

GP[®] News

Новини за
общопрактикуващия лекар

БРОЙ 11 (103), ГОДИНА 9, НОЕМВРИ 2008 Г.

ISSN 1311-4727

ЦЕНА 2.50 ЛВ.



Тема на броя **СЪВРЕМЕННА ТЕРАПИЯ В ДЕРМАТОЛОГИЯТА**



GinGira[®] COSMETICS
Zinc Pyrithione

FOR SKIN IRRITATION

100 emulsion ml



Borola
The Healthcare Company

ЗА ВСЯКА ДОМАШНА АПТЕКА

- ◆ Мъчи ли Ви пърхот и себорея ?
- ◆ Имате ли напукани пети ?
- ◆ Боледувате ли от кожни инфекции ?
- ◆ Страдате ли от екзема и псориазис ?
- ◆ Проблемна ли е Вашата кожа ?

... НА ВЪЗПАЛЕНАТА, СЪРБЯЩА И ЛЮЩЕЩА СЕ КОЖА, КАЖЕТЕ СБОГОМ, С **ДжинДжирата Цинк Пиритион!**

премиера
premiere

www.borola.com
tel.: +359 2 983 62 03
хранителна добавка

Тема на броя СЪВРЕМЕННА ТЕРАПИЯ В ДЕРМАТОЛОГИЯТА

Съдържание

ДОЦ. Д-Р К. НИКОЛОВА Ulcus cruris – диференциална диагноза	2
Пребиотиците в Immunofortis® предпазват от инфекции	4
Д-Р Г. ПЕХЛИВАНОВ Поведение на клинициста при остър и подостър уретрит	5
Д-Р Д. ГРОЗЕВА, ДОЦ. Д-Р Д. ГОСПОДИНОВ, ДМ Атопичен дерматит – патогенеза, клиника и терапия. Грижи за кожата	7
ДОЦ. Д-Р М. ПЕТКОВА Ксеростомия и възпалителни заболявания на устната кухина при захарен диабет ...	10
Д-Р Е. ПЕТРОВА, ДМ Съвременни аспекти на венеричните заболявания в България и ролята на общо- практикуващия лекар	14
Грижи за сухата кожа	17
Д-Р Д. СТРАНКИ Психотерапия в дерматологията	21
Д-Р И. БОГДАНОВ Балнеотерапия на дерматологичните заболявания в България	24
Д-Р Л. ПОПОВА ПУВА терапия	27
Д-Р А. ЖЕЛЯЗКОВ Псориазисът – системно заболяване?	28

ULCUS CRURIS

ULCUS CRURIS – ДИФЕРЕНЦИАЛНА ДИАГНОЗА

Доц д-р К. Николова

Клиника по кожни и венерични болести,
УМБАЛ „Александровска“ – София

Хроничните язвени процеси в областта на долните крайници са познати още от времето на Хипократ. Независимо от това и днес се са ежедневен проблем в практиката на съдови хирурзи, ангиолози, общопрактикуващи лекари, дерматолози.

Ulcus cruris представлява световен здравен проблем в три аспекта: медицински, социален и икономически. В медицински аспект заболяването е с продължителен и прогресиращ характер. В социален аспект е нарушено качеството на живот на болните, а в икономически е зависимо от високите разходи за лечение.

Първо място по честота заемат венозните улкуси, следвани от артериалните, смесените и от улкуси с друга етиопатогенеза (В. Горанов – 1986, К. Николова – 1988).

Има многобройни класификации на язвени процеси в областта на долните крайници на базата на етиология, етиопатогенеза, клиника.

Най-обща представа, относно различните етиопатогенетични фактори, които могат да доведат до развитие на ulcus cruris, ни дава следната класификация.

1. Ulcus cruris venosum
 2. Ulcus cruris arteriosum
 3. Ulcus cruris arterio-venosum
 4. Ulcus cruris traumaticum
 5. Ulcus cruris infectiosum
 6. Ulcus cruris neurogenes
 7. Ulcus cruris neoplasticum
 8. Ulcus cruris haematopathogenicum
 9. Ulcus cruris при генетични дефекти
- Ulcus cruris е сборно понятие, в което могат да бъдат включени както генетични, така и придобити болестни състояния.

Диференцирането на язвата включва: локализация; дълбоко – плитко, дълбоко, вид на налеса; ръбове – атонични, калозни, подкпанни, екзофитни; вид на кожата около язвата. Въз основа на тази характеристика, язвата се определя като артериална, венозна, васкулитна, неопластична и др.

Ulcus cruris venosum

Представлява най-тежкото усложне-

ние на хроничната венозна недостатъчност (ХВН), която обединява всички хронични болестни състояния на долните крайници, развиващи се в резултат на insuficienten венозен клапан апарат и повишено венозно налягане.

Клиника на венозния улкус. Предилекционно място е долната трета на подбедрицата, медиално, по-рядко – латерално или циркулярно. Формата му е овална, полициклична или неправилна. Дъното на язвата е покрито с фибринен налеп, секретцията е обилна до умерена, ръбовете са калозни. Болезнеността на венозния улкус показва индивидуални различия. Тя е от умерена до слаба или липсваща. Околната кожа е липодерматосклеротична.

Артериални улкуси при ХАНК

Язвите са локализиран предимно по върховете на пръстите на краката, страничната част на ходилото, по предната и предно-външната страна на подбедрицата. Дъното на язвата е плитко, покрито с некротичен налеп или е атонично, с вяли или липсващи грануляции. Често при разпадане на тъканта се оголват сухожилия, мускули и кости. Ръбовете са атонични, язвите са силно болезнени. Околната кожа е едемна, бледа или цианотична, суха, атрофична. Пулсациите на периферните артерии са намалени или липсващи. УЗСГ показва индекс: стъпало/брахиум под 0.8.

Артериални улкуси при Thrombangiitis obliterans

Възпалително-оклузивно съдово заболяване. Има определена взаимовръзка между тютюнопушене и повишена честота на антигени HLA-B5 и A9.

Болеуват млади мъже (до 40 г.), пушачи. Засягат се предимно малките артерии на горните и долни крайници, често се съчетава с мигриращ тромбофлебит, клаудикация и синдром на Рейно. В напреднали стадий болните се оплакват от силни и постоянни болки, развиват се атонични язви или некроза и гангрена в областта на пръстите.

АТОПИЧЕН ДЕРМАТИТ – ПАТОГЕНЕЗА, КЛИНИКА И ТЕРАПИЯ. ГРИЖИ ЗА КОЖАТА

Д-р Даниела Грозева, доц. д-р Димитър Господинов, гм
Клиника по дерматология и Венерология, МУ – Плевен

Атопията е често срещано състояние. То може да се определи като фамилна свръхчувствителност на кожата и мукозата към различни вещества от средата, асоциирана с повишена продукция на IgE и/или с променена фармакологична реактивност.

Атопичният дерматит (атопична екзема) е дерматоза, която се развива при пациенти с атопия. Обикновено започва в детството като хронично и силно сърбящо заболяване с типична клинична картина, варираща в зависимост от възрастта.

Честотата на АД е между 5 и 10 % от популацията на Западна Европа. Заболяването е фамилно с полигенетично унаследяване. Идентифицирани са множество суспектни генни локуси, отговорни за заболяването. Специфично е това, че един член на семейството може да има алергичен ринит без кожни прояви, докато друг може да има само АД. Болните с АД съставляват около 0,8–1,0 % от българската популация и между 7 и 15 % – в популационни проучвания в Скандинавия и Германия. Някои международни проучвания от 1939 г. до 1964 г. дават данни за честотата на екземата (не задължително атопична) в извадки от общата популация, варираща от 1,1 % до 3,1 %. Като цяло честотата е по-висока в Австралия и Северна Европа и по-ниска в Азия и в Централна и Източна Европа, където се намира България.

Клиничните прояви на АД варират с възрастта и могат да се разделят на три групи. В кърмаческа възраст първите екзематозни лезии обикновено се явяват по бузите и скалпа. Разчесването,

което често започва няколко седмици по-късно, причинява крустозни ерозии. В по-късна детска възраст лезиите засягат гънките, тила и горзалните повърхности на крайниците. В пубертета лихенифицираните плаки ангажират гънките, главата, врата. Във всички възрасти има сърбеж през деня, който се засилва през нощта, причинява безсъние и постепенно влошава качеството на живот на пациентите.

Клиничните прояви на АД могат да се разделят на главни и второстепенни (табл. 1). Ако пациентът има 3 главни и 3 второстепенни критерия е много вероятно да има АД.

Отличителни признаци на АД е хроничната форма на кожно възпаление, нарушаването на епидермалната бариерна функция, която е най-засегната при сухата кожа и IgE-медирираната сенсibilизация към храни и алергени на околната среда. Хистологичните белези на остриите екзематозни лезии са интерцелуларен едем (спонгиоза) и проминиращ периваскуларен инфилтрат от лимфоцити, моноцитни макрофаги, дендритни клетки и малко еозинофили в дермата. В подострите и хронични лихенифицирани и ексоририрани плаки, епидермисът е задебелен и неговият най-горен слой е хипертрофичен. Лансират се две хипотези, отнасящи се до механизма на възникване на АД. Едната хипотеза твърди, че първичният дефект се състои в имунологично смущение, което причинява IgE-медирирана сенсibilизация с нарушена епидермална бариерна функция, което в последствие води до локално възпаление. Другата хипотеза твърди, че дефект в самите епителни клетки води до бари-

Таблица 1. Критерии за диагностика на АД.

Главни критерии	Второстепенни признаци
<ul style="list-style-type: none"> • сърбеж • типичен дерматит (по лицето – при деца, в гънките – при подрастващи, по ръцете и тила – при възрастни) • хроничен или хронично-рецидивиращ ход • фамилна история за атопия или атопичен терен при самото лице 	<ul style="list-style-type: none"> • жълти кори по скалпа • суха кожа с иктиоза • фина суха коса • повишени серумни нива на IgE; Ig E – медирирани кожни реакции • предиспозиция към кожни инфекции (S. aureus, HHV, HPV, заразни молуски) • ювенилна плантарна дерматоза • хейлит • латерално изтъняване и разреждане на веждите (симптом на Hertoghe) • периорбитална хиперпигментация, изразена бледост на лицето или еритем • бял дермографизъм • засилен сърбеж и изпотяване • екзацербации на заболяването, във връзка с емоционалното състояние • непоносимост към мастни разтворители • хранителна алергия и др.