგ. ვიტლიგო)
- ◆ მელანოციტების კეთილთვისებიანი პროლიფერაცია (მაგ. ლენტიგო)
- ◆ მელანოციტების ავთვისებიანი პროლიფერაცია (მაგ. მელანომა)
- ◆ პიგმენტაციის ანთებისშემდგომი დარღვევა (მაგ. ბრტყელი ლიქენი).

ჰიპოპიგმენტაცია

გენერალიზებული ჰიპოპიგმენტაცია აღმოცენდება ჰიპოპიტუიტარიზმის შედეგად.

სრული დეპიგმენტაცია-ვიტილიგო

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. შისხლში ნახულობენ ანტისხეულებს პიგმენტურ მელანოციტებზე.

ააქაც აღინიშნება Kოებნერ პკენომენონ.

იშვიათად ადგილი აქვს სპონტანურ რეპიგმენტაციას.

მართვა:

- ◆ ფოტოპროტექცია;
- ტოპიკური სტეროიდები-IV ჯგუფის
- Camouflage-dihydroxyacetone-ით
- Psozalens-PUVA-თერაპია
- Monobenzylether of hydroquinone

ანთების შემდგომი ჰიპოპიგმენტაცია ვითარდება შემდეგი დაავადებების დროს:

- Pityriasis alba
- Pityriasis versicolor
- Hypopigmented eczema
- Leprosy
- Sarcoidosis

Alopecia areata-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. ჰისტოლოგიურად ნახულობენ თმის ფოლიკულის ირგვლივ ლიმფოციტების ინფილტრაციას, რაც ადასტურებს აუტოიმუნურ ბუნებას. უმრავლესობა 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:

- სტეროიდებით-ტოპიკური სტეროიდები ან ელემენტის შიგნითა ტრიამცინოლონი, III ჯგუფის სტეროიდები გამოიყენება სამითვის

განმავლობაში ყოველ დამე. თოტალური ალოპეციის შემთხვევაში სისტემური სტეროიდები არაეფექტურია.

- ადგილობრივი გამლიზიანებლები-Diathranol(Anthralin) Dinitrochlorobenzene (DNCB). Primin Diphenyprone
- 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
- ზოგჯერ ქავილი და სისხლდენა
- 0,5 სმ-ზე მეტი ზომაში
- უსწორმასწორო კიდეები
- შავი ფერის კვანძოვანი ფორმა

ქალებში ყველაზე ხშირად ლოკალიზდება ქვედა კიდურებზე. მამაკაცებში ზურგზე.

5 წლიანი გადარჩენის პროცენტი ბრესლოუს ზომების მიხედვით:

mm (Breslow thickness)	ხუთ წლიანი გადარჩენის პროცენტი
< 1,5	93
1,5-3,5	67
>3,5	37

მკურნალობა ოპერაციული.