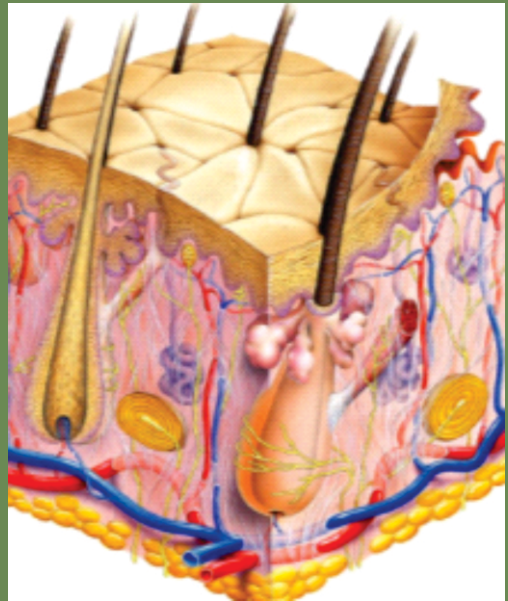
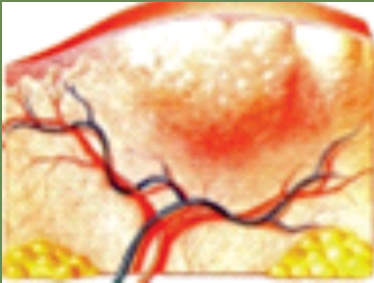
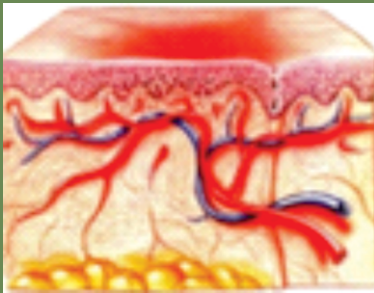




ԵՐԵՎԱՆԻ ՀԵՆԱԿԵՏԱՅԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ
ՔՈԼԵՋ

ՔՈՒՅՐԱԿԱՆ ԳՈՐԾԸ ՄԱՇԿԱՎԵՆԵՐՈԼՈԳԻԱՅՈՒՄ



Ուսումնամեթոդական ձեռնարկ
միջին մասնագիտական բժշկական
ուսումնական հաստատությունների համար

ԵՐԵՎԱՆ 2022



ԵՐԵՎԱՆԻ ԴՆԱԿԵՏԱՅԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԶՈՒԵՁ

ՔՈՒՅՐԱԿԱՆ ԳՈՐԾԸ ՄԱՇԿԱՎԵՆԵՐՈԼՈԳԻԱՅՈՒՄ

**Ուսումնամեթոդական ձեռնարկ
միջին մասնագիտական բժշկական ուսումնական
հաստատությունների համար**

ԵՐԵՎԱՆ 2022

ՀՏԴ 616.5+616.97:614.253.5(07)

ԳՄԴ 55.8+51.1գ7

Ք 961

Քույրական գործը մաշկավեներոլոգիայում,
ուսումնամեթոդական ձեռնարկ, Երևան, 2022, 182 էջ:

Ուսումնամեթոդական ձեռնարկը կազմվել է Երևանի հենակետային
բժշկական քոլեջի «Մանրէաբանության, հիգիենայի,
համաճարակաբանության, վարակիչ, մաշկային և սեռավարակ
հիվանդություններ» ամբիոնի դասախոս
Կարինե Ավետյանի կողմից:

Երաշխավորվել է տպագրության Երևանի հենակետային բժշկական
քոլեջի տնօրեն Ն.Վ. Ներսիսյանի կողմից:

Քույրական գործը մաշկավեներոլոգիայում:

Ք 961 Ուսումնամեթոդական ձեռնարկ / Կազմ.՝ Կարինե Ավետյան.-
Եր.: Հեղ. հրատ, 2022.- 182 էջ:

Ուսումնամեթոդական ձեռնարկը նախատեսված է բժշկական
քոլեջների ուսանողների, դասախոսների, ինչպես նաև բուժքույրերի
համար:

Խմբագրվել է մեթոդիստ Կ. Մնացականյանի, «Մանրէաբանության,
հիգիենայի, համաճարակաբանության, վարակիչ, մաշկային և
սեռավարակ հիվանդություններ» ամբիոնի վարիչ Ի. Մարգարյանի
կողմից:

Գրախոսվել է ԵՊԲՀ մաշկաբանության, սեռավարակաբանության
ամբիոնի վարիչ Բ.Գ.Պ. պրոֆեսոր Կ.Ռ. Բաբայանի կողմից:

ՀՏԴ 616.5+616.97:614.253.5(07)

ԳՄԴ 55.8+51.1գ7



ISBN 978-9939-0-4298-5

© Ավետյան Կ., 2022

Նախաբան

Մաշկային և սեռավարակ հիվանդություններն իրենց կլինիկական արտահայտություններով չափազանց տարատեսակ են և հաճախ հանդիպող: Վերջին տարիներին նկատվում է այս հիվանդությունների կտրուկ աճ:

Բուժանձնակազմն իր աշխատանքի ընթացքում առնչվելով այդպիսի հիվանդությունների հետ լուծում է տարատեսակ հարցեր այդ ոլորտում, որոնցից շատերը շարադրվում են այս ձեռնարկում:

Առաջարկվող ձեռնարկը մշակվել է ԲՀԱՆ կողմից հաստատված ծրագրի համաձայն, հաշվի առնելով պետական կրթական չափորոշիչները:

Ձեռնարկում տվյալ նյութը շարադրված է լակոնիկ, պարզ, հասանելի լեզվով: Այն իր մեջ ներառում է մաշկաբանության և սեռավարակաբանության հետևյալ բաժինները՝

- մաշկային և սեռավարակիչ հիվանդություններով տառապող հիվանդների օգնության կազմակերպման համակարգը:
- մաշկի պարագիտար, սնկային, ինֆեկցիոն, վիրուսային ախտահարումների հիմնական ախտանիշները և հետազոտման մեթոդները:
- մաշկային հիվանդություններով հիվանդների քույրական գործընթացի առանձնահատկությունները:
- սեռավարակիչ հիվանդությունների ախտորոշման մեթոդները, ախտանիշները, նրանց նշանակությունը հիվանդի վիճակի գնահատման հարցում:
- քույրական գործընթացի առանձնահատկությունները սեռավարակներով հիվանդների մոտ, բուժքրոջ գործունեության էթիկական նորմերը:
- բուժքրոջ դերը կանխարգելիչ միջոցառումների անցկացման հարցում:
- բուժքրոջ աշխատանքային գործունեության ընդհանուր սկզբունքները մաշկային և սեռավարակիչ հիվանդությունների և անհետաձգելի վիճակների ժամանակ:

Ուսումնական նյութի հեշտ յուրացման նպատակով ներկայացված են հիվանդությունների նկարներ տվյալ թեմաներից:

Չեղինակն այս ձեռնարկը կազմելիս օգտվել է ՌԴ և ԱՊՉ այլ երկրներում հրատարակված ձեռնարկներից:

Առաջարկվում է տվյալ աշխատանքը տպագրել որպես ուսումնական ձեռնարկ բժշկական քոլեջների և ուսումնարանների համար:

ԵՊԲՀ մաշկաբանության
և սեռավարակաբանության
ամբիոնի վարիչ



բ.գ.դ. պրոֆեսոր՝ Կ.Մ. Բաբայան



ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲԱԺԻՆ

ՄԱՇԿԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ՉԱՐԳԱՑՄԱՆ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆԸ

Մաշկաբանությունը գիտություն է մաշկի հիվանդությունների վերաբերյալ (մաշկ - հուներեն derma), որն իր ակունքներով գնում է հնադար: Օրինակ, չինական բժշկական գրականության մեջ, որը պատկանում է մ.թ.ա. II-III հազարամյակներին, կան քուսի, վիտիլիգոյի, ալոպեցիայի, կարբունկուլի մանրամասն նկարագրություններ:

Սուշրուտայի տեսության համաձայն (մ.թ.ա. IV-VIIIդ) Ջնդկաստանում տարիներ առաջ հայտնի են եղել մազաթափության, եղնջացանի և մաշկային քորի բուժման միջոցները:

Ջետագա զարգացումը բժշկությունը ստացավ հին Ջունաստանում, որտեղ Ջիպոկրատը (մ.թ.ա. 460-370թթ) մաշկային հիվանդությունները բաժանեց 2 խմբի՝ կախված արտաքին և ներքին պատճառներից: Նա օգտագործել է մի շարք մինչ օրս կիրառվող տերմիններ՝ հերպես, ալոպեցիա, աֆթա, կարցինոմա, էկթիմա, պետեխիա:

Ցելսիուսը (մ.թ.ա. 25թ.) իր աշխատություններում նկարագրել է սիկոզը, խորանիստ տրիխոֆիթիաները, ալոպեցիան: Դերմատոզների բուժման համար նա խորհուրդ է տալիս կիրառել արևային ճառագայթները, ջերմությունը, ֆիզիկական վարժությունները:

Ավիցենան իր հանրաճանաչ «Բժշկության կանոն» աշխատության մեջ ոչ միայն նկարագրել է հունական, հնդկական, չինական բժշկությունը, այլ նաև բշտախտը: Ավիցենայի մի շարք ցուցումներ օգտագործվում են առ այսօր:

Մալպիգին նկարագրել է ճարպաքրտնազեղծերը, մազի ֆոլիկուլը և բաժանել էպիդերմիսը եղջերային և լորձային (մալպիգյան) շերտերի:

VIII դարի վերջում պրոֆեսոր Պլենկը գրել է մաշկաբանության դասագիրքը, որում բոլոր հիվանդությունները բաժանում է 14 դասի: Այստեղից էլ սկսվեց մաշկաբանության ուսումնասիրության մորֆոլոգիական էտապը և այն սկսում է առանձնանալ որպես ինքնուրույն գիտություն:

Մաշկաբանության ուսումնասիրման մորֆոլոգիական էտապը զարգացում ստացավ անգլիացի Ռ. Վիլիանի (1757-1812) աշխատություններում, իսկ Ջետչինսոնը (1812-1913) նկարագրեց ուշացած բնածին սիֆիլիսի «եռյակը»: Նույն ժամանակաշրջանում Ֆրանսիայում զարգացավ մաշկաբանության դպրոցը, որի հիմնադիրն էր Ալիբերը (1766-1837): Նա առաջարկում էր մաշկային հիվանդությունների դասակարգումը ծառի ճյուղերի տեսքով (ծառի արմատը մաշկն է, մեծ ճյուղերը՝ հիվանդությունների դասերն են, մանր ճյուղերը՝ հիվանդությունների տեսակները): Ալիբերը դիտում էր մաշկային հիվանդությունները որպես օրգանիզմի ընդհանուր ախտահարման արդյունք:

Ֆրանսիացի Բազինը (1807-1878թթ.) նկարագրել է քուսի տիզը, ախտածին սնկերը և դասել նրանց միկոզների շարքին:

Գերմանական մաշկաբանության դպրոցի հիմնադիրներից է համարվում Յեբրան (1816-1880), որը ստեղծել է մաշկային հիվանդությունների ատլաս և ձեռնարկ: Յեբրան դերմատոզների առաջացման մեջ մեծ տեղ էր տալիս քիմիական, ֆիզիկական և այլ արտաքին գրգռիչներին:

Մաշկաբանության էթիոլոգիական զարգացմանը նպաստեցին մանրէաբանության նվաճումները: Հայտնաբերվեցին սնկերը՝ որպես սնկախտերի հարուցիչներ, սնկային հիվանդությունների հարուցիչները, ստրեպտոկոկերը, գոնոկոկերը, դժգույն տրեպոնեման:

XVIII-XIX դարերում ձևավորվեց ռուսական մաշկաբանական դպրոցը: 1869թ. միաժամանակ Սանկտ-Պետերբուրգի Բժշկավիրաբուժական ակադեմիայում և Մոսկվայի համալսարանում ստեղծվեցին մաշկային հիվանդությունների ինքնուրույն ամբիոններ: Մինչ այդ մաշկային հիվանդությունները դասավանդվում էին վիրաբուժական և թերապևտիկ կլինիկաներում: Ռուսական մաշկաբանական դպրոցի հիմնադիր է համարվում պրոֆեսոր Ա.Գ. Պոլոտեբնովը, որը ղեկավարում էր Բժշկավիրաբուժական ակադեմիայի մաշկաբանության ամբիոնը: Նա Բոտկինի աշակերտն էր և, ուսումնասիրելով մաշկաբանությունը Վիեննայում և

Փարիզում, ստեղծեց նոր ուղղություն մաշկաբանության մեջ, որը հիմնված էր 2 սկզբունքների վրա:

- Մաշկային հիվանդությունների ուսումնասիրման անհրաժեշտությունը ամբողջական օրգանիզմի տեսանկյունից՝ նյարդային համակարգի գերիշխող դերի պայմանով:
- Մաշկի ախտաբանական փոփոխությունների ուսումնասիրման անհրաժեշտությունը մորֆոլոգիական և ֆունկցիոնալ տեսանկյուններից:

Այս սկզբունքները, որոնք հիմնված են Սեչենովի և Բոտկինի տեսակետների վրա, հնարավորություն տվեցին ուսումնասիրել օրգանիզմը ինչպես մի ամբողջություն:

Ժամանակակից մաշկաբանության հիմնական խնդիրն է կանխարգելել վարակիչ մաշկային և սեռավարակ հիվանդությունները: Այդ գործում մեծ դեր է տրվում մաշկավեներական դիսպանսերներին, որոնք իրականացնում են հետևյալ միջոցառումները:

1. Սեռավարակներով, մաշկային հիվանդություններով, ծանր դերմատոզներով (բշտախտ, մաշկի պալարախտ) հիվանդների հաշվառում:
2. Բոլոր հաշվառված հիվանդների դիսպանսեր հսկողություն:
3. Սեռական և վարակիչ մաշկային հիվանդություններով հիվանդների ակտիվ հայտնաբերում (կանխարգելիչ բուժքննության իրականացում, հիվանդության աղբյուրի հայտնաբերում):
4. Սեռավարակ և մաշկային հիվանդների լիարժեք բուժում:
5. Հասարակական ինֆորմացիոն միջոցառումների օգնությամբ ազգաբնակչության շրջանում սանիտարա-խորհրդատվական աշխատանքների և քարոզչության անց կացում:
6. Ուսումնական հաստատություններում երեխաների և դեռահասների սեռական դաստիարակության օգնության կազմակերպումը:

Բոլոր թվարկված միջոցառումներն ուղղված են մաշկային և սեռավարակային հիվանդությունների տարածման կանխարգելման ուղղությամբ, ուստի վերաբերվում են հասարակական կանխարգելիչ միջոցառումներին:

Սեռավարակների անհատական կանխարգելիչ միջոցառումներից են՝

- պատահական սեռական կապերի բացառումը,
- անանուն ձևով կաբինետների այցելում,
- մեխանիկական հակասեռավարակային միջոցների օգտագործումը,
- հակասեպտիկ քիմիական միջոցների օգտագործումը:

ՄԱՇԿԻ ԱՆԱՏՈՄԻԱ, ՖԻԶԻՈԼՈԳԻԱ ԵՎ ՀՅՈՒՄԱԿԱՑՔԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Մաշկը (derma) մարդու ամենամեծ օրգանն է, որի զանգվածը մոտավորապես 3 անգամ գերզանցում է լյարդի կշռին և կազմում է մարմնի ընդհանուր քաշի 5%: Նա եռաշերտ է և կազմված է էպիդերմիսից, դերմայից, ենթամաշկային շարակցական հյուսվածքից:

Էպիդերմիսը (վերնամաշկ) անընդհատ վերականգնվող շերտ է: Շփվելով արտաքին միջավայրի հետ այն օժտված է պաշտպանիչ պատնեշի ֆունկցիայով: Մարմնի տարբեր հատվածներում տարբեր հաստության է: Մաշկի մակերեսից դեպի խորանիստ ուղղություն այն բաղկացած է 5 շերտերից՝ եղջերային, փայլուն, հատիկավոր, փշաձև, հիմային (բազալ):

1. Եղջերային շերտ (stratum corneum)

Բաղկացած է եղջերացող կորիզագուրկ բջիջներից՝ կոռնեոցիտներից (եղջրացող թիթեղներից), որոնք պարունակում են չլուծվող սպիտակուց՝ կերատին: Կոռնեոցիտները միմյանց միանում են եղջերացող դեսմոսոմներով: Եղջերացող շերտի մակերեսային հատվածում դեսմոսոմները քայքայվում են: Եղջերացող թեփուկները հեշտությամբ արտազատվում են: Այս շերտի հաստությունը պայմանավորված է կերատինոցիտների բազմացման, եղջերացող թեփուկների տարանջատվելու արագությունից և առավել զարգացած է ակերին, ներբաններին: Այս շերտով է պայմանավորված մաշկի մեջ նյութերի թափանցումը և պաշտպանությունը անբարենպաստ ազդակներից: Եղջերային շերտի մակերեսը ծածկված է ջրալիպիդային մանտիայով /պատյանով/, որը

առաջանում է ճարպա և քրտնագեղձերի գործունեության արգասիքներից, եղջերային շերտի շերտազատվող մակերեսից: Օժտված է յուրահատուկ թույլ թթվային ռակցիայով: Լիպիդների բարձր բաղադրության շնորհիվ (ճարպանյութեր) այս թաղանթը անվանում են լիպիդային (ջրալիպիդային մանտիա):

Եղջերային շերտը Էպիդերմալ պատնեշ է ջրալույծ, մեծ սպիտակուցային մոլեկուլների, հիդրոֆիլ միացությունների դեպի մաշկ թափանցման համար:

2. Փայլուն շերտ /stratum lucidum/

Այն տեղակայվում է հատիկավոր և եղջերային շերտերի միջև: Տեսանելի է ափերին, ներբաններին և կազմված է երկարաձիգ թույլ ուրվազծվող 3-4 շարք էլեիդին պարունակող բջիջներից, որոնցից հետագայում ձևավորվում է կերատինը: Այս շերտի բջիջները կորիզագուրկ են և խիստ բեկում են լույսը:

3. Հատիկավոր շերտ (stratum granulosum)

Այն տեղակայվում է փշածև և փայլուն շերտերի միջև: Բաղկացած է 2-3 շարք բջիջներից, որոնք փշածև շերտին մոտ ցիլինդրիկ կամ խորանարդածև են, իսկ մաշկի մակերեսին մոտ՝ ռոմբածև: Սրանք ամուր հպված են միմյանց և դասավորված են իրենց երկար առանցքով մաշկի մակերեսին զուգահեռ: Այստեղ կերատինոցիտները կորցնում են կորիզը և տեղափոխվում հաջորդ շերտ: Այս շերտի բջիջներում կերատոհիալինի արտադրման շնորհիվ սկսվում և շարունակվում են եղջերացման պրոցեսները:

4. Փշածև շերտ (stratum spinosum)

Այն հաստ շերտ է, գտնվում է հիմային (բազալ) և հատիկավոր շերտերի միջև: Այդ անվանումը ստացել է, քանի որ մանրադիտակի տակ միջբջջային կամրջակները նման են փշերի: Փշածև շերտի բջիջները կիսվում են և հիմային շերտի հետ կազմում են Մալպիգյան (սաղմնային) շերտը:

5. Հիմային (բազալ) շերտ (stratum basale)

Սա անհարթ (ալիքածև) սահման է դերմայի հետ, այսինքն Էպիդերմիսի արտափքումները թափանցում են դերմայի արտափքումների մեջ: Այս հատկությունը առաջացնում է ամուր, Էլաստիկ միացում մաշկի տարբեր շերտերի միջև, ինչն էլ ապահով

վում է մաշկի ընդհանուր ֆունկցիոնալ միավորումը: Բազալ թաղանթի բջիջները ցիլինդրիկ են և ամուր հպված են միմյանց: Այս թաղանթի մակերեսին տեղակայված են սաղմսային բջիջների շերտեր՝ մելանոցիտներ, Լանգենհարսի և Մերկելի բջիջներ: Սա միակ լիարժեք կառուցվածքով և կիսվելու ունակ շերտն է:

Մելանոցիտները (հուներեն՝ melos, melanos «սև», cytos- «բջիջ») սաղմսային բջիջներն են՝ բազալ շերտի ելուստներով, որոնք սինթեզում են մելանին գունակի գրանուլներ, որով էլ պայմանավորված է ոսկեգույնից մինչև մուգ շագանակագույն մաշկի երանգը: Այս գունակը պաշտպանում է մաշկը ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների ազդեցությունից: Մելանինը առկա է մաշկում, մազերում, աչքի ծիածանաթաղանթում:

Լանգենհարսի բջիջներն իմուն համակարգի կարևոր բաղադրիչն են, պաշտպանում են մաշկը անբարենպաստ ազդակներից և կարգավորող մոլեկուլների միջոցով ամրապնդում են այլ բջիջների գործունեությունը: Այս բջիջների ելուստները ներթափանցում են Էպիդերմիսի բոլոր շերտեր, դերմա, ավշային հանգույցներ՝ հասնելով եղջերային շերտի մակարդակին, որտեղ էլ վերածվում են մակրոֆագերի, կարգավորում են բազալ շերտի բջիջների կիսման մինիմալ մակարդակը: Մաշկի վնասման դեպքում այս բջիջները տեղաշարժվում են դեպի մաշկի մակերես՝ ապահովելով վնասվածքի արագ լավացում:

Դերմալ մաշկի միջին շերտն է (հուն՝ derma - մաշկ) և գտնվում է ենթամաշկային ճարպաբջջանքի վերին մասում: Կատարում է հենարանի դեր՝ ապահովելով մաշկի մեխանիկական հատկությունները, իսկ նրա հյուսվող թելերի օգնությամբ ապահովվում են մաշկի առաձգականությունը, ամրությունը, որոնք լինում են՝

- կոլագենային՝ սպիտակուլցային կյուլթ է, որն ապահովում է մաշկի բոլոր բջիջների ամրությունը
- առաձիգ, որը բնորոշվում է բարձր առաձգականությամբ և ապահովում է մաշկի էլաստիկությունը:

Այս երկուսի համակցումը առաջացնում է ամուր և էլաստիկ շերտ:

Դերմայի հիմնական բջիջներն են՝ ֆիբրոբլաստները և մակրոֆագերը, որոնց խնդիրն է միջբջջային նյութի ստեղծում և քայքայում, իսկ տարիների ընթացքում սրանց ակտիվության նվազման արդյունքում տեղի է ունենում մաշկի առաձգականության կորուստ: Դերմայում տեղակայվում են արյունատար անոթներ, ճարպա-քրտնագեղձեր, մազարմատներ, իսկ խորը շերտերում՝ փոքր քրտնագեղձեր: Ծերացման առաջին նշաններ ի հայտ են գալիս հենց դերմայում: Դերման կազմված է պտկիկավոր և ցանցավոր շերտերից:

➤ Վերին բարակ պտկիկավոր շերտ (*stratum papilose*)

Այն կազմված է ամորֆ նյութից և բարակ շարակցահյուսվածքային (կոլագենային, էլաստիկ, ռետիկուլյար) թելերից, ձևավորում է պտկիկներ, որոնք տարածված են փշածն բջիջների էպիթելային կատարների միջև:

➤ Չաստ ցանցավոր շերտ (*stratum reticulare*)

Այն պտկիկավոր շերտի հիմքից տարածվում է դեպի ենթամաշկային ճարպաբջջանք, բաղկացած է հաստ կոլագենային թելերից: Այս շերտի կառուցվածքից է կախված մաշկի ամրությունը:

Յիպոդերման ենթամաշկային ճարպաբջջանքն է (ենթամաշկային հիմք, ենթամաշկային հյուսվածք):

Բաղկացած է կոլագենային, էլաստիկ, ռետիկուլյար թելերի փոփոք ցանցից, որոնց օղակներում գտնվում են ճարպային հյուսվածքի մասնիկներ, ճարպային բջիջների կուտակումներ, որոնք պարունակում են ճարպի մեծ կաթիլներ: Յիմնական ֆունկցիան է՝ մեկուսացում, մաշկի շարժունակության ապահովում:

Ենթամաշկային բջջանքը պաշտպանում է խորանիստ գտնվող օրգանները մեխանիկական վնասումներից, ջերմային տատանումներից: Մեծահասակների մոտ այս շերտի նվազումը հանգեցնում է տոնուսի և մաշկի ջերմակարգավորման խանգարմանը:

Ենթամաշկային հյուսվածքի բջիջներում կուտակվում են օրգանիզմի ընդհանուր ճարպային պաշարների մինչև 2/3-ը: Ենթամաշկային շարակցական հյուսվածքում տեղակայվում են նյար-

դային վերջավորությունները և մաշկը սնուցող արյունատար և ավշային անոթներ:

Մաշկի ընկալիչներ

Մաշկը օժտված է հսկա ընկալիչ համակարգով, որը արտաքինից ընկալում է և ուղղորդում կենտրոնական նյարդային համակարգ մի շարք զգացողություններ: Մաշկում հաշվարկվում է մինչև 4 մլն նյարդային վերջավորություններ: Մաշկի մակերեսին ոչ հավասարաչափ տեղաբաշխված տարբեր տեսակի ընկալիչներ ընկալում են այս կամ այն զգացողությունները: Մաշկի մակերեսի 1սմ² վրա կան 100-200 ցավային կետեր, 25 ճնշման և զգայական կետեր, 12-13 ցածր և 1-2 բարձր ջերմային կետեր:

Ցավի ընկալիչներ

Սրանց խթանումը հանգեցնում է ցավի առաջացմանը: Մեխանիկական ընկալիչները ներքին օրգաններում առաջացած արտաքին միջավայրից ազդող մեխանիկական ճնշման և այլ դեֆորմացիաներին արձագանքող զգացողական նյարդային խրճերի վերջավորություններ են: Մազազուրկ հատվածում տեղակայվում են 4 գլխավոր ընկալիչներ՝ Պաչինիի և Մեյսների մարմնիկներ, Մերկելի սկավառակներ և Ռուֆֆինիի վերջավորություններ:

Ջերմային ընկալիչները ընկալում են ցածր և բարձր ջերմաստիճանները:

Ցավի ընկալիչները (սոցիոեցեպտորներ) ցավի ծայրային ընկալիչներն են, որոնք տեղակայված են մաշկում կամ ներքին օրգաններում:

Պաչինիի մարմնիկները ճնշման ընկալիչներ են: Տեղակայված են ենթամաշկային բջջանքում: Ընկալում են ճնշման ուժը:

Մեյսների մարմնիկներ կամ զգացողական մարմնիկները ճնշման ընկալիչներ են՝ նյարդային վերջավորություններ, որոնք տեղակայված են դերմայում, ֆալանգների ծայրերին, ներբաններին, պտուկներին, կոպերին, շրթունքներին և սեռական օրգաններին:

Մերկելի սկավառակները ճնշման ընկալիչներ են: Արձանագրում են ճնշման տևողությունը: Օժտված են ցածր ընկալիչ դաշտերով:

Մագի կոճղեզի ընկալիչները պատասխանատու են մագի թեքմանը: Ռուֆֆինիի վերջավորությունները կամ ճնշման ընկալիչները օժտված են մեծ ընկալչական դաշտերով:

Կռաուզեյի կուլբաները ցրտին արձագանքող ընկալիչներն են:
Մաշկի հավելումներ

Մազերը, ճարպա- և քրտնագեղձերը, եղունգները՝ մաշկի հավելումներն են և հիմնականում զարգանում են սաղմսային թերթիկի արտաքին ծլաշերտից (Էկտոդերմայից): Լորձաթաղանթի վրա կան միայն թքագեղձեր:

Մազերը ծածկում են մարմնի ամբողջ մակերեսը, բացառությամբ ափերի, ներբանի և լորձամաշկային միացումների, այդ թվում՝ շրթունքների կարմիր երիզ, կաթնագեղձերի պտուկ, փոքր սեռական շրթեր, առնանդամի գլխիկ և ծիլկի ներսային թիթեղից: Նրանց խտությունը 1սմ²-ում կազմում է 40-ից մինչև 1000: Մազը կազմված է մաշկի մակերեսում գտնվող ցողունից և բուն մաշկում տեղակայված արմատից: Մագի ցողունը հիմնականում կազմված է միմյանց հպված եղջերացած բջիջներից:

Արմատը կազմված է ուղեղային և կեղևային նյութերից, եզրամասում շրջապատված է մեկ շերտ կղմինդրածև բջիջներից կազմված կոտիկուլայով և ավարտվում է մագի կոճղեզով, որն ապահովում է մագի աճը:

Մազարմատը և կոճղեզը գտնվում են մագապարկում, ինչպես պատյանում, որը կազմված է Էպիթելային և արտաքին շարակցահյուսվածքային թաղանթներից, վերջինիս ամրանում են մազը բարձրացնող մկանները:

Մազարմատը և կոճղեզը մագապարկի հետ միասին կրում են մագի ֆոլիկուլ անվանումը: Մագապարկի վերին մասի լայնացումը կոչվում է մագային ձագար: Նրա մեջ բացվում է ճարպագեղձի արտատար ծորանը:

Ճարպագեղձերը մաշկում կան ամենուր, բացառությամբ ափերի և ներբանների: Գեղձի ծորանը բացվում է մագապարկի ելանցքում: Շրթունքի կարմիր երիզի և այլ լորձամաշկային միացումների հատվածներում նրանք բացվում են անմիջականորեն մաշկի մակերեսին: Ըստ կառուցվածքի ճարպագեղձերը պատկա-

նում են պարզ ավետլային գեղծերին: Ճարպագեղծերի արտադրուկը (մաշկային ճարպը) կազմում են այդ գեղծերի ծայրային հատվածների բջիջների քայքայման արգասիքները: Մազը բարձրացնող մկանի կծկումները նպաստում են ճարպագեղծի արտադրուկի արտածորմանը:

Քրտնագեղծերը երկու տեսակի են՝ մերոկրինային (Էկկրինային) և ապոկրինային, արտադրում են տարբեր կազմության քրտինք: Քրտնագեղծերը հասարակ խողովակաձև կառուցվածք ունեն: Գեղծի ոլորված ծայրային մասը սովորաբար տեղադրվում է բուն մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի սահմանում:

Երկար արտատար ծորանը ուղղվում է մաշկի մակերեսին ուղղահայաց և խցանահանի ձևով «ծակում է» վերնամաշկը: Մարդու Էկկրինային քրտնագեղծերը տեղադրված են ամբողջ մաշկային ծածկույթով՝ բացառությամբ մաշկա-լորձաթաղանթային միացումների: Նրանք քանակությունը մաշկի մակերեսի 1սմ²-ում տատանվում է 200-ից մինչև 800: Ապոկրինային քրտնագեղծերը, ի տարբերություն Էկկրինայինների տեղադրված են միայն անոթային փոսերում, պտուկների շուրջը, ճակատի մաշկին, շեքի շրջանում: Նրանք սովորաբար բացվում են մազի ֆոլիկուլի ճարպագեղծի արտատար ծորանից վերև կամ մաշկի մակերեսին: Եղունգները կազմված են իրար հպված եղջերային թեփուկներից, որոնք չունեն ֆիբրիլյար կառուցվածք, բայց պահպանել են միջուկի մնացորդներ: Մաշկի այն հատվածը, որտեղ տեղադրվում է եղունգը, կոչվում է եղունգի մահիճ: Հետևից և կողքերից եղունգի մարմինը ծածկվում է մաշկային ծալքերով՝ այսպես կոչված եղունգի գլանիկներով: Եղունգի ամենահետին մասը կոչվում է եղունգի արմատ: Եղունգի արմատը մտնում է եղունգի հետին գլանիկի տակ: Եղունգային մահիճի Էպիթելի հատվածը, որտեղ պառկած է եղունգի արմատը, կոչվում է մատրիքս: Եղունգի աճը տեղի է ունենում մատրիքսի բջիջների հաշվին, որը ունի վերնամաշկի կառուցվածքը և գուրկ է հատիկավոր և եղջերային շերտերից (սկար 1,2):

ՄԱՇԿԻ ՖԻԶԻՈԼՈԳԻԱ

Մաշկի ֆիզիոլոգիայի առանձնահատկությունն է՝ մի կողմից նրա սերտ կապն ամբողջական օրգանիզմի հետ (քանի որ այն

կարևորագույն և ամենամեծ օրգանն է), մյուս կողմից՝ արտաքին միջավայրից օրգանիզմի պաշտպանությունը և նրա հետ կապի իրականացումը:

Մաշկը ակտիվորեն մասնակցում է ջրային, հանքային, ճարպային, ածխաջրային նյութափոխանակությանը: Մաշկում սիթեզվում են որոշ սպիտակուցային նյութեր (կերատին, մելանին), ֆերմենտներ, գոյանում է վիտամին D, մաշկային ճարպ: Ընդհանուր նյութափոխանակության պրոցեսներում մաշկը հանդիսանում է պահեստ, որտեղ կարող են կուտակվել ճարպը, ընդհանուր և հյուսվածքային նյութափոխանակության տարբեր արգասիքներ:

Մաշկը կատարում է մի շարք կարևոր ֆունկցիաներ:

Պաշտպանական ֆունկցիա

Հանդիսանալով մարդու մարմնի արտաքին ծածկույթը՝ մաշկն իրագործում է օրգանիզմի պաշտպանությունը արտաքին միջավայրի մեխանիկական, ֆիզիկական, քիմիական և կենսաբանական ազդեցություններից: Այսպես, մեխանիկական ազդեցությունից (շփում, ճնշում, վնասվածք) մաշկը պաշտպանում է եղջերաշերտի ամրության, բարձր առածականության, ինչպես նաև ճարպային շերտի հաշվին:

Օրգանիզմի պաշտպանությունը չորացումից և ջրի հավելյալ կորստից կատարվում է մաշկի մակերեսին ճարպային քսուքի առկայության և եղջերաշերտի ամրության շնորհիվ: Մաշկում գունակի, եղջերային և փայլուն շերտերի առկայությունը օրգանիզմը պաշտպանում է ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների վնասակար ազդեցությունից: Ճարպով օժտված եղջերաշերտը օրգանիզմը պաշտպանում է քիմիական վնասակար ազդեցություններից: Սակայն այդ պաշտպանությունն անկատար է, եթե քիմիական նյութը քայքայում է եղջերաշերտը կամ լուծվում է վերնամաշկի լիպիդներում: Նման դեպքերում քիմիական նյութը հեշտությամբ թափանցում է մաշկի մեջ:

Մաշկը նաև կենսաբանական պատնեշ է: Այն պաշտպանում է օրգանիզմը մանրէներից: Այդպիսի պաշտպանությունը հնարավոր է եղջերաշերտի ամրության և ամբողջականության, ինչպես նաև նրա թթվային ռեակցիայի (PH 5-6) ֆիզիոլոգիական թեփոտ-

ման, քրտնա և ճարպագեղձերի արտադրուկի դուրս մղող ազդեցության շնորհիվ:

Անհրաժեշտ է նշել իմուն մեխանիզմների կարևոր դերը մաշկի պաշտպանողական գործառուության իրագործման մեջ:

Ջերմակարգավորման ֆունկցիա

Մաշկի կարևորագույն դերը օրգանիզմի հաստատուն ջերմաստիճանի պահպանումն է: Այն օրգանիզմը պաշտպանում է ինչպես գերտաքացումից, այնպես էլ գերսառեցումից:

Մաշկը եղջերաթաղանթով և ենթամաշկային բջջանքով հանդերձ ջերմության վատ հաղորդիչ է, որի շնորհիվ օրգանիզմին հնարավորություն է տալիս պահպանել կայուն ջերմություն: Դրա հետ միասին օրգանիզմի ջերմատվությունը (մինչև 80%) դեպի արտաքին միջավայր հիմնականում կատարվում է մաշկի միջոցով՝ ի հաշիվ ջերմաճառագայթման, մաշկի մակերեսից ջրի գոլորշիացման (քրտինք) և ջերմահաղորդման բարձրացման:

Ջերմատվության պրոցեսի կարգավորումը տեղի է ունենում արյան շրջանառության և քրտնարտադրության փոփոխությունների միջոցով և գտնվում է վեգետատիվ նյարդային համակարգի հսկողության տակ, որն ազդանշաններ է ընդունում մաշկի ջերմային ընկալիչներից կամ գլխուղեղի ջերմակարգավորման կենտրոններից:

Արտազատական ֆունկցիա

Մաշկի արտազատական ֆունկցիան իրականացվում է քրտնագեղձերով և ճարպագեղձերով:

ճարպագեղձերը արտադրում են մաշկային ճարպ, որը ճարպաթուններից, խոլեսթերինի եթերներից, գլիցերինից կազմված բարդ նյութ է:

Մաշկային ճարպը, խառնվելով քրտինքին, մաշկի մակերեսին առաջացնում է ջրաճարպային եմուլսիայի բարակ թաղանթ, որը մեծ դեր է խաղում մաշկային ծածկույթի բնականոն ֆիզիոլոգիական վիճակը պահպանելու համար: Այն ունի մանրեասպան հատկություն, նպաստում է ջրի պահպանմանը:

Տեստոստերոնը և նմանատիպ կազմությամբ նյութերը նպաստում են, իսկ էստրոգենները ընկճում են ճարպի արտազա-

տումը: Ճարպագեղծերի գործառույթյան վրա կանոնավորող ազդեցություն ունի նյարդային համակարգը:

Քրտինք արտադրող մերուկրին գեղծերի և մաշկային արյունատար անոթների հիմնական դերը օրգանիզմի կայուն ջերմաստիճանի պահպանումն է: Միրուկրին գեղծերը, արտազատելով քրտինք, սառեցնում են մաշկը, իսկ արյունատար անոթները լայնանալով կամ նեղանալով՝ կարգավորում են ջերմաստվությունը կամ ջերմության պահպանումը: Քրտինքը, որն արտազատվում է մերուկրին գեղծերով, կազմված է 98-99% ջրից: Բնականոն պայմաններում քրտինքի մեջ միզանյութը գտնվում է նվազագույն քանակությամբ: Քրտինքի հետ օրգանիզմից կարող են դուրս բերվել տարբեր նյութեր, դեղանյութեր:

Ապուկրին գեղծերի գործառույթյունը կապված է սեռական գեղծերի գործունեության հետ: Նրանք սկսում են գործել սեռական հասունացման շրջանում և դադարեցնում են իրենց գործունեությունը դաշտանադադարի ժամանակաշրջանում:

Ներծծող (ռեգորբցիոն) ֆունկցիա

Մաշկի միջով հեշտությամբ թափանցում են թթվածինը, ածխաթթու գազը, նյութերը, որոնք լուծված են ճարպերում կամ որոնք քայքայում են ճարպերը: Մաշկը կարող է ռեգորբցել որոշ դեղամիջոցներ (հակաբիոտիկներ, հորմոններ): Ռեգորբցիան հիմնականում իրականացվում է մազային ֆոլիկուլներով, չնչին չափով՝ քրտնագեղծերով և եղջերային շերտով: Տարբեր նյութերի համար հիմնական խոչընդոտ է համարվում էպիդերմիսի փայլուն շերտը:

Չգայական ֆունկցիա

Մաշկն ամենաընդարձակ զգայական (սենսոր) օրգանն է (1սմ² մակերեսին առկա են 2 ջերմային, 12 ցրտային, 25 շոշափական և 150 ցավային ընկալիչներ): Ըստ գործառույթի տարբերում են՝

- մեխանիկական ընկալիչներ (մեխանոռեցեպտորներ, ապահովում են շոշափական զգացողությունները՝ շոշափում, մակերեսային և խորը ճնշում, վիբրացիա),
- ջերմային ընկալիչներ (թերմոռեցեպտորներ, ապահովում են սառը և տաք ջերմաստիճանի զգացողությունը),

- ցավի ընկալիչներ (սոցիոեցեպտորներ, ապահովում են ցավի և քրոի զգացողությունը),
- մաշկի սեղման և ձգման ու տաք ջերմաստիճանի զգացողությունն ապահովում են դանդաղ հակազդող Ռուֆֆինիի մարմնիկները,
- մեխանիկական գրգռման և սառը ջերմաստիճանի զգացողությունն ապահովում են Կրաուզեի ծայրային կոլբաները:

Մաշկն ընդարձակ էկրան է, որտեղ պատկերագծվում են բոլոր օրգանների և օրգան-համակարգերի գործունեության փոփոխությունները:

Մաշկային զգայություններն օգնում են մեզ կողմնորոշվել արտաքին միջավայրում: Նյարդային ընկալիչները միջնորդավորում են ցավի, ճնշման, վիբրացիայի, քրոի և այլ կարևորագույն զգացողություններ:

Ցավի զգացողությունն օգնում է խուսափել ցավի աղբյուրից, հետագա վնասվածքներից:

ՄԱՇԿԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՍԿՉՐՈՒՆՔՆԵՐԸ

Ժամանակակից բժշկագիտության նվաճումների արդյունքում առաջընթաց է նկատվել նաև մաշկաբանությունում: Օրինակ՝ տարիներ առաջ բշտախտը համարվում էր անբուժելի և մահացու ելքով հիվանդություն, իսկ այժմ սթերոիդ հորմոնների օգտագործման շնորհիվ այդպիսի հիվանդները բուժվում են:

Մի խումբ դերմատոզների դեպքում հայտնի են էթիոլոգիական գործոններ, որոնցով էլ պայմանավորված է նրանց առաջացումը (պիոդերմիաների տարբեր ձևեր, պալարախտ, վիրուսային դերմատոզներ, քսուր):

Բուժման եղանակի ընտրությունը լիովին կախված է մաշկային հիվանդության էթիոլոգիայից և պաթոգենեզից:

Հիվանդության պատճառի բացահայտումից հետո անհրաժեշտ է անցկացնել էթիոտրոպ բուժում:

Պաթոգենետիկ բուժումը համարվում է մի շարք դերմատոզների բուժման միակ տեսակը, որը հիվանդի մոտ վերացնում, կարգավորում է մաշկի տվյալ հիվանդությունը պայմանավորող

օրգան-համակարգերի ֆունկցիաների խանգարումները: Բուժման նշանակման հարցում պետք է ուշադրություն դարձնել ամբողջական օրգանիզմի և կենտրոնական նյարդային համակարգի վիճակը:

Բուժումը անհրաժեշտ է անցկացնել խիստ անհատական՝ հաշվի առնելով հիվանդի սեռը, տարիքը, անամնեստիկ տվյալները, դեղամիջոցների տանելիությունը, դերմատոզի ձևը, փուլը և տարածվածությունը:

Ընդհանուր բուժման մեթոդներից են՝ դեղորայքային բուժումը, ռեժիմը, դիետան, ֆիզիոթերապևտիկ և կուրորտային բուժումը: Ընդհանուր ազդեցության դեղամիջոցների հիմնական խմբերն են՝

- կենտրոնական նյարդային համակարգի վրա ազդող դեղամիջոցներ (հոգեմետ դեղամիջոցներ),
- ծայրամասային նյարդային համակարգի պրոցեսների վրա ազդող (հակահիստամինային դեղամիջոցներ),
- նյութափոխանակության վրա ազդող (վիտամիններ, թթվահիմնային և իոնային բալանսը, կարգավորող հորմոնային միջոցներ, մետաբոլիկ պրոցեսների խթանիչներ),
- հակամիկոբային, հակաբորբոքային ազդեցության քիմիաթերապևտիկ միջոցներ (հակաբիոտիկներ, սուլֆանիլամիդներ, հակասնկային դեղամիջոցներ):

Բուժման համար օգտագործվում են ամբուլատոր կամ ստացիոնար ռեժիմները:

Հիվանդին նշանակվող դիետան նախատեսում է ածխաջրերի, աղի սահմանափակում, քաղցրավենիքի, ոգելից խմիչքի և ալերգիկ ռեակցիաներ առաջացնող սննդամիջոցների բացառում:

Բուժման նպատակով օգտագործում են հետևյալ ֆիզիոթերապևտիկ մեթոդները՝

- դեղամիջոցներով էլեկտրոֆորեզ՝ ալերգոդերմատոզների, ճաղատության, կելոիդ սպիների, սկլերոդերմիայի, կարմիր տափակ որքինի սահմանափակ ձևերի ժամանակ,
- Բերնարի հոսանքների օգտագործում՝ Էլզեմայի, պսորիազի, նեյրոդերմիտի, գոտևորող որքինի ժամանակ,

- դիաթերմոկոագուլյացիա՝ գորտնուկների, պապիլոմաների, կելոիդների, անոթային նևուսների հեռացման համար,
- դարսոնվալիզացիա՝ մազաթափության, կորյակների, Էկզեմայի, պսորիազի, Նեյրոդերմիտի, կելոիդների դեպքում,
- գերարագ հաճախականության հոսանքի օգտագործում՝ ֆուրունկուլյոզի, հիդրադենիտի, վասկուլիտի, տրոֆիկ խոցերի դեպքում,
- կորտիկոստերոիդներով, վիտամին A-ով ուլտրաֆունֆորեզ՝ Էկզեմայի, պսորիազի, Նեյրոդերմիտի դեպքում:

Կրիոթերապիա

Կրիոթերապիան սառեցման ճանապարհով հյուսվածքների քայքայումն է: Այս նպատակով ներկայումս կիրառում են՝

- պինդ ածխաթթվի երկօքսիդի և ացետոնի խառնուրդը (արհեստական «ձյուն» է ստեղծվում) բամբակե խծուծի օգնությամբ դրվում է ախտահարված օջախին, և հարակից առողջ մասի 1-2 մմ հաստության շերտը լիակատար սառեցվում է, հալվելուց հետո գործողությունը կրկնում են:
- Յեղուկ ազոտը (սառեցնում է հյուսվածքը մինչև -196°C , պահվում է հատուկ կոնտեյներում) ձողիկին փաթաթված բամբակե խծուծը թրջում են հեղուկ ազոտով ու մի քանի վայրկյան դնում ախտահարված օջախին: Գործողությունը կրկնում են ըստ անհրաժեշտության:
- Ազոտի օքսիդը սառեցնում է հյուսվածքը մինչև -80°C և գործողությունը տևում է շուրջ 30 վայրկյան, այն կրկնում են ըստ անհրաժեշտության:

Կրիոթերապիայի ցուցումները՝

- գորտնուկներ (կրիոդեստրուկցիան իրականացվում է 2-3 շաբաթյա ընդմիջումներով, ներբանային գորտնուկների դեպքում բուժման արդյունավետությունը ցածր է),
- սեբորեային կերատոմաներ,
- պապիլոմաներ,
- դիսպլաստիկ գոյացություններ (արդյունավետ է հատկապես վաղ շրջաններում),
- Բոուենի հիվանդություն:

Տարբեր դերմատոզների ժամանակ խորհուրդ է տրվում կուրորտաբուժում: Այս բուժման շնորհիվ նվազում են հիվանդության ռեցիդիվները և հիվանդների հետ անց է կացվում հոգեբուժական խորհրդատվություն:

Կուրորտաբուժության մեջ ընդգրկված են կլիմատիկ գործոնները (տալասոհեմոթերապիա, ցեխաբուժություն), տարբեր լուգանքներ (յոդոբրոմային, ռադոնային, բուսաբուժություն):

Մաշկային հիվանդությունները կարող են հանդիսանալ ոչ միայն մաշկի տեղային պրոցեսներ, այլ նաև կենտրոնական, վեգետատիվ և ծայրամասային նյարդային համակարգերի, ներքին օրգանների և ներզատիչ գեղձերի նորմալ գործունեության խափանման, նյութափոխանակության, հոմեոստազի և այլ համակարգերի ախտաբանական փոփոխությունների արդյունք: Այդ իսկ պատճառով մաշկային հիվանդների մեծամասնության համար հիմնականը ընդհանուր բուժումն է:

Հիվանդի նկատմամբ անհատականացված հոգեբանական ճիշտ մոտեցումը որոշակի չափով ապահովում է դեղաբուժության դրական արդյունք:

Կիրառում են՝

1. Լազերաբուժություն

Լազերները քվանտային էլեկտրոնային սարքեր են, որոնք էներգիայի մի տեսակը (լուսային, էլեկտրական, ջերմային, քիմիական) վերափոխում են մեկ այլ՝ լազերային տեսակի:

Մաշկաբանության մեջ լազերները կիրառվում են՝

- տելեանգիէկտազիաների,
- հեմանգիոմաների,
- գունակային բծերի,
- դաջվածքների,
- կնճիռների,
- կելոիդների,
- հիպերտրոֆիկ սպիների,
- սեբորեային կերատոմաների,
- գորտնուկների,
- լեյկոպլակիայի դեպքերում:

Լազերային ճառագայթների կենսաբանական ազդեցությունը պայմանավորված է ճառագայթվող հյուսվածքների անատոմիական, կենսաբանական, օպտիկական-ֆիզիկական, քիմիական, գործառույթային և այլ առանձնահատկություններով, ինչպես նաև ճառագայթների ֆիզիկական հատկանիշներով՝

- ճառագայթման հզորությամբ (Էներգիայի խտությունը, չափման միավորը՝ վատտ, վտ),
- ալիքի երկարությամբ,
- իմպուլսների տևողությամբ,
- իմպուլսների կրկնման հաճախականությամբ,
- ճառագայթման Էներգիայով,
- հզորության խտությամբ,
- լուսաչափի խտությամբ (ճառագայթման Էներգիան է, որը բաշխվում է միավոր մակերեսի վրա):

Ցածր հզորության լազերային ճառագայթման ցուցումները՝

- արյան և ավշային շրջանառության, վերականգնողական գործընթացների խթանման անհրաժեշտություն,
- կոլագենի արտադրության խթանման անհրաժեշտություն,
- կենսասինթետիկ գործընթացների խթանման անհրաժեշտություն,
- մաշկային հիվանդություններ (Էկզեմա, հերպեսային վարակներ, պսորիազ):

Ցածր հզորության լազերային ճառագայթման հակացուցումները Բացարձակ հակացուցումներն են՝

- չարորակ նորագոյացությունները,
- հեմոռագիկ համախտանիշը:
Հարաբերական հակացուցումներն են՝
- հղիության շրջանը,
- թոք-սրտային անբավարարությունը դեկոմպենսացիայի փուլում,
- սիրտ-անոթային անբավարարությունը դեկոմպենսացիայի փուլում,
- զարկերակային գերճնշումը,

- արյունաստեղծ օրգանների հիվանդությունները,
- ակտիվ տուբերկուլոզը,
- սուր վարակիչ հիվանդությունները,
- թիրեոտոքսիկոզը,
- հոգեկան հիվանդությունները,
- լյարդի հիվանդությունները,
- երիկամների հիվանդությունները:

2. Յոգեֆարմակոթերապիա կամ պսիխոֆարմակոթերապիա Զորվող դերմատոզների ախտաճնության հարցում մեծ դեր է տրվում կենտրոնական և վեգետատիվ նյարդային համակարգերի ֆունկցիոնալ խանգարումներին: Ուստի բուժման հարցում մեծ տեղ է տրվում նեյրոֆարմակոլոգիական դեղամիջոցներին: Մաշկային հիվանդությունների բուժման նպատակով դեղորայքային միջոցներից բացի օգտագործում են նյարդային համակարգի վրա ներգործող ոչ դեղորայքային մեթոդներ, որոնցից են՝ պսիխոֆիզիոթերապիան:

Յոգեթերապիան

Յոգեթերապիան իրենից ներկայացնում է բուժումը խոսքով: Այս թերապիան պետք է անցկացվի առաջին հերթին հաշվի առնելով հիվանդի նյարդա-հոգեբանական վիճակը՝ կիրառելով բանավոր ներշնչանքն այն մասին, որ իր հիվանդությունը բուժելի է:

Ամեն մի նշանակված դեղամիջոցի վերաբերյալ հիվանդի հետ պետք է անցկացվի խորհրդատվություն՝ բացատրելով կիրառման ձևերը: Առավել արդյունավետ հոգեթերապևտիկ հատկությամբ է օժտված հիպնոսաբուժումը (հիպնոսուզեստիա):

Ռեֆլեքսոթերապիա, ասեղնաբուժում

Սրա հիմքում ընկած են նեյրոռեֆլեկտոր մեխանիզմները, որոնք օժտված են կարգավորող ազդեցությամբ կենտրոնական և վեգետատիվ օղակների վրա և որոշ դեպքերում նվազեցնում կամ վերացնում են քորը: Այս մեթոդը օգտագործում են հատկապես քորվող դերմատոզների ժամանակ:

Յուպոսենսիբիլիզացիոն թերապիա

Դերմատոզների պաթոգենեզում մեծ դեր են խաղում գերզգայնության ռեակցիաները: Այդ նպատակով նրանց բուժման

հարցում մեծ դեր է տրվում ավերգենի վերացմանը և հիպոսենսիբիլիզացիոն թերապիային: Եթե ավերգենը հայտնաբերվել է և չի առաջացել պոլիվալենտ սենսիբիլիզացիա, ապա անհրաժեշտ է անցկացնել սպեցիֆիկ դեսենսիբիլիզացիա: Այդ նպատակով հիվանդին ներմաշկային ներարկում են ավերգենի քիչ քանակություն:

Սպեցիֆիկ դեսենսիբիլիզացիան տարածում է գտել քրոնիկ և ռեցիդիվող պիոդերմիաների դեպքում: Այս դեպքում, օրինակ, օգտագործում են ստաֆիլոկոկային անատոքսին, ստրեպտոկոկային և ստաֆիլոկոկային վակցինաներ:

Հիպոսենսիբիլիզացիոն թերապիան օգտագործվում է ավերգողերմատոզների, խրոնիկ դերմատոզների սրացումների՝ պտորիազի, նեյրոդերմատոզների ժամանակ: Այս թերապիան օգտագործում են գերզգայունության իջեցման նպատակով (սննդային, դեղորայքային, կենցաղային և մասնագիտական ավերգենների նկատմամբ):

Էկզեմայի թաց ձևերի, դերմատիտների, եղջացանի դեպքում օգտագործում են նատրիումի թիոսուլֆատի 30%-անոց լուծույթ: Միջմկանային ներարկում են կալցիումի գլյուկոնատի 10%-անոց լուծույթ:

Հակահիստամինային դեղամիջոցներից օգտագործում են դիմեդրոլ՝ 0,025-0,05գ օրը 2-3 անգամ ներքին ընդունման տեսքով կամ 1մլ 1%-անոց լուծույթ միջմկանային օրը 1-2 անգամ, դիազոլին՝ 0,05-0,1գ օրը 3 անգամ, սուպրաստին՝ 25մգ օրը 2-3 անգամ կամ միջմկանային 2%-անոց լուծույթը 1-2մլ, տավեգիլ՝ 1մգ առավոտյան և երեկոյան, դիպրազին ներքին ընդունման 25մգ օրը 2-3 անգամ կամ միջմկանային 1-2 մլ 2,5%-անոց լուծույթ, կետոտիֆեն կամ զադիտեն ներքին ընդունման համար 1-2 մգ առավոտյան և երեկոյան, պերիտոլ 2-4մգ օրը 3-4 անգամ:

Կալցիումի դեղամիջոցներից կիրառում են կալցիումի քլորիդ, կալցիումի գլյուկոնատ և կալցիումի լակտատ: Սրանք օժտված են դեսենսիբիլիզացնող, հակաբորբոքային և հանգստացնող ազդեցությամբ:

Դեզինտոքսիկացիոն թերապիա

Օգտագործվում է տարածուն դերմատոզների դեպքում, որոնք ուղեկցվում են ինտոքսիկացիայի ախտանիշներով (պսորիազի ծանր ընթացք, Էկզեմա, բշտային դերմատոզներ) կամ այն դերմատոզների ժամանակ, որոնք առաջանում են արտաքին միջավայրից թափանցած նյութերի ազդեցությունից՝ հիվանդի օրգանիզմի անհատական անտանելիության առկայության դեպքում: Դեզինտոքսիկացիայի մեթոդներից են՝ տրանսֆուզիոն թերապիան (հեմոդեզի, պոլիզլուկինի, գլյուկոզայի ներերակային կաթիլային ներարկում), Էստերոսորբցիան՝ ակտիվացված ածուխ 1գր-10կգ մարմնի քաշի, պոլիսորբ:

Վիտամինոթերապիա

Կիրառվում է քրոնիկ դերմատոզների դեպքում: Օգտագործվում են երկաթ պարունակող դեղամիջոցներ (գլիցերոֆոսֆատ, երկաթի լակտատ, հեմոստիմուլին):

Վիտամին A (ռետինոլ) հանդիսանում է մաշկի, աչքի լորձաթաղանթի, բերանի խոռոչի, սեռական օրգանների պաշտպանիչ: Օգտագործվում են չորությունով, մաշկի որքիևացված հատվածների առաջացումով ուղեկցվող մաշկային հիվանդությունների ժամանակ:

Վիտամին B₁ (թիամին) և վիտամին B₂ (ռիբոֆլավին), օգտագործվում է սեբորեայի, վարդագույն պզուկների, կանդիդոզի դեպքում:

Վիտամին B₃ (սիկոտինաթթու, վիտամին քք) նպաստում է մաշկի, աղեստամոքսային տրակտի և նյարդային համակարգի նորմալ գործունեությանը:

Վիտամին D₂ (Էրգոկալցիֆերոլ) կարգավորում է կալցիումի և ֆոսֆորի փոխանակումը և Էպիդերմիսի միտոտիկ ակտիվությունը: Օգտագործում են պսորիազի, սկլերոդերմիայի, ատոպիկ դերմատիտի դեպքում:

Վիտամին C (ասկորբինաթթու) մասնակցում է արյան մակարդեղիության պրոցեսներին, կոլագենի սինթեզին, բարձրացնում է օրգանիզմի դիմադրողականությունը ինֆեկցիաների նկատ-

մամբ: Օգտագործում են վասկուլիտների, պսորիազի, տարբեր այլ դերմատոզների ժամանակ:

Հորմոնոթերապիա

Մի շարք մաշկային հիվանդությունների էթիոտրոպ, պաթոգենետիկ թերապիայի նպատակով օգտագործում են կորտիկոստերոիդ հորմոններ: Տոքսիդերմիայով, ատոպիկ դերմատիտով, Էկզեմայով, բուլյոզ պեմֆիգոիդով հիվանդների մոտ կորտիկոստերոիդների օգտագործումը արագ կասեցնում է սրացումները: Դերմատոզների բուժման ժամանակ կորտիկոստերոիդների օգտագործումը հիմնված է նրանց հակաբորբոքային, հիպոսենսիբիլիզացնող, հակատոքսիկ ազդեցության վրա: Օգտագործում են հիմնականում պրեդնիզոլոնը, տրիամցինոլոնը, դեքսամետազոնը: Բետամետոզոնը (դիպրոսպան) նշանակում են ատոպիկ դերմատիտի, Էկզեմայի, կարմիր տափակ որքինի դեպքում: Մանկական դերմատոզների ժամանակ կորտիկոստերոիդների օգտագործումը պահանջում է հատուկ գզուշություն: Վերջիններս նշանակվում են միայն մաշկային հիվանդության ծանր ընթացքի դեպքում: Մինչև 2 տարեկան երեխաների դեղամիջոցի դոզան (դեղաչափ) որոշում են հաշվի առնելով մարմնի քաշը, իսկ մեծերինը՝ հաշվի առնելով տարիքը: Օրինակ՝ պրեդնիզոլոնը նշանակում են 1-1,5 մգ, տրիամցինոլոնը 0,75-1մգ, դեքսամետազոն 0,1-0,2 մգ - մարմնի քաշի 1կգ-ի համար:

Ստերոիդ դեղամիջոցների ընդունման ընդհատումը կարող է բերել ծանր բարդությունների («հանման ախտանիշ»): Դեղամիջոցը անհրաժեշտ է հանել աստիճանաբար՝ նվազեցնելով դեղաչափը:

Կորտիկոստերոիդների նշանակումը նպատակահարմար է գուգակցել սալիցիլատների, կալցիոմի պրեպարատների, «A», «C», «B» խմբի վիտամինների հետ: Ստերոիդ հորմոնների երկարատև ընդունման ժամանակ օրգանիզմից դուրս է մղվում կալիումի որոշակի քանակություն, ուստի բուժման ընթացքում պացիենտներին նշանակվում է կալիումի պրեպարատներ (կալիումի ացետատ, կալիումի քլորիդ, պանանգին):

Ստերոիդ հորմոնների մեծ դեղաչափերի երկարատև օգտագործումը կարող է հանգեցնել այսպես կոչված «կուշինգոիդային ախտանիշի՝ կուշինգոիդ: Ճարպի ոչ հավասարաչափ կուտակման հետևանքով դեմքը այտուցվում է, վերանրակային փոսիկներում ճարպ է կուտակվում, մեծանում է որովայնը: Ճայրանդամներում ենթամաշկային ճարպաբջջանքը բարակում է, նկատվում է մազածածկույթի առատ աճ, ի հայտ է գալիս պզուկացան, առաջանում են մաշկային ատրոֆիկ գծեր (ստրիաներ), նկատվում են գերճնշման երևույթներ («ստերոիդային հիպերտոնիա») և շաքարախտի երևույթներ («ստերոիդային դիաբետ»), արյան պրոթրոմբինի ավելացման հետևանքով կարող է առաջանալ անոթների թրոմբոզ: Նշված հնարավոր բարդությունների առաջացման պատճառով կորտիկոստերոիդների նշանակման ժամանակ անհրաժեշտ է հետևել հիվանդի սննդակարգին, զարկերակային ճնշմանը, մարմնի քաշին, տրոմբոցիտների քանակին արյան մեջ, մեզի մեջ քլորիդների քանակին:

Հակաբիոտիկոթերապիա

Հակաբիոտիկները և սուլֆանիլամիդները նշանակվում են երկրորդային ինֆեկցիայի միացման դեպքում խրոնիկական ինֆեկցիայի օջախների մշակման ժամանակ: Հակաբիոտիկների կիրառումից առաջ բուժքույրը պետք է պարզի, թե հիվանդը ինչ հակաբիոտիկ է կիրառել և երբ, լուծիչի (հիմնականում նոպկայինի) նկատմամբ գերզգայունության առկայության վերաբերյալ: Վերջինիս դեպքում, համաձայն բժշկի ցուցման, դրվում են ներմաշկային պրոբաներ հակաբիոտիկների մինիմալ չափերով: Հակաբիոտիկներով բուժման ժամանակ անհրաժեշտ է խիստ հետևել ներարկումների միջև ընկած ժամանակահատվածներին: Սա շատ կարևոր է այն պատճառով, որ օրգանիզմից հակաբիոտիկների դուրս բերման ժամանակահատվածները տարբեր են: Շատ հաճախ օգտագործում են բենզիլպենիցիլինի կալիումական և նատրիումական աղերը, որոնք լուծում են նոպկայինի 0,25-0,5% 1-2 մլ մեջ: Առաջին ներարկումից 20-30 րոպե առաջ ցանկայի է հիվանդին տալ հակահիստամինային դեղամիջոց (սուպրաստին, տավեգիլ, ֆենկորալ):

Պիոդերմիաների դեպքում օգտագործում են կիսասինթետիկ պենիցիլիններ (օքսացիլին, ամպիցիլին): Պենիցիլինոթերապիայի ժամանակ հաճախ առաջանում են գերզգայունության ռեակցիաներ՝ մաշկային տարբեր ցանավորումների, տոքսիդերմիայի, Կվինկեյի այտուցի, բրոնխիալ ասթմայի տեսքով: Այս դեպքում բուժումն ընդհատվում է, նշանակվում են հիպոսենսիբիլիզացնող միջոցներ և անցկացվում են հակաշոկային միջոցառումներ:

Տետրացիկլինի խմբի հակաբիոտիկներից հաճախ օգտագործում են օքսիցիլին, մետացիկլին, տետրացիկլին, մակրոլիդներից՝ էրիթրոմիցին, սոլմամեդ, ռուլիդ:

Ամինոգլիկոզիդների խմբի հակաբիոտիկներից՝ գենտամիցին, ստրեպտոմիցին, կանամիցին:

Հակասնկային դեղամիջոցներ

Սնկային հիվանդությունների բուժման ժամանակ օգտագործում են հետևյալ դեղամիջոցները.

Գրիզեոֆուլվինը հակասնկային հակաբիոտիկ է՝ անջատված պենիցիլինում բորբոսասնկերի կուլտուրայից: Թողարկվում է հաբերի, քսուքի, աերոզոլի տեսքով:

Նիզորալ (օրոնազոլ, կետոկոնազոլ), թողարկվում է հաբերի, 1%-կրեմի, շամպունի ձևով:

Լամիզիլ (եզիֆին, տերբինաֆին), թողարկվող դեղաձևերն են՝ հաբ, 1% կրեմ, գել, աերոզոլ:

Օրունգալ (սպորանոկս, ինտրակոնազոլ) թողարկվում է դեղապատիճների ձևով, կիրառվում է ոտնաթաթի միկոզների, տրիխոմիկոզների, օնիխոմիկոզների դեպքում:

Դիֆլուկան (ֆլուկոնազոլ) նշանակվում է օնիխոմիկոզների բուժման համար:

Միկոսիստ դեղապատիճ է, ցուցված է կանդիդոզների, դերմատոֆիտիաների դեպքում:

Տեղային հակասնկային դեղամիջոցներից են՝ միկոսեպտին քսուքը, բատրաֆեն լաքը, կետոկոնազոլի 2% քսուքը, լամիզիլի 1% քսուքը:

Սինթետիկ հակամալարիային դեղամիջոցներ

Սրանք խինոլային շարքի դեղամիջոցներ են՝ խինգամին (դե-լագիլ, ռեզոխին, քլորոխին), հիդրոքսիքլորոխին (պլակվենիլ), և թե-րապեուտիկ ազդեցությունը հիմնված է մաշկի զգայունության նվազ-ման վրա արևային ճառագայթների նկատմամբ: Այս դեղամիջոց-ները նպաստում են մակերիկամների կեղևի կողմից կորտի-կոստերոիդների արտադրմանը: Սրա հետ է կապված նրանց հա-կաբորբոքային, հիպոսենսիբիլիզացիոն ազդեցությունը: Այս դեղա-միջոցները նշանակում են կարմիր գայլախտով, ֆոտոդերմա-տոզներով, կարմիր տափակ որքինով հիվանդներին:

Այլ քիմիոթերապեուտիկ դեղամիջոցներից նշենք պարաա-մինոսալիցիլաթթուն և իզոնիկոտինաթթվի (իզոնիազիդ, ֆթիվա-զիդ) դեղամիջոցները, որոնք օգտագործվում են մաշկի պալարախ-տի դեպքում:

Արտահայտված հակավիրուսային ազդեցությամբ օժտված են ֆամցիկլովիրը, զովիրաքսը (ացիկլովիր), ռետրովիրը:

Մի շարք դերմատոզների (պսորիազ, վասկուլիտներ) բուժ-ման նպատակով օգտագործում են հեպարին:

Այն դերմատոզների ժամանակ, որոնց դեպքում շարակցա-կան հյուսվածքում ավելանում է հիալուրոնաթթուն (սկլերոդե-րմիա), նշանակում են լիդազա:

Հոդախտային պսորիազի ժամանակ նշանակում են նաև ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցներ՝ ինդոմետացին, օրտոֆեն, նապրոսին, սուրգամ:

Մաշկային հիվանդություններով հիվանդների բուժումը հա-մարվում է համալիր, քանի որ զուգակցվում է տեղային և ընդհանուր բուժման սկզբունքներով:

Տեղային բուժում

Մաշկաբանության մեջ մեծ է տեղային բուժման դերը, քանի որ նա ունենում է նաև ընդհանուր ազդեցություն:

Տեղային բուժման ընթացքում բուժքույրը պետք է հետևի ստորև նշված կանոններին՝

- Սուր բորբոքման փուլում (երիթեմա) չի կարելի օգտագործել քսուքներ, կրեմներ:

- Կորտիկոստերոիդներ օգտագործելիս հաճախ բավարար է լինում թույլ և չափավոր ակտիվ միջոցների կիրառումը:
- Գլխի մազածածկ մասի տեղային բուժման համար օգտագործում են գելեր, սուսպենզիաներ, լուծույթներ:
- Կորտիկոստերոիդների երկարատև օգտագործումը կարող է առաջացնել մաշկի ատրոֆիա:
- 30 գ կրեմը բավարար է մեծահասակ մարդու ամբողջ մարմինը մեկ անգամ կամ ձեռքերը երկու շաբաթվա ընթացքում օրը երկու անգամ մշակելու համար:
- Կրեմը քուռկից ավելի արագ է ներծծվում և նրա ծախսը ավելի քիչ է, իսկ մածուկինը 3-4 անգամ ավելի շատ, քանի որ այն ավելի հաստ շերտով է քսվում:
- Մաշկային հիվանդությունների տեղային բուժման ժամանակ պետք է հիվանդին կանոնավոր գնել, գնահատել նշանակված բուժման ընթացքը, անհրաժեշտության դեպքում փոխել բուժման սխեման:
- Հիվանդին պետք է մանրամասն բացատրել նշանակված դեղերի կիրառման ձևերը, տալ գրավոր ուղեցույցեր, ծանոթացնել բուժման հետ կապված նյութական ծախսերի հետ:

Դեղամիջոցի ընտրությունը պայմանավորված է տվյալ հիվանդության պատճառագիտությամբ, ախտածագումով և ախտանշանաբանությամբ: Նշանակվում է համապատասխան խմբի պատրաստուկ (հաշվի առնելով դեղագիտորեն ակտիվ բաղադրամասերի ազդեցության մեխանիզմը՝ հակաբորբոքային, ներծծող, վերականգնող, հակաքորային, կերատոլիտիկ, կերատոպլաստիկ, վենոտոնիկ)՝ նկատի ունենալով ցուցումները, հակացուցումները, հնարավոր կողմնակի ազդեցությունը:

Պատրաստուկների որևէ խմբին պատկանելը պայմանական է, քանի որ միևնույն դեղանյութը տարբեր դեղաձևերի մեջ, տարբեր խտություններով տարբեր ազդեցություն է ցուցաբերում, օրինակ՝ 1-2% խտությամբ սալիցիլաթթուն, կաթնաթթուն և ռեզորցինը ցուցաբերում են կերատոպլաստիկ, 5-10% խտությամբ՝ կերատոլիտիկ, 20-50% խտությամբ՝ այրող-կազմալուծող ազդեցություն:

Դեղաձևի ընտրությունը խիստ կարևոր է, քանի որ դեղանյութը տվյալ ազդեցության կարող է հանգեցնել միայն խիստ որոշակի դեղաձևի մեջ: Օրինակ՝ կերատոլիզի նպատակով դեղանյութերը պետք է ընդգրկել քուլքի կամ լաքի կազմի մեջ, էպիթելիզացման նպատակով՝ քուլքի մեջ արդյունավետ են, քան մածուկի մեջ:

Դեղամիջոցի քանակը դեղաձևում պետք է լինի սահմանափակ (անցանկալի բացասական փոխազդեցությունից խուսափելու նպատակով), իսկ ազդեցությունը՝ համադրելի, փոխլրացնող:

Մաշկախտների դեպքում կիրառվող արտաքին միջոցների քանակությունը պայմանավորված է հիվանդության ծանրության աստիճանով, տեղակայումով, գործընթացի տարածվածությամբ, կիրառվող դեղահենքով, բժշկի խորհրդատվությամբ:

Տեղակայումով պայմանավորված պատրաստուկի մեկանգամյա ծախսը տարբեր է՝

- դեմքին և պարանոցին գործընթացը տեղակայվելու դեպքում՝ 1գ,
- ձեռքերին տեղակայվելու դեպքում՝ 2գ (1,0 x 2),
- վերին վերջույթներին տեղակայվելու դեպքում՝ 3գ (1,5 x 2),
- ստորին վերջույթներին տեղակայվելու դեպքում՝ 6գ (3,0 x 2),
- ամբողջ մարմինն ընդգրկելու դեպքում՝ 20-30գ:

Դեղամիջոցը նշանակելիս հաշվի են առնում՝

- հիվանդի տարիքը (պատրաստուկի ներծծումն ավելի ուժգին է երեխաների, քան մեծահասակների դեպքում),
- գործընթացի տեղակայումը (մաշկի տարբեր հատվածներում դեղանյութերի ներծծման ուժգնությունը տարբեր է, օրինակ՝ դեմքի մաշկից դեղանյութի ներծծման գործակիցը մոտ 7 անգամ ավելի է, քան ափերից, բացի այդ, ավելի զգայուն են և արագ հակազդում են դեմքի, պարանոցի, սեռական օրգանների, վերջույթների ծալիչ մակերեսների մաշկը, այն դեպքում, երբ վերջույթների տարածիչ մակերեսների, ինչպես նաև գլխի մազածածկ մասի մաշկը, ափերը և ներբանները ունեն սահմանափակ զգայունություն, քանի որ վերջիններիս համեմատաբար հաստ եղջերաշերտը խոչընդոտում է դեղորայքի ներծծմանը,

- տարածվածությունը,
- զուգընթաց հիվանդությունների առկայությունը:

Մաշկի նախապատրաստումը

Որևէ դեղաձև կիրառելուց առաջ անհրաժեշտ է առանց մաշկը վնասելու մաքրել օջախը թարախից, թեփուկներից, կեղևներից, խոռոչային տարրերի հատվածներից, միևնույն օգտագործած պատրաստուկների մնացորդներից: Օջախը մաքրում են փոքր-ինչ տաքացրած բուսական կամ հանքային որևէ ձեթով օժված վիրախճուծով: 20 րոպե անց գործողությունը կրկնում են և հետո միայն զգուշությամբ ունեյիով հեռացնում են կեղևները և մաքրում օջախը:

		Հատկությունը	Օրինակ
1	Փափկեցնող միջոցներ	փափկեցնում և խոնավեցնում են մաշկը	վազելին, լանոլին, յուղեր
2	Տոպող միջոցներ	պակասեցնում են օջախի էքսուդացիան	այլումինիումի ացետատի լուծույթ, կաղնու կեղևի եփուկ
3	Կերատոլիտիկ միջոցներ	հեռացնում են վերնամաշկի եղջերացած շերտը	սալիցիլաթթու, միզանյութ, ռեզորցին (հատկապես քսուքների ձևով)
4	Հակաբորային միջոցներ	մեղմացնում են քորը	մենթոլի, կամֆորայի, ֆենոլի լուծույթներ
5	Հակամակաբուժային և հակասնկային միջոցներ	ազդում են սնկերի, մակաբույծերի, մանրէների վրա	ծծումբ, ռեզորցին, բենզիլբենզոատ, սալիցիլաթթու:
Բորբոքման փուլը			Դեղաձևը
1	Սուր բորբոքում (Էրիթեմա, խոնավացում)		լուծույթներ, սուսպենզիաներ
2	Ենթասուր բորբոքում (Էրիթեմա, թեփոտում)		կրեմներ և գելեր
3	Ջրոնկյակյան բորբոքում (թեփոտում, չորություն, կարծրացում, կեղևակալում)		քսուքներ, սպեղանիներ, օկլյուզիոն վիրակապեր

Կեղտոտված էրոզիվ և խոցային մակերեսները մշակվում են ջրածնի գերօքսիդի 3%-անոց լուծույթով (հեռացնում են նեկրոտիկ քայքայման արգասիքները), իսկ շրջակա մաշկը՝ բորաթթվի թույլ խտության կամ վարակագերծող և չգրգռող ազդեցության այլ լուծույթներով:

Պիոդերմիաների դեպքում ախտահարված և հարակից առողջ մաշկի մշակումը կատարվում է 2%-անոց բորաթթվի, 2%-անոց սալիցիլաթթվի կամ այլ հականեխիչ լուծույթներով (ուղղութունը՝ ծայրամասից դեպի կենտրոն):

Մաշկային հիվանդությունների տեղային բուժման համար կիրառվում են տարբեր դեղաձևեր՝

- լուծույթներ
- ցանափոշիներ (պուդրաներ)
- թափահարվող կախույթներ (թափահարուկներ)
- կրեմներ
- սպեղանիներ
- լաքեր
- ատրոզոլներ
- քսուլներ

Անհրաժեշտ է իմանալ, թե որ դեղաձևը ինչ հատկությունով է օժտված և որ դեպքում կարելի է այն օգտագործել:

Լուծույթներ

Լուծույթները հեղուկ դեղաձևեր են, որոնք ստացվում են հեղուկ կամ պինդ դեղաձևերի այս կամ այն լուծիչի մեջ լուծման արդյունքում: Լուծիչի բնույթից կախված՝ տարբերում են ջրային, սպիրտային, յուղային լուծույթներ: Սպիրտային լուծույթները կիրառվում են մաշկի ջրի և այլ մաշկախտերի ժամանակ: Քանի որ նրանք օժտված են չորացնող ազդեցությամբ, ուստի դադարեցվում են խոնավությունը վերանալուն պես: Հակասեպտիկների ջրային լուծույթները (ֆուրացիլին, ռևանոլ, ցինկի սուլֆատ, արծաթի նիտրատ, ռեզորցին) օգտագործում են սուր վիճակում թրջոցների, խոնավ-չորացնող վիրակապերի համար: Լուծույթները օժտված են հակաբակտերիալ, հակաքորային, հակաբորբոքային ազդեցությամբ: Լուծույթների 400-500մլ օգտագործվում են թացությամբ

ուղեկցվող մաշկային հիվանդությունների դեպքում (Էկզեմա, դերմատիտ):

Թրջոցներ

Թրջոցը կամ սառեցնող խոնավ վիրակապերը օգտագործում են մաշկի սուր բորբոքման դեպքում՝ ախտահարված մաշկի թացությունը և այտուցը նվազեցնելու համար: 5-6 շերտ ծալած թանգիֆը թրջում են հակասեպտիկ լուծույթի մեջ և տեղադրում թաց օջախի մակերեսին: Ջրի ուժեղացած գոլորշիացումը և ջերմահաղորդականության ուժգնացումը հանգեցնում են մաշկի սառեցման (անոթասեղմիչ Էֆեկտ), որով և պայմանավորված է թրջոցի արտահայտված հակաբորբոքային, չորացնող, հակաքորային ազդեցությունը: Թանգիֆը փոխում են ամեն 10-15 րոպեն 1-1,5 ժամվա ընթացքում: Օրվա ընթացքում այս միջամտությունը կատարում են 1-2 անգամ: Թրջոցը չորանալով՝ գոլորշիանում է և ուժեղացնում սառեցնող ազդեցությունը: Խոնավ վիրակապը նեղացնում է արյան անոթները, նվազեցնում է հոսքը և դրանով իսկ վերացնում տաքության և լարվածության սուբյեկտիվ զգացողությունը: Որպեսզի անընդհատ պահել բորբոքված մաշկի և սառեցված վիրակապի միջև ջերմության տարբերությունը, թրջոցները անհրաժեշտ է հաճախ փոխել, ամեն 20 րոպեն մեկ՝ չթողնելով նրան տաքանալ: Խոնավ վիրակապերի օգտագործումը ցուցված է մաշկի բորբոքային հիվանդությունների դեպքում, որոնք ուղեկցվում են այտուցով, թացությամբ, Էրոզիաների առաջացմամբ: Վիրակապի չորացման հետ առաջանում է Էքսուդատի ներծծում: Թրջոցներ կիրառելու նպատակով օգտագործում են՝ տանինի 1-2%-անոց, արծաթի նիտրատի 0,25-0,5%-անոց, բորաթթվի 2-3%-անոց լուծույթներ: Եթե սուր բորբոքային օջախում առկա է թարախային ինֆեկցիա, ապա օգտագործում են դեզինֆեկցնող թրջոցներ՝ 0,1%-անոց ռեվանոլի լուծույթ, ֆուրացիլինի 1:5000 լուծույթ, կալիումի պերմանգանատի 0,05%-անոց կամ ռեզորցինի 1-2%-անոց լուծույթ: Երեխաներին բորաթթվի թրջոցներ նշանակում են զգուշությամբ, հաշվի առնելով նրա թունավոր ազդեցությունը: Թրջոցները հակացուցված են խրոնիկ բորբոքային գործընթացների, մաշկի չորացման, թեփոսման, գու-

գակցող որոշ հիվանդությունների (սեֆրիտ, թոքաբորբ, բրոնխիտ հակացուցված են նաև մինչև 1 տարեկան տարիքային խմբին) ժամանակ:

Խոնավ-չորացնող վիրակապեր

Խոնավ-չորացնող վիրակապերը առավելապես կիրառվում են ենթասուր մակերեսային բորբոքային գործընթացների ժամանակ (ոչ ակտիվ հիպերեմիա), որոնք ուղեկցվում են մեղմ արտահայտված այտուցով, ներսփռանքի և կեղևների ձևավորումով: Ի տարբերություն թրջոցների՝ ջուրը մաշկի մակերեսից գոլորշիանում է աստիճանաբար և ոչ այնքան ուժգին՝ կրկին հանգեցնելով նրա սառեցման և բորբոքման ախտանիշների հետ զարգացմանը: Սրանց սառեցնող և հակաբորբոքային ազդեցություններն ավելի թույլ են արտահայտված, քան թրջոցներինը: Թրջոցների և խոնավ-չորացնող վիրակապերի հակացուցումները համանման են՝ խրոնիկ բորբոքային գործընթաց, թեփոտում: 10-12 շերտ ծալած թանգիֆը ընկղմում են սառը հակասեպտիկ լուծույթի մեջ, տեղադրում են բամբակի բարակ շերտը և ֆիքսում բինտով: Հաշվի առնելով չորացման հանգամանքը՝ 3-4 ժամ անց կատարում են վիրակապի փոխում: Հակասեպտիկների լուծույթները ևս օգտագործում են թարախային օջախների մշակման (3% ջրածնի պերօքսիդ) և տաքացնող կոմպրեսների համար: Բորա- և սալիցիլաթթուների սպիրտային լուծույթներն օգտագործում են թարախային օջախների դեզինֆեկցիայի նպատակով: Յոդի, զմրուխտկանաչի սպիրտային լուծույթները կիրառում են թարախային և բորբոքային օջախների մշակման նպատակով:

Ցանափոշիներ (պուլտրաներ)

Ցանափոշին հանքային և օրգանական ծագման քիմիապես չեզոք երկու և ավելի նուրբ դիսպերսային փոշենման կյուլթերի՝ տալկից, վիսմուտից, սպիտակ կավից և օրգանական կյուլթերից (կրախմալ) խառնուրդ է, որը բարակ շերտով քսվում է մաշկի ախտահարված տեղամասին: Ցանափոշիների բաղադրության մեջ մտնում են դեզինֆեկցող կյուլթեր (դերմատոլ, քսերոֆորմ, յոդոֆորմ), հակաբիոտիկներ և սուլֆանիլամիդներ: Փոշիներն օժտված են դեզինֆեկցող, հակաբորբոքային և հակաքորային ազդեցությամբ:

յամբ: Նրանք ազդում են մակերեսորեն: Օգտագործում են քորվող բորբոքային մաշկային հիվանդությունների ժամանակ, որոնք չեն ուղեկցվում թացությամբ (քրտնխաշ, շփաբորբ): Մաշկի փոշեցանումը իրականացվում է բամբակի խծուծի օգնությամբ:

Կիրառման ցուցումներն են՝

- ա) սուր բորբոքային (ակտիվ հիպերեմիա, այտուց, այրոց, քոր) մակերեսային, հատկապես՝ ծաքերում,
- բ) գերքրտնարտադրություն և գերճարպարտադրություն,
- գ) կրծքի երեխաների մոտ՝ որպես մաշկի թրմմանը խոչընդոտող հիգիենիկ կանխարգելիչ միջոց:

Ցանափոշիների հակացուցումներն են՝

- ա) Էրոզիաներով ընթացող սուր բորբոքային գործընթացներ (ցանափոշին խառնվելով էքսուդատի հետ՝ առաջացնում է կեղևներ, որոնց տակ կուտակվում է արտազատուկը և գործընթացը սրանում է, զարգանում է իմպետիզիսիզացիա),
- բ) մաշկի չորությամբ, թեփոտումով և ճաքերով ընթացող խրոնիկ բորբոքային գործընթաց,
- գ) մաշկի թարախաբշտիկային հիվանդություններ,
- դ) ինտերտրիգինոզ հատվածների գերքրտնոտություն՝ հատկապես հակացուցված են օսլաները, որոնք լինելով պոլիսախարիդներ, լավ սննդային միջավայր են մանրէների զարգացման համար, նրանք կլանում են քրտինքը, ուռչում, խցանում մազային ֆոլիկուլների ելանցքները, նպաստում վարակի տարածմանը:

Շփաբորբային հատվածների համար նախատեսված ցանափոշին պետք է պարունակի միայն հանքային ծագման փոշենման նյութեր:

Թափահարվող կախուլթներ (թափահարուկներ) կիրառվում են բորբոքումը նվազեցնելու նպատակով:

Թափահարվող կախուկը (թափահարուկ, սուսպենզիա, հեղուկ ցանափոշի, հեղուկ մածուկ), փոշենման նյութերի (ցինկ, տալկ, օսլա) սուսպենզիան է ջրային կամ յուղային հեղուկներում (ջուր, ջուր և գլիցերին, գլիցերին և էթիլ սպիրտ)՝ 1:2, 1:3, 1:4 փոխհարաբերությամբ: Տարբերում են ջրային, ջրագլիցերինային,

ջրագլիցերինասպիրտային կախուկներ: Կախուկների կարևոր բաղադրիչներից են չեզոք փոշիները՝ ցինկի օքսիդը, տալկը, օսլան, սպիտակ կավը: Ջրային թափահարվող կախուկները կիրառվում են մակերեսային, սուր և ենթասուր բորբոքային գործընթացների ժամանակ՝ խոնավության բացակայության դեպքում: Սրանք օժտված են սառեցնող, մակերեսային անոթասեղմիչ և փոքր-ինչ չորացնող ազդեցությամբ: Կախուկները օգտագործումից առաջ լավ թափահարում են, քանի որ փոշենյութերը ժամանակի ընթացքում նստում են անոթի հատակին: Մաշկի մակերեսին կախուկը քսում են վիրախծուծով: Հեղուկի գոլորշիացումից հետո փոշենյութերը բարակ և հավասար շերտով նստում են մաշկի մակերեսին: Կախուկի մնացորդները մաշկի մակերեսից հեռացնում են տաքացված ձեթով թրջած վիրախծուծի օգնությամբ կամ տաք ջրով:

Կախուկները հակացուցված են արտահայտված թացացումով ուղեկցվող սուր բորբոքային գործընթացների, չոր և ատոպիկ մաշկի (ատոպիկ դերմատիտ) ժամանակ, ինչպես նաև անմիջապես մազային ծածկույթին:

Աերոզոլներ

Աերոզոլները դիսպերսային դեղաձևեր են, որոնք բաղկացած են գազանման դիսպերսային միջավայրից (չեզոք, հեշտությամբ գոլորշիացող գազ՝ պրոպելեն) և հեղուկ կամ պինդ դիսպերսային փուլից (հակաբիոտիկներ):

Աերոզոլներով ողողում են ախտահարված տեղամասը օրական 2-3 անգամ թափահարելուց հետո: Օգտագործում են սուր բորբոքային պրոցեսների ժամանակ (Էկզեմա, մաշկաբորբեր): Աերոզոլը հնարավորություն է ընձեռում դեղանյութը հավասարաչափ տարածել մաշկին՝ նշանակալիորեն քչացնելով վերջինիս ծախսը: Այն ավելի կայուն է, քան մյուս դեղաձևերը և հարմար է կիրառել ծայքերում, որտեղ թրջոցների, թափահարուկների, կրեմների կիրառումը դժվարությունների հետ է առնչվում: Աերոզոլը ի տարբերություն կրեմների և քսուքների ավելի մակերեսային ազդեցություն է ապահովում, ուստի ներսփռական գործընթացների ժամանակ ցուցված չէ: Այն օգտագործվում է թացացող, էրոզիվ-խոցային մակերեսների վրա:

Մածուկներ

Մածուկները չեզոք փոշիների կամ փոշենման նյութերի (տալկ, ցինկի օքսիդ, օսլա) և ճարպանման հիմքի (լանոլին, վազելին, խոզի ճարպ, նավթալան) հավասար քանակների խմորանման խառնուրդ է (խմորի համակազմվածք ունեն, լատիներեն «pasta» խմոր բառից): Նշված փուլերի քանակական փոխհարաբերությունը փոխելու դեպքում ստանում են կամ ճարպային մածուկներ (ճարպի քանակի ավելացում, փոշենման նյութի պակասեցում), կամ չոր մածուկներ (ճարպի քանակի պակասեցում, փոշենման նյութի ավելացում) և կրեմ մածուկներ (եռափուլ մածուկներ): Մածուկները կիրառում են մաշկի ենթասուր՝ երբեմն խրոնիկ ընթացքով բորբոքային մակերեսային գործընթացների (քրոնիկ տարածում ստրեպտոդերմիա, մանրէային էկզեմա) ժամանակ, որոնք չեն ուղեկցվում թաց պրոցեսով: Մածուկի բաղադրիչը՝ ցանափոշին, օժտված է բարձր հիդրոսկոպիկությամբ, ուստի այն կլանում է քրտինքը և մաշկային ճարպը, ուժգնացնում է հեղուկների գոլորշիացումը, ջերմատվությունը՝ ցուցաբերելով անոթասեղմիչ, սառեցնող, չորացնող հակաքորային ազդեցություն: Մածուկների հակամանրէային ակտիվությունը ուժգնացնելու նպատակով ավելացնում են սուլֆանիլամիդներ (pasta streptocidi 1-5%, նորսուլֆազոլ, սուլֆազին), դերմատոլ (pasta dermatoli 3-5%) և քսերոֆորմ (pasta xeroformii 3-5%):

Կրեմներ

Կրեմը (կրեաքսուք, էմուլսիա, էմուլսիոն քսուք) քսուքից տարբերվում է նրանով, որ թորած ջուր է պարունակում: Այն փափուկ էմուլսիոն դեղածն է, որը բաղկացած է ճարպից (կամ ճարպանման նյութից) և թորած ջրից՝ 2:1: Կրեմը դիսպերսիոն (լատ. dispersion՝ ցրում) համակարգ է բացարձակապես իրար չխառնվող երկու բաղադրիչ փուլերի համադրության, որտեղ բաղադրիչները քիմիապես չեն փոխազդում: Իրենց կազմով և ֆիզիկական հատկություններով զբաղեցնում են միջանկյալ դիրք մածուկների և քսուքների միջև: Կրեմներն օգտագործում են ենթասուր, քրոնիկ բորբոքային պրոցեսների, մաշկի չորության, էլաստիկության անկման դեպքում: Մաշկի վրա կրեմը տեղադրում

են բարակ շերտով և սահուն շարժումներով: Կրեմի բաղադրության մեջ մտնող ջուրը խոնավեցնում և սառեցնում է մաշկը:

Քսուքներ

Քսուքը փափուկ դեղածև է՝ ճարպային հիմքի և չեզոք փոշիների կամ փոշենման կյուլթերի խառնուրդ, որտեղ վերջիններիս խտությունը ի տարբերություն մածուկների սահմանափակ է և չպետք է գերազանցի 10%-ի: Քսուքները խոչընդոտում են ջրի գոլորշիացմանը և նվազեցնում ջերմահաղորդումը, որի արդյունքում մաշկի տվյալ հատվածը տաքանում է, տեղի է ունենում անոթների ռեֆլեկտոր լայնացում, այլ կերպ ասած՝ բորբոքման գործընթացի ուժգնացում: Նյութափոխանակությունն ակտիվանում է, բորբոքային ներսփռանքի ներծծումը արագանում: Տեղային հիպերթերմիայի հետևանքով մաշկի մակերևույթի և ճարպի շերտի միջև կուտակվում են քրտնագեղձերի և ճարպագեղձերի արտազատուկները, որոնք թափանցում են վերնամաշկի եղջերաշերտի մեջ, որը փխրունանում է, հեշտանում է քսուքի բաղադրիչների թափանցումը մաշկ: Քսուքները կիրառվում են կանգային հիպերեմիայով, թեփոտումով, ներսփռանքով և լիխենիֆիկացիայով ուղեկցվող մաշկի խրոնիկ բորբոքային և մակերեսային վարակական գործընթացների բուժման ժամանակ, կեղևների և հաստացած եղջերաշերտի փափկեցման և հեռացման անհրաժեշտության պարագայում: Քսուքները հակացուցված են մաշկի սուր բորբոքումների դեպքում: Ըստ անհրաժեշտության քսուքներին ավելացնում են հակամանրէային, հակասնկային և այլ միջոցներ:

Հակաբակտերիալ քսուք (նեոմիցինային, տետրացիկլինային, ֆուրացիլինային) օգտագործում են մերսման գծերով՝ առանց վիրակապի տեղադրման: Էրոզիվ-խոցային պրոցեսների դեպքում քսուքների օգտագործումից հետո դրվում է վիրակապ: Խորը ինֆիլտրատների ներծծման նպատակով օգտագործում են քսուքներ, որոնք պարունակում են նաֆթալան, ձյուրթ, իխթիոլ տեղադրելով օջախի վրա կոմպրեսների ձևով վիրակապեր: Պինդ գործվածքի մակերեսին քսուք են նախատեսված քսուքը, որը տեղադրում են օջախի մակերեսին, դնելով վրայից կոմպրեսի թուղթ, որը ֆիքսում են թանգիֆով: Ստերոիդ հորմոններ պարունակող

քունքներ են ֆյուլցինսարը, ֆտորոկորտը: Քսելով օջախի մակերեսին բարակ շերտով՝ թեթևակի մերսում են, օգտագործում օրական 2-4 անգամ: Քոսի ժամանակ օգտագործվող ծծմբային քունքը անհրաժեշտ է ինտենսիվորեն տրորել մաշկի մեջ:

Սպեղանիներ

Սա խիտ և մածուցիկ զանգված է, որը ստացվում է ճարպերի (լանոլինի, խոզի ճարպի) հալեցման և թանձրացնող (պնդացնող) նյութերի հետ (մոմ, կանիֆոլ, խեժանյութեր) խառնելու եղանակով: Սպեղանիների հիմքը հասարակ կապարային սպեղանին է, որը բաղկացած է կապարի օքսիդի, խոզի ճարպի և արևածաղկի ձեթի հավասար քանակներից և ջրից, որն ավելացվում է աստիճանաբար մինչև միասեռ զանգվածի առաջացումը: Սպեղանին ցուցված է խրոնիկ բորբոքային կամ թառամընթաց, սահմանափակ օջախային ներսփռական (լիքենիֆիկացիա, գորտնուկներ) սահմանափակ հիպերկերատիկ (կոշտուկներ, ներբանային գորտնուկներ) դեպքում: Սպեղանին հակացուցված է սուր (ենթասուր) բորբոքային գործընթացի ժամանակ, ծալքերի հատվածում տեղակայվելու պարագայում:

Սպեղանու կիրառման ժամանակ նախապես անհրաժեշտ է մաքրել օջախը սպիրտով թրջված բամբակով: Ապա սպեղանու կիսահալ զանգվածը բարակ շերտով քսում են օջախին, որին նա ամուր կպչում է: Ավելի լավ կպչելու համար ավելացնում են վազելին:

Լաքեր

Չեղուկներ են, որոնք բաղկացած են սպիրտից, եթերից, ացետոնից, սալիցիլա- և կաթնաթթվից և այլ դեղաձևերից: Լաքերը օժտված են կերատոլիտիկ հատկությամբ՝ փափկեցնում են եղջերանյութը: Լաքերը օգտագործում են կոշտուկների, եղունգների, գորտնուկների փափկեցման և հեռացման համար: Լաքերը օջախների մակերեսներին քսում են մի քանի շերտով, վրձնի օգնությամբ: Այս դեպքում վիրակապ չի պահանջվում: Ախտահարված օջախի հերմետիկ փակման և մաշկի ճնշման արդյունքում լաքը ապահովում է խորը ազդեցություն: Դեղանյութերը նեծծվում են՝ իրենց հերթին հանգեցնելով ներսփռանքի ներծծմանը:

Լաքերը հակացուցված են խոնավությամբ ուղեկցվող գործընթացների (խոչընդոտում են արտազատուկների գոլորշիացմանը՝ դրանով իսկ սրացնելով հիվանդությունը) ժամանակ: Նրանով չի կարելի պատել լորձաթաղանթները:

Բուժքույրը պետք է կարողանա իրականացնել բոլոր մանկապույացիաները, որոնք օգտագործվում են մաշկաբանության բնագավառում՝ ախտահարված օջախի մաքրումը թեփուկներից, կեղևներից, ավելորդ հեղուկից և դեղամիջոցների կիրառման եղանակները:

ՄԱՇԿԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՆՏՈՐՈՇՄԱՆ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐԸ

Մաշկային հիվանդություններն իրենցից ներկայացնում են թերապևտիկ խնդիրների բարդ համալիր, որը դժվարություններ է առաջացնում ախտորոշելիս: Դերմատոլոգիական ախտորոշման հաստատումը հիվանդների մոտ ենթադրում է մաշկի և ենթամաշկային ճարպաբջջանքի բնորոշ կառուցվածքային փոփոխություններ, որոնք տեղաբաշխված են որոշակի անատոմիական գոտիներում: Մաշկային հիվանդությունների կլինիկական ախտանիշները բաժանվում են մի քանի խմբերի՝

- ընդհանուր ախտանիշներ՝ ջերմության բարձրացում, ընդհանուր թուլություն,
- սուբյեկտիվ՝ մաշկային ախտանիշներ, (զգայունության բարձրացում և իջեցում, քոր, այրոց, ցավ, մաշկի լարվածություն),
- օբյեկտիվ մաշկային ախտանիշներ:

Մաշկային ցանավորումը կարող է արտացոլել ոչ միայն մաշկի ախտաբանական պրոցեսը, նաև այլ օրգան-համակարգերի ֆունկցիոնալ տեղաշարժերը: Ախտորոշման մեջ մեծ դեր է խաղում բոլոր ախտանիշների հաշվառումը և վերլուծությունը: Հիվանդի մաշկային ծածկույթների և տեսանելի լորձաթաղանթների զննմամբ կատարվում է մաշկային հիվանդությունների ախտորոշում և դրանց հաստատում կլինիկական ու լաբորատոր մեթոդներով: Մաշկախտի բնույթից կախված՝ հիվանդները ներկայացնում են տարբեր սուբյեկտիվ գանգատներ՝ քոր, այրոց, ցավ, ծակծկոց,

որոնք տարբեր են միևնույն հիվանդությամբ մարդկանց մոտ: Հիվանդի զննումը անհրաժեշտ է կատարել տաք, լավ լուսավորված սենյակում: Անհրաժեշտ է զննել ամբողջ մաշկային ծածկույթը և ոչ թե այն ցանավորված մասը, որը մատնանշում է հիվանդը: Հակառակ դեպքում տեսողությունից կարող են վրիպել մաշկի այնպիսի փոփոխությունները, որոնք չեն անհանգստացնում հիվանդին, բայց ունեն կարևոր ախտորոշիչ նշանակություն: Մաշկային հիվանդությունները՝ անկախ տեղակայումից, հիվանդության բնույթից և փուլից, արտահայտվում են տարբեր ձևաբանական տարրերով:

Ձևաբանական տարրեր

Մաշկային ցանի ձևաբանական տարրերը լինում են՝

Առաջնային, որոնք առաջանում են մինչ այդ տեսանելիորեն առողջ մաշկի կամ լորձաթաղանթի վրա:

Երկրորդային, որոնք առաջանում են առաջնային տարրերի փոխակերպման կամ վնասման հետևանքով:

Առաջնային ձևաբանական տարրերն են՝

1. Բիծ (macula) հարթ, մաշկի գույնի փոփոխությամբ, չշոշափվող հատված (նկար 3):

Բծի տեսակներն են՝

Անոթային, որն առաջանում է անոթի պատի բորբոքման հետևանքով վերջինիս ժամանակավոր կամ կայուն լայնացման պատճառով:

Վարդացան (ռոզեոլա) բազմաքանակ բծեր են:

Էրիթեման խոշոր բծեր են:

Տելեանգիեկտազիան լայնացած մակերեսային մազանոթների խմբավորում է: Կազմված է բարակ, բերանակցող, թելանման գալարուն անոթներից:

Հեմոռագիկ կամ արյունազեղային բծերը առաջանում են անոթի պատի ամբողջականության խախտման հետևանքով:

Պետեխիաները մինչև 1սմ տրամագիծ ունեցող հեմոռագիկ բծեր են:

2. Եղնջացան (urtica) խոռոչագուրկ, մաշկի մակերեսից բարձրացած, խիստ սահմանագծված, քորվող տարր է, մաշկի պտկիկային շերտի սահմանափակ այտուցի հետևանքով առաջացած:
3. Բուշտը (bulla) խոռոչավոր, մաշկի մակերեսից բարձր գոյացություն է լցված հեղուկով: Բշտի բացվելուց առաջանում է Էրոզիա (սկար 8):
4. Բշտիկը (vesicula) խոռոչավոր է, առաջանում է վերնամաշկում: Այն չորանում է՝ առաջացնելով կեղև, բացվում է՝ առաջացնելով Էրոզիա (սկար 7):
5. Թարախաբուշտը (pustula) խոռոչավոր, մաշկի մակերեսից բարձր, թարախային պարունակությամբ գոյացություն է: Առաջանում է վերնամաշկի մեջ Էպիթելային բջիջների մեռուկացման հետևանքով (սկար 5): Ֆիկտեն թորշոմած ծածկ ունեցող թարախային պարունակությամբ բուշտ:
6. Հանգուցիկը (papula) խոռոչագուրկ, մաշկի մակերեսից բարձր, գոյացություն է, որը գտնվում է բուն մաշկի մակերեսային հատվածում (սկար 4):
7. Թմբիկը (tuberculum) արտափքված, խոռոչագուրկ, բորբոքային գունավորմամբ գոյացություն է, տեղակայվում է բուն մաշկի ցանցային շերտում (սկար 5):
8. Հանգույցը (nodus) սահմանափակ, խոշոր գոյացություն է, որն առաջանում է ենթամաշկում կամ Էլ լորձաթաղանթի ենթալորձային շերտում: Հանգույցների գոյացումը կարող են լինել բորբոքային պրոցեսի, չարորոկ և բարորակ նորագոյացությունների հետևանք (սկար 6):

Երկրորդային ձևաբանական տարրերն են՝

1. Երկրորդային բիծը առաջանում է ցանավորման տեղում՝ մելանին գունակի ժամանակավոր կուտակման կամ անհետացման հետևանքով: Բարձրանում է մաշկի եղջերագոյացումը և եղջերային թիթեղիկները կուտակվում են մաշկի մակերեսի վրա:
2. Թեփուկն (squama) առաջանում է գեր և հարեղջերացման հետևանքով (սկար 10):

3. Էրոզիան (erosio) մաշկի կամ լորձաթաղանթի ամբողջականության խախտումն է վերնամաշկի կամ էպիթելի սահմաններում: Այն բշտի հատակն է (սկար 12):
4. Զերծվածքն (վնասվածքային էրոզիա)-excoriatio առաջանում է քորելու հետևանքով, քորով ընթացող հիվանդությունների ժամանակ:
5. Խոցը (ulcus) մաշկի կամ լորձաթաղանթի ամբողջականության խախտումն է բուն մաշկի շերտի սահմաններում: Առաջանում են թմբիկների և հանգուցների քայքայման, թարախակալման հետևանքով (սկար 13):
6. Ճաքը (fissura) մաշկի պատռումն է գծային ձևով, այն տեղամասերում, ուր հյուսվածքները երկարատև ենթարկվում են ներսփռման (սկար 14):
7. Կեղևն (crusta) առաջանում է բշտերի պարունակության, խոցի մակերեսի չորացումից (սկար 11):
8. Սպին (cicatrix) նորաստեղծ հյուսվածք է, զարգանում է բուն մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի, ենթալորձային շերտերի քայքայման տեղում: Սպին հիմնականում կազմված է կոլագենային թելերից (սկար 15):
9. Որքինացումը (lichenificatio) մաշկի, շրթուկների կարմիր երիզի հաստացումն է, որը զարգանում է պտկիկային շերտի զանգվածային ներսփռման հետևանքով: Բնորոշվում է մաշկային գծագրության արտահայտվածությամբ (սկար 16):

Առաջանում է հանգուցիկների միացումից կամ խրոնիկական բորբոքային ներսփռանքի առաջացման հետևանքով և որպես կանոն ուղեկցվում է ուժեղ քորով:

Մանրակրկիտ հավաքված անամեզը, որը հիմնված է ցանկ տարրերի զննման հիման վրա, օգնում է վերհանել հիվանդության էթիոլոգիան և պաթոգենեզը:

Ախտորոշման ընդհանուր սկզբունքների առաջին փուլը անամեզն է, որը հնարավորություն է տալիս՝

- ա. ենթադրել այս կամ այն դերմատոզի առկայության մասին,
- բ. բացահայտել հիվանդության ախտաբանական մեխանիզմները:

Մաշկային ծածկույթների և տեսանելի լորձաթաղանթների գնման ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել հետևյալ հատկությունները՝

- ա. մաշկի ընդհանուր հատկությունները, գույնը,
- բ. քրտնա- և ճարպագեղձերի գործունեությունը,
- գ. մաշկի էլաստիկությունը,
- դ. դերմոգրաֆիզմ (կարմիր, սպիտակ, խառը),
- ե. ենթամաշկային ճարպաբջջանքի վիճակը,
- զ. պիգմենտացիայի խանգարումները,
- է. տեսանելի լորձաթաղանթի վիճակը:

Ցանի տեղակայումը լինում է՝ եզակի, տարածված, դիֆուզ, սիմետրիկ, ասիմետրիկ:

Ցանի ընդհանուր բնութագիրը՝ ա. բորբոքային, բ. ոչ բորբոքային:

Տարրերի բնութագրումը՝

- ա. չափը,
- բ. եզրագծերը (հստակ և ոչ հստակ),
- գ. ձևը (կիսաշջանաձև),
- դ. գույնը,
- ե. սահմանները (կտրուկ և ոչ կտրուկ),
- զ. մակերեսը (հարթ, ոչ հարթ, թեփոսվող),
- է. պերիֆերիկ աճի հակումը:

Ցանի տարրերի կոնսիստենցիան լինում է՝ պինդ, փափուկ, պինդ-էլաստիկ:

Երկրորդային ձևաբանական տարրերին (թեփուկներ, կեղևներ) բնորոշ են՝

- ա. պոլիմորֆիզմը, մոնոմորֆիզմը,
- բ. տարրերի միաձուլված և առանձին տեղակայումը,
- գ. իրական և ոչ իրական խմբավորումը:

Հիվանդի ընդհանուր վիճակը գնահատվում է սուբյեկտիվ գնահատներով և օբյեկտիվ ախտանիշներով, ինչպես նաև ներքին օրգանների, նյարդային համակարգի և այլ օրգան-համակարգերի հետազոտմամբ: Համաձայն ցուցումների՝ բշտախտի ժամանակ

որոշվում է Նիկոլյսկու ախտանիշը, համակարգային գայլախտի ժամանակ՝ կատարվում է դիասկոպիա:

Ցան

Այն մաշկի և լորձաթաղանթի փոփոխությունն է, երբ ի հայտ են գալիս վերնամաշկը (Էպիդերմիս) կամ բուն մաշկը (դերման) ախտահարող տարբեր տարրեր:

Ըստ ախտածագման ցանը դասակարգվում է՝

1) Մաշկային ինֆեկցիաներ

- բակտերիալ՝ իմպետիգո (պիոդերմիաներ)
- վիրուսային՝ (գորտնուկներ), գոտևորող որքին, կոնտագիոզ մոյլուակ, սրածայր կոնդիլոմաներ
- ինֆեկցիոն
- Էրիթեմաներ՝ հանգուցավոր Էրիթեմա, բազմաձև Էքսուդատիվ Էրիթեմա
- սնկային՝ դերմատոֆիտիաներ, կանդիդոզ, գունափոփոխ (թեփոսվոզ) որքին, միկրոսպորիա
- մակաբուժություն՝ քուս, ոջլոտություն

2) Ցան ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ՝

- ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզ, կարմրուկ, կարմրախտ, ջրծաղիկ, քուլթեշ, երկրորդային սիֆիլիս, ՄԻԱՎ, ինֆեկցիոն Էրիթեմա

3) Ցան համակարգային հիվանդությունների ժամանակ՝

- համակարգային կարմիր գայլախտ, սկլերոդերմիա, ռևմատիզմ, դերմատոմիոզիտ, վասկուլիտներ

4) Մաշկի խրոնիկական բորբոքային հիվանդություններ

- Նեյրոդերմիտ, պսորիազ, բշտախտ, ակնե, պեմֆիգոիդ, հերպետաձև դերմատիտ

5) Ալերգիկ հիվանդություններ

- սուր և խրոնիկական եղևաքան, միջատների խայթոցից առաջացած դերմատիտներ, շփումային դերմատիտ, Էկզեմա, տոքսիդերմիա, ատոպիկ դերմատիտ

6) Մաշկի չարորակ նորագոյացություններ

- բազալ բջջային քաղցկեղ, տափակ բջջային քաղցկեղ, մաշկի մելանոմա, Կապոշիի սարկոմա

Հարկավոր է հիշել, որ մաշկի ցանը կարող է լինել նաև ներքին օրգանների հիվանդությունների հետևանքով:

7) Աղետամոքսային ուղու հիվանդություններ

- ձեռքբերովի իիսթոզ, եղունգների և մազերի փոփոխություններ, հիպերպիգմենտացիա, մաշկի ատրոֆիա, ակրոդերմատիտ, եղևջացան (հատկապես աղիների դիսբակտերիոզի ժամանակ)

8) Լյարդի հիվանդություններ

- մաշկի քոր, դեղնավուն մաշկ, եղևջացան, տելեանգիեկտազիաներ, պուրպուրա (մանր հեմոռագիկ բծեր), հիպերպիգմենտացիա:

9) Ենթաստամոքսային գեղձի հիվանդություններ

- մաշկի արյունազեղումներ, եղևջացան, հանգուցավոր պաննիկուլիտ (նաև մաշկի քաղցկեղի դեպքում), միգրացվող թրոմբոֆլեբիտ (նաև մաշկի քաղցկեղի դեպքում), նեկրոտիկ թռչող էրիթեմա

10) Երիկամների հիվանդություններ

- քսերոզ, ֆոլիկուլյար կերատոզ վերջույթների տարածիչ մակերեսներին, հիպոտրիխոզ, տարածուն պիգմենտացիա, մաշկի տարածված քոր, կիսված եղունգի ախտանիշ, ուրեմիկ եղյամ (տերմինալ շրջան)

11) Վահանաձև գեղձի ֆունկցիայի խանգարում.

- հիպոֆունկցիա՝ մաշկի կարծր այտուց, մանր վարդագույն պապուլյոզ տարրեր, գունատ, չոր, սառը մաշկ
- հիպերֆունկցիա՝ մաշկի դիսքրոմիա, եղունգների դիստրոֆիա, Էլաստիկ, տաք մաշկ

12) Մաշկի ախտահարում հղիության ժամանակ

- մաշկի քոր, ատրոֆիկ զուլեր (ստրիաներ), պապիլոմաներ, հերպես, բազմաձև դերմատիտ:

Ցանի առաջացման պատճառները կարող են լինել բազմապիսի, այդ իսկ պատճառով հարկավոր է մանրամասնորեն հավաքել անամնեզ և կատարել հիվանդի ամբողջական հետազոտություն:

Սուբլեկտիվ տվյալներ

Քորը մաշկային հիվանդությունների ժամանակ հաճախակի հանդիպող ախտանիշ է, որի առկայությունը կամ բացակայությունը ունի կարևոր ախտորոշիչ նշանակություն:

հնֆեկցիոն հիվանդությունների մասին վկայում են.

- տենդը կամ պահպանվող ենթատենդային վիճակը, քորի բացակայությունը, ցանի տարածվածությունը (ցանի փուլային և յուրահատուկ տարածումը), հնարավոր է ռեզիոնալ ավշահանգույցների ընդգրկումը, լյարդի և փայծաղի մեծացումը, երկրորդային սիֆիլիսի ժամանակ՝ սեղմելիս ռեզոլյաների անհետացումը:

Քորի առկայության դեպքում առաջին հերթին բացառել քոսը և ոչլոտությունը

Քորի բնույթը	Հիվանդություններ
Ուժեղ	Նեյրոդերմիտ, քոս, ոչլոտություն, միջատների խայթոցից առաջացած դերմատիտներ, ջրծաղիկ (մեծահասակների մոտ), հերպեսաձև դերմատիտ
Չափավոր կամ թույլ	պտորիազ, վարդագույն որքին, կանդիդոզ, սահմանափակ նեյրոդերմիտ
Սովորաբար բացակայում է	գորտնուկներ, դերմատոֆիտիաներ, իմպետիզո, պտորիազ, մաշկային չարորակ նորագոյացություններ, ինֆեկցիոն հիվանդություններ, երկրորդային սիֆիլիս

Օբյեկտիվ տվյալներ

Ուշադրություն դարձնել

- ցանի առանձին տարրերին (ուկներ միաձուլման հակում, թե՛ ոչ, սեղմելուց գունատվում են, թե՛ ոչ, տեղակայմանը, տարածվածությանը) օրգան-համակարգերի օբյեկտիվ քննությանը, արյան ճնշմանը և մարմնի ջերմությանը

Որոշել ցանի բնույթը

Առավելապես վերնամաշկի ախտահարում՝ թեփուկներ, կեղևիկներ, վեզիկուլաներ (բշտիկներ)

Առավելապես բուն մաշկի ախտահարում

- պապուլաներ, բծեր, հանգույցներ
Տարբերակիչ ախտորոշում
Մաշկային ինֆեկցիաների մասին վկայում են.
- Ցանի աստիճանական տարածումը, նույնատիպ ցան ուկեցող անձի հետ շփումը, հաճախ ուժեղ քորը, գույգ քոսային ուղիները

Մաշկի խրոնիկական բորբոքային հիվանդությունների մասին վկայում են.

- անամեզը (հաճախ սկսվում է մանկական տարիքում), ժառանգական նախատրամադրվածությունը, տարբեր ինտենսիվության քորը, ցանի տարրերի պոլիմորֆիզմը:
Ալերգիկ հիվանդությունների մասին վկայում են.
- ալերգոլոգիական անամեզը, դեղորայքի ընդունումը անցյալում կամ ներկայում, ժառանգական նախատրամադրվածությունը, քորը:
Մաշկի չարորակ նորագոյացությունների մասին վկայում են.
- քորի կամ այտուցի բացակայությունը, նեկրոտիզացիայի կամ խոցերի առաջացման հակումը:

Տարբերակիչ ախտորոշումը ըստ տեղաբաշխման

Գլխի մազածածկ հատված	ստաֆիլոկոկային ֆոլիկուլիտ, ոջլոտություն, թեփատու տրիխոֆիտիաներ, ջրծաղիկ
Մարմին	տոքսիդերմիա, թեփատու որքին, սեբորեային դերմատիտ, դերմատոֆիտիաներ, կանդիդոզ
Վերջույթների ծալիչ մակերես	պսորիազ, սեբորեային դերմատիտ, դերմատոֆիտիաներ, կանդիդոզ
Բերան	աֆթոզ ստոմատիտ, հերպես, կանդիդոզ, կարմրուկ
Եղունգներ	պսորիազ, օնիխոմիկոզ
Առնանդամ, միջմատնային հատվածներ	քոս
Գեներալիզացված ցան	ատոպիկ դերմատիտ, տոքսիդերմիա

Ներքին օրգանների պաթոլոգիայի ժամանակ ցանի մասին վկայում են.

- լյարդի և լեղապարկի խրոնիկական հիվանդությունները, երիկամների խրոնիկական հիվանդությունները, ենթաստամոքսային գեղձի խրոնիկական հիվանդությունները, աղեստամոք-

սային ուղու օրգանների խրոնիկական հիվանդությունները, վահանաձև գեղձի հիվանդությունները:

ՄԱՍՆԱՎՈՐ ԲԱԺԻՆ **ՄԱՇԿԻ ԳԵՂՁԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ** **ՍԵՐՐԵԱ (SEBORRHOEA)**

Սեբորեան մաշկային ճարպի գերարտադրությունն է, որը պայմանավորված է մաշկի ճարպագեղձերի գործառության բարձրացմամբ և նրանց արտազատուկի քիմիական կազմի փոփոխությամբ:

Պաթոգենեզ

Պաթոգենետիկ նշանակություն ունեն անդրոգենների և էստրոգենների ֆիզիոլոգիական հավասարակշռության խանգարումը անդրոգենների հարաբերական քանակի ավելացումը:

Հայտնաբերված է կապը ճարպագեղձերի ֆունկցիոնալ վիճակի և հիպոֆիզի, մակերիկամների, վահանաձև գեղձի, որոշ վիտամինների՝ B₁, B₂, B₆ փոփոխությունների հետ: Հիվանդությունը սկսվում է սեռական հասունացման շրջանում: Մաշկի և գլխի մազածածկ հատվածի սեբորեայի առաջացմանը նպաստում է *Propionibacterium acnes* խմորանման սունկը:

Կլինիկա

Տարբերում են սեբորեայի հեղուկային, թանձր և խառը ձևերը:

Հեղուկային սեբորեայի դեպքում մաշկը ճարպոտ է, փայլուն, ճարպագեղձերի բացվածքները լայնացած են, բաց: Մաշկի մակերեսին սեղմելիս ճարպագեղձերի ծորաններից արտազատվում են սպիտակ ճարպային «խցաններ»: Արտաքին բարձր ջերմաստիճանը, ֆիզիկական աշխատանքը, մտավոր գերլարվածությունը ուժեղացնում են ճարպարտադրությունը:

Գլխի մազածածկ հատվածում մազերը փայլում են և կարծես թե սոսնձված լինեն, իսկ 20-30 տարեկանում սկսվում են թափվել: Շատ հաճախ հեղուկ սեբորեայի ժամանակ առաջանում են պզուկներ, հաճախ միանում է երկրորդային վարակը:

Թանձր սեբորեան դրսևորվում է ավելի պակաս արտահայտված ճարպարտադրությամբ: Դեմքի, կրծքավանդակի, մեջքի մաշկի վրա ի հայտ են գալիս սև կետերի տեսք ունեցող, մազապարկերի բացվածքները խցանող կոմեդոններ: Մաշկը աստիճանաբար հաստանում է, ձեռք է բերում գորշ-շագանակայույն երանգ: Այդ ֆոնի վրա առաջանում են տարբեր պզուկներ, ճարպագեղձերի բշտեր (կիստա), այսպես կոչված, ուռուցք հիշեցնող աթերոմաներ: Աթերոմաները կարող են բորբոքվել և թարախակալվել:

Խառք սեբորեան բնորոշվում է միևնույն տեղամասի հեղուկ և թանձր սեբորեայի նշանների համակցումով: Ճարպային սեբորեան հող է հանդիսանում սովորական պզուկների զարգացման համար (նկար 17, 18):

Բուժումը

Հեղուկ սեբորեայով հիվանդներին նշանակում են նյարդային համակարգի գործունեությունը կարգավորող դեղամիջոցներ՝ կամֆորայի մոնոբրոմիդ 0.1գր օրը 3 անգամ 2-3 շաբաթ, կալցիումի քլորիդի 10% լուծույթ 10մլ ն/ե, օրը 1 անգամ - 10-15 օր:

Վիտամին «A» - 100.000 ԱՄ/օրը 1 ամսվա ընթացքում և պոլիվիտամիններ:

Կիրառում են՝ թթու պարունակող դիմակներ (կեֆիր, կիտրոն), մաշկի լվացում օճառով (կարելի է կիրառել բորաթթու): Ախտահարված հատվածների մաշկը մերսում են օրը 1-2 անգամ 2% սալիցիլային կամ 70% ռեզորցինային սպիրտով, առատ ճարպարտադրության դեպքում՝ սպիրտի և եթերի հավասարաչափ խառնուրդով: Արդյունավետ միջոց է՝ «Սքինոռեն» քսուլը - օրը 2 անգամ 3 շաբաթ տևողությամբ:

Բարենպաստ ազդեցությամբ է օժտված նաև սելենի սուլֆիդ պարունակող դեղամիջոցները՝ սուլսենային օճառը, սուլսենային մածուկը: Տեղային կիրառում են՝ հակաբիոտիկներ և հակասեպտիկներ պարունակող լոսյոններ, «Նիզորալ» շամպուն, վիտամիններ «A», «E», «B₅» պարունակող քսուլներ:

ԱԿՆԵ (ACNE)

Ճարպագեղձերի և մազի ֆոլիկուլի համալիր խրոնիկական բորբոքային հիվանդությունը կոչվում է ակնե: Հանդիպում է աղջիկների և տղաների մոտ՝ հատկապես սեռական հասունացման շրջանում: Սովորաբար պրոցեսը զարգանում է թանձր սերորեայի ֆոնի վրա: Ակնեի առաջնային տարր է համարվում կոմեդոնը, որը մազի ֆոլիկուլի հատվածում խցանման հետևանքով առաջացած կիստայանման խոռոչ է:

Կլինիկա

Տարբերում են՝ սովորական, վարդագույն, սպիտակ պզուկներ և նրանց զարգացման 4 փուլեր.

I փուլ - միայն կոմեդոններ

II փուլ - կոմեդոններ + պապուլաներ

III փուլ - կոմեդոններ + պապուլաներ+պուստուլաներ

IV փուլ - կոմեդոններ + պապուլաներ+պուստուլաներ+կիստաներ

Հիվանդությունն ընթանում է թեթև, միջին ծանրության, ծանր ձևերով:

Սովորական (պատանեկան) պզուկներ (Acne vulgaris)

Հիվանդությունը հանդիպում է հիմնականում պատանիների և աղջիկների մոտ՝ սեռական հասունացման ժամանակաշրջանում: Պզուկները տեղակայվում են դեմքի, մեջքի, կրծքի վրա, այսինքն՝ ճարպագեղձերով հարուստ տեղամասերում: Կոմեդոնի շուրջը, իսկ երբեմն նրանից դուրս առաջանում է բորբոքային հանգույց, որի կենտրոնում որոշ ժամանակ անց ձևավորվում է թարախաբուշտ: Եթե թարախաբուշտը բացվում է, արտահոսում է փոքր քանակությամբ թարախ, որը չորանում է՝ առաջացնելով կեղև: Ներսփռանքը հանգույցի տեղում ներծծվում է, երբեմն թողնելով փոքր սպի: Գերճարպարտադրությունը և ֆոլիկուլյար հիպերկերատոզը հանգեցնում են ճարպագեղձի ծորանի լուսանցքի խցանումների՝ կոմեդոններով: Հանդիպում են նաև գնդաձև պզուկներ acne conglobata: Սրանք խոշոր են, ունեն արտահայտված ներսփռանք, որը տեղակայված է բուն մաշկի խոր շերտերում և ենթամաշկային բջջանքում: Այդպիսի պզուկները ոչ հազվադեպ միաձուլվում են և կուտակվելով իրար վրա, առաջացնում են

անհարթ, խորդուբորդ մակերեսով ընդարձակ ներսփռանքներ՝ պնդացած (ինդուրատիվ) պզուկներ: Որոշ պզուկներ կենտրոնում կարող է ձևավորվել թարախակույտ: Այդպիսի պզուկների տեղում մտում են սպիներ, որոնք երբեմն աղավաղում են դեմքը:

Պարոզենեզ

Պզուկների զարգացման հիմքում ընկած է կերատինիզացիայի պրոցեսները, խանգարումները: Նորմալ մաշկում ֆոլիկուլում արտադրվող կերատինը ծորաններով դուրս է մղվում ճարպագեղձերի արտադրուկի հետ: Հիպերկերատոզը և թանձր ճարպային արտադրուկի գերարտադրությունը խանգարում են արտահոսքը և նպաստում են կոմեդոնի առաջացմանը: Հետագայում *Propionibacterium acnes*-ի մասնակցությամբ ոչ բորբոքային պզուկները վերածվում են բորբոքայինի: Այս բակտերիաները արտադրում են լիպազա, պրոպեազա, հիալուրոնիդազա՝ մի շարք նյութեր, որոնք մեծ նշանակություն ունեն հետագա տարրերի առաջացման համար: Պզուկային ցանի առաջացմանը նպաստում են ներզատիչ գեղձերի (հիպոֆիզի, վահանաձև գեղձի, մակերկամների կեղևի), վեգետատիվ նյարդային համակարգի, մարսողության դիսֆունկցիաները: Ստաֆիլոկոկերը, կորինեբակտերիաները ևս առաջացնում են ճարպագեղձերի ծորանի բորբոքում: Բորբոքման ծանրությունը կախված է ոչ միայն բորբոքային պրոցեսին մասնակցող միկրոօրգանիզմների բացարձակ քանակից, այլև այդ միկրոֆլորայի հանդեպ մակրոօրգանիզմի անհատական գերզայունությունից:

Բուժումը

Նշանակում են ռետինոիդներ՝ ռոակուտան, ռետինոլա պալմիտատ, հակաանդրոգենային և հակաբեղմնավորիչ միջոցներ՝ անդրոկուր, մեստրանոլ, հակաբիոտիկներ (մակրոլիդներ, տետրացիկլին, կլինդամիցին): Արդյունավետ են նաև ցինկի դեղամիջոցները, «B» խմբի վիտամինները: Կանանց ցուցված է հակաանդրոգեն «Դիանա» դեղամիջոցը:

Տեղային բուժման նպատակով կիրառում են սպիրտային լուծույթներ՝ եթերով, սալիցիլաթթվով, ռեզորցինով, ինչպես նաև դեղամիջոցներ, որոնք պարունակում են ցինկի պիրիթիոն՝ Սքին-

քեպ, Չիներիտ լոսյոն (Էրիթրոմիցին + ցինկ), սինթետիկ ռետինոիդներ՝ ռետին - «A», այրոլ, Էֆեդերմ, լոկացիդ:

Սննդի օրաբաժնում սահմանափակում են սուր համեմունքները, ճարպոտ ճաշատեսակները և հրուշակեղենը (նկար 19):

Վարդագույն պզուկներ (Acne rosacea)

Առավել հաճախ առաջանում են 40 տարեկանից բարձր կանանց, ինչպես նաև ստամոքս-աղիքային ախտահարումներով անձանց մոտ: Առավելապես տեղակայվում են այտերի, քթի, ճակատի, կզակի մաշկի շրջանում, կարող է ախտահարվել շաղկապենին:

Կլինիկա

Հիվանդությունը սկսվում է աննշան կարմրությունից, որը սրանում է սուր և տաք սննդի, ալկոհոլային խմիչքների ընդունումից: Հետագայում կարմրությունը կայունանում է, ձեռք է բերում կապտակարմիր երանգ, որը օջախի եզրամասում աստիճանաբար նվազում է: Մաշկի վրա առաջանում են կայուն, լայնացած անոթներ՝ տելեանգիեկտազիաներ (Էրիթեմային փուլ կամ ռոզացեա): Որոշ հիվանդների մոտ այդպիսի կարմրությունը պահպանվում է երկար տարիներ: Օջախները կարող են միաձուլվել: Կանգային Էրիթեմայի ֆոնի վրա ոչ հազվադեպ առաջանում են ոչ մեծ հանգույցներ, որոնց կենտրոնում ձևավորվում է պուստուլա (պապուլապուստուլային փուլ): Հանգուցիկները կարող են միաձուլվել, որի հետևանքով դեմքի մաշկը ձեռք է բերում խորրդուբորդ տեսք: Զթի շրջանում տեղակայման դեպքում կարող են առաջանալ ուռուցքանման գոյացություններ, որոնք ունեն մանուշակագույն երանգ, մազերի ֆոլիկուլների ելանցքը լայնացած է, սեղմելիս մազապարկից արտահոսում է ճարպային զանգված (ռինոֆիմա կամ կոնաձև քիթ):

Պաթոգենեզը

Ախտածագման հարցում նշանակություն ունեն ստամոքս-աղիքային ախտահարումները, նյարդաներզատական (սեյրոէնդոկրին) կարգավորման խանգարումները: Այս հիվանդության ժամանակ հաճախ է հայտնաբերվում ճարպագեղձի տիզը՝ Demodex folliculorum-ը: Սկսվող հիվանդությունը բարենպաստ պայման է ստեղծում տզի կենսագործունեության համար: Տարբերակիչ

ախտորոշումը կատարում են սկավառակային կարմիր գայլախտի, շուրջբերանային մաշկաբորբի և սովորական պզուկների միջև: Ի տարբերություն վարդագույն պզուկների՝ կարմիր գայլախտին բնորոշ են տարբեր չափերի կարմրածության օջախներ և մաշկի ապածուր: Սովորական պզուկները առաջանում են պատանեկան հասակում՝ հանգույցների ձևով: Կլինիկայով վարդագույն պզուկները նման են կանանց շուրջբերանային մաշկաբորբին: Դեմքի մաշկը ախտահարվում է բերանի շրջանում, սակայն պրոցեսը կարող է տարածվել ռունգերի, կոպերի շրջան:

Բուժումը

Բուժման հաջողության մեջ մեծ նշանակություն ունեն՝ նախատրամադրող գործոնների վերացումը, Էնդոկրին, սեռական, ադեստամոքսային համակարգերի խանգարումների (դիառեաների) շտկումը: Արգելվում են ալկոհոլի, տաք ըմպելիքների, գրգռող նյութերի ընդունումը:

Ներքին ընդունման նպատակով նշանակում են՝ ացիդին-պեպսին, «B» խմբի վիտամիններ, Էսենցիալե, պիրիդոքսին, նիկոտինաթթու, տրիխոպոլ, հակամալարիային դեղամիջոցներ:

Արդյունավետ միջոց է ռոակուտանը 0.2-1.0մգ 1կգ մարմնի քաշին, տեղային չորացնող, դեզինֆեկցնող ազդեցությամբ սպիրտային լուծույթներ:

Դեմոդեքսի հայտնաբերման դեպքում՝ բուժում Դեմյանովիչի մեթոդով (N1 լուծույթ - 60%, թիոսուլֆատ Na լուծույթ և N2 լուծույթ - 6% ադաթթվի լուծույթ):

Նաև օգտագործում են հավասարաչափ խառնած «Լորինդեն»-C-ի հետ 33% ծծմբային քսուք, հակապարազիտար քսուքներ՝ քսուք «Յամ», անրոզոլ «Սպրեգալ», բենզիլ-բենզոատի 20% գել, մետրոգիլ-գել (1% մեթրոնիդազոլ):

Հակաբիոտիկներից կիրառում են տետրացիկլին 1000-1500մգ և դեղաչափի աստիճանաբար իջեցումով մինչև օրական 500-250մգ: Մակրոլիդներից կիրառում են՝ 1500-500մգ Էրիթրոմիցին, 150մգ կլարիթրոմիցին: Ֆիզիոթերապևտիկ մեթոդներից կիրառում են՝ սառնամերսում, Էլեկտրամակարդում:

Խորհուրդ է տրվում խուսափել դեմքի մաշկի արյունատար անոթների լայնացմանը նպաստող գործոններից՝ ցրտի, արևի ճառագայթների ազդեցությունից, բացառել սուր և տաք կերակրատեսակները, ակոհոլային խմիչքները:

Պզուկների բուժումն ավելի արդյունավետ է, երբ այն զուգորդվում է տվյալ անձի ստամոքս-աղիքային ուղու հիվանդությունների, կանանց դաշտանադադարի շրջանում՝ ներգատական խանգարումների բուժման հետ: Կոսմետիկ միջոցներից և կորտիկոստերոիդային քսուլներից հրաժարվելը կանխում է պզուկների կրկնումները (նկար 20):

Սպիտակ պզուկներ (Acne albida milium)

Բշտեր են, որոնք ճարպագեղձերի արտադրուկի կուտակման հետևանքով առաջանում են վերնամաշկի տակ և սպիտակ, փոքր, քորոցի գլխիկի չափ, ամուր հանգուցիկներ են՝ առանց բորբոքային երևույթների: Սովորաբար տեղակայվում են կոպերի, այտուկերի, քունքերի շրջանում: Սեղմելու դեպքում դուրս է գալիս գոյացություն՝ պինդ հատիկի տեսքով:

Բուժումը

Պահպանելով ասեպտիկայի կանոնները՝ ասեղի օգնությամբ բացում են պզուկի ծածկը, սեղմելով՝ հեռացնում բշտի պարունակությունը և մաքրում հակասեպտիկ միջոցով:

ՄԱՇԿԻ ՔՈՐ

Մաշկի քորը կարող է լինել համակարգային որոշ հիվանդությունների՝ նյութափոխանակության խանգարումների, արյան, երիկամների, լյարդի, ենթաստամոքսային գեղձի հիվանդությունների ախտանիշ: Խրոնիկ բնույթի մաշկային քորը կարող է պայմանավորված լինել աղետամոքսային համակարգի, ճիճվային հիվանդությունների ախտանիշներից մեկը:

Ըստ տարածվածության տարբերակում ենք քորի հետևյալ տեսակները՝ ունիվերսալ (գեներալիզացված) և սահմանափակ (տեղակայված): Սահմանափակ քորի ամենահաճախ տեղակայումներից է համարվում արտաքին սեռական օրգանների և հետանցքի տեղամասերը: Տեղակայված քորի պատճառներից են՝ ճիճվակրությունը (էնտերոբիոզ), ուղիղ աղու, միզուկի շրջանների

բորբոքային փոփոխությունները: Ունիվերսալ քորը բաժանվում է՝ ծերունականի, սեզոնայինի, որն առաջանում է ամռանը, ինչպես ֆոտոդերմատոզի ախտանիշ, աուտոտոքսիկ՝ որոշ սննդանյութերի, դեղորայքի ընդունման հետևանք: Ունիվերսալ և տեղակայված քորը կարող են լինել դերմատոզոոնոզների ախտանիշ: Ծերունական քորը հաճախ կրում է ունիվերսալ բնույթ, հատկապես այն կարող է ուժեղ լինել սրունքների, ազդրերի և իրանի շրջանում: Հաճախ ի հայտ է գալիս նոպայաձև, հիգիենիկ լոգանք ընդունելիս: Պայմանավորված է մաշկի չորությամբ (ճարպագեղձերի հիպոֆունկցիա), տրոֆոնևրոզի, ավիտամինոզների ֆոնի վրա: Զերծվածքները նպաստում են երկրորդային պիոդերմիայի առաջացմանը, հնարավոր է Էկզեմավորում:

Քորի տեղակայումը որպես դերմատոզի առաջին ախտանիշ

Մարմնամաս	Իրավիճակներ
Ունաթաթեր	Էպիդերմոֆիտիա, ռուբրոֆիթիա
Մաշկի ծալքեր	ատոպիկ դերմատիտ, սնկախտեր
Գեներալիզացված Ձեռքեր	քսերոզ՝ ծերերի մոտ, տոքսիդերմիաներ
Ոտքեր	կոնտակտային, ատոպիկ դերմատիտ, եղևջացան, քոս
Պարանոց	կոնտակտային դերմատիտ, տոքսիդերմիա
Գլուխ	Սեբոռեային դերմատիտ, պսորիազ, ոջլոտություն, ջրծաղիկ
Մարմին	Եղևջացան, գոտևորող որքին, միջատների խայթոցներ

Հետևանքի քորը հաճախ պայմանավորված է տրոֆոնևրոզներով, պարապրոկտիտով, պրոստատիտով, ուղիղ աղու պոլիպոզով, խրոնիկական դիզենտերիայով, շաքարային դիաբետով, կոսմետիկ միջոցներից՝ օճառից առաջացած շփումային դերմատիտը, սթրեսը: Մաշկի քորի տեղայնացված ձևին պատկանում է սեռական օրգանների քորը: Քորի պատճառ կարող է լինել տրիխոմոնիազը, կանդիդոզը: Հաճախ այն առաջանում է կլիմաքսի, նևրոզ-

ների, հակաբեղմնավորիչ միջոցների կիրառման դեպքում: Քորը, ինչպես հիվանդի իրական պրոբլեմ, բերում է պոտենցիալ պրոբլեմների՝ անքնության, անձնական հիգիենայի խանգարման, պացիենտը դառնում է ոչուրագրգիռ:

Քորով ուղեկցվող այլ օրգան-համակարգերի խանգարումներ

Չարորակ նորագոյացություններ

- լիմֆոմա
- լեյկոզներ (մասնավորապես քրոնիկ լիմֆոլեյկոզ)
- բազմաթիվ միելոմաներ

Երիկամների հիվանդություններ

- խրոնիկ երիկամային անբավարարություն

Լյարդի հիվանդություններ

- ցանկացած էթիոլոգիայի խոլեստազ, հիպերբիլիռուբինեմիա
- հեպատիտներ
- լյարդի ակոհոլային ախտահարումներ
- լյարդային անբավարարություն

Էնդոկրին հիվանդություններ

- շաքարային դիաբետ (մաշկի որոշ հատվածներ կարող են ինֆեկցվել կանդիդոզներով)
- հիպո, հիպերպարաթիրեոզ

Ճիճվային ինվազիաներ

- ասկարիդոզ

Հոգեկան խանգարումներ, այդ թվում նևրոզներ

- դեպրեսիա
- տազնապ
- ֆոբիկ նևրոզներ (պարագիտոֆոբիա)

Ինֆեկցիաներ

- ՄԻԱՎ - վարակ

Բուժումը

Առաջինը քորի անմիջական պատճառի բացահայտումն է, որից հետո նշանակում են համապատասխան բուժում: Պացիենտի հետ անցկացնում են խորհրդատվություն, որ նա կրի բամբակյա հագուստ, գերծ մսա գրգռող նյութերից և ակոհոլից:

Տեղային նշանակում են սառը թրջոցներ: Եթե մաշկը չոր է (քսերոզ), օգտագործում են խոնավացնող միջոցներ՝ լանոլինային քսուք կամ կրեմ 10% միզանյութով:

Նշանակում են հակահիստամինային միջոցներ՝ լորատադին՝ 10-50մգ գիշերը ներքին ընդունման ձևով: Ստեղատիվ հակահիստամինային միջոցներ՝ դիֆենհիդրամին, կլեմաստին, քլորոպիրամին: Պոլիվիտամիններ՝ հատկապես A, E, F, C սրսկումների ձևով:

ՄԱՇԿԻ ԱԼԵՐԳԻԿ ԶԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՆԵՅՐՈԴԵՐՄԻՏ (NEURODERMITIS)

Մաշկի խրոնիկական հիվանդություն է, որը սկսվում է առաջնային քորով, իսկ մաշկի փոփոխությունները զարգանում են առավելապես մաշկը քորելու հետևանքով:

Կլինիկա

Տարբերում ենք հիվանդության երկու կլինիկական ձևեր՝ սահմանափակ նեյրոդերմիտ և տարածուն կամ սփռուն նեյրոդերմիտ:

Սահմանափակ նեյրոդերմիտը առավել հաճախ հանդիպում է հասուն տարիքում: Հիմնական նշանը որքինացումն է, այն է՝ մաշկային պատկերի ուժեղացումը, որի դեպքում մաշկի ակոսիկները դառնում են առավել խորը, մաշկի մակերեսը ցայտուն դուրս է ցցվում՝ առաջացնելով դժգոյն, վարդագույն երանգի հանգույցներ, ծածկված փոքրիկ թեփուկներով: Հիվանդության այս ձևը հաճախ տեղակայվում է ծոծրակի, պարանոցի, արմնկային ծալքերի, ծնկափոսերի, աճուկային ծալքերի շրջաններում, ազդերի ներսային մակերեսների վրա, տղամարդկանց մոտ՝ փոշտի, իսկ կանանց մոտ՝ արտաքին սեռական օրգաններին: Որքինացման օջախները ներկայացված են բծերով, որոնց եզրերով տեղակայված են փոքր պապուլաներ: Թեփոտումը առավել արտահայտված է պարանոցի հետին հատվածում: Հիվանդի հիմնական իրական պրոբլեմը քորն է: Որոշ գրգռիչների հանդեպ մաշկի զգայունությունը բարձրանում է: Արդյունքում՝ անգամ թույլ գրգռիչը օջախում առաջացնում է ուժգին քոր: Նեյրոդերմիտի այս ձևը

տարբերակում ենք՝ պտորիագից, միկոզից, հասարակ և ավերգիկ շփումային դերմատիտից:

Բուժումը

Հիվանդի հետ անցկացվում է խորհրդատվություն՝ նրան բացատրում են, որ մաշկի վնասված ուղիներից կարող են ներթափանցել մանրէները և առաջացնել երկրորդային վարակի միացում: Տեղային բուժման նպատակով գիշերային ժամերին տեղադրում են օկյուզին վիրակապեր, որոնք հեշտացնում են դեղամիջոցների ներթափանցումը մաշկի մեջ: Արդյունավետ միջոց է՝ ներարկումներ անտահարված օջախի մեջ: Օգտագործում են տրիամցինոլոնը 3մգ/մլ: Ձեռքերի և ոտքերի անտահարման դեպքում չոր վիրակապի տակ տեղադրում են ձյութի միջին ազդեցության կորտիկոստերոիդի խառնուրդը: Կիրառում են հակահիստամինային ազդեցության միջոցներ՝ դոքսետինի 5% կրեմը:

Սփռուն նեյրոդերմիտը որպես օրենք սկսվում է նորածնային հասակում՝ արտաքիրտային դիաթեզից (էքսուդատիվ դիաթեզ), հետագայում վերածվում է մանկական էկզեմայի, իսկ 7-8 տարեկանում՝ իսկական սփռուն նեյրոդերմիտի: Հանդիպում է երկու սեռերի մոտ: Արտահայտվում է գիշերային ուժգին քորով: Պրոցեսը գերազանցապես տեղակայվում է պարանոցի կողմնային մակերեսների, կրծքի, այտերի, շրթունքի կարմիր երիզի, արմակային և ծնկային ծայքերի շրջանում: Մաշկը չոր, կարմրած, որքինացած է: Ուժեղ քորին միանում են արտաքիրտային երևույթները՝ այտուցի և աննշան թացության ձևով: Որոշ հիվանդների մոտ պրոցեսի մեջ են ընդգրկվում շրթունքի կարմիր երիզը՝ անտեղակայուն շրթաբորբ (խեյլիտ): Այն սկսվում է քորով, կարմրությամբ: Բորբոքային երևույթները արագ նվազում են և զարգանում է շրթունքի որքինացում: Կարմիր երիզը ենթարկվում է ներսփռման, ծածկվում է մանր թեփուկներով: Անտեղակայուն մաշկաբորբով հիվանդների մոտ նշվում է սպիտակ մաշկագիր և արտահայտված մազաշարժական ռեֆլեքս: Անտեղակայուն մաշկաբորբը զուգորդվում է բրոնխային հեղձուկի, ավերգիկ հարբուխի հետ: Երբեմն զարգանում է պատանեկան կատարակտ (Անդոզակու համախտանիշ):

Պաթոգենեզը

Առաջացման մեջ որոշակի դեր ունեն ժառանգական գործոնները, որոնք նախատրամադրություն են ստեղծում գերզգայունության զարգացման համար: Կենտրոնական նյարդային համակարգի խանգարումները, ֆոնային ախտաբանական փոփոխությունները, սթրեսը նպաստում են ալերգիայի կլինիկական դրսևորմանը: Ալերգեններ են հանդիսանում սնունդը, դեղամիջոցները, ծաղկափոշին, կենցաղային փոշին, մանրէները: Այս ձևը տարբերակում ենք սեբորեային դերմատիտից, հասարակ և ալերգիկ շփումային դերմատիտից, պսորիազից, դերմատոֆիտիաներից:

Բուժումը

Քորը նվազեցնելու նպատակով օգտագործում են մենթոլով և կամֆորայով թրջոցներ, դիմեդրոլ, անեսթեզին պարունակող միջոցներ: Սուր շրջանում նշանակում ենք թաց վիրակապեր, տեղային օգտագործման կորտիկոստերոիդներ, ուժգին քորի դեպքում՝ H1 - բլոկատորներ ներքին ընդունման՝ (քլորֆենամին, հիդրոկորտիզոն): Երկրորդային ստաֆիլոկոկային ինֆեկցման դեպքում՝ հակաբիոտիկներ ներքին ընդունման՝ կլոքսացիլին: Չոր մաշկի դեպքում կիրառում ենք խոնավացնող միջոցներ՝ վազելինի յուղ, վիտամին «A»-ի յուղային լուծույթ: Ցուցված են 10% կալցիոլմի քլորիդի 10մլ, 10% Na թիոսուլֆատի լուծույթի ն/ե ներարկումներ, վիտամին B₁, B₆ մ/մ սրսկումներ: Նշանակում են դեսենսիբիլիզացնող միջոցներ՝ զադիտեն, հակահիստամինային՝ գիրտեկ, հակաբորբոքային և պիրազոլոնային ածանցյալներ՝ բուտադիոն, ինդոմետացին, օրտոֆեն:

ՄԱՇԿԱԲՈՐԲԵՐ (DERMATITIS)

Մաշկաբորբը մաշկի բորբոքումն է, որն առաջանում է արտաքին միջավայրի ֆիզիկական, քիմիական և կենսաբանական բնույթի ազդակների անմիջական ազդեցության հետևանքով: Կլինիկորեն մաշկաբորբը դրսևորվում է մաշկի շատ թե քիչ արտահայտված կարմրությամբ, այտուցվածությամբ, բշտերով, բշտիկներով և այլ օբյեկտիվ փոփոխություններով, որոնք սովորաբար ուղեկցվում են քորով, այրոցով, անզամ ցավով: Մաշկի ախտահարումն անցնում է զարգացման 3 շրջան.

- սուր՝ մաշկի վրա առաջանում են բշտիկներ և բշտեր
- ենթասուր՝ մաշկի վրա առաջանում են շճային կեղևներ և թեփուկներ
- խրոնիկ, բնորոշ է գերեղջերացումը, որոշ դեպքերում ատրոֆիկ փոփոխությունների զարգացումը

Մաշկաբորբերի առաջացման պատճառներն են.

1. Ֆիզիկական ազդակները՝ մեխանիկական գրգռիչները (ճնշում, շփում), բարձր և ցածր ջերմաստիճանները, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթները, էլեկտրական հոսանքը, իոնիզացնող ճառագայթումը:
2. Զիմիական ազդակներ՝ թթուներ, հիմքեր, աղեր:
3. Կենսաբանական ազդակներ՝ բույսեր, թրթուռներ, միջատներ

Կլինիկա

Մաշկաբորբի կլինիկական ձևերն են՝ պարզ շփումային (կոնտակտային) մաշկաբորբ, ալերգիկ մաշկաբորբ, ճարպահոսական (սեբորեային) մաշկաբորբ, դրամանման մաշկաբորբ:

Շփումային մաշկաբորբը մաշկի սուր կամ քրոնիկ ընթացքով բորբոքային հիվանդություն է, որն առաջանում է մաշկի վրա արտաքին գրգռիչների և ալերգենների անմիջական ազդեցության հետևանքով: Մաշկային ռեակցիան կախված է նյութի ֆիզիկական և քիմիական հատկություններից, խտությունից, ազդեցության տևողությունից, նշանակություն ունեն նաև հիվանդի տարիքը, շփման տեղը, ժառանգական նախատրամադրվածությունը, արտաքին միջավայրի խոնավությունն ու ջերմաստիճանը (նկար 21):

Ռիսկի գործոններ՝ շփում մասնագիտական վնասակար նյութերի, կենցաղային քիմիայի առարկաների հետ, ժառանգական հակում ալերգիկ հիվանդությունների հանդեպ (ալերգիկ շփումային մաշկաբորբի դեպքում):

Հասարակ (արհեստական, արտիֆիցիալ) շփումային մաշկաբորբն առաջանում է մաշկի վրա ոչ պայմանական, ազդակների ներգործությամբ (թթուներ, հիմքեր, այլ քիմիական նյութեր, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթում, բարձր և ցածր ջերմաստիճան, հարում, երկարատև ճնշում, որոշ բույսեր, թրթուրներ, միջատներ և այլն), որոնք կարող են առաջացնել բորբոքում: Չար-

զանում է կենցաղում կամ աշխատավայրում տեղի ունեցած դժբախտ պատահարներից (այրվածքներ, ցրտահարություն, քիմիական ներգործություններ, էլեկտրահարում և այլն): Հաճախ առաջանում է սուր, բացակայում է գերզգայնությունը: Առաջանում է ազդակի տեղում, սահմանազատվում շրջակա մաշկից: Հակված չէ ծայրամասային աճի կամ ցրվելու: Գրգռիչ ազդեցությունը դադարեցնելիս արագորեն վերանում է (1-2 շաբաթվա ընթացքում) (նկար 22 ա,բ):

Սուր տոքսիկ շփումային մաշկաբորբը զարգանում է ուժեղ քիմիական կյութերի ազդեցության հետևանքով, առաջանում են երիթեմա, բշտեր կամ մաշկի կազմալուծում:

Քրոնիկ կուտակային (կումուլյատիվ) շփումային մաշկաբորբն առաջանում է համեմատաբար թույլ գրգռիչների երկարատև ազդեցության հետևանքով, բնորոշվում կարմրությամբ, թեփոտումով, քորով, որքինացումով:

Պարզ շփումային մաշկաբորբերը դրսևորվում են շփաբորբերի, այրվածքների, ցրտահարության, ձմռակների տեսքով:

➤ Շփաբորբերն առաջանում են երկարատև ճնշումից և շփումից, ամենից հաճախ ոտնաթաթերին, ակերի մաշկին, գործիքների անսովոր ճնշումից, ծայքերում: Բնորոշ է սահմանափակ կարմրության, այրոցի, ցավի, շճային և արյունային պարունակությամբ լցված բշտերի ի հայտ գալը: Հետագա վնասումը հանգեցնում է բշտերի բացման և ցավոտ քերծվածքների առաջացման: Խրոնիկ շփաբորբը բնորոշվում է մաշկի ինֆիլտրացիայով, վերնամաշկի հաստացումով և գերեղջերացումով, որն արտահայտվում է մաշկի ախտահարված տեղամասերի կարծրացումով և որքինացումով երեխաների մոտ նկատվում է տակդիրների մաշկաբորբ:

➤ Այրվածքներն

• առաջանում են մաշկի վրա բարձր ջերմաստիճանի հեղուկ, պինդ կամ գազանման մարմինների ազդեցությունից:

Տարբերում են 4 աստիճանի այրվածքներ.

I աստիճանը բնութագրվում է մաշկի կարմրությամբ և այտուցով, որոնք ուղեկցվում են այրոցի ու ցավի զգացումով

II աստիճանը բնութագրվում է կարմրած մաշկի ֆոնով շճային կամ արյունային պարունակությամբ բշտերի երևան գալով

III աստիճանը բնութագրվում է բուն մաշկի մակերեսային շերտերի մեռուկացումով՝ առանց կեղևի գոյացման:

IV աստիճանը բնութագրվում է բուն մաշկի բոլոր շերտերի մեռուկացումով և կեղևի առաջացումով, որն էլ աստիճանաբար անջատվում է՝ մերկացնելով խոցը, որի ապաքինվելուց հետո գոյանում է սպի (հաճախ գերաճական, կելոիդ):

➤ Ցրտահարություն

Այն առաջանում է արտաքին ցածր ջերմաստիճանի ազդեցության հետևանքով: Տարբերում են ցրտահարության 4 աստիճաններ:

I աստիճանի ցրտահարությունը բնորոշվում է մաշկի ախտահարված տեղամասերի կանգային կապտավուն գունավորումով ու այտուցով, որոնք ուղեկցվում են ծակծկոցի ու քորի զգացումով:

II աստիճանը բնորոշվում է մաշկի կանգային կապտավուն ֆոնով շճային կամ շճարյունային պարունակությամբ լցված բշտերի առաջացումով:

III աստիճանը բնորոշվում է մաշկի հյուսվածքների մեռուկացումով՝ կեղևի գոյացմամբ:

IV աստիճանը բնորոշվում է հյուսվածքների խորը նեկրոզով:

➤ Ձմռուկ

Խրոնիկ, կրկնությունների հակված մաշկի յուրահատուկ ախտահարումն է, որը զարգանում է նախատրամադրված անհատների շրջանում, որոնք տառապում են անեմիայով, թերսնվածությամբ, C, A հիպովիտամինոզով:

Հաճախ հիվանդությունը սկսվում է աշնանը՝ օդի 6-10°C դեպքում, պահպանվում ձմեռվա ընթացքում և անցնում ամռանը:

Հիվանդության առաջացմանը նպաստում են խոնավ և ցուրտ պայմանները: Պրոցեսը տեղակայվում է ձեռքերի մատների դրսային մակերեսին, հազվադեպ՝ ոտքերին, կրունկներին, ականջախեցիներին, առավել հաճախ՝ քթի և այտերի մաշկին:

Արևային մաշկաբորբ

Առաջանում է մաշկի վրա արևային ճառագայթների երկարատև ազդեցությունից, նաև լույսի արհեստական աղբյուրներից ստացվող ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներից (լուսավորում կվարցի լապտերով, մասնագիտական պայմաններում՝ էլեկտրագոման ժամանակ): Սուր արևային մաշկաբորբի կլինիկայում նկատվում է (առաջանում է լուսավորումից 2-4 ժամ հետո)՝ Էրիթեմա, ծանր դեպքերում՝ բշտիկներ, ցավ, այրոց, հստակ սահմանագիծ մաշկի ախտահարված և չախտահարված հատվածների միջև, մաշկային ծածկույթների զգալի տեղամասերի ախտահարման դեպքում կարող են առաջանալ տենդ, գլխացավ, փսխում: Ցանը տեղակայվում է մարմնի բաց հատվածներում՝ ճակատին, այտոսկրերին, քթին, ականջախեցիներին, պարանոցի կողմնային և հետին մակերեսներին, կրծքավանդակի առաջային մակերեսին (դեկոլտե):

Ալերգիկ մաշկաբորբ առաջանում է ալերգենների (սենսիբիլիզատորների) ազդեցության հետևանքով՝ դրանց հանդեպ գերզգայուն անձանց մոտ՝ որպես դանդաղ տիպի ալերգիկ ռեակցիա (սկար 23): Առավել հաճախակի պատճառներից են սինթետիկ լվացքի փոշիները, տեղային գործածության դեղերը (օրինակ նեոմիցինը, բենզոկաինը, H1-հակահիստամինային պատրաստուկները), մետաղները (սիկել, քրոմ, կոբալտ, ոսկի, սնդիկ), օրգանական ներկերը, բույսերը: Հաճախ մասնագիտական բնույթի է:

Տարբերում են՝ ա) սուր ալերգիկ մաշկաբորբ. բնորոշվում է Էրիթեմայով, այտուցով, բշտերով, քորով, բ) խրոնիկ ալերգիկ մաշկաբորբ. արտահայտվում է քորով, Էրիթեմայով, թեփոտումով, լիխենիզացիայով:

Կատարվում է արյան և մեզի ընդհանուր և արյան կենսաքիմիական քննություն: Մասնագիտացված կլինիկաներում կատարվում են հետևյալ հետազոտությունները՝

- ա) արյան, մեզի, կղանքի,
- բ) ապլիկացիոն փորձեր (հայտնաբերում է շփումնային ալերգենը, որը բարդացնում է հիվանդության ընթացքը),
- գ) ֆոտոփորձեր (ֆոտոգերզգայունություն կասկածելիս),

դ) ապլիկացիոն ֆոտոփորձեր (օգնում է հայտնաբերելու ֆոտոալերգենը): Պարզ և ալերգիկ դերմատիտների տարբերակման համար կիրառվում է ստանդարտ լաթի թեսթը. ալերգենները տեղադրվում է այլումինիումային փոսիկների մեջ ամրացված թղթե ժապավենին (Ֆինի խցիկ): ժապավենը ամրացվում է մեջքի վերին մասում 48 ժամ, այնուհետև հեռացվում է, և սովյալները մեկնաբանվում են անմիջապես հեռացնելիս 72, 96 ժամ և 1 շաբաթ հետո: Դրական թեսթի դեպքում լինում է էրիթեմա, այտուց, բշտեր:

Հիվանդի հետ խորհրդատվության անցկացնում:

Պետք է խուսափել այնպիսի դեղերի և նյութերի օգտագործելուց, որոնք օժտված են ֆոտոգերգայական ազդեցությամբ, արևի տակ գտնվելուց 11:00-15:00 միջև ընկած ժամանակահատվածում, օգտագործել պաշտպանության բարձր գործակից ունեցող արևապաշտպանիչ միջոցներ, կրել պաշտպանիչ հագուստ և գլխարկ, քսել պաշտպանիչ քսուքներ:

Ճարպահոսական մաշկաբորբը լայնորեն տարածված հիվանդություն է, որի հավանական հարուցիչն է *Ptyrosporum ovale* սունկը (առկա է և նորմայում): Ճարպահոսական մաշկաբորբ ունենում են 2-10 շաբաթական երեխաները, ինքնաբուխ անցնում է 8-12 ամսական հասակում և նորից առաջանում պուրբերտատ շրջանում: Հաճախ զարգանում է տղամարդկանց մոտ:

Կլինիկա

Հիմնական գանգատներն են՝ քորը, որն ուժեղանում է քրտնելիս, ձմռանը վիճակը վատթարանում է, ցանը՝ դրսևորվում է դեղնակարմրավուն ճարպային բծերով և տարբեր չափերի (5-20 մմ) պապուլաներով, որոնք ունեն բավականին հստակ եզրագծեր և ծածկված են թեփուկներով, գլխի մազածածկ հատվածում դիտվում է մանր թեփոտում, ականջախեցիկների, գլխի մազածածկ հատվածի, անոթափոսերի, աճուկային հատվածի և կրծքագեղձերի տակ գտնվող ծայքերի ախտահարման դեպքում առաջանում են թացություն, կպչուն կեղևիկներ և ճաքեր: Որպես երկրորդային երևույթ զարգանում է մաշկային ծայքերի կանդիդոզ: Ցանը լինում է դրամանման, բազմափուլային (պոլիցիկլիկ), օղակաձև և ախտա-

հարում է մաշկի ճարպային գեղձերով հարուստ հատվածները և մաշկային ծալքերը՝ գլխի մազածածկ հատվածը, դեմքը, հատկապես հոնքերը, թարթիչները, մորուքը և բեղերը (մազային ֆոլիկուլների բացվածքները), այտերը և քիթը («թիթեռնիկի» տեսքով), ճակատը («սեբորեային թագ»), հետականջային հատվածները:

Բուժումը

Հայտնի սննդային ալերգենների բացառում (ձու, կաթ, ցորեն, ձուկ, ընկույզ, լոլիկ, շոկոլադ, բանան, ցիտրուսներ, ելակ և այլն), անհրաժեշտության դեպքում հիմնական հիպոալերգիկ սննդակարգ:

Կիրառում են նաև հետևյալ գործողությունները՝

- ա) ալերգենների էլիմինացիա (դադարեցնել դեղորայքի ընդունումը, քաղց),
- բ) խուսափել ալերգենի հետ շփվելուց,
- գ) սառը թրջոցներ՝ քորը պակասեցնելու համար,
- դ) դեղորայքային բուժում,
- ե) հիմնական հիվանդության բուժում, որի ժամանակ ցանը ախտանիշներից մեկն է,
- զ) ախտանշանային բուժում (առանձին ախտանիշներ՝ քոր, այտուց և այլն, վերացնելու նպատակով):

Շփումային մաշկաբորբի բուժման սկզբունքները

- ա) վերացնել ալերգենի շփումը
- բ) օգտագործել տեղային գլյուկոկորտիկոիդային քսուքներ
ճարպահոսական մաշկաբորբի բուժման սկզբունքները
- ա) կեղևների հեռացում և մաշկային ճարպի քանակի նվազում,
- բ) կեղևները փափկեցնում են սալիցաթթու և ծծումբ պարունակող քսուքներով,
- գ) հաճախակի ընդունում են ջրային լուծանքներ,
- դ) սնկերի բազմանալու արգելք՝ սելենի սուլֆիդ, ցինկի պերիտիոնատ, կետոկոնազոլ պարունակող շամպունների և ֆունգիցիդ դեղամիջոցների կիրառում,
- ե) ախտանշանային տեղային բուժում՝ գլյուկոկորտիկոստերոիդային քսուքների կիրառում,
- զ) խորհուրդ է տրվում խուսափել յուղեր և օճառ օգտագործելուց:

ՊԱՐԶ ԵՎ ԱԼԵՐԳԻԿ ՇՓՈՒՄԱՅԻՆ ՄԱՇԿԱԲՈՐԲԵՐԻ ՀԱՄԵՍԱՏԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳՐԵՐ

		Պարզ շփումային դերմատիտ	Ալերգիկ շփումային դերմատիտ
Ցանի տարրեր	Սուր	Էրիթեմա, վեզիկուլներ, կեղևիկներ, թեփոտում	Էրիթեմա, պապուլաներ, վեզիկուլներ, Էրոզիաներ, կեղևիկներ, թեփոտում
	Խրոնիկ	Մաշկի բորբոքային ինֆիլտրացիա, պապուլաներ, վահանիկներ, ճաքեր, թեփոտում, կերևիկներ	Պապուլաներ, վահանիկներ, թեփոտում, լիքենիզացում, քերծվածքներ (Էքսկորիացիաներ)
Ախտահարման օջախ	Սուր	Ունի հստակ սահմանագծեր, չի տարածվում գրգռիչի ազդեցության հատվածից դուրս	Սկսվում է ալերգենի ազդեցության հատվածից ունենալով հստակ սահմանագծեր, հետագայում ընդգրկում է մաշկի հարակից հատվածները (փոքրիկ պապուլաներ եզրերին), հաճախ տարածվում մաշկի օջախից հեռու գտնվող հատվածներ, հնարավոր է ընդհանրացած ախտահարում
	Խրոնիկ	Ոչ հստակ սահմանագծեր	Ոչ հստակ սահմանագծեր, տարածվելու հակում
Հիվանդության ընթացքը	Սուր	Արագ ընթացքով, առաջանում է առանց գաղտնի շրջանի	Գաղտնի շրջանը 12-72 ժամից մինչև 7-10 օր է և անգամ մինչև 1 ամիս
	Խրոնիկ	Ամիսներ և տարիներ տևող գրգռիչի կանոնավոր ազդեցություն	Ամիսներ և ավելի տևող սրացումներն առաջանում են ալերգենի հետ շփումից
Գրգռիչ (ալերգեն)		Հիվանդության ծանրությունը կախված է գրգռիչի խտությունից (սահմանայինից բարձր) և ազդեցության ժամանակից	Ալերգենի խտությունից համեմատական անկախություն (բավականին քիչ): Հիվանդության ծանրությունը՝ կախված է գերզգայունության աստիճանից
Գերզգայունություն		Նշանակություն չունի: Կարող է հիվանդանալ յուրաքանչյուրը	Հիվանդությունը դրսևորվում է միայն գերզգայուն հիվանդների շրջանում

Իր աշխատանքի ընթացքում բուժանձնակազմը պետք է պահպանի հետևյալ կանոնները՝ հակահիստամինային դեղերի անարդյունավետության դեպքում հարկավոր է վերանայել դեղաչափը կամ ընտրել այլ դեղորայք: Ցավը և այտուցը նվազեցնելու նպատակով են սառը թրջոցները՝ 2%-անոց բորաթթվի լուծույթով: Նշանակում են ֆենկարոլ, տավեգիլ: Հակահիստամինային դեղերը հակացուցված են հղիության և կերակրելու ժամանակ: Հակահիստամինային դեղերն օժտված են սեդատիվ ազդեցությամբ: Դրանք պետք է զգուշությամբ նշանակել վարորդներին:

ԷԿԶԵՄԱ (ECZEMA)

Էկզեման մաշկի նյարդա-ալերգիկ բնույթի երիթեմատոզ-վեգիկուլյոզ ախտահարումն է, որն առաջանում է սուր և ընդունում է խրոնիկ բնույթ: Բնորոշվում է հաճախակի կրկնումներով և ուղեկցվում է քորով:

Ռիսկի գործոններն են՝

- ա) արտաքին գրգռիչներ՝ մեխանիկական (շփում, ճնշում, քերծվածքներ), քիմիական (հիմքեր, թթուներ, ներկեր, դեղորայք), թերմիկ (բարձր, ցածր ջերմություն), լույսային:
- բ) ներքին գործոններ՝ ներքին օրգանների հիվանդություններ, Էնդոկրին, նյարդային համակարգի, խրոնիկ ինֆեկցիաների օջախներ, սթրես, ուղեկցվող ալերգիկ հիվանդություններ, ժառանգական նախատրամադրվածություն:

Պաթոգենեզը

Հիմնական նշանակություն ունի դանդաղեցրած տիպի ալերգիկ ռեակցիան, և խանգարվում է ոչ սպեցիֆիկ պաշտպանությունը:

Ախտանիշները՝ ըստ կլինիկական ընթացքի տարբերում ենք սուր և քրոնիկ էկզեմաներ: Սուր էկզեմայի կլինիկական պատկերին բնորոշ է մաշկային ծածկույթների սիմետրիկ հատվածներին մանր բշտիկների (միկրովեգիկուլաների) առաջացումը, շրջապատված հիպերեմիկ գոտիով, որն առաջացնում է քորի զգացողություն: Նոր միկրովեգիկուլաների առաջացման հետևանքով ախտահարման օջախը մեծանում է և ընդունում է

պոլիմորֆ բնույթ՝ Երիթեմայի ֆոնի վրա հայտնաբերվում են միկրովեգիկուլներ, միկրոերոզիաներ, որոնցից արտահոսում է շճային էքսուդատ: Էկզեմատոզ պրոցեսը աստիճանաբար տարածվում է մյուս հատվածների վրա: Մի շարք դեպքերում ախտահարվում են եղունգները: Հիվանդը գանգատվում է քորի և այրոցի զգացողությունից: Ժամանակի ընթացքում առաջանում է ախտահարված մաշկի ինֆիլտրացիա և լիքենֆիկացիա: Հիպերեմիան կանգային բնույթի է, թարմ միկրովեգիկուլների ցանավորումը քչանում է և դադարում որոշ ժամանակ անց (քրոնիկ էկզեմա):

Խրոնիկական էկզեմայի դեպքում որքինացված վարդագույն կամ մուգ-կարմիր մակերեսին տարբեր պարբերականությամբ և քանակությամբ գոյանում են մեկական կամ խմբավորված կետային հանգույցներ և բշտիկներ, կեղևներ, թեփուկներ: Երբեմն կարող է նկատվել աննշան թացություն: Հիվանդներին անհանգստացնում է խիստ քորը: Էկզեմայի կլինիկական ձևերն են՝ իսկական, մանրեային, սերորեային, մասնագիտական:

Իսկական էկզեմա

Կլինիկան

Սուր շրջանը բնորոշվում է հիպերեմիայով վեգիկուլաներով, ակտիվ, թացացող կետային երոզիաներով (շճային ջրհորներ), շճային կեղևներով, էքսկորիացիաներով քերծվածքներ, հազվադեպ՝ պապուլաներով, պուստուլաներով (ստերիլ պարունակությամբ): Բնորոշ է նաև տարբեր ինտենսիվության քոր: Խրոնիկական ընթացքի դեպքում ինֆիլտրացիան աճում է, բնորոշ են կանգային հիպերեմիա, որքինացում և ճաքեր, հիվանդին անհանգստացնում է սաստիկ քորը: Իսկական էկզեման տեղակայվում է դեմքին, վերջույթներին՝ մաշկի առողջ և ախտահարված հատվածների հաջորդումով: Օջախների սահմանները հստակ չեն, պրոցեսը սիմետրիկ է:

Մանրեային (միկրոբային) էկզեմա

Չարգանում է վարակի խրոնիկական օջախների տեղում՝ առաջացնելով բորբոքային, խիստ սահմանագծված օջախներ, որոնց կենտրոնական հատվածը պատված է թարախային կեղև-

ներով: Դրանք հանելուց հետո բացվում է, թաց երոզիվ մակերես՝ «շճային ջրհորներով»: Սահմաններն ընգծված են շերտազատվող էպիդերմիսով, որի եզրերին կան առանձին պուստուլաներ և թարախային կեղևներ («ցանվածքներ», ինչը հանգեցնում է սահմանների վերացման), ինչպես նաև երոզիաներ և էքսկորիացիաներ: Բնորոշ է սաստիկ քորը:

Մանրեային էկզեմայի տեղակայման օջախների սահմանները հստակ են, պրոցեսը՝ ասիմետրիկ: Հետագայում սահմանները վերանում են:

Սեբորեային (ճարպահոսական) էկզեմա

Չարգանում է սեբորեայով հիվանդների մոտ՝ մաշկի ճարպային գեղձերով հարուստ հատվածներում: Գլխի մազածածկ հատվածում չոր հիպերեմիկ մաշկի ֆոնի վրա առաջանում է գորշ թեփոտում, երբեմն՝ շճաթարախային կեղևներ, սրանց հեռացնելուց հետո բացվում է թաց մակերես, մազերն իրար կպած են: Մաշկի ծալքերում առկա է այտուց, հիպերեմիա, թացություն, ցավոտ, խորը ճաքեր, օջախների եզրերին՝ դեղին թեփուկներ կամ կեղևաթեփուկներ: Իրանին և վերջույթներին առկա են դեղնավարդագույն թեփոտող բծեր, օջախների կենտրոնում՝ մանր, հանգուցավոր տարրեր (նկար 25, 26, 27): Սեբորեային էկզեման տեղակայվում է գլխի մազածածկ հատվածում, ճակատին, ականջախեցիներում, կրծքավանդակի վերին և միջթիակային հատվածում, վերջույթների ծալիչ մակերեսներում: Սահմանները հստակ են:

Մասնագիտական (պրոֆեսիոնալ) էկզեմա

Առաջանում է մասնագիտական ալերգենների ազդեցության հետևանքով՝ սովորաբար ալերգիկ դերմատիտից հետո: Կլինիկական պատկերը բազմազան է: Ախտահարման օջախներում զարգանում են երիթեմա՝ հյուսվածքների ինֆիլտրատիվ փոփոխություններ, այտուց, պապուլոպուստուլյոզ ցանավորում, երոզիաներ, թացություն, շճային կեղևներ: Բնորոշ է արտահայտված քորը: Հաճախ ուղեկցվում է թարախածին վարակով, ինչը բարդացնում է հիվանդության ընթացքը, առաջանում են արյունա-թարախային կեղևներ: Ժամանակի ընթացքում ի հայտ են

գալիս իսկական Էկզեմային բնորոշ նշաններ: Ընթացքը երկարատև է, բայց ապաքինումը սկսվում է ալերգենի հետ շփումը դադարեցնելուց հետո: Ամեն մի նոր սրացում ունենում է առավել ծանր ընթացք: Մասնագիտական Էկզեման տեղակայվում է մաշկի բաց հատվածներին, դեմքին, պարանոցին, նախաբազուկներին, դաստակների մեջքային մակերեսներին, հազվադեպ՝ սրունքներին և ոտնաթաթերին: Սահմանները հստակ են:

Բուժումը

Էկզեմայով հիվանդների բուժումը պետք է սկսվի հիվանդի մանրակրկիտ հետազոտությունից հետո: Դրա նպատակն է անտաքանական պատճառների հայտնաբերումը և վերացումը, որոնք առաջացնում են մաշկի զգայունության փոփոխություն (սևրոզներ, ներքին օրգանների տարբեր հիվանդություններ, ինֆեկցիայի օջախներ): Հետագայում անհրաժեշտ է բացառել տարբեր գործոնների ազդեցությունը հիվանդի մաշկի վրա: Կիրառում են հանգստացնող, դեսենսիբիլիզացնող, հակաբորբոքային միջոցներ, Ca դեղամիջոցներ (և/ե Ca գլյուկոնատ, 10% Ca քլորիդի լուծույթ): Արտաքին բուժման նպատակով՝ սուր, թրջվող կլինիկայի դեպքում կիրառում են 2%-անոց բորաթթվի, 10%-անոց դիմեքսիդի թրջոցներ: Թացության նվազումից հետո նշանակում են թափահարուկներ կամ 1-10%-անոց իխտիոլ և 2-5%-անոց ծծմբային կրեմներ:

Կանխարգելումը

Էկզեմայի բոլոր ձևերի ժամանակ մեծ նշանակություն ունի հիգիենայի կանոնների պահպանումը: Սա նպաստում է երկրորդային ինֆեկցիաների կանխարգելմանը: Մակերեսային ֆոլիկուլիտներն անհրաժեշտ է մշակել Կաստելանիի հեղուկով կամ անիլինային ներկերի 1-2%-անոց ջրային կամ սպիրտային լուծույթներով: Չեն թույլատրվում լոզանքները և մարմնի գերտաքացումը: Էկզեմայով հիվանդներին խորհուրդ է տրվում կաթնաբուսական դիետա՝ բանջարեղեն, բուսական սնունդ, մրգեր: Անհրաժեշտ է սահմանափակել հեղուկի ընդունումը և ածխաջրերը: Էկզեմայով հիվանդներին խորհուրդ է տրվում կրել սինթետիկ և

բրդյա հագուստ: Այս հիվանդները գտնվում են դիսպանսեր հսկողության տակ:

ԵՂՆՋԱՑԱՆ (ՄՈՒԼԱՔՈՐ, URTICARIA)

Մուլաքորը ալերգիկ հիվանդություն է, որն արտահայտվում է ուժեղ քորով ուղեկցվող եղնջայտուցի հանկարծակի առաջացումով: Դրանք մաշկի պտկիկային շերտի սահմանափակ այտուցներն են: Պրոցեսի մեջ ընդգրկվում են նաև լորձաթաղանթները (սկար 24): Տարբերում են սուր և խրոնիկական (6 շաբաթից ավելի) եղնջացան: Եղնջացանով հիվանդանում են մարդկանց 15-20%-ը: Այն կարող է հանդիսանալ որպես համախտանիշի բաղկացուցիչ մաս:

Պաթոգենեզում նշանակություն է տրվում ալերգեններին՝ սննդային հավելումներ, դեղորայք, միջատների խայթոց, ծաղկի փոշի:

Ֆիզիկական գործոններից են՝ տաքը, սառը, ճնշումը, արևային ճառագայթները և այլն:

Ինֆեկցիաները՝ վիրուսային (ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզ, հեպատիտ), բակտերիալ, սնկային (էպիդերմոֆիտիաներ և այլն), հելմինթոզներ, կոլագենոզներ (գայլախտ, ռևմատոիդ արթրիտ), շիճուկային հիվանդություն, ստամոքս-աղիքային հիվանդություններ (հատկապես դիսբակտերոզ, ճիճվակրություն):

Ռիսկի գործոններն են՝ ժառանգական նախատրամադրվածությունը, միջավայրի աղտոտվածությունը, ալիմենտար գործոնները, բժշկական միջամտությունները:

Սուբլետիվ տվյալներն են՝ քորը, հիվանդի ընդհանուր վիճակի վատացումը:

Օբլետիվ տվյալներն են՝ մաշկային ծածկույթի տարբեր տեղամասերում եղնջայտուցի ցանավորումը, որոնք բարձր են մաշկի մակերեսից, հստակ սահմանազատվում են օղակաձև հիպերեմիայով, բշտի կենտրոնը դժգույն է, եզրերը վառ վարդագույն: Հիվանդությունը սկսվում է ուժեղ քորով, ցանը կարող է զուգակցվել այտուցով, կարող է զարգանալ անաֆիլակտիկ ռեակցիա (սկար 24):

Ախտորոշումը

1. Սննդի կամ դեղորայքի ընդունումից առաջացած եղջացանի դեպքում՝ ա) էլիմինացիոն սննդակարգ, բ) պրովոկացիոն փորձեր՝ ենթադրվող ալերգեններով:
2. Ինհալացիոն ալերգենների դեպքում՝ մաշկային փորձեր,
3. Բացառել համակարգային հիվանդությունները 6 շաբաթից ավելի տևող իդիոպատիկ եղջացանի դեպքում՝ ԷՆԱ-ի որոշում, մեզի ընդհանուր քննություն, հականուկլեար հակամարմինների որոշում:
4. Պրովոկացիոն փորձեր՝ եղջացան՝ սառը գործոնի ազդեցությունից (փորձ սառույցով. սառույցի կտորը դնում են մաշկին 5 րոպե, հետևում են ռեակցիային 10-15 րոպե):

Կատարում են լաբորատոր հետազոտություններ՝ ըմպանի քսուլքի մանրէաբանական հետազոտություն, C-ռեակտիվ սպիտակուցի որոշում, կղանքի հետազոտություն (մակաբույծների հայտնաբերման համար), արյան ընդհանուր քննություն (հելմինթոզների դեպքում հայտնաբերվում է եոզինոֆիլիա), լյարդի ֆունկցիոնալ փորձեր:

Բարդությունները՝ ծանր համակարգային ալերգիկ ռեակցիա, Կվինկեի սուր սահմանափակ այտուց, բրոնխոսպազմ, անաֆիլակտիկ շոկ:

Բուժումը

Սննդային ալերգիայի ռեցիդիվների կանխարգելման նպատակով նշանակվում է նատրիումի քրոմոգլիկատ:

Ծանր դեպքերում՝ հիպոտոնիայի, բրոնխոսպազմի ժամանակ, նշանակվում են ադրենոմիմետիկներ՝ ադրենալին (Adrenalini hydrochloridum)՝ 0,1-2%-անոց լուծույթ, Ե/Մ, սալբուտամոլ (Salbutamololum)՝ 0,2 մգ, ինհալացիայի ձևով, տերբուտալին (Terbutalinum)՝ 5-10 մգ, ինհալացիայի ձևով: Նշանակվում են կորտիկոստերոիդներ՝ պրեդնիզոլոնի (Prednisolonum) 0,5-1%-անոց քսուլքներ, դեքսամետազոն (Dexamethazone)՝ 4մգ: Հակաալերգիկ պրեպարատներից նշանակվում են՝ 30%-անոց նատրիումի թիոսուլֆատի (Natrii thiosulfas) լուծույթ, 10մլ կալցիումի քլորիդի (Calcii chloridum) 10%-անոց լուծույթ, տավեգիլ (Tavegil)՝ 1մգ/մլ,

2մլ (կամ 2%-անոց սուպրաստին (Suprastinum)՝ 2գ 1մլ): Խրոնիկական եղջացանի ծանր դեպքերում, երբ անցկացվող բուժումն արդյունավետ չէ խառնուրդին ավելացնում են Dexamethasonum՝ 4-8մգ (1-2մլ), հետագայում դեղաչափը աստիճանաբար պակասեցնելով:

Բացի վերը նշվածից անհրաժեշտության դեպքում իրականացնում են նաև դեսենսիբիլիզացիա, կալցիոլմի աղեր, թթվածին 8լ/րոպե (մինչև 30%), տրանսկվիլիզատորներ և սեդատիվ միջոցներ, առատ հեղուկներ:

ԿՎԻՆԿԵԻ ԱՅՏՈՒՑ

Կվինկեի այտուցը դա մաշկի և ենթամաշկային բջջային լորձաթաղանթների սուր զարգացող սահմանափակ այտուցն է: Կարող է զուգակցվել եղջացանով: Ինչպես և եղջացանի ժամանակ տարբերում են սուր և խրոնիկական ձևերը: Առաջացման պատճառները նույնն են, ինչ որ եղջացանի ժամանակ:

Ախտորոշումը

Լաբորատոր հետազոտություններ

Ալերգիկ ձևի դեպքում կատարում են իմունոգլոբուլին E-ի որոշում, C2 և C4 կոմպլեմենտի կոմպոնենտների որոշում: Կարևոր ախտորոշիչ փորձ է, քանի որ նոպայի ժամանակ այդ կոմպոնենտների քանակը ցածր է լինում բոլոր հիվանդների շրջանում: Որպես բարդություն դիտվում է ասֆիքսիա, որն առաջանում է շնչուղիների օբստրուկցիայից:

Բուժումը

Շտապ դեպքերում կիրառում են՝

1. Ադրենոմիմետիկներ՝ 0,1%-անոց ադրենալին (Adrenalinum)՝ 0,1-0,5մլ, մ/մ կամ ն/ե, օրը 3մլ (ոչ ավել)
2. Կորտիկոստերոիդներ՝ պրեդնիզոլոնի հեմիսուկցինատ (Prednisoloni hemisuccinat)՝ 60-80 մգ կամ հիդրոկորտիզոն (Hydrocortisonum)՝ 125-250 մգ կամ դեքսամետազոն (Dexamethasonum)՝ 0,004-0,008 ն/ե, 4-8 մգ: Կորտիկոստերոիդները շարունակում են ներարկել ամեն 90 րոպե մեկ՝ մինչև ըմպանի այտուցի վերացումը:

3. H_1 - ընկալիչների պաշարիչները ներարկում են արյան ճնշման կարգավորումից հետո և բրոնխոսպազմի բացակայության դեպքում՝ սուպրաստին (Suprastin)՝ 1մլ 2%-անոց լուծույթ կամ տավեգիլ (Tavegil)՝ 2մլ 0,1%-անոց լուծույթ միջմկանային կամ ներերակային նշանակում են նաև ֆուրոսեմիդ (Furosemidum) 0,04-0,08 միջմկանային:

Ցիանոզի հարաճման պայմաններում, որը կարող է բերել ասֆիքսիայի, անց են կացնում տրախեոստոմիա՝ շնչուղիների լորձի արտածումով: Հիվանդին տեղափոխում են վերակենդանացման բաժանմունք՝ օրտոպնոէ դիրքում:

4. Սնդակարգ՝ հիպոալերգիկ սննդամթերքի ընդունում:

Բուժումն անց է կացվում, ինչպես եղնջացանի դեպքում: Եթե վտանգ է սպառնում կյանքին (ըմպանի այտուց, անաֆիլակտիկ շոկ) իրականացվում են անհետաձգելի միջոցառումներ:

Ժառանգական անգիոնևրոտիկ այտուցի բուժում



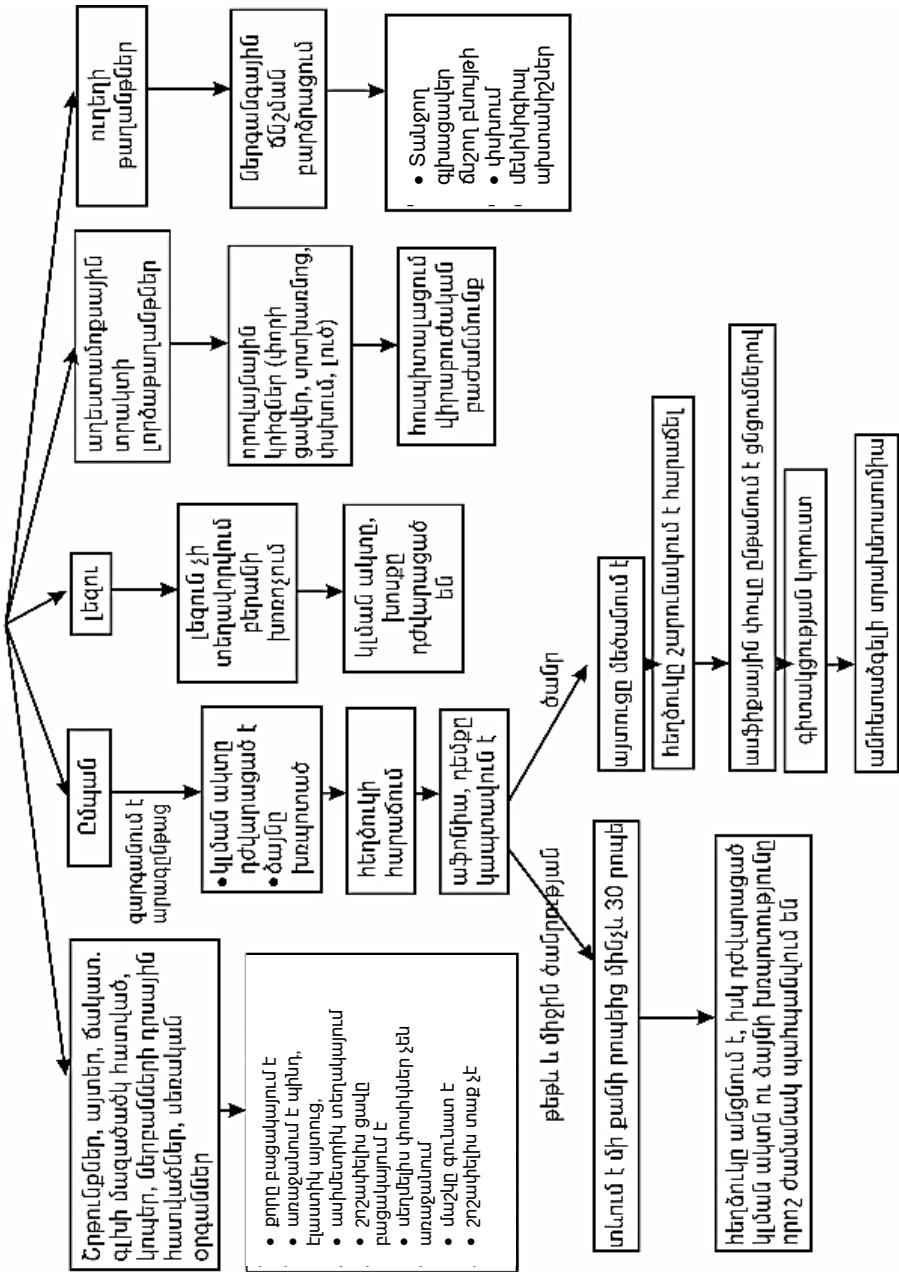
Սուր շրջան

1. 200-300մլ թարմ սառեցված արյան պլազմա ն/ե
2. ϵ - ամինակապրոնաթթու (acidum aminocapronum), 5% լուծույթ, 100-200մլ, 4 ժամը մեկ, կաթիլային
3. C_1 – ինհիբիտոր

Պրոֆիլակտիկա

1. ϵ - ամինակապրոնաթթու (acidum aminocapronum), օրը 4,0 1 ամիս, ն/ը
2. անդրոգեններ մեթիլտեստոստերոն (methyltestosteronum)՝ 0,01 օրը 3 անգամ, 1 ամիս, լեզվի տակ, բուժման կուրսը տարին 3-4 անգամ

ԿՎԻՆԿԵԻ ԱՅՏՈՒՑ



**ՇԱՐՎԿՑԱԿԱՆ ՀՅՈՒՄԱԿԱԾՔԻ ՏԱՐԱԾՈՒՆ (ԴԻՖՈԻԶ)
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ
ԿԱՐՄԻՐ ՊԱՅԼԱԽՏ (LUPUS ERYTHEMATODES)**

Կարմիր գայլախտը աուտոիմուն հիվանդություն է, որի առաջացմանը նպաստում են ստրեպտոկոկային օջախային ինֆեկցիաները, քիմիական, ճառագայթային այրվածքները և մաշկի մեխանիկական վնասվածքները, իսկ որոշ դեպքերում՝ հակաբիոտիկները, սուլֆանիլամիդները, վակցինաները, շիճուկները:

Տարբերում են՝ մաշկային ձևը (բարորակ ընթացքով) և համակարգային ձևը տարբեր օրգանների և հյուսվածքների ախտահարումով: Որոշ դեպքերում առաջին ձևը կարող է վերածվել երկրորդի:

Մաշկային ձևը սկսվում է կարմրությամբ, որի ֆոնի վրա արագ առաջանում է հիպերկերատոզ և ախտահարման կենտրոնում մաշկը ենթարկվում է ատրոֆիայի: Թեփուկները պոկվում են դժվարությամբ և ցավով: Ախտահարման օջախները սովորաբար տեղակայվում են մարմնի բաց հատվածներին՝ քթին, այտերին, ականջի խեցիներին: Ցանը լինում է մեկական կամ մի քանի օջախներով, որոնք ունեն տարածվելու հակում: Դեմքի շրջանում ընդգրկվում է քթի, այտերի մաշկը, որտեղ կարելի է տեսնել կարմիր գայլախտի դասական պատկերը թիթեռնիկի տեսքով (սկար 28, 29): Նկարագրված պատկերը բնորոշ է սկավառակային կարմիր գայլախտին:

Համակարգային ձևը ծանր հիվանդություն է, որը որոշ դեպքերում ավարտվում է մահացու ելքով: Առկա են ընդհանուր ախտանիշներ (տենդ, ընդհանուր թուլություն, դեպրեսիա, միալգիաներ, արթրալգիաներ), ներքին օրգանների ախտահարումներ (նեֆրիտ, պոլիսերոզիտ) և մաշկի ախտահարումներ՝ (երիթեմատոզ այտուցային բծեր հեմոռագիկ երանգով, որոնք վերածվում են պիգմենտացիայի կամ թեթև ատրոֆիայի): Արյան մեջ լինում է լեյկոպենիա, լիմֆոպենիա, բարձր EՆԱ և հայտնաբերվում են LE «4» բջիջներ («լյուպուս երիթեմատոզոզ» կամ կարմիր գայլախտի բջիջներ):

Բուժումը և խնամքը

Սկզբնական կարմիր գայլախտի բուժման արդյունավետ միջոցներից են հակամալարիային պատրաստուկները (դեֆլազիլ): Համակարգային կարմիր գայլախտը բուժում են թերապևտիկ ստացիոնարում: Այս դեպքում օգտագործում են գլյուկոկորտիկոիդներ՝ պրեդնիզոլոն, տրիամցինոլոն: Արտաքին բուժման նպատակով կիրառում են ստերոիդային հակաբորբոքային քսուլներ և նրբաքսուլներ՝ ֆլուցինար, ֆտորոկորտ, սինաֆլան: Հիվանդներին խորհուրդ է տրվում գերծ մսալ արևային ճառագայթներից, տաք և սառը ջերմությունից, մեխանիկական և քիմիական գրգռիչներից: Հարկավոր է բացառել աշխատանքը բացօթյա պայմաններում: Անհրաժեշտ է օգտագործել արևապաշտպան քսուլներ, որոնք պարունակում են 5-10% խինին, սալոլ կամ 10% պարամինոբենզոլաթթու: Սնունդը պետք է հարուստ լինի սպիտակուցներով, հարկավոր է սահմանափակել ածխաջրերը:

ՍԿԼԵՐՈԴԵՐՄԻԱ (SCLERODERMIA)

Սկլերոդերմիան շարակցական հյուսվածքի խրոնիկական հիվանդություն է, որը բնութագրվում է վերջինիս կարծրացումով (սկլերոզացումով): Սա գերազանցապես դրսևորվում է մաշկի վրա:

Պաթոգենեզը հայտնաբերված չէ:

Հիվանդության առաջացման մեջ դեր են խաղում ինֆեկցիոն-ալերգիկ պրոցեսը, նյարդա-էնդոկրին խանգարումները, որոնք նպաստում են շարակցական հյուսվածքի սկլերոզացմանը՝ կոլագենագոյացման խանգարման արդյունքում: Որոշ դեպքերում սկլերոդերմիան զարգանում է վնասվածքներից, գերսառեցումից, վակցինացիայից, արյան փոխներարկումից, որոշ դեղամիջոցների ընդունումից հետո: Նշանակություն ունեն ժառանգական գործոնները: Տարբերում ենք օջախային և տարածուն սկլերոդերմիա: Օջախային սկլերոդերմիան ընթանում է համեմատաբար բարորակ:

Հիվանդության առաջացման մեջ տարբերում են 3 փուլեր՝ այտուց, կարծրացում (սկլերոզացում), ատրոֆիա և պիգմենտավորում:

Օջախային սկլերոդերմիան ունի տարատեսակներ: Առավել հաճախ հանդիպում է բժային սկլերոդերմիան: Մաշկային տարրերը տեղակայվում են մարմնի մաշկի և հազվադեպ վերջույթներին: Սկզբում առաջանում են կարմրավարդագույն բծեր, որոնք հաջորդաբար կարծրանում են և մեծանում: Սուբյեկտիվ զգացողությունները սովորաբար բացակայում են, որի հետևանքով հիվանդության այս փուլն անցնում է ավելի հանգիստ: Հետագայում ախտահարված օջախի կենտրոնական հատվածն ընդունում է դեղնա-սպիտակավուն փայլուն երանգ՝ մաշկագրի հարթացումով և պնդացումով: Ախտահարման օջախում առկա է մազաթափություն, քջանում է ճարպա- և քրտնարտադրությունը: Ախտահարված օջախի ծայրամասում պահպանվում է վարդագույն այտուցային գոտի: Հետագայում այդ երանգը վերանում է, կարծրացած հատվածը փափկում է: Ցանավորման տեղում մնում է հիպերպիգմենտացիա և ատրոֆիա:

Դիտվում են նաև այլ տարատեսակներ՝ գծային, մանր օջախային (սպիտակ բծերի հիվանդություն) (սկար 30, 31):

Տարածուն սկլերոդերմիան սկսվում է ծայրանդամներից ակրոսկլերոզի տեսքով և տարածվում է մյուս տեղամասերին:

Ակրոսկլերոզի սկզբնական նշաններն են՝ սառը ֆալանգներ, զգայունության իջեցում, մաշկի ցիանոտիկ գույն: Ամիսներ անց փոխարինվում է մաշկի սկլերոզով և կարծրացումով: Մաշկը դառնում է կարծր, հարթ, փայլուն, անշարժ: Ախտահարված մաշկի վրա առաջանում են տրոֆիկ խոցեր: 2-3 տարի անց պրոցեսի մեջ է ընդգրկվում դեմքի մաշկը: Դեմքը ընդունում է դիմակի տեսք: Բերանի ճեղքը նեղանում է, քիթը սրանում, դառնում կտուցանման: Շատ հաճախ պրոցեսի մեջ ընդգրկվում են ներքին օրգանները: Դիֆուզ սկլերոդերմիայի ընթացքը բնութագրվում է հիվանդի վիճակի պրոգրեսիվող վատացումով:

Բուժումը

Սկզբնորոգումիայով հիվանդներին անցկացնում են համալիր բուժում: Անհրաժեշտ է վերացնել խրոնիկական ինֆեկցիաների օջախները: Այդ նպատակով արդյունավետ է նշանակել պենիցիլինի խմբի հակաբիոտիկներ, հիալուրոնիդազային դեղամիջոցներ (լիդազա, ռոնիդազա): Օգտագործում են վիտամիններ և պերիֆերիկ անոթների լայնացմանը նպաստող դեղամիջոցներ (սիկոտինաթթու): Կարծրացման փուլում օգտագործում են ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրաներ՝ ուլտրաձայն, մերսում, լուգանքներ, հիդրոկորդիզոնի ֆոնոֆորեզ, պարաֆինային ապլիկացիաներ, բուժական մարմնամարզություն:

ԲՇՏԱՅԻՆ ՄԱՇԿԱՆՏԵՐ

Այս խմբի մեջ են մտնում մի շարք խրոնիկական հիվանդություններ, որոնց դեպքում հիմնական ձևաբանական տարր է համարվում բուշտը: Վերջին տարիներին գերիշխում է այն կարծիքը, որ բշտախտը և հերպեսաձև մաշկաբորբը կարելի է դիտել ինչպես աուտոիմուն (աուտոագրեսիվ) հիվանդություններ: Բշտախտի դեպքում օրգանիզմում հայտնաբերվում են IgG հակամարմիններ, որոնք նմանություն ունեն էպիդերմիսի փշաձև շերտի միջբջջային նյութին: Հերպետիֆորմ դերմատոզի ժամանակ հայտնաբերվում է IgA-ի հակամարմինների կուտակում ախտահարված բջջի բազալ թաղանթում:

ԲՇՏԱԽՏ (PEMPHIGUS)

Այս հիվանդությունը հանդիպում է թե կանանց, թե տղամարդկանց մոտ, հաճախ 40 տարեկանից հետո: Հիվանդությունը ընթանում է ծանր: Տեսանելիորեն անփոփոխ մաշկի և լորձաթաղանթների վրա առաջանում են բշտեր, որոնք արագ տարածվում են ամբողջ մաշկային ծածկույթներով: Բշտերի առաջացումը կապված է կանթոլիզի հետ: Կլինիկորեն այս ֆենոմենը հայտնաբերվում է առողջ մաշկը տրորելով: Սրա հետևանքով առաջանում է էպիթելի մակերեսային շերտի շերտազատում՝ բշտերի առաջացումով (Նիկոլսկու ախտանիշ): Լաբորատոր ախտո-

րոշման նպատակով հետազոտում են մաշկի (լորձաթաղանթի) մակերեսային շերտը:

Էրոզիայի հատակից վերցրած նմուշից պատրաստում են քսուլ-դրոշմվածքներ, որտեղ հայտնաբերում են ականթոլիտիկ պաթոլոգիկ փշածև բջիջներ (Տցանկի բջիջներ):

Տարբերում են բշտախտի 4 կլինիկական ձևեր՝ հասարակ (վուլգար), աճական (վեգետատիվ), թերթածև (էքսֆուլիատիվ), սեբորեային (ճարպահոսական)

1. Վուլգար բշտախտ

Առողջ թվացող մաշկի և լորձաթաղանթների վրա ի հայտ են գալիս ընկույզի չափի, շճային պարունակության բշտեր, որոնց պարունակությունը հետագայում պղտորվում է: Բշտերը բացվում են՝ առաջացնելով վառ կարմիր էրոզիաներ կամ չորանում են՝ վերածվելով կեղևների: Ցանավորման տեղում մնում է կայուն պիգմենտացիա: Հիվանդների ընդհանուր վիճակը ծանր է, նրանք ունեն անքնություն, բարձրանում է մարմնի ջերմաստիճանը, նկատվում է ախորժակի անկում:

2. Աճական բշտախտ

Աճական բշտախտի ժամանակ առաջանում են գերաճական տարրեր բնական բացվածքների շուրջ և մաշկի ծալքերում: Ունի առավել բարորակ ընթացք: Էրոզիայի հատակին առաջանում են թեթև արյունահոսող գերաճեր (վեգետացիաներ) 1-2սմ բարձրությամբ: Հետզարգացման (լավացման) փուլում էքսուդատը վերածվում է կեղևիկների, որոնք տանջալի ցավեր են պատճառում:

3. Թերթածև բշտախտ

Թերթածև բշտախտի ժամանակ մարմնի, դեմքի վրա հանկարծակի առաջանում են թորշոմած բշտեր, որոնք ունեն խմբավորված օջախների տեսք: Բշտերը հեշտությամբ պատռվում են, պարունակությունը չորանում է՝ վերածվելով բարակ կեղևի, որը նման է շերտավոր խմորի: Շատ արագ ախտաբանական պրոցեսը տարածվում է ամբողջ մաշկային ծածկույթին: Որպես կանոն լորձաթաղանթները չեն ախտահարվում:

4. Սեբորեային կամ ճարպահոսական բշտախտ

Այս ձևի ժամանակ դեմքի, գլխի մազածածկ հատվածին, մեջքի, կրծքի շրջանում առաջանում են ոչ մեծ բշտեր, որոնք արագ չորանալով վերածվում են դեղնա-շագանակագույն կեղևի: Կեղևների հեռացումից առաջանում են երոզիվ մակերեսներ: Հազվադեպ բշտերը առաջանում են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին: Հիվանդությունը տևում է երկար և բարորակ է:

Բուժումը

Բուժման ընթացքում կիրառում են կորտիկոստերոիդներ և ցիտոստատիկներ: Բուժումն անց են կացնում երկարատև՝ մինչև ցանավորման ներծծումը: Կորտիկոստերոիդների նշանակումը շարունակական է՝ անկախ ձևաբանական տարրերի առաջացումից: Հակաբիոտիկները և սուլֆանիլամիդները օգտագործում են երկրորդային ինֆեկցիայի առկայության դեպքում: Տեղային կիրառում են թույլ խտությամբ կալիումի պերմանգանատի և կաղնու կեղևի թուրմով լոգանքներ: Օջախները մշակում են անիլինային ներկերի լուծույթներով, տեղային ստերոիդներով:

Դյուրինգի հերպեսաձև մաշկաբորբ

Սա քրոնիկ կրկնվող հիվանդություն է, որը բնութագրվում է մաշկի տարբեր տեղամասերում խմբավորված բշտերով, բշտիկներով, էրիթեմատոզ հանգույցիկներով և եղնջացանով: Ցանավորումն ուղեկցվում է ուժեղ քորով: Արյան մեջ, ինչպես նաև բշտերի և բշտիկների պարունակության մեջ հայտնաբերվում է եղգինոֆիլիա: Այս հիվանդությամբ տառապող հիվանդները զգայուն են յոդի պրեպարատների նկատմամբ, ուստի այս պրեպարատների ներքին ընդունումը կամ մաշկի մշակումը դրանցով առաջացնում է պրոցեսի սրացում:

Բուժումը և ինսամքը

Հիմնական թերապևտիկ միջոցներից են կորտիկոստերոիդները՝ պրեդնիզոլոն, տրիամցինոլոն, դեքսամետազոն: Տեղային բուժման ընթացքում բշտերը մշակում են անիլինային ներկերով և 10% դերմատոլային, քսերոֆորմային քսուքով, կորտիկոստերոիդային քսուքներով և հակաբիոտիկներով (դիոքսիզոն): Բուժումը համակցում են սանհիգիենիկ ռեժիմի հետ: Հիվանդասենյակը անհրաժեշտ է պարբերաբար օդափոխել և պահպանել

օդի ջերմաստիճանը ոչ պակաս 20°C-ից: Երկրորդային պիտակային ինֆեկցիայի կանխարգելման նպատակով բացի մաշկի առողջ հատվածների մշակումից 1-2% սալիցիլային և բորաթթվով, օգտագործում են բուժական լոգանքներ կաղնու կեղևի, երիցուկի թուրմով: Վուլգար բշտախտի դեպքում կիրառում են կալիումի պերմանգանատի լուծույթով լոգանք (1դուլլ ջրին 0,5գր): Արգելվում է օճառների և սպունգների օգտագործումը: Լոգանքից հետո անհրաժեշտ է լավ չորացնել մաշկը և հագնել մաքուր սպիտակեղեն: Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը մշակում են բորաթթվի, հիդրոկարբոնատի, ֆուրացիլինի լուծույթներով, իսկ երոզիաները՝ պիոկտանինի 2% լուծույթով: Սնունդը պետք է լինի հեղուկ, հարուստ սպիտակուցներով, վիտամիններով: Անհրաժեշտ է սահմանափակել աղը և ածխաջրերը:

ԿԱՐՄԻՐ ՏԱՓԱԿ ՈՐՔԻՆ (LICHEN RUBER PLANUS)

Սա քրոնիկական հիվանդություն է, որը բնորոշվում է մաշկի, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի, շրթունքի կարմիր երիզի միաձև հանգույցիկային ցանավորումով: Հիվանդությունը հանդիպում է բոլոր տարիքային խմբերում, լորձաթաղանթների ախտահարումը առավել հաճախ նկատվում է 40-60 տարեկան կանանց մոտ:

Պատճառներ

Ախտապատճառները վերջնականապես բացահայտված չեն: Կարմիր տափակ որքինի զարգացման հիմքում ընկած են իմուն-մետաբոլիկ պրոցեսների կարգավորման խանգարումները, Էկզո-Էնդոգեն բնույթի պրովոկացիոն գործոնների ազդեցության ներքո ոչ համապատասխան բջջային ռեակցիաների առաջացումը:

Կան տվյալներ կարմիր տափակ որքինի ժառանգական նախատրամադրվածության աուտո-դոմինանտ փոխանցման տիպի վերաբերյալ: Հաճախ հիվանդանում են երկրորդ, երրորդ սերնդի հարազատները: Նկարագրված են այս հիվանդության առաջացման նյարդային, վիրուսային, թունա-ալերգիկ տեսութ-

յունները: Կարմիր տափակ որքինի առաջացումը երբեմն կապված է զուգակցող այլ հիվանդությունների, մասնավորապես ստամոքս-աղիքային ուղու (գաստրիտ և այլն), լյարդի, ենթաստամոքսային գեղձի ախտահարումների հետ:

Կլինիկա

Կարմիր տափակ որքինի տիպիկ ձևերը բնութագրվում է տափակ, բազմանկյուն, 2-5մմ տրամագծով, փայլուն մակերեսով կարմրամանուշակագույն հանգույցներով: Կողմնային լուսավորման ժամանակ նկատելի է մոմանման երանգով յուրահատուկ փայլով պապուլաներ, վահանիկներ, օղակներ, գծեր: Բուսական յուղով հանգուցիկների մակերեսների մշակման արդյունքում նկատվում են մանր սպիտակ կետեր և կեղևային շերտի միջով թափանցող սարդոստայնի տեսքով գծեր (Ուիկհեմի ախտանիշ): Օջախների լավացումից հետո հաճախ մնում է կայուն հիպերպիգմենտացիա: Դերմատոզը ուղեկցվում է սաստիկ քորով: Կարմիր տափակ որքինի բնորոշ տեղակայումն է՝ վերին վերջույթների ծալիչ մակերեսներ, ստորին վերջույթների տարածիչ մակերեսներ, արտաքին սեռական օրգանների, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթ: Դեմքը, գլխի մազածածկ հատվածը, ափերը, ներբանները սովորաբար պրոցեսի մեջ չեն ընդգրկվում: Ծայրանդամների հատվածում հաճախ ցանը գծային է: Որոշ հիվանդների մոտ նկատվում է եղևգային թիթեղի ախտահարում:

Տարբերում են կարմիր տափակ որքինի հետևյալ ատիպիկ տեսակները՝

Յիպերտրոֆիկ, գորտնուկավոր ձև (lichen planus hypertrophicus, seu verrucosus): Այն գորտնուկավոր հիպերպլազիայի հետևանք է, որը արտահայտվում է մանուշակագույն, գորշ կարմիր վահանիկներ՝ պատված գորտնուկավոր հիպերկերատոտիկ կուտակումով:

Ատրոֆիկ և սկլերոտիկ ձև (lichen planus atrophicus, lichen planus sclerosus): Այս դեպքում պապուլաների և բծերի քայքայման հետևանքով կարող են առաջանալ կարծրացման երևույթներ: Գլխի մազածածկ հատվածում կարող է զարգանալ մանր օջախային ատրոֆիկ մազաթափություն, որը ուղեկցվում է ծայ-

րանդամների ծալիչ մակերեսների ֆոլիկուլյար կերատոզի ախտանիշով:

Պեմֆիգոիդ կամ բշտային ձևին (lichen ruber pemphigoides, seu bulleosus) բնորոշ է շճային, շճաարյունային պարունակությամբ բշտերի առաջացումը: Լորձաթաղանթի վրա բշտերը պահպանվում են մի քանի ժամից մինչև երկու օր: Բշտերի պատռումից առաջացած էրոզիաները արագ էպիթելացվում են: Դրանով է տարբերվում բշտային ձևը էրոզիա-խոցայինից:

Մոնիլիֆորմ կարմիր որքին (lichen ruber moniliformis) Բնութագրվում է շղթայաձև ցանավորմամբ (monile - շղթա): Հանգույցիկները՝ կլոր, մոմանման, կելոիդանման հատուկ դասավորված, ինչը ստեղծում է նեղ կելոիդ գծերի տպավորություն: Ցանը տարածվում և ախտահարում է ճակատի, ականջախեցիների հետին մակերեսը, արմնկահողերը, որովայնի մկանները:

Սրածայր, շուռջֆոլիկուլյար ձև (lichen planus accuminatus, seu planopilaris): Այս ձևին բնորոշ են պապուլաներ, կոնաձև հանգույցիկներ, ատրոֆիկ սպիների առաջացում գլխի մազածածկ հատվածում:

Էրոզիա-խոցային ձև, որի դեպքում լորձաթաղանթի բորբոքված տեղամասերում, հանգույցիկների մակերեսներին վնասվածքների հետևանքով առաջանում են էրոզիաներ, հազվադեպ՝ խոցեր, իսկ նրանց շուրջը կարմրած և այտուցված մակերեսին պապուլաներ: Բուժման արդյունքում էրոզիաները լրիվ կամ մասնակի էպիթելացվում են, բայց կրկնվում են լորձաթաղանթի նույն կամ մեկ այլ տեղամասում:

Ախտորոշումը

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի կարմիր որքինի կլինիկական պատկերի հետ նմանություն ունեն լեյկոպլակիան, կարմիր գայլախտը, սիֆիլիսային հանգուցիկները:

Լեյկոպլակիայի դեպքում, ի տարբերություն կարմիր տափակ որքինի, եղջերացումը ունի համատարած սպիտակամոխրագույն վահանիկի տեսք, որի մակերեսին բացակայում է որքինին բնորոշ գծանկարը:

Կարմիր գայլախտի դեպքում ախտահարված օջախը ենթարկված է ներսփռանքի, կարմիր է, գերեղջերացումը նուրբ կետերի և գծիկների ձևով դիտվում է օջախի սահմաններում, օջախի կենտրոնում զարգանում է ապաճում, որը բացակայում է կարմիր տափակ որքինի ժամանակ:

Սիֆիլիսային հանգուցիկները սովորաբար ավելի խոշոր են, կլոր կամ ձվաձև, մակերեսին առկա է փառ, որի հետագոտման ժամանակ հայտնաբերվում են դժգույն սպիրոխետներ:

Բուժումը

Բերանի լորձաթաղանթի կարմիր տափակ որքինով հիվանդներին արգելվում է տաք և կոշտ, իսկ հիպերեմիկ և էրոզիվ-խոցային ձևով հիվանդներին՝ սուր և համեմված կերակրատեսակների օգտագործումը: Հիմնականում նշանակում են ստերոիդներ՝ հակամալարիային դեղամիջոցներ:

Քրոի առկայության դեպքում ցուցված են հանգստացնող միջոցներ և հակադեպրեսանտներ, որոնք նպաստում են քնի կարգավորմանը և քրոի նվազմանը, հակահիստամինային դեղամիջոցներ՝ տավեգիլ, կլարիտին, թելֆաստ: Նյութափոխանակության կարգավորմանը նպաստում է վիտամինոթերապիան:

Կարմիր տափակ որքինի քրոնիկ ռեցիդիվող ընթացքի դեպքում, ցուցված են միջոցներ, որոնք կարգավորում են բջիջների ապահովումը թթվածնով՝ ակտովեգին: Տեղային բուժման նպատակով օգտագործում են՝ ստերոիդ քսուլեներով ապլիկացիաներ, մենթոլով և անեսթեզիկով դեղամիջոցներ, ուժգին քրոի դեպքում՝ հակահիստամինային դեղամիջոցներ: Խոշոր հանգուցիկները քայքայում են կրիոդեստրոուկցիայի և էլեկտրոկոագուլյացիայի մեթոդներով: Խոցային օջախների բուժման նպատակով օգտագործում են՝ սուլկոսերիլ, մասուրի, չիչխանի յուղեր: Կիրառում են նաև իմունային համակարգի վրա ազդող միջոցներ՝ ռեաֆերոն, ինտերլոկ, նեովիր, րիդոստին:

ՀԱՆԳՈՒՅՑԻԿԱՅԻՆ ՄԱՇԿԱՆՏԵՐ ՊՍՈՐԻԱԿ (PSORIASIS VULGARIS)

Պսորիազը («psora» թեփուկ բառից) խրոնիկական մաշկաբորբ է, որը բնորոշվում է մաշկի վրա պապուլյոզ վարդագույն ցանավորումով, առատ արծաթափայլ թեփոտվող տարրերով և տարբեր օրգան համակարգերում փոփոխություններով: Գոյություն ունեն վարկածներ պսորիազի ինֆեկցիոն-ալերգիկ ծագման, միկրոբային գործոնի, ժառանգական նախատրամադրվածության, նյութափոխանակության խանգարման վերաբերյալ: Հայտնի է, որ երեխաների և դեռահասների պսորիազին կարող են նախորդել վերին շնչուղիների ստրեպտո-ստաֆիլոկոկային վարակները: Պսորիազը համակարգային պրոցես է, որը ձևավորվում է հիվանդների մոտ ոչ միայն իմունային խանգարումներով, այլ օրգան համակարգերի մորֆոլոգիական և ֆունկցիոնալ փոփոխություններով: Տարածված պսորիազով հիվանդների մոտ արյան մեջ հայտնաբերվել են էպիդերմիսի բազալ շերտի նկատմամբ աուտոհակամարմիններ:

Ռիսկի գործոններն են՝ ժառանգականությունը, ինֆեկցիաները, մասնավորապես «Լ» խմբի ստրեպտոկոկերը, վնասվածքները, ֆոտոդերմատոզները, սեռական հասունացման և կլիմակտերիկ շրջանը, դեղամիջոցները՝ հակամալարիային (քլորոխին), կենտրոնական նյարդային համակարգի ֆունկցիոնալ խանգարումները:

Կլինիկա

Պսորիազն ընթանում է 3 փուլերով՝

1. սուր կամ պրոգրեսիվող - ցան, վարդակարմիր հանգույցիկներ՝ պատված թեփով (տեղակայումը՝ վերջույթների տարածիչ մակերեսներ, գլխի մազածածկ հատված, գոտկային հատված),
2. ստացիոնար - գունատ պապուլաներ, աննշան քոր,
3. լավացման շրջան-պապուլայի շուրջը առաջանում է ծալքային եղջերային շերտի գոտի (Վորոնովի գոտի)

Պսորիատիկ պապուլաների քերման ընթացքում առաջանում են՝

1. արծաթափայլ թեփուկների առատ շերտազատում՝ «ստեարինային բծի» ֆենոմեն:
2. թեփուկների հեռացումից հետո առաջանում է փայլուն մակերես (տերմինալ կամ պտորիատիկ թաղանթի ֆենոմեն):
3. հետագա քերման ընթացքում կաթիլային արյունահոսության առաջացում (կաթիլային արյունահոսության ֆենոմեն կամ «արյունային ցողի» ֆենոմեն):

Պացիենտների ինքնազգացողությունը կարելի է գնահատել բավարար, որը համարվում է բնորոշ տվյալ հիվանդության համար: Բայց առանձին դեպքերում դերմատոզը կարող է ընդունել ծանր (ատիպիկ) ընթացք: Ոչ լիարժեք տեղային բուժման և սթրեսների արդյունքում հիվանդների մոտ առաջանում է պտորիատիկ երիթրոդերմիա: Սրա ժամանակ ախտահարվում է ամբողջ մաշկային ծածկույթը:

Արթրոպատիկ պտորիազի ժամանակ ախտահարվում է հենաշարժական համակարգը: Սրա ժամանակ ախտահարվում են փոքր և մեծ հոդերը: Հիվանդներին անհանգստացնում է շարժումների սահմանափակումը, հոդերի արտահայտված դեֆորմացումը, որն ուղեկցվում է արտահայտված ցավային զգացողություններով: Հետագայում առաջանում է հոդերի անշարժացում:

Պտորիազի ժամանակ հիվանդների 25%-ի մոտ ախտահարվում են եղունգները: Այս երևույթն ընթանում է 3 կլինիկական ձևերով՝ կետային օնիխոդիստրոֆիայի (կետային փոսիկներ՝ «մատնոցի ախտանիշ»), օնիխոգրիֆոզի (ծտի կտուց հիշեցնող առատ աճող եղունգային սկավառակ) և օնիխոլիզիսի (ատրոֆիկ օնիխոդիստրոֆիա):

Բուժումը

Անհրաժեշտ է հիվանդի կրթում, մաշկի վնասվածքների կանխարգելում, աշխատանքի և հանգստի կազմակերպում՝ կապված հիվանդության ընթացքից և ձևից, բարոյական աջակցություն: Բուժման ընթացքում, հաշվի առնելով հիվանդության փուլերը, նշանակվում են համալիր բուժում:

Կատարում են հակահիստամինային և սեդատիվ դեղամիջոցների ներմուծում, վիտամիններ՝ B₁, B₆, B₁₂, A, C: Ծանր դեպքերում օգտագործում են ցիտոստատիկներ և համակարգային կորտիկոստերոիդներ, ֆիզիոթերապևտիկ բուժում, տեղային բուժում՝ 1-3% սալիցիլային քսուլք, 5-10% նաֆթալանային քսուլք, ծծմբա-ծյուրթային քսուլք:

Նշանակում են դիետա (զուրկ ածխաջրերից, ճարպերից), ֆիտոթերապիա: Բուժման ընթացքում սրացման փուլում նշանակում են նատրիումի թիոսուլֆատի 30%-ոց լուծույթ, մագնեզիումի սուլֆատի 25%-ոց լուծույթ մ/մ կամ ն/ե, CaCl-ի և Ca գլյուկոնատի 10%-ոց լուծույթ, ն/ե, հակահիստամինային դեղամիջոցներ (սուպրաստին, տավեգիլ, պիպոլֆեն): Պրոցեսի տեղակայման ժամանակ գլխի մազածածկ հատվածում օգտագործում են կորտիկոստերոիդների լոսյոններ՝ բելուսալիկ, լատիկորտ, Էլոկոմ, աերոզոլ դեղամիջոցներ ցինկով՝ սքինքրապ: Օգտագործում են բուժական շամպուններ ձյութով (ֆրիդերմթար), ցինկով (ֆրիդերմ-ցինկ, սքին-քեպ): Իսկ դիֆուզ պսորիազի դեպքում օգտագործում են՝ «Dermasmoothe» յուղը, որը քսում են մազածածկ հատվածին, իսկ հետո հաջորդաբար լվանում:

Տեղային բուժման նպատակով օգտագործվող ժամանակակից միջոցներից է պրոսկլոտանը՝ կալցիպոտրիոլ, որը կարգավորում է մաշկի բջիջների կիսումը: Վերջիններս «հասցնում են» հասունանալ և դառնալ լիարժեք՝ կատարելով իրենց ֆունկցիաները: Պրոսկլոտանը կարելի է զուգակցել պսորիազի բուժման այլ միջոցների հետ (ֆիզիոթերապևտիկ, դեղորայքային): Կիրառվում է նաև դիտրանոլ կրեմը (պսորաքս, ցիգնոդերմ), որը սինթետիկ նյութ է և դրական է ազդում բուժման ընթացքում: Միջին բուժ. անձնակազմը պետք է հիշի, որ բուժումը սովորաբար վերացնում է պսորիազի հերթական բռնկումը, բայց չի կանխում հիվանդության կրկնումները: Պսորիազով հիվանդները գտնվում են հսկողության տակ:

Խնամքը

Բուժքույրերը պետք է հիշեն, որ իրենց գրագետ խնամքից կախված է և հիվանդության ընթացք և բարենպաստ ելքը:

Խնամքի ընթացքում ըստ ցուցումների նշանակում են փոփոխական ջերմաստիճանի լոգանքներ: Այդպիսի լոգանքները սովորաբար կիրառվում են վերին կամ ստորին վերջույթների վրա տեղակայված ախտահարման սահմանափակ օջախների դեպքում: Պրոցեդուրան անցկացնում են հետևյալ կերպ՝ մարմնի համապատասխան մասը 1-2 րոպե ընկղմում են 26-28°C ջրով լցված տարողության մեջ, որից հետո, առանց մաշկը չորացնելու 1-2 րոպեով ընկղմում են մեկ այլ տարողության մեջ, որի ջրի ջերմաստիճանը 37-38°C է: Լոգանքները կատարվում են հերթականությամբ՝ 15-20 րոպեի ընթացքում: Պրոցեդուրայի ավարտից հետո մաշկը չորացնում են՝ սրբիչը կամ թանզիֆը մաշկի վրա պահելով ու սեղմելով և, ըստ բժշկի ցուցումի, համապատասխան դեղորայքային պատրաստուկով վիրակապ դնում (սկար 31):

ՄԱՉԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՃԱՂԱՏՈՒԹՅՈՒՆ (ALOPECIA)

Մազերը մաշկի հավելումներ են, որոնք ունեն եղջերացած թելանման կառուցվածք: Մարդու մարմնի ամբողջ մակերեսը պատված է մազերով՝ բացառությամբ ափերի, ներբանների, ֆալանգների կողմնային մակերեսների մաշկի, շրթունքի կարմիր երիզի, առնանդամի գլխիկի և փոքր սեռական շրթերի տեղամասերի: Մարմնի մակերեսին հաշվարկվում է մոտ 2 միլիոն մազ, գլխի հատվածում մոտ 100.000: Մազը կազմված է ցողունից, որը գտնվում է մաշկի մակերեսից վեր և արմատից, որը տեղադրված է բուն մաշկում: Մազի ցողունը հիմնականում կազմված է միմյանց հպված եղջերացած բջիջներից: Արմատը կազմված է ուղեղային և կեղևային նյութերից, եզրամասում շրջապատված է մեկ շերտ կղմինդրածև բջիջներից կազմված կուտիկուլայով և ավարտվում է մազի կոճղեզով, որն ապահովում է մազի աճը: Մազարմատը և կոճղեզը գտնվում են մազապարկում, ինչպես պատյանում, որը կազմված է էպիթելային և արտաքին շարակցահյուսվածքային թաղանթից՝ վերջինիս ամրանում են մազը բարձրացնող մկանները: Մազարմատը և կոճղեզը մազապարկի հետ միասին կրում են մազի ֆոլիկուլ անվանումը, որտեղ բաց-

վում են ճարպագեղձերի արտատար ծորանները: Մազի գույնը պայմանավորված է մազի ուղեղային նյութում գտնվող գունակով: Տարբերում են մազերի 3 տեսակ՝

1. Երկար մազեր՝ գլխի հատվածի, ցայլքի, անութափոսերի և մորուքի
2. Խիտ մազեր՝ թարթիչների, հոնքերի, քթի խոռոչի
3. Աղվամազեր՝ անգույն, բարակ մազեր են, որոնք ծածկում են մաշկի մեծ մասը:

Մազի ֆուլիկուլների ձևավորման պահից մազը ընդգրկվում է ակտիվ աճի փուլի մեջ: Մազի աճի ցիկլերն ընթանում են երեք փուլերով՝ անազեն, կատազեն և տելոգեն:

Անազեն փուլը բնութագրվում է մազարմատի և ցողունի առաջնային ձևավորման և հասունացման երևույթներով:

Կատազեն փուլն իրենից ներկայացնում է մազի լիարժեք ձևավորման շրջան:

Տելազեն փուլը բնութագրվում է մազարմատի և կոճղեզի «մահացում»՝ հետագա մազաթափության երևույթներով:

Մազի զարգացման և առաջացման փուլային բնույթի վրա մեծ ազդեցություն են թողնում ժառանգական գործոնը, սեռը, տարիքը, մետաբոլիզմի առանձնահատկությունները, նյարդա-էնդոկրին գործունեությունը, սննդի բնույթը, աշխատանքի և հանգստի ռեժիմը:

Ճաղատությունը (այոպեցիան) մազերի նոսրանալն ու թափվելն է: Գոյություն ունեն մազաթափության արտաքին և ներքին պատճառներ:

Արտաքին պատճառներից են՝ ինֆեկցիաները, տրավմաները (մաշկային ծածկույթի ամբողջականության խախտում), իոնիզացնող ճառագայթման ազդեցությունը (ռենտգեն ճառագայթներ, ռադիոակտիվ ճառագայթում, արևային ճառագայթում), էկզոգեն ինտոքսիկացիան, ոչ լիարժեք խնամքը:

Ներքին պատճառներից են՝ Էնդոկրին խանգարումները, որոնք նպաստում են անդրոգեն-էստրոգեն հորմոնների դիսբալանսին, ժառանգական նախատրամադրվածությունը, Էնդոգեն ինտոքսիկացիան, աուտոիմուն պրոցեսները:

Ըստ առաջացման պատճառի տարբերում են ալոպեցիայի հետևյալ ձևերը:

1. անդրոգեն ալոպեցիա
2. օջախային ալոպեցիա
3. դիֆուզ ալոպեցիա
4. սպիական ալոպեցիա

1. Անդրոգեն ալոպեցիա

Անդրոգեն ալոպեցիա, (սովորական ճաղատություն, վաղաժամ ճաղատություն) տղամարդկանց մոտ հաճախ տարածված ճաղատության ձև է, իսկ կանանց մոտ այն մազերի նոսրացումն է: Այս հիվանդությունը բնութագրվում է ճակատային հատվածի մազերի քանակի քչացումով: Սեռական հորմոնները չունեն խթանիչ ազդեցություն մազի ֆոլիկուլի վրա: Անդրոգենները խթանում են մորուքի, բեղերի, մյուս հատվածների մազերի աճը, բայց ընկճում են գլխի մազերի աճը: Էստրոգենները խթանում են գլխի մազերի աճը, բայց ընկճում են մյուս հատվածների մազերի աճը: Այն, որ այս կամ այն սեռական հորմոնը կազդի մազի ֆոլիկուլի վրա, որոշվում է տվյալ ֆոլիկուլի գենետիկ առանձնահատկություններով: Մազաթափության օջախում մազերը բարակած և կարճացած են, ժամանակի ընթացքում փոխարինվում են աղվամազերով, որոնք հետագայում թափվում են: Այդ հատվածի մաշկը հարթ է և փայլուն (սկար 32):

Տղամարդկանց մոտ ճաղատության պրոցեսը սկսվում է մազերի աճի ֆրոնտալ գծով՝ այն նոսրանում է կողքերից և ձևավորում է այսպես կոչված «պրոֆեսորի անկյուններ»՝ ճակատային մասը դառնում է բարձր: Գլխի մազածածկ հատվածը կողմնային հետին հատվածներում մազերը պահպանվում են «նալի» տեսքով:

Կանանց մոտ մազերի աճի ֆրոնտալ գիծը սովորաբար չի փոփոխվում, առաջանում է ճակատային մասի մազերի դիֆուզ նոսրացում: Առավել բարակ և աղվամազերը «ցրված են» նորմալ մազերի մեջ: Բնորոշ է կենտրոնական գծի լայնացումը: Այս տիպի ճաղատությունը հաճախ բնութագրում են ինչպես «խրոնիկ դիֆուզ ճաղատություն»: Գոյություն ունի որոշակի կապ սեքս-

րեայի և սովորական ճաղատության միջև և ունի իր արտահայտությունը «սեբորեային ալոպեցիա» հասկացողության մեջ: Անդրոգենները վերահսկում են ճարպագեղձերի և մազի ֆոլիկուլի ֆունկցիաները, առաջացնում են ճարպագեղձերի չափերի մեծացում և արտադրվող ճարպի քանակի կարգավորում: Շատ հաճախ պացիենտները նշում են, որ մազաթափությունը համընկնում է ճարպարտադրության ավելացման հետ:

Բուժումը

Տեղային բուժման նպատակով օգտագործում են անաստիմ դերմատոլոգիական լոսյոնը, որը խթանում է անոթների աճի գործոնները՝ վերականգնելով և զարգացնելով արյունատար ցանցը մազի կոճղեզի շուրջ:

Ռեգեյնը պարունակում է հզոր անոթալայնիչ ազդեցություն: Օգտագործվում է 2% կամ 5% լուծույթների ձևով:

Բուժման ֆիզիոթերապևտիկ մեթոդներից կիրառում են՝ էլեկտրոտրիխոգենեզը, որը ազդեցություն է էլեկտրոստատիկ դաշտի օգնությամբ: Մանիպուլյացիան իրականացնում են շաբաթը 1 անգամ՝ 12 րոպեով: Բուժման կուրսը՝ 36 շաբաթ: Բուժման ընթացքում կողմնակի երևույթներ չեն նկատվում:

Ընդհանուր բուժման նպատակով կիրառում են հետևյալ դեղամիջոցները՝ ստերոիդ կառուցվածքի անտիանդրոգեններ՝ ֆինաստերիդ, այն կանխարգելում է ճաղատությունը և նպաստում նոր մազերի աճին, ցիպրոտերոն ացետատ, որն օժտված է հզոր հակաանդրոգեն ազդեցությամբ, սպիրոնոլակտոն (ալդակտոն, վերոշպիրոն), որն ունի արտահայտված հակաանդրոգեն ազդեցություն:

2. Օջախային ալոպեցիա

Բնութագրվում է մազաթափության կլոր, հստակ սահմաններով օջախներով և տեսանելի անփոփոխ մաշկով: Տղամարդիկ և կանայք հիվանդանում են հավասարաչափ: Հիվանդության գագաթնակետը լինում է 20-50 տարեկանում: Մազաթափությունը զարգանում է տեղային նյարդասնուցողական խանգարումների ֆոնի վրա, հնարավոր է աուտոիմուն բաղադրամասի մասնակցությամբ, հոգեկան ապրումների հետևանքով:

Կլինիկա

Ձեռքբերովի մազաթափություն է՝ տարբեր մեծության կլոր օջախների ձևով: Մազաթափությունը սկսվում է հանկարծակի, գլխի, հազվադեպ՝ կզակի շրջանում: Օջախները լրիվ մազազուրկ են, կլոր, ոսպի չափ և մեծ, ունեն եզրամասային աճի, միաձուլման հակում, որի շնորհիվ վերածվում են մեծ օջախների, իսկ երբեմն ընդգրկում են ամբողջ գլուխը (տոտալ, այն է ամբողջական մազաթափություն): Երբեմն միաժամանակ թափվում են հոնքերը, թարթիչների, անութափոսերի և ցայլքի մազերը: Մազազուրկ օջախներում մաշկը չի փոփոխվում, ֆոլիկուլային ապարատը պահպանված է: Այս տիպը անվանում են ունիվերսալ (չարորակ): Տարբերակում են նաև՝ օֆիազ (օձաձև, ժապավենաձև) ձևերը - մազաթափությունը արտահայտվում է ծոծրակային մասում և տարածվում արտաքին ականջի և քունքերի շրջանում, ուղեկցվում է ատոպիկ վիճակներով:

Կետային (ցանցային, պսեվդոսիֆիլիտիկ) ձևը բնութագրվում է փոքր մի քանի մմ տրամագիծ ունեցող, ցրված գլխի տարբեր հատվածներով մազաթափության ցանցով:

Կոտրտված ձևն արտահայտվում է կլոր, կոտրտված մազերի օջախներով: Ճաղատության այս ձևը տարբերակում են սպիական ճաղատությունից, գլխի մազածածկ հատվածի միկրոսպորիայից, երկրորդային սիֆիլիսից, մազի ցողունի բնածին դիստրոֆիաներով ուղեկցվող ալոպեցիայից:

Բուժումը համալիր է և անհատական: Մինչև բուժումը պացիենտին անհրաժեշտ է հետազոտել խրոնիկ ինֆեկցիայի օջախների, պսիխոգեն գործոնների, միկրոցիրկուլյատոր փոփոխությունների հայտնաբերման վերաբերյալ:

Տեղային միջոցներից կիրառում են՝

- գլյուկոկորտիկոստերոիդ հորմոններ (ապլիկացիաներ և ներարկում օջախի մեջ)
- գրգռող միջոցներ - հիդրոքսիանտրոններ՝ դիտրանոլ և անտրալին, կարմիր պղպեղի 10% թուրմ:
- հյուսվածքների սևուցումը կարգավորող դեղամիջոցներ՝

1) պանտոտենաթթու պարունակող՝ քսուք «Բեպանտեն», աերոզոլ «Պանտենոլ»

2) «Ակտովեգին», «Սոլկոսերիլ» - գել, քսուք

- հեպարինի հիմքով, միկրոշրջանառությունը կարգավորող՝ հեպատրոմբին (գել, քսուք), հեպարինի քսուք:

Ընդհանուր բուժում

Վեգետոանոթային անբավարարության ժամանակ օգտագործում են անոթալայնիչ դեղամիջոցներ, որոնք նպաստում են ծայրամասային շրջանառության և մազի ֆոլիկուլի շրջանի շրջանառության բարելավմանը:

Այդ նպատակով կիրառում են՝ քսանտինոլ նիկոտինատ - 1 1.5 ամիս տևողությամբ և ադենոզինտրիֆոսֆատ: Ընդունում են նաև գլիցիրամ, որը մեղմ կարգավորում է մակերիկամների ֆունկցիան:

Չիվանդության սրացման փուլում օգտագործում են ռեֆլեկտոր ազդեցության մեթոդներ՝ դարսնվալիզացիա, օձիքային գոտու ուլտրատոր-թերապիա, Շերբակի գալվանիկ օձիք:

3. Դիֆուզ ալոպեցիա

Որոշ ներքին և արտաքին գործոնների ազդեցության հետևանքով մարդու մոտ նկատվում է մազերի առատ նոսրացում, որը հանգեցնում է դիֆուզ մազաթափության:

Կարող է լինել՝

- Էնդոկրին հիվանդությունների (հիպո-հիպերթիրեոզ, հիպոֆիզի ֆունկցիայի նվազում) հետևանք
- ցիտոստատիկների, անտիկոագուլանտների, ռետինոիդների, հակամալարիային միջոցների ընդունման հետևանք
- Էմոցիոնալ և ֆիզիկական սթրեսի (ծննդաբերություն, պատահական կամ վիրաբուժական վնասվածքների) հետևանք
- Էկզոգեն, մետաբոլիկ հիպոպրոտեինեմիայի, այդ թվում արյունահոսության, քաղցի, խիստ դիետայի պահպանման հետևանք:
- երկաթի, ցինկի անբավարարության հետևանք
- չարորակ նորագոյացությունների հետևանք

Ֆոլիկուլների բացասական ազդեցության առավել հաճախ ռեակցիա է համարվում՝ տելոգեն մազաթափությունը, իսկ առավել քիչ հանդիպողը անագեն մազաթափությունն է:

Որոշ դեղամիջոցներ և քիմիական նյութեր (ցիտոստատիկներ) կարող են առաջացնել մազի ֆոլիկուլի կրկնակի պատասխան ռեակցիա՝ անագեն մազաթափություն՝ նյութերի մեծ քանակի դեպքում, տելոգեն՝ ցածրի դեպքում:

Տելոգեն մազաթափություն

Սա տելոգեն փուլում նորմալ մազերի գերմազաթափությունն է:

Այս ախտանիշի ֆունկցիոնալ ամենատարածված ձևերից են՝

- 1) անագեն փուլի վաղաժամ ավարտ՝ դա ֆոլիկուլների ռեակցիան է պրովոկացիոն գործոնների ազդեցության ներքո: Մազի ֆոլիկուլները, որոնք պետք է երկար ժամանակ գտնվեին աճի փուլում՝ վաղաժամ մտնում են տելոգեն փուլ և 3-5 շաբաթ անց նկատվում է առատ մազաթափություն:
- 2) Անագեն փուլի ուշացած ավարտ, որը բնորոշ է հետծննդաբերական փուլին: Հղիության վերջին եռամսյակում մետաբոլիկ և էնդոկրին փոփոխությունները առաջացնում են անագեն փուլի երկարացում:

Անագեն մազաթափություն

Անագեն փուլում առաջացած առատ մազաթափությունն է, որը ճառագայթային բուժման և ցիտոստատիկների ընդունման հետևանք է: Ազդեցությունից 4-10 օր անց սկսվում է մազաթափություն, որը կարող է բերել տոտալ ճաղատության: Մազերը դառնում են դիստրոֆիկ և կոտրտվում են:

Բուժումը

Ելքը բարենպաստ է, երբ կարողանում են բացահայտել մազաթափության պատճառները և վերացնել դրանք:

Նշանակվում են տրետինոնիևի և մինոքսիդիլի համակցված տեղային բուժում, նաև մինոքսիդիլի ածանցյալներ՝ ամինեքսիլ - Aminexil, Dercop - օգտագործում են այս դեղամիջոցի շամպունները, պինսգիդիլ, որը նպաստում է մազերի աճին, Crinagen -

տեղային բուժման նպատակով օգտագործվող միջոց, որը սնուցում է մազի ֆոլիկուլը, նվազեցնում է բորբոքումը և օժտված է հակաբակտերիալ ազդեցությամբ:

4.Սպիական ալոպեցիա

Բորբոքային պրոցեսի հետևանքով մազի ֆոլիկուլի մահացումն է, որն ավարտվում է սպիացումով և մազերի վերջնական կորստով:

Սպիական ալոպեցիայի պատճառներից են՝

- ինֆեկցիաները՝ ստաֆիլոկոկային (*Staphylococcus aureus*), գլխի մազածածկ հատվածի դերմատոֆիտիա
- Նորագոյացությունները՝ մաշկի քաղցկեղ, մետաստազներ մաշկի մեջ, լիմֆոմաներ
- ֆիզիկական և քիմիական ազդեցություն՝ մեխանիկական վնասվածքներ, այրվածքներ, ճառագայթում, քիմիական նյութեր
- անհայտ էթիոլոգիայի դերմատոզներ՝ դիսկոիդ կարմիր գայլախտ, դերմատոմիոզիտ, կարմիր տափակ որքին:

Կլինիկա

Պացիենտները չունեն որևէ սուբյեկտիվ փոփոխություններ: Սկզբնական շրջանում օջախները փոքր են, մեկուսացված, կլոր, 5-10մմ, որոնք կարող են միաձուլվել: Մաշկի մակերեսը սպիտակ, ատրոֆիկ է և նկատվում են մազերի մի քանի փնջեր: Նկատվում են նաև բորբոքային և ոչ բորբոքային տարրերի առաջացում, որոնք հետագայում ունեն սպիների տեսք (սկար 33):

Բուժումը արդյունավետ է մանրակրկիտ հետազոտում ուղեկցող հիվանդությունների հայտնաբերման նպատակով (ինֆեկցիաների քրոնիկ օջախներ, Էնդոկրին խանգարումներ):

Օգտագործում են օջախների ներմաշկային ներարկումներ տրիամցինոլոնով (կենալոգ-40) և գլուկոկորտիկոիդ քսուրներ:

ՄԱՇԿԻ ՔԱՂՑԿԵՂ

Ուռուցքները (նորագոյացությունները) հյուսվածքների ախտաբանական աճ են, որոնք առաջանում են անսկատելի պատճառներից և տարբերվում են առողջ հյուսվածքից իրենց

կազմությամբ, զարգացման տեմպերով, աճով, սնման և նյութափոխանակության պրոցեսներով: Մաշկի վրա հաճախ կարելի է տեսնել մաշկային զանազան գոյացությունները՝ սպիներ, թեփուտված օջախներ, մաշկի կարծրացում, կեղևակալում:

Բարորակ գոյացություններից են՝ լիպոմաները, աթերոմաները, ֆիբրոմաների զանազան տեսակները, մաշկի պապիլոմաները, հեմանգիոմաները (արյան անոթներից առաջացած), լիմֆանգիոմաները, գորտնուկները, լեյկոպլակիաները:

Տարիքի հետ, մեծ մասամբ 55 տարեկանից հետո, մաշկը կորցնում է իր առաձգականությունը և ենթարկվում է դիստրոֆիկ փոփոխությունների, թեփոտման, կեղևակալման: Հաճախ կեղևները հեռացելիս՝ արյունահոսում են, առաջանում են խոցեր, որոնք երկար ժամանակ չեն լավանում և այդ է պատճառը, որ հաճախ են ծերունական հասակում հանդիպող մաշկային գոյացությունները՝ օջախային կերատոմաները, պապիլոմաները, ատրոֆիկ սպիները, պիգմենտային քսերոդեման և վտանգ են ներկայացնում՝ մաշկի քաղցկեղի տեսանկյունից:

Ռիսկի գործոններն են՝ ժառանգականությունը, նյութափոխանակության խանգարումները, վնասվածքները, ֆիզիկական, քիմիական, կենսաբանական:

Նախաբաղկեղային հիվանդություններն են՝

1. պիգմենտային քսերոդեման, որը արտահայտվում է էրիթեմայով, թեփոտումով, գորտնուկանման գերաճով, սկսվում է մանկական հասակում,
2. Բուրեյի հիվանդությունը, որը արտահայտվում է կարմիր շագանակագույն բծերով, ներսփռված հանգույցով կամ խոցով և ծածկված է կեղևներով,
3. ծերունական կերատոման արտահայտվում է թեփուկներով ծածկված մուգ-շագանակագույն բծերով:

Բարորակ նորագոյացություններն են՝ նևուսները, նեյրոֆիբրոմաները, լիպոմաները, անգիոմաները:

➤ Նևուսներն (պիգմենտային, գորտնուկավոր անոթային), ունեն առաջացման բնածին նախատրամադրվածություն և վնաս-

վածքի դեպքում կարող են վերածվել մելանոմայի: Արտաք-
նապես նևուսներն ունեն պիգմենտային բծերի տեսք:

- Նեյրոֆիբրոմաներ, որի ժամանակ հիմնական փոփոխություն-
ները զարգանում են մաշկում և ենթամաշկում, բայց պրոցեսի
զարգացումը կապված է նյարդային համակարգի ախտաբա-
նական փոփոխությունների հետ: Բնորոշ են. անկանոն դասա-
վորված պիգմենտային բծեր, մաշկային ուռուցքների առկա-
յություն, նյարդա-հոգեկան խանգարումներ (նկար 35):
- Լիպոման ճարպային հյուսվածքի բարորակ նորագոյացու-
թյուն է, որին բնորոշ է փափուկ բաղադրություն, ցավոտ չէ:
- Անգիոմաները դրանք բարորակ նորագոյացություններ են,
որոնք առաջացել են տարբեր տիպի լիմֆատիկ և արյունա-
տար անոթներից, երակներից:

Մաշկի վրա տեղակայված խալերը գննելիս պետք է ուշադ-
րություն դարձնել հետևյալ փոփոխությունների վրա.

- ա. անհամաչափություն (ասիմետրիա) - երբ խալի երկու կողմերը
միմյանցից տարբերվում են
- բ. եզրեր - խալի եզրերը ոչ հստակ և կտրատված չեն
- գ. գույն - խալի գույնը փոփոխվում է՝ այն մզացել է, գույնը տա-
րածվում է խալը գունատվում է, մեկից ավելի գույներ են
առաջանում (կապույտ, կարմիր սպիտակ):
- դ. տրամագիծ, երբ խալի տրամագիծն ավելի է, քան կես սանտի-
մետր:
- ե. բարձրություն, երբ խալը մաշկից վեր է բարձրանում, ունենում
է կոպիտ մակերես (նկար 34):

Այն անձինք ովքեր ունեն մաշկի քաղցկեղի վտանգի գոր-
ծոններ, պետք է ենթարկվեն մաշկի ամբողջական գննման:

Չարորակ նորագոյացություններն են՝ հիմա բջջային քաղց-
կեղը, տափակ բջջային քաղցկեղը (ոչ մելանոցիտային քաղցկեղ),
մելանոման:

- Մելանոման գոյանում է պիգմենտային բջջիջներում՝ մելանո-
ցիտներում, միևնույն հիմա և տափակ բջջային քաղցկեղը զար-
գանում է էպիդերմալ բջջիջներից:

- Հիմա բջջային քաղցկեղը մաշկի ամենատարածված և պակաս վտանգավոր քաղցկեղ է, առաջանում է որպես նորագոյացություն կամ թեփուկներով ծածկված հատված, ունի կարմիր, գուևատ գունավորում, աճում է դանդաղ, սովորաբար գլխի, պարանոցի վրա և իրանի վերին մասում:
- Տափակ բջջային քաղցկեղ, որը հաստացած, կարմիր թեփուկներով պատված հետք է: Հետագայում այն կարող է հեշտությամբ արյունահոսել կամ խոցոտվել: Առաջանում է արևի ազդեցությանը ենթարկվող մասերում:
- Մելանոման ամենաբարձր մահացության ցուցանիշ ունեցող մաշկի քաղցկեղի տեսակ է, քաղցկեղային բջիջներն արագ տարածվում են մարմնի այլ մասեր՝ առաջացնելով երկրորդային ուռուցքներ, առաջանում է որպես նոր խալ, պեպեն, որոնք փոխում են իրենց գույնը սովորաբար ունի անկանոն կամ ոչ հստակ եզրեր և կարող է լինել տարբեր երանգների, աճում է շաբաթների, ամիսների ընթացքում՝ մարմնի ցանկացած հատվածում (նկար 35):

Տափակ բջջային և հիմա բջջային քաղցկեղի վտանգի գործոններն են՝ մաշկի բաց գույնը, ընտանիքում մաշկի քաղցկեղի դեպքերի առկայությունը,

Մելանոմայի վտանգի գործոններն են՝ մաշկի բաց գույնը, ընտանիքում մաշկի քաղցկեղի առկայությունը, խալերի որոշակի տեսակները, վաղ տարիքում ծանր արևահարումները:

Կանխարգելումը

Քաղցկեղի բուժօգնության կազմակերպման գործում բուժանձնակազմի դերը սկսվում է կանխարգելումից: Հիվանդներին քաղցկեղի մասին անցկացնել տեղեկատվություն, որը կարող է կրճատել մաշկի քաղցկեղի վտանգը տվյալ անձի մոտ: Չարորակ ուռուցքների դեմ պայքարի ժամանակակից եղանակը՝ կանխարգելիչ հետազոտություններն են, որոնք նպատակաուղղված են նախաուռուցքային հիվանդությունների և չարորակ ուռուցքների վաղ հայտնաբերմանը և բուժումը: Կանխարգելիչ հետազոտությունները (սկրինինգ) կատարվում են 30-ից բարձր տարիքի կանանց և 35-ից բարձր տարիք ունեցող տղամարդկանց մոտ:

Ազգաբնակչության մեջ նախաուռուցքային և ուռուցքային հիվանդությունների ժամանակին հայտնաբերելու նպատակով զանգվածային կանխարգելիչ դիտարկումների ժամանակ մեծ նշանակություն է ձեռք բերում հետազոտության նորագույն մեթոդների մշակումը և կիրառումը: Անհրաժեշտության դեպքում կատարվում են՝ լաբորատոր քննություն, գործիքային հետազոտություններ, բջջաբանական հետազոտություններ, հյուսվածքաբանական հետազոտություն:

ՊԻՈՂԵՐՄԻԱՆԵՐ (PYODERMITES)

Պիոդերմիան դա մաշկի թարախային բորբոքում է, որի հարուցիչները թարախածին կոկերն են՝ ստաֆիլոկոկերը, ստրեպտոկոկերը, որոնք լայն տարածված են օդում, ջրում, փոշու մեջ: Սրանք առկա են նաև սպիտակեղենի, հագուստի և առողջ մարդու մաշկային ծածկույթների վրա: Ամբողջական եղջերային շերտը պիոկոկերի համար հանդիսանում է պատնեշ, ուստի պիոդերմիան առաջանում է մաշկի ամբողջականության խանգարման արդյունքում:

Հիվանդությունների առաջացման մեջ դեր են խաղում տարբեր էկզոգեն նախատրամադրող գործոններ՝

- ա) մաշկի պաշտպանական ֆունկցիաների անկում
- բ) միկրոտրավմաներ (քերծվածքներ, քոսային ուղիներ)
- գ) աղտոտված մաշկ
- դ) մարմնի գերտաքացումը և գերսառեցում
- ե) գերքրտնարտադրության հետևանքով էպիդերմիսի թրմում, խոնավ մաշկ:

Էնդոգեն նախատրամադրող գործոններից են՝

- ա) թերսնուցումը
- բ) սուր և խրոնիկ հիվանդությունները
- գ) նյութափոխանակության խանգարումները (մասնավորապես ածխաջրային՝ շաքարային դիաբետ և այլն)
- դ) ինտոքսիկացիան
- ե) անեմիան

զ) ֆիզակական գերլարումները, արյան շրջանառության տեղային խանգարումները

Պիոդերմիաները ըստ էթիոլոգիայի լինում են՝

- 1) ստաֆիլոկոկային (ստաֆիլոդերմիաներ)
- 2) ստրեպտոկոկային (ստրեպտոդերմիաներ)
- 3) խառը՝ ստրեպտոստաֆիլոդերմիաներ

Ստաֆիլոկոկերը գերազանցապես ախտահարում են մաշկի հավելումները՝ մազի ֆոլիկուլը, ճարպա- և քրտնագեղձերը՝ առաջացնելով թարախա-էքսուդատիվ բորբոքում: Ստրեպտոկոկերը ախտահարում են դերման և էպիդերմիսը՝ հանգեցնելով շճա-էքսուդատիվ բորբոքման: Ստաֆիլոդերմիաների դեպքում առավել հաճախ, քան ստրեպտոդերմիաների դեպքում, ախտաբանական պրոցեսը լինում է ավելի խորը:

Ստաֆիլոդերմիաների հիմնական տարատեսակներն են՝ օստիոֆոլիկուլիտ, ֆոլիկուլիտ, ստաֆիլոկոկային սիկոզ, ֆուրունկուլ, կարբունկուլ, հիդրադենիտ, պսևդոֆուրունկուլյոզ կամ մանկական՝ երեխաների աբսցեսներ, թարախակույտեր, նորածինների համաճարակային բշտախտ:

Ստրեպտոդերմիաների հիմնական տարատեսակներն են՝ ստրեպտոկոկային իմպետիգո, խրոնիկական մակերեսային դիֆուզ ստրեպտոդերմիա, հասարակ կամ ստրեպտոկոկային էկթիմա:

Պաթոգենեզ

Պիոդերմիայի պաթոգենեզում, ինֆեկցիոն գործոնից բացի, շատ մեծ նշանակություն է տրվում արտաքին գործոններին՝

- ա) մաշկի մեխանիկական վնասվածքներին (միկրոտրավմաներ), մաշկի չորությանը;
- բ) ոչ լիարժեք անձնական հիգիենային:

Թարախածին մանրէները (ստաֆիլոկոկերը և ստրեպտոկոկերը), գտնվելով մեծ քանակությամբ մարդու մաշկի վրա, մաշկի ամբողջականության խախտման հետևանքով ներթափանցում են դերմա: Բացի այդ, պիոդերմիայի խրոնիկ ընթացքին որոշակի չափով նպաստում են՝ իմունոդեֆիցիտը, էնդոկրին

խանգարումները, հիպովիտամինոզները, աղեստամոքսային տրակտի հիվանդությունները:

Պիոդերմիաների մորֆոլոգիական պատկերը, ընթացքը, բուժումը կախված են հարուցչի տեսակից, մաշկում նրա ախտահարման խորությունից: Դրա հետ կապված տարբերում են՝

1) ստաֆիլոկոկային պիոդերմիտներ - մակերեսային օստիոֆոլիկուլիտ, ֆոլիկուլիտ, սիկոզ, խորանիստ - ֆուրունկուլ, կարբունկուլ, հիդրադենիտ:

2) ստրեպտոկոկային պիոդերմիտներ

ա) մակերեսային - ստրեպտոկոկային իմպետիգո

բ) խորանիստ (էկթիմա)

3) խրոնիկ (ատիպիկ) - պիոդերմիտներ

Աբսցեսն առաջանում է յուրաքայլուր հյուսվածքում և օրգանում: Արտաքնապես տեսանելի արսցեսները տեղակայվում են մկաններում: Սկզբնական շրջանում առաջանում է ցավոտ հանգույց, որի կենտրոնում մի քանի օրից կամ շաբաթից առաջանում է թարախային պարունակությամբ խոռոչ:

Ֆուրունկուլը հաճախակի առաջանում է պարանոցին, վերին շրթունքին, և համարվում է ստաֆիլակոկային ֆոլիկուլիտի բարդացում: Սկզբնական շրջանում առաջանում է կարծրացած ցավոտ հանգույց 1-2 սմ տրամագծով, որի կենտրոնում կա նեկրոտիկ հյուսվածք: Այդ հատվածը մակերեսուրեն ծածկված է պուստուլայով, որի պատռումից և նեկրոտիկ հատվածի շերտազատումից հետո մնում է խոռոչով հանգույց: Ֆուրունկուլը շրջապատված է փափուկ հյուսվածքների բորբոքային գոտիով:

Կարբունկուլն անցնում է զարգացման նույն փուլերը, ինչ որ ֆուրունկուլը: Սա առաջանում է մի քանի մազարմատների և նրանց շրջակա հյուսվածքի բորբոքումից: Բնորոշ են բազմաթիվ արսցեսներ, տեղակայված ենթամաշկային բջջանքում և դերմայում, մակերեսային պուստուլաներ, նեկրոտիկ հատվածներ և այսպես կոչված «ցանց» բազմաթիվ անցքեր, որտեղից արտահոսում է թարախը: Սրանք վառ կարմիր, կարծրացած, կլոր, մեկական կամ խմբավորված գոյացություններ են:

Ախտորոշումը

Այն կատարվում է անամնեստիկ և կլինիկական տվյալների հիման վրա, հետևյալ հաջորդականությամբ.

- 1) Պարակլինիկական - արյան և մեզի ընդհանուր քննություն, շճաբանական ռեակցիաներ՝ սիֆիլիսը բացառելու նպատակով:
- 2) Մանրէաբանական - թարախի հետազոտում կուլտուրայի անջատումով, հակաբիոտիկների նկատմամբ զգայունության որոշումով:
- 3) Հյուսվածքաբանական հետազոտություններ: Սովորաբար լավացման նպատակով կատարվում է օջախների մաքրում, հակաբիոտիկների և դրենաժների օգտագործում: Ֆուրունկուլոզը կարող է բարդանալ բակտերեմիայով: Երակային արյան հետ ստաֆիլոկոկերը կարող են ընկնել երակային համակարգ և դառնալ տրոմբոֆլեբիտի և մենինգիտի պատճառ:

Բուժումը և կանխարգելումը

Կատարում են վերքերի մակերեսների մշակում, որի համար ապահովում են թարախի արտահոսքը վերքային մակերեսից և նշանակում են հակաբիոտիկներ (ներքին ընդունման համար կամ պարենտերալ): Ֆուրունկուլի, կարբունկուլի հասունացման սկզբնական շրջանում կիրառվում է իխթիոլի քսուք: Իխթիոլի վրայից դնում են բամբակի բարակ շերտ՝ առանց վիրակապի: Հասունացված ու բացված ֆուրունկուլը ծածկում են հիպերտոնիկ լուծույթով թրջված ստերիլ թանզիֆով, իսկ շրջակա մաշկը մշակում իխթիոլով: Արյան մեջ մանրէների ներթափանցման պատճառ կարող է հանդիսանալ ֆուրունկուլի և կարբունկուլի վնասումը:

Մեծ է բուժքրոջ դերը պիոդերմիաների կանխարգելման հարցում: Նա պետք է անցկացնի բացատրական աշխատանքներ հիվանդների հետ: Առաջին հերթին պետք է վերացվի այն գործոնների ազդեցությունը մաշկային ծածկույթների վրա, որոնք նպաստում են պիոդերմիաների առաջացմանը: Միկրոտրավմաները, որոնք առաջացել են մաշկի վրա պետք է մշակվեն անիլինային ներկերի սպիրտային լուծույթներով կամ յոդով:

Հիմնական բուժման մեթոդը վիրաբուժական է:

Հակաբիոտիկների նշանակման ցուցումն է - բակտերե-
միայի բարձր ռիսկը (օրինակ՝ ընկճված իմունիտետով հիվանդ-
ների մոտ):

Օգտագործվում են հետևյալ հակաբիոտիկները՝ դիկլոկսա-
ցիլին, ցեֆալեքսին, սուլֆամետոքսազոն:

Կրկնվող ֆուրուսկոլլոգր պայմանավորված է քթի լորձա-
թաղանթում, մաշկային ծալքերում Staphylococcus aureus-ի
առկայությամբ:

Տեղային բուժման նպատակով կիրառում են հակասեպտիկ
օճառի և գելի օգտագործում: Օգտագործում են նաև մուպի-
րոցինի 2% քսուրը:

Օստիոֆոլիկուլիտո դա մազապարկի բացվածքի սուր
բորբոքում է, որի հետևանքով առաջանում է գնդասեղի գլխի
մեծության թարախաբուշտ (պուստուլա): Թարախաբշտերը կա-
րող են լինել եզակի և բազմակի: Կենտրոնից աճում է աղվամազը
կամ երկար մազը: Թարախաբշտերը շրջապատված են նեղ,
վարդագույն երիզով, 3-4 օր հետո դրանք բացվում են կամ չորա-
նում՝ առաջացնելով դեղին գույնի կեղև, այնուհետև լավանում
են՝ առանց հետք թողնելու:

Հասարակ սիկոզ դա խրոնիկական, կրկնվող հիվանդու-
թյուն է, հանդիպում է սովորաբար տղամարդկանց մոտ: Ախտա-
հարումը ամենից հաճախ արտահայտվում է դեմքին, մորուքի և
բեղերի շրջանում, քթի մուտքի մոտ, հազվադեպ՝ գլխի մազա-
ծածկ մասին, ցայլքին և մաշկի այլ տեղամասերում, որտեղ կան
երկար մազեր: Հիվանդությունը բնութագրվում է ֆոլիկուլիտ-
ների մշտական առաջացմամբ, որոնք պայմանավորում են ախ-
տահարված շրջաններում արտահայտված ներսփռանքի զար-
գացումը: Մաշկն աստիճանաբար ձեռք է բերում կապտակարմիր
գույն և թեթևակի պնդանում է: Թարախաբշտերից հեռացված
մազարմատների շուրջը լավ երևում է ապակենման պատյա-
նիկը: Սիկոզի ախտածագման մեջ մեծ դեր ունեն նյարդային հա-
մակարգի խանգարումները (գերհոգևածություն, գերլարվա-

ծություն), սեռական գեղձերի դիսֆունկցիան, քթի հարակից խոռոչների բորբոքային պրոցեսները:

Հիդրադենիտը ապոկրին քրոնազեղների թարախային բորբոքումն է, սովորաբար տեղակայվում է անութային փոսերում: Ենթամաշկային ճարպային բջջանքում հայտնվում են սիսեռահատիկի մեծության միայնակ կամ բազմաթիվ ցավոտ հանգույցներ: Մի քանի օրից նրանք վեր են բարձրանում մաշկի մակերեսից, ցավոտ են, շոշափելիս պինդ են: Հանգույցների մակերեսի մաշկը դառնում է վառ կարմիր և բարակում է: Հանգույցի ներսփռանքը աստիճանաբար ենթարկվում է թարախալուծման, և առաջանում է թարախակույտ: Հանգույցները միաձուլվում են, առաջացնում տարածուն սուր բորբոքային ներսփռանք, ծփանք (ֆյուկտուլացիա), և խուղակներով արտազատվում է բավական մեծ քանակությամբ թարախ: Հետագայում տեղի է ունենում սպիացում: Հիվանդությունն ուղեկցվում է ուժեղ ցավերով, հաճախ մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումով, գլխացավով, թուլությամբ: Հիվանդությունը տևում է 2-3 շաբաթ, սակայն կարող է ընդունել խրոնիկական ընթացք և տևել ամիսներ (նկար 36-41):

Բուժումը

Պիոդերմիաների բուժումը համալիր է: Օգտագործվող մեթոդները և միջոցները կախված են էթիոլոգիական և պաթոգենետիկ գործոններից, բակտերիաների տեսակից և վիրուլենտությունից, օրգանիզմի ընդհանուր դիմադրողականության վիճակից: Մեծ նշանակություն ունի ախտաբանական պրոցեսի խրոնությունը, տեղակայումը: Պիոդերմիաներով հիվանդների բուժման հարցում մեծ նշանակություն է տրվում գրագետ խնամքին:

Օստիոֆուլիկուլիտի, ստրեպտոկոկային իմպետիզոյի դեպքում նպատակահարմար չէ հակաբիոտիկների, սուլֆանիլամիդների ընդունումը: Դրանք հեշտ ենթարկվում են բուժման՝ արտաքին միջոցների օգնությամբ: Սկզբում խախտում են պուստուլայի ամբողջականությունը և հեռացնում են կեղևիկները: Երոզիաները մշակում են ֆուրացիլինի լուծույթով կամ հակա-

բակտերիալ քսուքներով (երիթրոմիցին, լեվոմիցետին, նեոմիցին, գելիոմիցին):

Ֆուրուսկուլի, կարբունկալի, հիդրադենիտի, ստրեպտոկոկային էկտիմայի և խրոնիկային ռեցիդիվող ընթացքի դեպքում օգտագործում են բուժման համակարգային մեթոդները:

Պիոդերմիաների բուժման հարցում մեծ դեր է տրվում հակաբիոտիկների, սուլֆանիլամիդների, սպեցիֆիկ և ոչ սպեցիֆիկ իմունոթերապիայի մեթոդներին, ֆիզիոթերապիային:

Հիմնական էթիոտրոպ միջոցներից են՝ հակաբիոտիկները (պենիցիլինի նատրումական և կալիական աղերը, բիցիլինը, օքսացիլինը, ամպիոքսը, ցեպորինը, տետրացիկլինը, էրիթրոմիցինը):

Մաշկի խրոնիկ բշտիկային հիվանդությունների դեպքում բուժական համալիրի մեջ ընդգրկում են սպեցիֆիկ և ոչ սպեցիֆիկ իմունոթերապիան, որը բարձրացնում է օրգանիզմի դիմադրողականությունը և խթանում է իմուն պրոցեսները:

Խրոնիկ պիոդերմիաներով հիվանդների բուժման մեջ օգտագործում են վիտամիններ:

Օրգանիզմի դիմադրողականության բարձրացման նպատակով հյուժված հիվանդներին նշանակում են գամմա-գլոբուլին, անաբոլիկ միջոցներ (ռետաբոլին), երկաթի պրեպարատներ:

Ֆուրուսկուլների, կուրբունկուլների, հիդրադենիտների առաջացման դեպքում կիրառում են վիրաբուժական մեթոդներ: Պիոդերմիաների ընդհանուր բուժումը զուգակցվում է արտաքին բուժման հետ, որը կախված է ախտաբանական պրոցեսի տարածվածության աստիճանից, տեղակայումից, խորությունից և ախտահարման փուլից:

Այժմ լայնորեն տարածված են արտաքին հակաբակտերիալ և հակաբորբոքային միջոցները: Մակերեսային ստրեպտոստաֆիլոկոկային պիոդերմիաների դեպքում օգտագործում են անիլինային ներկերի սպիրտային լուծույթներ՝ պիոկտանինի 1-2% սպիրտային և ջրային լուծույթներ, Կասսեյանի հեղուկ:

Մակրոցիդ, Էնտերիցիդ, հակասեպտիկ միջոցները օգտագործում են լվացումների, տամպոնների, վիրակապերի ձևով:

Հակասեպտիկ թրջոցների նպատակով օգտագործում են ֆուրացիլինի 1:5000 և ռեվանոլի 1:1000 լուծույթները:

Մաքուր իխթիոլը առաջացնում է հիպերեմիա, արագացնում է ինֆիլտրատի ներծծումը և արսցեսի հասունացումը: Այն խորհուրդ է տրվում օգտագործել խորանիստ ինֆիլտրատիվ ստաֆիլոդերմիաների՝ ֆուրունկուլի, կարբունկուլի, հիդրադենիտի բուժման համար:

Օգտագործման համար հարմար դեղաձև է համարվում աերոզոլը, քանի որ գործող հոմոգեն նյութը հավասարաչափ է տարածվում և արագ է ներթափանցում հյուսվածքների մեջ:

Հակամանրեային, հակաբորբոքային և հակաալերգիկ ազդեցությամբ են օժտված «Լուֆուզոլ», «Պոլիզոլ», «Օքսիցիկլոզոլ» աերոզոլները:

ԽՆԱՄՔՆ

Հիվանդասենյակն անհրաժեշտ է օդափոխել և կատարել խոնավ մաքրում: Խորհուրդ է տրվում շաբաթը 2-3 անգամ փոխել հիվանդի սպիտակեղենը, քանի որ այն կեղտոտվում է թարախածին մանրէներով: Սպիտակեղենը ախտահանում են եռացման միջոցով: Մաշկի թարախաբշտիկային հիվանդությունով երեխաների հազուստի փոխումը արգելվում է իրականացնել ընդհանուր սեղանի վրա: Այդ նպատակով անհրաժեշտ է ունենալ առանձին սեղան և խնամքի համար անհատական միջոցներ: Մաշկի առողջ հատվածների վրա պրոցեսի տարածման կանխման նպատակով արգելվում է հիվանդների լոզանքը ցնցուղների տակ և կոմպրեսների օգտագործումը: Երբ պրոցեսը տեղակայվում է դեմքին, այդ ժամանակ արգելվում է շփումը ջրի հետ: Մաքորդային երևույթների և հիվանդության ձգձգման դեպքում թույլ է տրվում կալիումի պերմանգանատի լուծույթով (10լ ջրին 1գրամ) գոլ լոզանքների ընդունումը: Պիոդերմիայի օջախը շոջապատող առողջ մաշկը մշակում են կամֆորային և սալիցիլային սպիրտով: Միկրովնասվածքները (քերծվածքները) անհրաժեշտ է մշակել յոդի 2-5% սպիրտային լուծույթով, Կաստելանի և Նովիկովի

հեղուկներով: Բոլոր միջամտությունները պիտոդերմիաներով հիվանդների մոտ կատարում են ոչ ինֆեկցիոն բնույթի դերմատոզներով հիվանդների օջախների մշակումից հետո, որպեսզի գերծ մասն վարակումից:

Թարախային դերմատոզների դեպքում վիրակապումը անհրաժեշտ է իրականացնել ստերիլ ձեռնոցներով, գործիքների օգնությամբ (կորնցանգ, պինցետ, շպատել): Արգելվում է ձեռք տալ օջախին և վիրակապական նյութին ձեռքերով, որպեսզի տեղի չունենա վերքի երկրորդային վարակում, չաղտոտվեն բուժ. անձնակազմի ձեռքերը ախտաբանական նյութով:

Բուժքույրը պատրաստում է վիրակապելու համար անհրաժեշտ սեղանը, բիքսը վիրակապական նյութով, անհրաժեշտ գործիքները, տարրա՝ օգտագործված վիրակապային նյութերի համար:

Տեղային դեղամիջոցների կիրառման համար անհրաժեշտ է մանրակրկիտ նախապատրաստել ախտահարման օջախը: Մազաճածկույթը օջախում և շուրջը սափրում են:

Բուսական յուղով ներծծված բամբակե խծուծով հեռացնում են հին քուռքի շերտը պուստուլաները բացում են՝ հատելով նրանց ծածկը: Փուխր կեղևիկները հեռացնում են մեխանիկորեն: Ամուր սերտաճած կեղևիկները փափկեցնում են 1-2% սալիցիլային քուռքով կամ բուսական յուղերից բաղկացած կոմպրեսով:

Պիոկոկային խոցերի մշակումը իրականացվում է ջրածնի պերօքսիդի լուծույթով, և կալիումի պերմանգանատի 1:10000 թույլ լուծույթով: Վերջային մակերեսները լվանում են ներարկիչի օգնությամբ: Վիրակապը անհրաժեշտ է հաճախ փոխել, քանի որ նա շատ շուտ կեղտոտվում է: Բուժքույրը պետք է հետևի, որ վիրակապը չկեղտոտի հիվանդի սպիտակեղենը:

Դեմքին ֆուրունկուլի տեղակայման դեպքում հիվանդին խորհուրդ է տրվում ընդունել հեղուկ սնունդ: Դիմային մկանների հանգստի նպատակով խորհուրդ է տրվում սահմանափակել խոսակցական հաղորդակցումը:

Պիոդերմիաների կանխարգելումը ձեռնարկություններում ներառում է պայքար վնասվածքների դեմ, մթնոլորտի աղտոտ-

վածության վերացում, ցնցուղների առկայություն, դեղատան առկայություն, խորհրդատվության անցկացում:

Պիտոլերմիաների կանխարգելումը մանկական կոլեկտիվներում՝ հիվանդների մեկուսացում և լիարժեք բուժում, սանհիգիենիկ ռեժիմի սահմանում, լիարժեք սնունդ, պարբերական բուժական զննում, խորհրդատվության անցկացում:

ՄԱՇԿԻ ՍՆԿԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՄԻԿՈՉՆԵՐ

Սնկային հիվանդությունների հարուցիչները՝ թելավոր սնկերն են: Սնկիկները կառուցված են սնկաթելերից (միցելներ) և հունդերից (սպորներ), որոնց միջոցով բազմանում են: Դա վերաբերում է կանդիդոզներին, որոնք դերմատոմիկոզների դասին չեն պատկանում: Ախտածին սնկերը բաժանվում են 2 խմբի՝ անթրոպոֆիլ (մակաբուծում են մարդու օրգանիզմում) և զոոանթրոպոֆիլ (մակաբուծում են մարդու և կենդանու օրգանիզմում):

Դերմատոֆիտները ախտահարում են մաշկը, եղունգները, մազերը, բերանի, ստամոքսաղիքային, շնչառական և միզասեռական օրգանների լորձաթաղանթները, հազվադեպ՝ ներքին օրգանները: Սնկախտերը փոխանցվում են հիվանդ մարդու հետ անմիջական շփման կամ անուղղակի՝ հիվանդի օգտագործած կենցաղային և այլ իրերի միջոցով, որոնք աղտոտվել են ախտահարված մաշկի թեփուկներով, մազերով: Սնկախտերը երբեմն կարող են տարածվել սեռական հարաբերության միջոցով (աճուկային էպիդերմոֆիտիա, սեռական օրգանների կանդիդոզ) և այդ դեպքում դասվում են սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների շարքին: Սնկերի բազմացումը կարող է տեղի ունենալ սեռական ճանապարհով (կատարյալ սնկեր) և անսեռ ճանապարհով (անկատար սնկեր) իրականացվում է վեգետատիվ ձևով (առանց հատուկ բազմացման օրգանների) և վերարտադրությամբ (բազմացման օրգանների միջոցով): Վեգետատիվ բազմացման ժամանակ գոյանում են արթրոսպորներ: Սնկային հիվանդության տեսակից կախված, լաբորատոր հետազոտման համար որպես նյութ վերցնում են ախտահարված մաշկի, լորձա-

թաղանթների կամ եղունգների քերուկը, մազերի հատվածները, բշտերի ծածկը, մեզը, կղանքը, արյունը, խոցերի մակերեսից կամ խուղակներից արտադրվող թարախը: Հետազոտության ճիշտ արդյունքը զգալիորեն կախված է ախտաբանական նյութի վերցնելու որակից: Այդ նյութի բնույթը որոշվում է հիվանդության կլինիկական պատկերով:

Ընդունված է սնկային հիվանդությունների (միկոզների) հետևյալ դասակարգումը:

Կերատոմիկոզներ, որոնց դեպքում սնկերը տեղակայվում են եղջերային շերտում, չեն առաջացնում բորբոքում: Նրանք քիչ հպավարակիչ են, մաշկի հավելումները չեն ախտահարում:

Դերմատոֆիտիաներ, որոնց դեպքում սնկերը տեղակայվում են վերնամաշկում, առաջացնում են մաշկի բորբոքային ռեակցիա, ախտահարում են մաշկի հավելումները: Այս խմբին են պատկանում՝

- աճուկային էպիդերմոֆիտիան, ոտնաթաթերի էպիդերմոֆիտիան, ռուբրոֆիտիան, տրիխոֆիտիան և լինում են.

ա. անթրոպոնոզ (մակերեսային, խրոնիկական),

բ. գոռանթրոպոնոզ (ներսփռանքային-թարախակալող կամ խորանիստ)

- միկրոսպորիան

ա. անթրոպոնոզ,

բ. գոռանթրոպոնոզ

Կանդիդոմիկոզները (կանդիդոզներ) ախտահարում են լորձաթաղանթները (ներառյալ ներքին օրգաններ), մաշկը, եղունգները և բաժանվում են՝ ա. մակերեսային, բ. խորանիստ (գրանուլոմատոզ), գ. ներքին օրգանների (վիսցերալ) ձևերի

խոր միկոզներ (համակարգային սնկային վարակներ), որոնց դեպքում պրոցեսի մեջ են ընդգրկում լորձաթաղանթը, մաշկը, ոսկրերը, մկանները, ներքին օրգանները:

ԳՈՒՆԱՓՈՓՈՆ ՈՐՔԻՆ (PITYRIASIS VERSICOLOR)

Կերատոմիկոզ է, հարուցվում է *Pityosporum orbiculare* սնկով, մակաբուծում է միայն մարդու մաշկի եղջրային շերտում:

Ռիսկի գործոններն են՝ թերսուուցումը, արտահայտված քրտնարտադրությունը, սերորեան, մաշկի ֆիզիոլոգիական թեփոտման իջեցումը, ներքին օրգանների, Էնդոկրին գեղձերի խանգարումները:

Կլինիկա

Սուբլետիվ տվյալներ՝ հիվանդները գանգատվում են աննշան քորից:

Օբլետիվ տվյալներ՝ հիմնական մորֆոլոգիական տարրը՝ դեղնավարդագույն բիծն է մինչև 1սմ, հակված է ծայրամասային աճի և միաձուլման՝ առաջացնելով ափի մեծություն ունեցող խոշոր օջախներ, օջախներն ունեն ժաներիզավոր (ֆեստոնավոր) տեսք, որոնց ծայրամասերին լինում են ցրված, մեկուսացված բծեր, խոշոր թեփոտում՝ բծերի մակերեսին:

Բծերը հաճախ տեղակայվում են կրծքի, մեջքի, անոթափոսերի, որովայնի հատվածներում, հազվադեպ՝ ձեռքերին, ոտքերին, գլխի մազածածկ հատվածում:

Ախտորոշումը

Ձևման ընթացքում հայտնաբերվում են տարբեր չափսերի դեղնամոխրագույն կամ բաց շագանակագույն բծային տարրեր, դեպիգմենտացիա (կեղծ սպիտակամաշկություն), անցկացվում է յոդի դրական փորձ (յոդը քսելիս բծերը ներկվում են ինտենսիվ շագանակագույն՝ Բալզերի ախտանիշ), Վուդի լամպի ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների ազդեցության տակ օջախները ձեռք են բերում ոսկե-շագանակագույն կամ վարդագույն երանգ:

Լաբորատոր հետազոտության նպատակով կատարում են թեփուկների միկրոսկոպիկ հետազոտություն՝ սնկերը հայտնաբերելու համար (կլոր կամ օվալաձև սպորներ՝ կրկնակի ուրվագծերով), կուլտուրալ հետազոտություններ: Տարբերակում են երկրորդային սիֆիլիս, վիտիլիգո, երկրորդային դե- և հիպերպիգմենտացիա հիվանդություններից:

Բուժումը

Նշանակում են հակասնկային միջոցներ:

ՄԻԿՐՈՍՊՈՐԻԱ (MICROSPORIA)

Հարուցվում է *Microsporum* ցեղի սևկով, ախտահարում է հարթ մաշկը, երկար մազերը և աղվամազերը, հազվադեպ՝ եղունգները: Դերմատոֆիտիաների խմբից ամենաբարձր կոնտագիոզություն ունեցողն է: Հիմնականում հիվանդանում են 5-10 տարեկան երեխաները, տղաները՝ 5 անգամ ավելի հաճախ, մեծահասակները կազմում են հիվանդների ընդամենը 10%-ը:

Ռիսկի գործոններն են՝ շփումներ կատուների, շների, միկրոսպորիայով հիվանդ երեխաների հետ, հիպովիտամինոզներ, իմունային խանգարումներ, միկրոտրավմաներ, օրգանիզմի դիմադրողականության անկում, խոնավության և օդի ջերմաստիճանի բարձրացումը, անձնական հիգիենայի կանոնների խախտումը:

Կլինիկա

Գլխի մազածածկ հատվածում առաջանում են 2-6սմ կլոր կամ օվալաձև երիթեմատոզ օջախներ, իսկ 5-8մմ մակերեսից բարձր մազերը կոտրատվում են և շրջապատված են սպորներից կազմված սպիտակավուն գոտիով: Վնասված մազերը կարելի է հեշտությամբ հանել ունելիով: Լաբորատոր հետազոտության նպատակով կատարում են կոտրատված մազերի և թեփուկների միկրոսկոպիկ հետազոտություն:

Տարբերակում են տրիխոֆիտիա, պտորիազ, սեբորեա, ֆավուս, օջախային ալոպեցիա (մազաթափություն) հիվանդություններից:

Բուժումը

Տեղային բուժման նպատակով օգտագործում են 2-5% յոդի լուծույթ (*Solutio Jode spirituosa*), 10-20% ծծմբի քսուլք (*Unguentum sulfaratum*), միկոնազոլ (*Mikonazole*), կլոտրիմազոլ (*Clotrimazole*), կետոկոնազոլ քսուլք (*Ketoconazole*) («Նիզորալ»): Ախտահարված օջախները և հարող մաշկը մշակում են թվարկված դեղամիջոցներով՝ հերթափոխելով դրանք: Ընդհանուր բուժման նպատակով օգտագործում են Գրիզեոֆուլվին (*Griseofulvinum*) 500մգ ներքին ընդունման և 20-22 մգ/կգ՝ երեխաների համար:

Ախտահարված օջախների մազերը սափրում են 2 շաբաթը 1 անգամ, բուժման ավարտի և բացասական պատասխանի դեպքում երեք անգամյա միկրոսկոպիկ ստուգումներից հետո (5-7օր ընդմիջումներով) երեխաները կարող են շփվել այլ երեխաների հետ:

ԴԵՐՄԱՏՈՖԻԻԱՆԵՐ

Դերմատոֆիտիաները մաշկի և նրա հավելումների (մազեր և եղունգներ) սնկային ախտահարումն են: Այդ սնկերից են Trichophyton, Epidermophyton ցեղի սնկերը, որոնք լինում են անթրոպոֆիլ կամ գոոֆիլ (գոռանթրոպոֆիլ):

Կլինիկա

Տարբերում են հետևյալ ձևերը՝ ոտնաթաթերի էպիդերմոֆիտիա (ոտնաթաթերի միկոզ, ռուբրոֆիտիա, մարզիկի ոտնաթաթ), հարթ մաշկի, աճուկային էպիդերմոֆիտիա, օնիխոմիկոզ, մակերեսային տրիխոֆիտիա, ինֆիլտրատիվ-թարախակալվող՝ խորը տրիխոֆիտիա:

Ռիսկի գործոններն են՝ ա. տարիքը (հիմնականում երեխաների մոտ հանդիպում է մակերեսային տրիխոֆիտիա, իսկ մեծահասակների մոտ ոտնաթաթի միկոզ), օրգանիզմի դիմադրողականության անկումը (թերսնուցումը, հիպովիտամինոզը), նյութափոխանակության խանգարումները, հորմոնալ դիսբալանսը, իմունային համակարգի, հատկապես բջջային իմունիտետի ֆունկցիոնալ անբավարարությունը, մաշկային ծածկույթների ամբողջականության խախտումը (վնասվածքներ), բ. մաշկի խոնավությունը բարձրացնող գործոններ (օդի բարձր ջերմությունը և խոնավությունը), վատ օդափոխվող և նեղ կոշիկներ, հիգիենայի կանոնների խախտումը:

Աճուկային էպիդերմոֆիտիայի ժամանակ նկատվում է ցան աճուկային շրջանում, որը հակված է տարածվելու:

Օնիխոմիկոզի ժամանակ եղունգները դառնում են փխրուն, վնասված և դեղնավուն:

Մակերեսային տրիխոֆիտիայի ժամանակ նկատելի են գլխի մազածածկ հատվածի մեկուսացված օջախներ՝ պատված սպիտակավուն թեփուկներով:

Ինֆիտրատիվ - թարախակալվող խորր տրիխոֆիտիայի ժամանակ նկատվում է խորը ֆոլիկուլյար թարախակույտ, մազարմատների ֆոլիկուլների լայնացում, մազաթափություն, ռեգիոնար ավշային հանգույցների մեծացում:

Լաբորատոր հետազոտության ընթացքում կատարում են միկրոսկոպիկ հետազոտություն՝ սնկի հայտնաբերման համար, արյան և մեզի ընդհանուր հետազոտություն, լյարդային փորձեր (այն հիվանդներին, որոնք ստանում են ընդհանուր թերապիա):

Բուժումը

Նշանակում են միկոնազոլ (Miconazole), Կլոտրիմազոլ քսուլք (Unguentum clotrimazolum), գրիզեոֆուլվին (Griseofulvinum) օրը 0,125/10կգ 2 հաբ՝ ուտելու ընթացքում:

ԿԱՆԴԻԴՈՉ (CANDIDOSIS)

Մաշկի, լորձաթաղանթների, մաշկի հավելումների, ներքին օրգանների հիվանդություն է, որն առաջանում է Candida ցեղի պայմանական պաթոգեն սնկերից:

Ռիսկի գործոններն են՝ հակաբիոտիկների, իմունոդեպրեսանտների ընդունումը, բուժում կորտիկոստերոիդներով, իմունոդեֆիցիտ վիճակներ, հիպոպարաթիրեոզը, շաքարախտը, նյութափոխանակության խանգարումները, հիպովիտամինոզը, խրոնիկական ինֆեկցիաները, աղիների դիսբակտերիոզը, հղիությունը:

Կլինիկա

Սեռական օրգանների լորձաթաղանթի կանդիդոզի ժամանակ լորձաթաղանթը դառնում է փայլուն, թեփոտվող, այտուցված, կարմրած, ճաքեր ծլիկի շրջանում, կաթնաշոռային արտադրություն սեռական օրգաններից, արտաքին սեռական օրգանները այտուցված են, ցավոտ հաճախամիզություն:

Մաշկի ծալքերի կանդիդոզի դեպքում պրոցեսն ընթանում է իմպետիզոյի ձևով՝ ծալքերի խորքում առաջանում են թորշոմած թաղանթով մանր բշտիկներ, որոնց բացվելուց հետո առաջանում են արագ մեծացող երոզիաներ: Վերջիններիս մակերեսն ունի բնորոշ փայլ, ցանի սահմանները հստակ չեն, ինչպես դերմատո-

Ֆիտիայի դեպքում: Հիմնական օջախի շուրջը հայտնաբերվում են դիսեմինացիայի օջախներ:

Կանդիդոզային օնիխիայի և պարօնիխիայի դեպքում ախտահարումը սկսվում է եղունգի հիմքից, նշվում են այտուցվածություն, հիպերեմիա, եղունգը կորցնում է փայլը, հաստանում է, ծածկվում է հորիզոնական շագանակագույն ակոսիկներով:

Ախտորոշումը

Ախտորոշման հիմնական չափանիշը դրոժանման սնկերի միցելների միկրոսկոպիկ հայտնաբերումն է կենդանի և հատկապես անիլինային ներկերով ներկված պրեպարատներում:

Այս ձևը տարբերակում են Էկզեմայից, մաշկի ծալքերի պտորիազից, սեռական օրգանների կրկնվող հերպեսից, օնիխոդորիստրոֆիաներից, այլ օնիխոմիկոզներից, սեբորեային դերմատիտից:

Բուժումը

Տեղային բուժման նպատակով կիրառում են կլոտրիմազոլ քսուլք (Unguentum clotrimazolom), միկոնազոլ (Miconazole), նիստատին քսուլք (Unguentum nystatini), կետոկոնազոլ (Ketconazole): Ընդհանուր բուժման նպատակով կիրառում են՝ կետոկոնազոլ (Ketoconazole) օրը 200-400մգ, ներքին ընդունման, 2-4 շաբաթ եղունգի ախտահարման դեպքում՝ օրը 200 մգ, մինչև առողջ եղունգի աճը (3-6 ամիս), ֆլյուկոնազոլ 150 մգ միանվազ:

ՕՆԻԽՈՄԻԿՈԶՆԵՐ (ONICHOMYCOSIS)

Օնիխոմիկոզները կամ եղունգների սնկային ախտահարումները հաճախ են դիտվում ոտնաթաթերի սնկախտերով (Էպիդերմոֆիտիա, ռուբրոմիկոզ), տրիխոմիկոզներով (մակերեսային տրիխոֆիտիա, գոնջ) տառապող հիվանդների մոտ: Օնիխոմիկոզները տարածված են բնակչության 5-10%-ի, իսկ դերմատոմիկոզներով հիվանդների՝ 20-30%-ի մոտ: Օնիխոմիկոզներն ունեն երկարատև ընթացք և համաճարակների առաջացման հարցում մեծ դեր են խաղում, քանի որ հիվանդները հանդիսանում են վարակի աղբյուր, ինչպես իրենց ընտանիքների անդամ-

ների համար, այնպես էլ հանրային օգտագործման վայրերում (բաղնիք, սպորտ դահլիճ):

Կլինիկա

Օնիխիմոկոզը կարող է ընթանալ նորմոտրոֆիկ, գերաճական (հիպերտրոֆիկ), թերսուլցոդական (հիպոտրոֆիկ) և եղունգալույծ (օնիխոլիզիս) տիպերով:

Նորմոտրոֆիկ տիպը եղունգի թիթեղը երկար ժամանակ պահպանում է իր ձևը, սակայն ազատ և կողմնային եզրերի հաստության մեջ գոյանում են դեղին գծեր, բծեր: Աստիճանաբար (ամիսներ) պրոցեսը ընդգրկում է եղունգի ամբողջ թիթեղը: Եղունգը կորցնում է բնական փայլը, գույնը, հարթությունը, հաստանում է, գոյանում են զուգահեռ միջաձիգ ալիքաձև սպիտակ գույներ:

Գերաճական եղունգի ազատ եզրը հաստանում է, ամբողջ թիթեղը աստիճանաբար կորցնում է փայլը, ձեռք է բերում դեղնամոխրագույն գունավորում: Ազատ եզրի տակ առաջանում է ենթաեղունգային գերեղջերացում,.

Թերսուլցոդական տիպը եղունգի ախտահարված թիթեղը ազատ եզրից բարակում է և սկսում է փշրվել: Դրա հետևանքով եղունգի հենքը մերկանում է, ծածկվում փշրվող եղջերային թեփուկներով, եղունգը դեղին է և փայլատ:

Եղունգալույծ տիպը եղունգի թիթեղը բարակում է, անջատվում է հենքից, փշրվում: Եղունգը պահպանվում է միայն հիմքի մոտ՝ լուսնյակի շրջանում, սակայն կորցնում է փայլը, ձեռք է բերում մոխրագույն երանգ: Մերկացած եղունգային հենքը ծածկվում է թեփուկներով, հեշտությամբ անջատվող եղջերային զանգվածով: Միևնույն հիվանդի մոտ կարող են դիտվել եղունգների ախտահարման տարբեր տիպեր: Երբեմն օնիխոմիկոզի մեկ տիպը կարող է վերածվել մյուսի:

Եղունգների սնկային ախտահարումները փոխանցվում են հետևյալ ճանապարհներով՝

ա. ախտահարված միջմատնային ծալքերից և եղունգը շրջապատող մաշկից ըստ ընթացքի հարուցիչ - սուսկը թափանցում է եղունգի մեջ: Հնարավոր է նաև, որ սուսկը եղունգի մեջ անցնի

անմիջապես արտաքին աշխարհից: Այդ դեպքում ախտահարվում են եզակի եղունգներ (1-2): Պրոցեսը սկսվում է եղունգային թիթեղի կողմնային կամ ազատ եզրերից:

- բ. ախտահարված մաշկի սունկը ներթափանցում է եղունգային հենքի մատրիքսի մեջ արյունային ու ավշային ճանապարհներով ախտահարված մաշկի օջախներից կամ ավշագեղձերից:

Բուժումը

Օնիխոմիկոզների տեղային բուժումը կատարվում է երկու փուլով՝

ա. ախտահարված եղունգի հեռացում,

- բ. եղունգային հենքի հակասնկային բուժում: Ներկայումս մշակված է նաև բուժման նորագույն եղանակ՝ առանց եղունգի թիթեղի հեռացման:

Սնկերով ախտահարված եղունգի թիթեղը հեռացնում են երկու եղանակով՝

- ա. վիրաբուժական, կատարելով արեմեդիկացիա և ցավազրկում (քլորեթիլ, 1-2%-անոց նովոկային),
- բ. կոնսերվատիվ, երբ ախտահարված եղունգի թիթեղը փափկեցնում և հեռացնում են եղջերալույծ սպեղանիների օգնությամբ:

Այդ դեղամիջոցներից է 50%-անոց կալիումի յոդիդի (Kalii jodadi, lanolini aa) քսուքը (Արավիյսկու մեթոդ): Հարեղունգային մաշկը ծածկում են կաչուն, սպիտակ սպեղանիով (լեյկոպլաստ)՝ եղջերալույծ քսուքից պաշտպանելու համար: Քսուքը հաստ շերտով դնում են եղունգի մակերեսին, ամրացնում կոմպրեսային վիրակապով՝ թողնելով այն 24-72 ժամ: Քսուքով վիրակապը փոխում են 4-5 անգամ, յուրաքանչյուրին նախորդում է տաք լոգանքը, որից հետո եղունգի փափկած թիթեղը հեռացնում են մկրատով կամ նշտարով: Ապա սկսում են բուժման երկրորդ փուլը՝ բացված եղունգային հենքի հակասնկային բուժումը քսուքով, որը պարունակում է Judi puri metalli 0.2, Kalii jodadi, Lanolini aa 10.0: Քսուքը դնում են և ամրացնում են կոմպրեսային վիրակապով՝ թողնելով 48-72 ժամ, դա կրկնում են 5-6 անգամ՝

լոգանքից հետո քերելով հենքի փափկած մակերեսային շերտը: Եղունգի հեռացման համար կարելի է օգտագործել 20%-անոց միզանյութային (ուրեապլաստ) սպեղանի և 10%-անոց եռքլորքացախային սպեղանի (Արիևիչի մեթոդ): Տաք օճառասոդային լոգանքից հետո ախտահարված եղունգը շրջապատում են լեյկոպլաստով՝ մաշկը եղջերալույծ սպեղանուց պաշտպանելու համար: Միզանյութային սպեղանին (ուրեապլաստ) հաստ շերտով դնում են ախտահարված եղունգի թիթեղի մակերեսին և ամրացնում կոմպրեսային վիրակապով՝ թողնելով այն 24-72 ժամ: Այդ գործողությունը կրկնում են 3-6 անգամ, որից եղունգի թիթեղը փոփկում է և հեռացվում մկրատով կամ նշտարով: Հաջորդ փուլում եղունգի հենքի բուժումը կատարվում է ֆենոլային, յոդային, պիրոզալային սպեղանիներով հաջորդաբար՝ վիրակապելով և թողնելով 24-48 ժամ՝ 2-3 անգամ, մինչև եղունգի աճը: Այդ սպեղանիների փոխարեն կարելի է օգտագործել 2-5%-անոց յոդի սպիրտային թուրմ, Կաստելանիի հեղուկ կամ 15%-անոց ռեզորցին-կաթնաթթու-սալիցիլային քուլք (Resorcini, Ac.Lactici, Ac. Benzoici aa15.0, Vaselinei, Lanolini aa25.0):

Վերջերս արտադրվել է «Միկոսպոր» կոչվող հավաքածուն, որը պարունակում է եղջերալույծ կրեմ (40% միզանյութ և 1% բիֆոնազոլ), դեղաչափիչ (դոզատոր) կաչուն սպեղանի: Կրեմը դեղաչափիչով դնում են ախտահարված եղունգի թիթեղին և ամրացնում կաչուն լեյկոպլաստով: Մոտավորապես 24 ժամ անց, տաք լոգանքից հետո, հեռացնում են լեյկոպլաստը, կրեմի մնացորդները և եղունգի փափկած շերտը:

Բուժման տևողությունը կախված է եղունգի աճից: Ձեռքի եղունգները աճում են արագ՝ բուժումը տևում է 5-6 ամիս, ոտնաթաթի եղունգները աճում են դանդաղ՝ բուժումը տևում է 6-10 ամիս:

Օսիխոմիկոզների տեղային բուժման համար, ներկայումս սինթեզված են նորագույն դեղամիջոցներ՝ բատրաֆեն և լոցերիլ, որոնք արտադրվում են լաքերի ձևով: Նրանց առավելությունը կայանում է նրանում, որ չի պահանջվում եղունգի հեռացում, քանի որ այս դեղամիջոցները թափանցում են եղունգի թիթեղի

մեջ և եղունգային հենքի խոր շերտը: Բացի այդ, միանվագ օգտագործման դեպքում երկար (մինչև 7օր) պահպանվում է հակասնկային ազդեցությունը:

Կանխարգելումը

Այն արդյունավետ է, երբ նա ընդգրկում է համաճարակաբանական շղթայի բոլոր օղակների վրա, ուստի անհրաժեշտ է՝

1. Կատարել հատակի, լողավազանների ամենօրյա ախտահանում՝ օգտագործելով դեզինֆեկցող լուծույթներ:
2. Լողավազանների, բաղնիքների աշխատակիցների հաճախակի գնում:
3. Խորհրդատվություն աշխատակիցների հետ՝ ոտքերի հաճախակի լվացում, զուգագուլպաների հաճախակի փոխում, հիգիենայի անհատական պարագաների օգտագործում:
4. Պայքար հիպերհիդրոզի (գերքրտնարտադրություն) դեմ:

Գերքրտնարտադրությունը նպաստում է սնկային հիվանդություններով վարակմանը: Ոտքերի մաշկը հարուստ է արյունատար և ավշային անոթներով, քրտնագեղձերի ցանցով, որով էլ պայմանավորված է ոտքերի ավելի, քան մարմնի մյուս մասերի քրտնարտադրությունը: Էպիդերմիսի քայքայված մնացորդներով քրտնագեղձերի ծորանների խցանումը խանգարում է նրանց բնականոն գործառնությամբ՝ նպաստելով ոչ միայն սնկային, այլև տարբեր այլ հիվանդությունների զարգացմանը (նկար 42-50):

ԴԵՐՄԱՏՈՉՈՒՆՈՂՆԵՐ

ՄԱՇԿԻ ՄԱԿԱԲՈՒԾԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Մաշկի մակաբուծային հիվանդությունների շարքին դասում են քորով ընթացող մաշկային հիվանդությունները, որոնք հարուցվում են մակաբույծերի կողմից: Սրանցից որոշ տեսակներ համարվում են մաշկի մակաբույծներ, որոնք թափանցում են խորանիստ շերտերը և այնտեղ իրականացնում իրենց կենսական փուլերը (քոսային տիզը, կլոր որդերի թրթուրները): Մյուս տեսակները էկտոպարազիտներ են (արտաքին տիպ)՝ արյունածուծ միջատները (ոչիլներ, տզեր, մոծակներ, լվեր), թռչունները:

ՔՈՍ (SCABIES)

Քոսը մաշկի մակաբուծային վարակիչ հիվանդություն է, որը հարուցվում է քոսի տզով (*Sarcoptes scabiei varietas hominis*), բնութագրվում է քորով, մաշկի վրա հանգույցիկների, բշտիկների, թելանման ձգանների առաջացմամբ և սեռական դիմորֆիզմով:

Տզի էզը օվալաձև է, 0.25-0.35 մմ երկարության, մեջքի շրջանը արտափքված, որովայնի շրջանը տափակ, բերանային ապարատը կրծող տիպի, գերակշռում են ներմաշկային մակաբուծման «գործիքները»:

Բեղմնավորված էզը ներդրվում է մաշկ, վնասում կերատինոցիտները, փորում է քոսային ուղի (մինչև 6 սմ երկարության) և կատարում ձվադրում (օրական 2 ձու, ընդամենը 50 ձու):

Քոսի տզի էզի ակտիվության համար նախընտրելի են հատկապես վերնամաշկի հաստ եղջերային շերտը, համեմատաբար ցածր ջերմաստիճանը և մազագուրկ հատվածները (ձեռքեր, դաստակներ, ներբաններ, սեռական օրգաններ):

Տզի արուն չափերով ավելի փոքր է, 0.17-0.21 մմ երկարության: Բնորոշվում է սկլերոզված մակերեսով, 4-րդ զույգ ոտիկների վրա լրացուցիչ ծծիչների առկայությամբ (բեղմնավորման ժամանակ դրանցով կպնում է էզին ու իրեն մոտեցնում), համեմատական արագաշարժությամբ: Ի տարբերություն էզի, արուն չի փորում քոսային ուղի, այլ ապրում է մաշկի մակերեսին, սպասում է մինչև թրթուրների մաշկի մակերես դուրս գալը, փոխակերպվելը և սեռահասուն տիզ դառնալը, ապա գրավում է վերջիններիս ֆերոմոններով, բեղմնավորվում է ու 1-3 օր անց ոչնչանում: Քոսը սովորաբար բարդանում է երկրորդային էկզեմատոզով և դերմատիտով: Տարածված է ամենուրեք: Ինկուբացիոն շրջանը սովորաբար 7-10 օր է:

Փոխանցման ուղիներն են՝ շփում հիվանդ մարդու և նրա անձնական իրերի հետ (սպիտակեղեն, ներքնագգեստ):

Ռիսկի գործոններն են՝ շփումներ քոսով հիվանդի հետ, սեռական հարաբերություններ, բնակչության կուտակվածությամբ:

յունը, ինտենսիվ միգրացիան, հիգիենայի կանոնների անտեսումը, աշնան-ձմռան շրջանը:

Կլինիկա

Յիմնական գանգատը քորն է, որն ուժեղանում է երեկոյան, գիշերային ժամերին և տաք պայմաններում: Մաշկի վրա գոյանում են մանր հանգույցներ և թարախաբշտիկներ, որքիևացման, քերծվածքների հատվածներ, քոսային ուղիներ, որոնք առաջացնում են տզերը (այդ ուղիները թունելներ են էպիդերմիսում, որոնք ունեն կարծ, մոխրագույն ձգանների տեսք և վերջանում են փոքրիկ բշտիկներով):

Ցանի տարրերը հիմնականում տեղակայվում են միջնամատնային հատվածներին և մատների կողմնային մակերեսներին, դաստակին, նախադաստակին, արմունկին, անութափոսերում, երեխաների մոտ ցանավորման տարրերը կարող են հանդիպել մաշկի ցանկացած տեղամասում, իսկ տղամարդկանց մոտ՝ արտաքին սեռական օրգաններին:

Բարդությունները էկզեմատիզացիայի, պիոդերմիայի տեսքով են (նկար 52):

Բուժումը

1. Պերմետրինի (տարածված է «Նիտիֆոր» շուկայական անվանումը) 5%-անոց կրեմը քսել ամբողջ մաշկին՝ սկսելով գլխից: Դեղը թողնել մաշկի վրա 8-12 ժամ՝ խուսափելով աչքերի հետ շփումից: Անհրաժեշտության դեպքում կրկնել 2 շաբաթ հետո:
2. Բենզիլ բենզոատի (Benzylil benzoas) 25%-անոց ջրա-օճառային էմուլսիան քսել ամբողջ մաշկին՝ սկսելով գլխից: Դեղը թողնել մաշկի վրա 8-12 ժամ՝ խուսափելով աչքերի, լորձաթաղանթների հետ շփումից: Շփումը կրկնվում է 2 օր: Անհրաժեշտության դեպքում բուժումը կրկնել 2 շաբաթ հետո:
3. Դեյմանովիչի մեթոդը. 60%-անոց նատրիումի թիոսուլֆատի լուծույթը քսել մաշկին 10 րոպեի ընթացքում, կրկնել 5 րոպե հետո և չորանալուց հետո քսել 6%-անոց ադաթթվի լուծույթ 20 րոպեի ընթացքում: Նույնը կրկնել հաջորդ օրը: Ընդունել լոգանք 3-րդ օրը:

Բուժքուլոր պետք է հիշի՝

- ա. Քորը կարող է պահպանվել բուժումից հետո ևս 10 օր:
- բ. Բուժում պետք է ստանան շփման մեջ եղած բոլոր անձինք, անգամ նրանք, ում մոտ բացակայում են ախտանիշները (ինկուբացիոն շրջանը տևում է 7-10 օր):
- գ. Քոսի օջախում ընթացիկ վարակագրծման մեթոդները՝
- սողայի 1-2%-անոց լուծույթի կամ լվացքի ցանկացած հեղուկի մեջ մեկ անգամ և անկողնային սպիտակեղենի 5-10 բոպե տևողությամբ եռացումը (եռալու պահից սկսած),
 - եռացնելու ոչ ենթակա հագուստի երկկողմանի արդուկումը հատկապես ծալքերի և գրպանների շրջանում,
 - բաց օդում 5 օրվա ընթացքում վերնահագուստի (վերարկու, բաճկոն) օդափոխում-օդահարումը,
 - հիվանդասենյակի ամենօրյա խոնավ հավաքում-հարդարումը 1-2%-անոց օճառաջրով,
 - ներքնակների և վերմակների +100°C ջերմաստիճանում համապատասխան խցիկներում 1 ժամ տևողությամբ պահելը կամ 3-4 ժամ բաց օդում պահելը:
- դ. Երեխաների և հղի կանանց բուժման համար ավելի նպատակահարմար է կիրառել ծծումբ պարունակող դեղամիջոցներ: Ծծումբի 7%-անոց քուրքը քսել ամբողջ մարմնին՝ օրը 1 անգամ, 3 օր անընդմեջ և ամեն քսելուց 24 ժամ հետո լողանալ:
- ե. Բուժման անարդյունավետությունը որպես կանոն կապված է սխեմաների խախտման կամ կրկնակի վարակման, քանի որ դեղերի նկատմամբ կայունության զարգացումը շատ հազվադեպ է լինում:
- զ. Տաք լոգանքը բուժումից առաջ անհրաժեշտ է:
- է. Հաշվի առնելով, որ քոսը կարող է տարածվել նաև սեռական ճանապարհով, համապատասխան տարիքի հիվանդներին անհրաժեշտ է հետազոտել՝ այլ վեներական հիվանդությունների հայտնաբերման նպատակով:
- ը. Այլընտրանքային դեղերից են. lindane (1%-անոց կրեմ), crota-miton (10%-անոց լոսյոն), malathion (0,5%-անոց լոսյոն), «Սպրեզալ» ցողիչ (3 օր տևողությամբ, երեկոյան, լոգանքից

հետո, կրկնակի անգամ, հակացուցված չԷ երեխաներին, նորածիններին, հղիներին և կերարկրող մայրերին):

ՌՁԼՈՏՈՒԹՅՈՒՆ (PEDICULOSIS)

Ոչլուտությունը մարդու մաշկին ոչիլների մակաբուծումն է, որն ուղեկցվում է մաշկային փոփոխություններով՝ որպես խայթոցների հետևանք: Տարբերում են գլխի, հագուստի և ցայլքային ոչլուտություն:

Էթիոլոգիա

Ոչիլները (Anoplura) միջատներ են, որոնք ամբողջ կյանքում մակաբուծում են մարդու մաշկի վրա և սնվում արյունով:

Գլխի ոչիլները (Pediculus capitis) մակաբուծում են գլխի մազածածկ հատվածում, դնում են ձվեր (անիծ), որոնք մոխրասպիտակավուն են, և խիտինային նյութի միջոցով ամուր կաչում են մազին: Փոխանցվում է հիվանդից սերտ շփման միջոցով:

Հագուստի ոչիլները (Pediculus vestimenti) բնակվում են անկողնու և անձնական սպիտակեղենի վրա, որտեղից և անցնում են մաշկի վրա:

Ցայլքի ոչիլները (Pediculus pubis) բնակվում են ցայլքի մազածածկ հատվածում, անութային փոսերում, կրծքի մազերի, շեքի և հետանցքի շրջանում: Երեխաների մոտ (հազվադեպ է հանդիպում) կարող են բնակվել հոնքերի, թարթիչների և գլխի մազածածկ հատվածի վրա:

Կլինիկա

Գլխի մաշկի քոր, որը գլխային ոչլուտության հիմնական նշանն է, իսկ ցայլքային ոչլուտության ժամանակ քորն աննշան է: Մազի ցողունին կամ հագուստին ամրացած անիծների առկայություն:

Գլխի ոչիլները ոչ միշտ են երևում, բայց նրանց անիծները կարող են ամրացած լինել մազին, հատկապես ծոծրակային և հետականջային հատվածներում:

Չննումով առավել հաճախ հայտնաբերվում են պինդ պապուլաներ, իմպետիգիոզ օջախներ («մեղրային կեղևիկներ»), ֆուլիկուլիտներ՝ երկրորդային էկզեմատիզացիայի հատվածներով, հատկապես ծոծրակային, քունքային և հետականջային

ծալքերի հատվածում, որոնք հաճախ ուղեկցվում են արտահայտված ռեգիոնար լիմֆադենիտով:

Հագուստի ոջիւները և անիծները կաչում են հագուստին (սպիտակեղենի ծալքերում, հատկապես՝ կարերի հատվածներում):

Չնկունով առավել հաճախ հայտնաբերվում են ուրտիկարպապուլյոզ ցան խայթոցների տեղերում, հին խայթոցների տեղերի հիպերպիգմենտացիա, էքսկորիացիաներ, երկրորդային էկզեմատիզացիա, երկրորդային պիոդերմիա (վուլգար էկտիմա):

Ցայլքի ոջիւներ (Ֆտիրիազ)

Կարող են հայտնաբերվել ցայլքի, սեռական օրգանների, հետանցքի, երբեմն որովայնի, կրծքի, ազդրերի, թարթիչների, հոնքերի, մորուքի վրա և անութային փոսերում:

Հաճախ հայտնաբերվում են գորշ շագանակագույն երանգով կետեր՝ մազերի արմատների շրջանում, նույն շրջանում՝ սպիտակավուն, կոշտ անիծներ, ֆտիրիազին բնորոշ կայուն, մոխրա-երկնագույն օվալաձև կամ կլոր մինչև 1սմ տրամաչափի բծեր:

Ախտորոշման նպատակով անցկացնում են մազերի մանրէաբանական հետազոտություն:

Բարդությունները երկրորդային պիոդերմիայի, երկրորդային էկզեմատիզացիայի, ռեգիոնար լիմֆադենիտի տեսքով են:

Բուժումը

1. Պերմետրինի (տարածված է «Նիտիֆոր» կոմերցիոն անվանումը) 1%-անոց լուսյունը քսել մազերին՝ խուսափելով աչքերի հետ շփումից: Դեղը թողնել մազերին 10 րոպե, այնուհետև լվանալ ջրով: Անհրաժեշտության դեպքում կրկնել մեկ շաբաթ հետո: Պետք է հիշել, որ կան պերմետրին պարունակող օճառներ, որոնց ազդեցության տևողությունը հասնում է մինչև 14 օր, այս դեպքում կրկնակի բուժման անհրաժեշտությունը վերանում է:
2. Բենզիլ բենզոատի (Benzilii benzoas) 25%-անոց ջրա-օճառային եմուլսիան քսել մազերին՝ խուսափելով աչքերի հետ շփումից:

Դեղը թողնել մազերին 24 ժամ, այնուհետև լվանալ ջրով:
Անհրաժեշտության դեպքում կրկնել մեկ շաբաթ հետո:

3. Օգտագործում են նաև 15-20% ծծմբային քսուք, «Սքաբիկար» լոսյոնը:

Բուժքուլոր պետք է հիշի՝

- ա. Այլընտրանքային դեղերից են lindan-ը և malathion-ը:
- բ. Բուժում պետք է ստանան շփման մեջ եղած բոլոր անձինք:
- գ. Անհրաժեշտ է 3 օրը մեկ փոխել բարձի երեսները, սրբիչները՝ ենթարկելով դրանք ջերմային մշակման, ինչպես նաև ախտահանել խաղալիքները, սանրերը:
- դ. Անիծների հեռացման համար հավասար քանակի քացախի և գոլ ջրի խառնուրդով թրջել մազերը և մանրակրկիտ սանրել մանր սանրով:
- ե. Բուժման անարդյունավետությունը որպես կանոն սխեմաների խախտման կամ նորից հիվանդների հետ շփվելու հետևանք է, քանի որ դեղերի նկատմամբ կայունության զարգացումը շատ հազվադեպ է:
- զ. Հաշվի առնելով, որ ոչլոտությունը կարող է տարածվել նաև սեռական ճանապարհով, համապատասխան տարիքի հիվանդներին անհրաժեշտ է հետազոտել՝ այլ վեներական հիվանդությունների հայտնաբերման համար (նկար 51):

ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Մաշկի վիրուսային հիվանդությունները կազմում են մեծ տոկոս: Մեծերի մոտ նրանք կազմում են 3-4%, երեխաների մոտ շուրջ 10%:

Դասակարգումը

- հասարակ հերպես,
- գոտևորող հերպես,
- տափակ, հասարակ, ներբանային գորտնուկներ,
- սրածայր կոնդիլոմաներ,
- հպավարակիչ մոլյունակ:

ՀԱՍԱՐԱԿ ԶԵՐՊԵՍ (HERPES SIMPLEX)

Հարուցիչը հասարակ հերպես վիրուսն է, որը մաշկի և լորձաթաղանթների հաճախակի հանդիպող վարակ է: Հասարակ հերպեսը ՂՆԹ պարունակող վիրուս է՝ herpesvirus hominis - մաշկի կոկային տիպի համակցությամբ: Մարմնի այլ մասերում այն հազվադեպ է լուրջ վարակներ առաջացնում: Տարբերում են հասարակ հերպես վիրուսի երկու տեսակ՝ ՀՀՎ1 և ՀՀՎ2: Հասարակ հերպես վիրուսի երկու տեսակների տարածման հաճախ հանդիպող ուղին շփումն է վարակված անձի արտադրության հետ: Հասարակ հերպեսի վիրուսը փոխանցումն իրագործվում է հիմնականում անմիջական-շփումային և օդակաթիլային ճանապարհով: Մուտքի դուռ են հանդիսանում մաշկի և լորձաթաղանթների (բերանի խոռոչի, ստամոքսաղիքային ուղու, քթի, կոնյունկտիվայի, սեռական օրգանների և այլն) ոչ միայն վնասված, այլ նաև միանգամայն առողջ հատվածներն են:

Շփումային-սեռական ճանապարհ

Առնական հերպեսը 99% դեպքերում փոխանցվում է շփումային-սեռական երբեմն միայն շփումային ոչ սեռական (կենցաղային առարկաներ և այլն) ճանապարհով:

Տրանսպլացենտալ ճանապարհով փոխանցվում է գերազանցապես ցիտոմեգալովիրուսային վարակը՝ ներարգանդային վարակների մեջ գրավելով առաջին տեղը:

Հասարակ հերպես վիրուսը կարող է փոխանցվել նաև տրանսցերվիկալ (վերել) ճանապարհով, ինչպես նաև օրգանների և հյուսվածքների փոխպատվաստման ժամանակ:

Ռիսկի գործոններն են՝ ռեսպիրատոր ինֆեկցիաները՝ մրսածության երևույթներով, դաշտանային ցիկլի խանգարումները:

Առաջին տեսակի հասարակ հերպես

Այն հաճախ անվանում են տենդի բշտիկներ կամ մրսածության վերքեր: Իրենից ներկայացնում է շճային հեղուկով լցված բշտիկներ, որոնք սովորաբար տեղակայվում են դեմքի վրա: Վարակի տարածման համար բավարար է միայն հիվանդի թքի

կամ մաշկի հետ շփումը: Տարածման գործում մեծ նշանակություն ունեն բժշկական միջամտությունները (վիրաբուժական), հատկապես տարբեր օրգանների փոխպատվաստումները, որոնք, որպես կանոն, ուղեկցվում են թարմ արյան զանգվածային ներարկումներով:

Վարակում հասարակ հերպեսի վիրուսի առաջին տեսակով

Տարբերում են վարակի երկու տեսակ՝ առաջնային և կրկնվող: Վարակված անձանց միայն 10 տոկոսի մոտ է առաջանում ախտահարում: Առաջնային վարակի դեպքում խոցերը կամ բշտիկներն առաջանում են վարակված անձի հետ շփումից 2-20 օր հետո և տևում են 7-10 օր: Բշտերի թիվը տատանվում է մեկից մինչև բշտերի մի խումբ: Փոքր վնասվածքների դեպքում բշտիկները կարող են պատռվել՝ բերելով դրանց հեղուկ պարունակության արտահոսքի և կեղևակալման: Առաջնային վարակի հետևանքով գոյացած խոցերը ենթարկվում են լիակատար լավացման՝ իրենց տեղում սպի չթողնելով: Վիրուսը շարունակում է մնալ օրգանիզմում: Այն տեղափոխվում է նյարդային բջիջներ և հանգիստ վիճակում պահպանվում այնտեղ: Հիվանդների մեծ մասի մոտ լավացումից հետո հիվանդության կրկնություն տեղի չի ունենում: Մյուսների մոտ վիրուսը կրկնվում է կա՛մ առաջնային վարակի տեղում, կա՛մ նրա մոտակայքում: Հիվանդության կրկնությունը կարող է լինել մի քանի շաբաթը մեկ անգամ կամ ավելի հազվադեպ: Առաջնային վարակի հետ համեմատած, կրկնվող վարակը սովորաբար ավելի մեղմ է ընթանում: Հիվանդությունը կրկնվում է որոշ գործոնների ազդեցության հետևանքով, որոնցից են ջերմությունը, արևի ճառագայթները և դաշտանային փուլը (նկար 53):

Վարակում հասարակ հերպեսի երկրորդ տեսակով

Հասարակ հերպես վիրուսի երկրորդ տեսակը սովորաբար դրսևորվում է հետանցքի, աննանդամի, հեշտոցի կամ արգանդի վզիկի վրա առաջացող վերքերով, որոնք ի հայտ են գալիս վարակված անձի հետ սեռական հարաբերություն ունենալուց 2-20 օր հետո սեռական հարաբերության միջոցով: Վարակի տարած-

ման ամենահաճախ հանդիպող ուղիները՝ հեշտոցային, հետանցքային կամ բերանային սեռական հարաբերություններն են: Սեռական օրգանների հերպեսի 80 տոկոսը տարածվում է, երբ չկան ախտանշաններ և երբ մաշկի վրա ոչինչ առկա չէ: Ինչպես առաջնային, այնպես էլ կրկնվող վարակները կարող են առաջացնել թեթև ցան կամ քոր, ցավոտ խոցեր, ջերմություն, մկանացավեր, այրոցի զգացում միզարձակության ժամանակ, մեծացած և ցավոտ ավշային հանգույցներ սեռական օրգանների շրջանում:

Ինչպես առաջին տեսակի, այնպես երկրորդի դեպքում, կրկնվող վարակի տեղակայումը և հաճախականությունը կարող են տարբեր լինել: Առաջնային վարակից հետո վիրուսը տեղափոխվում է նյարդային բջիջներ և պահպանվում այնտեղ: Դաշտանային փուլը, դիմադրողականության անկումը, ֆիզիկական շփումը, սթրեսը կամ այլ ազդակները կարող են դրդել և ակտիվացնել հանգիստ վիճակում գտնվող վարակը:

Երկրորդ տեսակի դեպքում առաջնային վարակի լավացումից մեկ կամ մի քանի օր հետո մաշկի ցավի, այրոցի, քորի զգացումը կամ այդ շրջանի զգայունության բարձրացումը կրկնվող վարակի նշաններ են: Երկու վարակների միջև ընկած ժամանակահատվածը կոչվում է պրոդրոմալ շրջան:

Հասարակ հերպես վիրուսի ախտորոշումը

Ախտանշաններն այնքան բնորոշ և յուրահատուկ են, որ սովորաբար վարակի առկայությունը հաստատող այլ հետազոտության կարիք չի առաջանում: Սակայն, եթե ախտորոշումը լիովին պարզ չէ, ախտահարված օջախից վերցնում են նմուշ և պատրաստում քուլք: Ախտորոշման համար օգտագործվող լաբորատոր հետազոտություններից են՝ մանրադիտակային և վիրուսային կուլտուրայի քննությունը, և արյան մեջ հակամարմինների հայտնաբերումը: Սեռական օրգանների հերպեսը անհրաժեշտ է տարբերակել այլ հիվանդություններից, օրինակ՝ սիֆիլիսից:

Հերպետիկ վարակների բուժումը

Հասարակ հերպես վիրուսի բուժումը համալիր է՝ ընդգրկելով ախտանշանային և հակավիրուսային բուժումները: Համա-

կարգային հակավիրուսային դեղերից է ացիկլովիրը (acyclovir): Օգտագործում են՝ ինտերֆերոնային քսուլք, 0,5% տեբրոֆենային քսուլք, 5% ացիկլովիր քսուլք: Այս դեղորայքը կարելի է օգտագործել ինչպես վարարկի սուր շրջանում, այնպես էլ՝ կրկնվող վարակը ճնշելու նպատակով: Մինչ այժմ գոյություն չունի հերպեսի լիակատար բուժման միջոց: Ներկայումս հետազոտություններ են անցկացվում՝ վարակի բնկումները թուլացնելու կամ վերացնելու ուղղությամբ:

Ախտանշանային բուժումը ենթադրում է ցավազրկողների կիրառում: Կիրառվում է ֆիզիոթերապևտիկ մեթոդներ՝ հելի-նեոնային լազեր, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթում, ուլտրաֆոնոֆորեզ: Հիվանդների խորհրդատվությունը և աջակցությունը նույնպես բուժման կարևոր մաս են կազմում:

Կանխարգելումը

Կարևոր է հասարակ հերպեսի կանխարգելումը, քանի որ այն վարակիչ է և՛ սրացման, և՛ ախտադադարի ընթացքում:

- Եթե հիվանդն ունի հերպես, ապա ծակծկոցի, այրոցի զգացումը, քորը կամ մաշկի զգայունության բարձրացումը կրկնվող վարակի նշաններ են: Պետք է խուսափել հիվանդի մաշկի այդ հատվածների հետ շփումից: Ձեռքերը հաճախակի լվանալով կարելի է կանխել վիրուսի փոխանցումը մաշկի առողջ մասերին:
- Բերանային հերպեսի ժամանակ պետք է խուսափել համբույրներից, բաժակների, շրթներկերի համատեղ կիրառումից:
- Սեռական օրգանների հերպեսով անձինք պետք է խուսափեն սեռական հարաբերություններից՝ ախտանշանների ծաղկման կամ հիվանդության սրացման շրջանում: Պահպանակների կիրառումը կարող է կանխել սեռական օրգանների հերպեսի փոխանցումը, և այն պետք է օգտագործվի նույնիսկ այն դեպքերում, երբ գուլգընկերներից որևէ մեկն անցյալում հիվանդ է եղել հերպեսով, քանի որ վիրուսը տարածվում է նաև հիվանդության անախտանիշ շրջանում:

Բարդությունները

Հասարակ հերպես վիրուսը կարող է ախտահարել աչքերը և առաջացնել հերպետիկ կերատիտ՝ եղջրաթաղանթի բորբոքում: Առանց համապատասխան բուժման, կարող է առաջանալ աչքի եղջերաթաղանթի սպիացում: Բարեբախտաբար ներկայումս գոյություն ունեն արդյունավետ դեղամիջոցներ, որոնք վերացնում են վարակը և կանխում այդ լուրջ բարդությունը:

Յերպես վիրուսը հղիության ընթացքում: Սեռական օրգանների հերպես ունեցող կինը ծննդաբերության ժամանակ, պտղի՝ ծննդաբերական ուղիներով անցնելու ընթացքում, կարող է վիրուսը փոխանցել նորածնին: Կնոջ մոտ առաջնային հերպեսի առկայության դեպքում նորածնի մոտ կարող են բավական լուրջ ախտահարումներ լինել: Վիրուսը նորածնի մոտ կարող է ախտահարել նյարդային համակարգը՝ առաջացնելով մենինգիտ կամ էնցեֆալիտ, ներքին օրգանները՝ վնասելով լյարդը, թոքերը, մակերիկամները, և ի վերջո հանգեցնել մահվան:

Հասարակ հերպես վիրուսը ծանր հիվանդների մոտ: Քաղցկեղով հիվանդ, որևէ օրգանի փոխպատվաստումով կամ իմունային համակարգի անբավարար գործունեությամբ անձանց մոտ վիրուսը կարող է կյանքին սպառնացող բարդություններ առաջացնել:

ԳՈՏԵՎՈՐՈՂ ՀԵՐՊԵՍ (HERPES ZOSTER)

Վիրուսային հիվանդություն է, որը դրսևորվում է մաշկի վրա խմբավորված ցավոտ բշտիկային ցանավորումով նյարդի ուղղությամբ և նեվրալգիկ ախտանիշներով: Հիվանդությունը համեմատաբար քիչ է հանդիպում մինչև 10 տարեկան երեխաների մոտ:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը ջրծաղիկի հարուցչի պես դերմատոնեյրոտրոպ վիրուս է:

Ռիսկի գործոններն են՝ մրսածության երևույթները, ինֆեկցիաներ և ինտոքսիկացիաներ, շաքարային դիաբետ, ստամոքսաղիքային ուղու հիվանդություններ, արյան հիվանդություններ, նորագոյացություններ, ՁԻԱՀ:

Կլինիկա

Հիվանդությանը նախորդում են նախանշանները՝ ծակծկոցի և այրոցի զգացողություն, նեվրալգիկ ցավեր նյարդի ուղղությամբ: Ցավերն ավելի արտահայտված են՝ երբ ցանը տեղակայվում է եռորյակ նյարդի ուղղությամբ: Հաճախ դիտվում է պարեսթեզիա, ծակծկոցի զգացողություն, ջերմության բարձրացում մինչև 38-39°C: Ցանավորումը մաշկի վրա սկսվում է այտուցային երիթեմայից, որի ֆոնի վրա առաջանում են խմբավորված բշտեր՝ պղտոր պարունակությամբ: Ցանը միակողմանի է: Որոշ ժամանակ անց առաջանում են երոզիաներ, կեղևիկներ, գորշ պիգմենտացիա: Թեթև դեպքերում 1-3 շաբաթվա ընթացքում սկատվում է երոզիաների լավացում: Ծանր դեպքերում ցանավորումը ընդունում է խոցային և խոցանեկրոտիկ բնույթ: Այն հիվանդները, որոնք ունեն արյան հիվանդություններ, ուռուցքներ, որոնք ընդունել են քիմիոթերապիա, ցանավորումը ընդունում է տարածուն բնույթ: Շաքարային դիաբետով հիվանդների կամ ծերերի մոտ կարող է զարգանալ հերպեսի գանգրենոզ տեսակը:

Բուժումը

- 1) Ընդհանուր բուժում՝ տետրացիկլինի շարքի հակաբիոտիկներ, ացիկլովիր, սալիցիլատներ, 0,25% մագնեզիումի սուլֆատի լուծույթ, նովոկայինային բլոկադաներ, անալգետիկներ, իմունոգլոբուլին, վիտամիններ B₁, B₁₂, C-բիոզեն խթանիչներ:
- 2) Տեղային՝ ացիկլովիր, անիլինային ներկեր, ֆուկորցին, ինտերֆերոնի քսուք, համակցված կորտիկոստերոիդ քսուքներ:
- 3) Ֆիզիոթերապիա՝ ուլտրամանուշակագույն ճառագայթում, ուլտրաձայն, լազերոթերապիա, էլեկտրոֆորեզ նովոկայինով:

Կանխարգելիչ միջոցառումներ՝ ռադոնային լոգանքներ, հետազոտություններ ՁԻԱՀ-ի և ուռուցքային հիվանդությունների վերաբերյալ (սկար 54):

ԳՈՐՏՆՈՒԿՆԵՐ (VERUCAE)

Հիվանդությունը բնութագրվում է էպիդեմիալ պապուլաների առաջացումով, մաշկի ոչ բորբոքային բնույթի պապիլոմատոզ ռեակցիայով: Հարուցիչն է մարդու պապիլոմա վիրուսը: Փոխանցման ուղիներն են՝ շփումը հիվանդի և նրա իրերի հետ:

Ռիսկի գործոններն են՝ մաշկի տրավմաները, չորությունը, իմունիտետի անկումը, վեգետոնեվրոզները, անձնական հիգիենայի խախտումը, վիրուսակրությունը:

ՍՈՎՈՐԱԿԱՆ ՀԱՍԱՐԿ ԳՈՐՏՆՈՒԿՆԵՐ (VERRUCAE VULGARIS)

Դրանք իրենցից ներկայացնում են դեղնավուն կամ մաշկի գույնի պապիլյար կարծր հանգուցիկներ: Նրանք կարող են միաձուլվել հարևան տարրերի հետ: Տեղակայվում են ձեռքերի, դաստակների վրա:

Տափակ գորտնուկները (verrucae planae, seu juvenilis) սովորաբար ունեն մաշկի նորմալ կամ գորշ գույն, կարող են միաձուլվել և խմբավորվել և ինքնուրույն անհետանալ: Սուբյեկտիվ զգացողություններ չկան:

Ներքանային գորտնուկներն (verrucae plantaris) առաջանում են ճնշման տեղում, այդ իսկ պատճառով հիվանդը գանգատվում է ցավից, խանգարված է շարժման ֆունկցիան: Այս տիպի գորտնուկները դեղին գույնի են և ծածկված են եղջերային շերտով և սովորաբար մեկուսացված են:

Թելանման գորտնուկներն իրենցից ներկայացնում են բարակ, եղջերային էլուստների տեսքով գոյացություններ, որոնք տեղակայվում են կոպերին, պարանոցին, մարմնի այլ հատվածներում (նկար 55):

Բուժման նպատակով կիրառում ենք ցիտոտոքսիկ պատրաստուկներ, որը ցանկալի է անց կացնել ստացիոնար պայմաններում: Հղիներին այս պատրաստուկները հակացուցված են:

Կիրառվում է պոդոֆիլինի 25%-ոց քսուլը կամ 10-25%-ոց լուծույթը ամեն օր (զգուշությամբ լվանում և ապա նորից քսում

են) բորբոքային ռեակցիայի բացակայության դեպքում և շաբաթը 1-2 անգամ՝ երբ բորբոքում է առկա:

Պողոֆիլոտոքսինը (0,5%-ոց լուծույթը 96%-ոց սպիրտի լուծույթի մեջ) կիրառվում է «կոնդիլին» առևտրային անվամբ: Կոնդիլինը կիրառվում է նաև 0,15%, 0,3% և 0,5%-ոց կրեմների տեսքով: Կոնդիլոմաների մակերեսը պատում են նշյալ նյութով բամբակե տամպոնի օգնությամբ (1-4 կուրս):

5-ֆտորոտացիլը կիրառվում է 5%-ոց կրեմի տեսքով:

Դեստրուկտիվ մեթոդներ

1. Ֆիզիկական մեթոդներից կիրառում են կրիոթերապիա (հեղուկ ազոտով, ազոտի օքսիդով) և կրիոդեստրուկցիա («սառեցում-հալեցում-սառեցում» տեխնոլոգիայով), որոնք հանգեցնում են թե՛ ներբջջային և թե՛ արտաբջջային հեղուկների արագընթաց սառեցման բջիջների լիզիսի և մահվան (էպիդերմիսի և դերմայի նեկրոզ, դերմայի մանր անոթների թրոմբոզ):

2. Զիմիական մեթոդներից կիրառում են թթուների հիմքերը և աղերի խիտ լուծույթները, որոնցից են՝

ա) եռլորքացախաթթվի 80-90%-ոց լուծույթը, որը թույլ դեստրուկտիվ պատրաստուկ է: Ահա թե ինչու այն հաճախ է առաջադրվում կիրառել հատկապես հղիության ժամանակ: Չարգանում է տեղային կոագուլյացիոն նեկրոզ: Պրոցեդուրան կիրառում են շաբաթական 1 անգամ: Խորհուրդ չի տրվում կիրառել հեշտոցային և միզուկային գորտնուկների ժամանակ:

բ) Սոլկոդերմը, որը 70%-ոց ազոտաթթվի և մի շարք այլ օրգանական և ոչ օրգանական թթուների լուծույթների խառնուրդ է՝ կերատոլիտիկ և կոագուլյացիոն ազդեցությամբ:

ՄՐԱՃԱՅՐ ԿՈՆԴԻԼՈՄԱՆԵՐ (CONDILOMATA OCUMINATA)

Էթիոլոգիա

VI և XI տիպի մարդու պապիլոմա ԴՆԹ-պարունակող վիրուսն է: Հիվանդությունը փոխանցվում է սեռական շփման ճանապարհով:

Ռիսկի գործոններն են՝ անձնական հիգիենայի կանոնների խախտումը, մաշկի խոնավությունը, այլ սեռավարակների առկայությունը, միզասեռական օրգանների հիվանդությունները:

Կլինիկա

Կոնդիլոմաները տեղակայվում են ոտիկի կամ նեղ հիմքի վրա, ունեն փափուկ բաղադրություն: Նման են աքլորի կատարին կամ ծաղկակաղամբին: Հիգիենայի կանոնները չպահպանելու դեպքում կոնդիլոմաները խոցոտվում են և ունեն տհաճ հոտ:

Բուժումը

- 1) Քայքայող միջոցներ (ռեզորցին, դերմատոզ, պոդոֆիլին)
- 2) Կոնդիլին, սոլկոդերմ
- 3) Հակավիրուսային քսուլքներ
- 4) Դիաթերմոկոագուլյացիա, լազերոթերապիա, կրիոթերապիա:

Կանխարգելումը

Հարկավոր է անձնական հիգիենայի պահպանում, միզասեռական օրգանների բորբոքային հիվանդությունների, շփաբորբերի բուժում, դիսպանսեր հսկողություն:

ՀՊԱՎԱՐԱԿԻՉ ՄՈԼՅՈՒՄԿ (MOLLISCUM CONTAGIOSUM)

Հպավարակիչ մոլյուսկի հարուցիչը ԴՆԹ պարունակող վիրուս է: Փոխանցման ուղիներն են՝ շփում հիվանդ մարդու հետ, կենցաղային, սեռական շփում:

Կլինիկա

Հիվանդությունը բնութագրվում է կարծր, կիսաշրջանաձև հանգույցների առաջացումով, որոնք թեթևակի հաստացած են և ունեն կենտրոնային ներիրում: Հանգուցիկները քորոցի գլխիկից մինչև սիսեռի հատիկի մեծության են: Սեղմելուց փոսությունից արտադրվում է շիլայանման զանգված, որը բաղկացած է եպիթելի եղջերացած բջիջներից: Հիվանդության ինկուբացիոն շրջանը 2 շաբաթից մինչև 6 ամիս է: Ցանավորումը տեղակայվում է դեմքին, պարանոցին, կրծքին, ուսերին, արտաքին սեռական օրգաններին:

Բուժումը

- 1) Հանգույցների պարունակության արտաճնշում կյուրետաժի միջոցով և օջախների մշակում 5-10% յոդի թուրմով, անիլինային ներկերով, արծաթի նիտրատով, ֆերեզոլով, հակավիրուսային քսուրով:
- 2) Էլեկտրոկոագուլյացիա:

Կանխարգելումը

Հարկավոր է անձնական հիգիենայի պահպանում, հիվանդների մեկուսացում:

ՎԵՆԵՐՈԼՈԳԻԱՆ ՈՐՊԵՍ ԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆ

Վեներոլոգիան բժշկագիտության ժամանակակից ճյուղերից մեկն է, որն ուսումնասիրում է սեռավարակների կամ սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների պատճառագիտությունը, զարգացման մեխանիզմներն ու դրսևորման ձևերը, հետազոտման, բուժման և կանխարգելման նորագույն եղանակների մշակումը:

ՍԻՖԻԼԻՍ (SYPHILIS, LUES)

Սիֆիլիսը սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություն է, որի հարուցիչն է դժգույն սպիրոխետան: «Սիֆիլիս» անվանումը տրվել է իտալացի բժիշկ և բանաստեղծ Ֆրակաստորոյի կողմից: Նա 1530 թ-ին Վենետիկում հրատարակեց վիպերգություն, որի հերոսը Սիֆիլուս անվամբ մի հովիվ էր: Աստվածամերժության և «խոզերի հետ մտերմության» (լատ. sus` խոզ, philos ընկեր) համար աստվածները նրան պատժեցին սեռական օրգանների հիվանդությամբ: Այդ հովվի անունով էլ հիվանդությունը կոչվեց սիֆիլիս:

Պատճառագիտությունը

Սիֆիլիսի հարուցիչը հայտնաբերել են Ֆ. Շաուդինը և Ե. Հոֆմանը: Դժգույն տրեպոնեման պրոկարիոտ է (լատ. pro` առաջ և հուն, karyon` կորիզ), այսինքն ձևավորված կորիզ չունի: Նրա գենետիկ նյութը, որը ներկայացված է ԴՆԹ-ի օղակաձև մոլեկուլով, տեղակայված է բջժի ցիտոպլազմայի «սուկլետիդ» կոչվող հատվածում (սկար 56):

Էպիդեմիոլոգիա

Սիֆիլիսը գերազանցապես սեռական ճանապարհով փոխանցվող անթրոպոնոզ հիվանդությունն է:

Վարակը փոխանցվում է.

Սեռական ճանապարհով իրականացվում է հիվանդի հետ առողջ մարդու անմիջական (սեռական, նաև՝ ոչ սեռական) շփման ժամանակ: Վարակի տարածման խնդրում ամենավտանգավորը ակտիվ սեռական կապ ունեցող հիվանդներն են, հատկապես երբ ձևաբանական տարրերը գտնվում են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթին կամ արտաքին սեռական օրգանների մաշկին: Հիվանդները շարունակում են մնալ վարակիչ նաև հիվանդության զարգացման առավել ուշ շրջաններում, օրինակ՝ վաղաժամ թաքնված կամ երրորդային շրջանում:

Արտասեռական ճանապարհով.

- Թքի միջոցով՝ վարակի փոխանցումը կատարվում է համբույրի, ատամի խոզանակի, ծխախոտի, ծխամորճի «օգնությամբ» և այլն: Բերանի խոռոչում սիֆիլիսին բնորոշ ձևաբանական տարրերի առկայության դեպքում վարակման հավանականությունը մեծանում է:
- Մոր կաթի միջոցով՝ վարակը փոխանցվում է կրծքով կերակրման ընթացքում:
- Արյան փոխներարկման ժամանակ՝ արյունը դժգույն տրեպոնեմայի զարգացման համար ոչ բարենպաստ, սակայն, տրանսպորտային գործունե միջավայր է, ուր այն կարելի է հայտնաբերել հիվանդության զարգացման բոլոր շրջաններում (արդեն վարակիչ է դառնում գաղտնի շրջանից սկսած, խիստ վարակիչ՝ առաջնային, առավել ևս երկրորդային և նվազ վարակիչ թաքնված և երրորդային շրջանում): Հիվանդի արյունը առողջին փոխներարկելիս զարգանում է փոխներարկային (տրանսսֆուզիոն) սիֆիլիս, որը կոչվում է «գլխատված սիֆիլիս» առանց կարծր շանկրի զարգացման:
- Բժշկական միջամտությունների ժամանակ՝ դժգույն տրեպոնեմներ պարունակող կենսաբանական հեղուկներով (թուլք, արտաթորանքներ, լորձ, թարախ, էքսուդատ և այլն) վարակված

բժշկական տարբեր գործիքները վարակման պատճառ կարող են հանդիսանալ (հաճախ՝ գինեկոլոգիական, վիրաբուժական, ստոմատոլոգիական և այլ կլինիկաներում, ինչպես նաև՝ դիահերձարանում):

- Ընկերքի միջոցով՝ տրանսպլացենտար ճանապարհով վարակումն ավարտվում է վիժումով, մեռելածնությամբ, բնածին սիֆիլիսով հիվանդ երեխայի ծնունդով և այլն:

Դասակարգումը

Տարբերում են հետևյալ կլինիկական ձևերը՝

1. Առաջնային սիֆիլիս (syphilis primaria)
2. Երկրորդային սիֆիլիս (syphilis secundaria)
3. Երրորդային սիֆիլիս (syphilis tertiaria)
4. Բնածին սիֆիլիս (syphilis congenita)

Առաջնային սիֆիլիս

Սիֆիլիսն անցնում է զարգացման հետևյալ շրջանները՝ գաղտնի, առաջնային (առաջնային սիֆիլիս), երկրորդային (երկրորդային սիֆիլիս) և երրորդային (երրորդային սիֆիլիս): Գաղտնի շրջանը վարակումից մինչև կարծր շանկրի առաջացման պահն ընկած ժամանակահատվածն է: Գաղտնի շրջանը մոտ 3-4 շաբաթ է:

Կլինիկա

Սիֆիլիսի առաջնային շրջանը սկսվում է կարծր շանկրի ի հայտ գալով: Սկզբում առաջանում է կարմրավուն նրբերանգներով բորբոքային բիծ, որը հետզհետե ներսփռվում է, ապա՝ ենթարկվում էրոզիայի կամ խոցոտման: Մոտ 5-10 օր անց գործընթացի մեջ են ընդգրկվում նաև մոտակա (ռեգիոնար) ավշային հանգույցները (շրջանային լիմֆադենիտ): Այս շրջանը տևում է 6-8 շաբաթ: Կարծր շանկրը խոց կամ էրոզիա է՝ հարթ ուրվագծերով, մաշկի մակերեսից բարձր, փոքր խորացումով, կարմրավուն (երբեմն՝ գորշ-դեղնավուն), հարթ, փայլուն («լաքապատ») հատակով, երբեմն միայն դիտարկվող սակավ շճային արտադրությամբ: Ժամանակի ընթացքում կարծր շանկրը ձեռք է բերում գորշավուն երանգ (սպիտակուցների մակարդում, մակե-

րեսային նեկրոզ) և ծածկվում շճարյունային կեղևով: Կարծր շանկրի շուրջն ակտիվ բորբոքային երևույթները բնորոշ չեն:

Տեղակայումը

Տղամարդկանց մոտ կարծր շանկրը տեղակայվում է թլիպին, պսակաձև ակոսի շրջանում, առնանդամի գլխիկին և մեջքային մակերեսին, միգուկում և նրա արտաքին բացվածքի շրջանում, փոշտի, ցայլքի, աճուկային հատվածներում և այլն:

Կանանց մոտ կարծր շանկրը տեղակայվում են ամոթաշրթերին, ծլիկի շրջանում, արգանդի վզիկին, հազվադեպ նաև՝ հեշտոցի պատի լորձաթաղանթին (թթվային միջավայրը չի նպաստում սիֆիլիսի զարգացմանը):

Արտասեռական տեղակայում

Օրալ շանկրեր հանդիպում են՝ շրթունքների, լեզվի, լսդերի, նշիկների հատվածում:

Անալ շանկրերը լինում են պերիանալ շանկրերի և ուղիղ աղու լորձաթաղանթի շանկրերի տեսքով (սկար 58):

Երկրորդային սիֆիլիս

Կլինիկա

Սիֆիլիսի երկրորդային շրջանը սկսվում է վարակումից մոտ 2,5-3 ամիս հետո և շարունակվում (առանց բուժման) 2-4, առավելագույնը 15 տարի (միջինը 2-4 տարի): Այս շրջանի հիմքում ընկած է տրեպոնեմային սեպսիսը (տրեպոնեմայի համընդհանուր տարածումը հասնում է իր գագաթնակետին): Ախտահարվում են ոչ միայն մաշկը, լորձաթաղանթները (երկրորդային սիֆիլիդներ), նաև շատ այլ օրգաններ և օրգան-համակարգեր (վիսցերոսիֆիլիս, նեյրոսիֆիլիս, օֆթալմոսիֆիլիս):

Ձևաբանական տարրեր ըստ տեսքի լինում են՝

1. Սիֆիլիդների տեսքով, որոնք սկզբում կարմիր վառ բորբոքային, իսկ հետագայում՝ պղնձակարմիր նրբերանգով ու հարթ մակերեսով են:
2. Ռոզեոլաների (վարդաբծերի) տեսքով, որոնք 2-15 մմ չափերի, հազիվ նկատելի վարդագույնից (դեղձի գույն) մինչև հագեցած կարմրի նրբերանգներ ունեցող հիպերեմիկ բծեր են, որոնք

առաջանում են նոպայաձև, մի քանի օրվա ընթացքում, այդուհանդերձ հիվանդի համար մնալով աննկատ:

Սեղմելիս անհետանում են, իսկ բաց թողնելիս՝ վերականգնվում: Մոտ 10 օր գոյատևած բծերն էրիթրոցիտների քայքայման և հեմոսիդերինի նստեցման հետևանքով ձեռք են բերում դեղնադարչնավուն նրբերանգներ և ճնշման ժամանակ չեն անհետանում (նկար 59):

Երրորդային սիֆիլիս

Չամենատաքար հազվադեպ է հանդիպում: Նրա զարգացմանը նպաստում են սուր և խրոնիկ վարակական (տուբերկուլոզ) և սոմատիկ (հեպատիտ և այլն) հիվանդությունները, հոգեկան և ֆիզիկական վնասվածքները:

Սիֆիլիսը խրոնիկ, ծանր ընթացքով վարակական համակարգային հիվանդություն է՝ ախտահարված հյուսվածքների և օրգանների նորմալ գործառույթների շեղումներով: Տարրերը տեղակայվում են մաշկի և լորձաթաղանթների խիստ սահմանափակ հատվածներում, սակավ են, միաձև, անհամաչափ, խորը, ամուր-առածիգ: Նրանք խմբավորվում են, բայց երբեք չեն միաձուլվում: Երրորդային սիֆիլիդները հաճախ են քայքայվում (խոցոտման հակում):

Կլինիկա

Տարբերում ենք երրորդային սիֆիլիսի ակտիվ և թաքնված ձևերը: Ակտիվ սիֆիլիսի ժամանակ մաշկի և լորձաթաղանթների վրա առաջանում են թմբիկներ և գումմաներ:

Թաքնված սիֆիլիսն արտահայտվում է՝

1. Թմբիկային (tuberculum) սիֆիլիդներով, որոնք կիսազնդած են, ամուր են, համակազմված են:

Տեղակայվում են դեմքին (քթի, ճակատի շրջանում և այլն), վերջույթների տարածիչ մակերեսներին, ինչպես նաև՝ միջթիակային հատվածում և գոտկատեղին ընդգրկելով սահմանափակ հատվածներ: Պահպանվելով մի քանի ամիս՝ թմբիկները կա՛մ աստիճանաբար ներծծվում են («չոր» սպիական ապաճում) կա՛մ խոցոտվում (հյուսվածքների մեռուկացում):

2. Գումմային սիֆիլիզներով, որոնք անցավ (եթե գտնվում են նյարդային ցողուններից և հյուսակներից հեռու), մեկուսացված հանգույցներ են, որոնք առաջանում են մաշկային ծածկույթի ցանկացած հատվածում, գերազանցապես գլխի մազածածկ մասին, դեմքին քթի, շրթունքների և ճակատի հատվածում, սրունքների տարածիչ մակերեսներին, ազդրերին, նախաբազուկներին, առնանդամի վրա և այլն (նկար 60):

Բնածին սիֆիլիս

Պտուղը վարակվում է սիֆիլիսով ներարգանդային կյանքում՝ հիվանդ մորից: Դժգույն տրեպոնեման պտղի օրգանիզմ է թափանցում ընկերքի միջոցով՝ հղիության 4-րդ ամսից ոչ շուտ: Եվս մեկ ամիս անց զարգանում են ախտաբանական փոփոխություններ պտղի օրգաններում և հյուսվածքներում: Մայրը պտղի համար վարակի աղբյուր է հանդիսանում ոչ միայն հիվանդության զարգացման ակտիվ (առավելագույն սպիրոխետեմիա) շրջանում, այլ անգամ ուշացած թաքնված սիֆիլիսի ժամանակ, երբ հիվանդների նույնիսկ սեռական շփումները համարվում են միանգամայն անվտանգ (նրանց սեռական զուգընկերներին կանխարգելիչ բուժում չի նշանակվում) (նկար 57):

Սիֆիլիսային վարակը բնորոշվում է տարբեր օրգաններում և հյուսվածքներում բորբոքային երևույթների զարգացումով: Բորբոքվում են հարպտոդային թաղանթները (ամսիոնիտ, խորիո-ամսիոնիտ), ընկերքի հյուսվածքները (պլացենտիտ), արգանդի վզիկը (ցերվիցիտ) և այլն:

Յղիության հնարավոր ելքերն են՝

ա. Ուշացած վիժումներ, որոնք տեղի են ունենում հղիության 12-

16-րդ շաբաթների ընթացքում:

բ. Մեռելածնություն

գ. Վաղաժամ ծնունդներ՝ դիտվում են հիմնականում հղիության

5-7-րդ ամիսներին:

Կանխարգելիչ բուժում

Սահմանվում է այն անձանց, ովքեր վերջին 2 ամիսների ընթացքում սեռական կամ սերտ կենցաղային կապի մեջ են գտնվել սիֆիլիսով հիվանդների հետ: Բացառություն են կազմում

ուշացաց թաքնված սիֆիլիսով հիվանդների հետ շփում ունեցած անձինք (ուշացած թաքնված սիֆիլիսով հիվանդները վարակիչ չեն):

Եթե նշված կամ տվյալ կապը տեղի է ունեցել 2-4 ամիս առաջ, ապա առաջիկա 2 ամիսներին հիվանդը երկու անգամ ենթարկվում է հետազոտման, իսկ եթե ավելի քան չորս ամիս առաջ՝ ընդամենը՝ մեկ անգամ:

Սիֆիլիսի բոլոր կլինիկական ձևերի և հղիների կանխարգելիչ բուժման նպատակով կիրառում են՝ բենզատին բենզիլպենիցիլին

2.4 մլն միավոր դեղաչափով, բենզիլպենիցիլինի նատրիումական աղ 1,0 մլն միավոր դեղաչափով, բենզիլպենիցիլինի նոպոկայինային աղ 0,6 մլն միավոր դեղաչափով, պրոկային բենզիլպենիցիլին 1,2 մլն միավոր դեղաչափով:

Կանխարգելումը

Սիֆիլիսի կանխարգելումը ենթադրում է՝

- սիֆիլիսով և այլ սեռավարակներով հիվանդների պարտադիր հաշվառում,
- սիֆիլիսով հիվանդների պարտադիր բուժում՝ ախտորոշման հաստատումից անմիջապես հետո,
- հակաբեղմնավորիչ միջոցների (պահպանակներ) կիրառում,
- պարտադիր սքրինինգների անցկացում
 - հիվանդի սեռական զուգընկերների,
 - հիվանդի հետ սերտ կենցաղային կապի մեջ գտնվող անձանց,
 - մանկական հիմնարկների աշխատակիցների,
 - սննդի օբյեկտների աշխատակիցների,
 - ռիսկի խմբերի անձանց (պոռնկուհիներ, արվամուլներ, թմրամուլներ, մշտական բնակության վայր չունեցող անձինք),
 - դոնորների,
 - սոմատիկ ստացիոնարներում բուժվող անձանց,

Բնածին սիֆիլիսի կանխարգելումը լինում է՝

- անտենատալ (կանխարգելիչ աշխատանքներ առողջ անձանց շրջանում, հղի կանանց եռակի շճաբանական հետազոտություն՝ ընդունվելիս, հղիության 28-30 շաբաթական շրջանում և ծննդաբերությունից 2-3 շաբաթ առաջ),

- պոստնատալ (երեխաների կանխարգելիչ բուժում):

ԳՈՆՈՐԵԱ (GONORRHOEA)

Գոնորեան սեռավարակ բորբոքային հիվանդություն է, որը բնորոշվում է միզասեռական օրգանների լորձաթաղանթների ախտահարումով:

Էթիոլոգիա

Գոնորեայի հարուցիչը գոնոկոկերն են (*Neisseria gonorrhoeae*) ունեն գույգ դասավորություն, ներլեյկոցիտային (լորու կամ սուրճի հատիկների նման) գրամ-բացասական դիպլոկոկեր են: Հարուցիչը (*Neisseria gonorrhoeae*) ախտահարում է միզուկը, արգանդի վզիկի խողովակը, նաև՝ ուղիղ աղին, ըմպանը, կոնյունկտիվան պատող էպիթելը, միզասեռական ուղու վերին հատվածները: Գոնորեայով վարակումը տեղի է ունենում սեռական ճանապարհով, հիվանդ մոր ծննդաբերական ուղիներով անցնելիս (սորածինների մոտ), հեմատոգեն ճանապարհով, նաև՝ կենցաղային շփման ժամանակ:

Դասակարգումը

Տարբերում են գոնորեայի թարմ (մինչև 2 ամիս վաղեմության), խրոնիկական (ավելի քան 2 ամիս վաղեմության) և թաքնված (գոնոկոկակրություն) ձևերը:

Թարմ գոնորեան ըստ ընթացքի լինում է սուր (չբարդացած և բարդացած), ենթասուր և ձգձգված:

Ըստ բորբոքային գործընթացի տեղադրության տարբերում ենք սեռական (գենիտալ), արտասեռական (էքստրագենիտալ) և մետաստազային գոնորեա:

Կլինիկա

Տղամարդու միզասեռական ուղու ախտահարում

Հարուցիչի (*Gonococcus Neisseri*) կողմից ախտահարման են ենթակա տղամարդու միզասեռական ուղու բոլոր հատվածները: Գոնորեան առավելապես դրսևորվում է սուր և խրոնիկ ձևերով: Հիվանդության գաղտնի շրջանը կազմում է 1-30 օր (միջինում 5-7 օր): Խառը վարակների ժամանակ, օրինակ տրիխոմոնիազի

հետ զուգադրման դեպքում այն փոքր-ինչ երկարում է (մոտ՝ 10 օր):

Հիվանդը գանգատվում է ազատ արտահոսող, դեղնականաչավուն առատ արտադրությունից: Միզուկի արտաքին բացվածքը հիպերեմիկ է:

Թարմ ենթասուր միզուկաքորը

Կլինիկական պատկերն ավելի մեղմ է արտահայտված, իսկ ցավի զգացողությունն ավելի շուտ քոր է հիշեցնում: Թույլ բորբոքային նշաններն արտաքին բացվածքից հեռու չեն տարածվում:

Արտադրությունը սակավ է, հիմնականում՝ լորձաթարախային, ավելի շատ սպիտակավուն: Բարդություններից են՝ առնանդամի, ամորձու, մակամորձու և շականագեղձի բորբոքումները (նկար 61):

Կանանց միզասեռական ուղու ախտահարումն արտահայտվում է հեշտոցի, ձվարանների, ֆալլոպյան փողերի բորբոքումների տեսքով:

Արտասեռական գոնոկոկային վարակը դիտվում է աչքի գոնոկոկային ախտահարման, գոնոկոկային ֆարինգիտի կամ պրոկտիտի տեսքով

Ախտորոշումը

Իրականացվում է մանրադիտակային հետազոտման եղանակով՝ միզուկի, ուղիղ աղու, արգանդի վզիկի, նշիկների լակունաների և ըմպանի հետին պատի լորձաթաղանթից վերցված ախտաբանական նյութից քսուքների պատրաստմամբ:

Իրականացվում է շճաբանական ախտորոշում կոմպլեքսների կապման (Բորդե-ժանգուի) ռեակցիայի միջոցով:

Բուժումը

Բուժման նպատակով կիրառում ենք՝ ցեֆտրիաքսոն 0,25 դեղաչափով, ցիպրոֆլոքսացին՝ 0,5 դեղաչափով, օֆլոքսացին՝ 0,4 դեղաչափով, միանվազ, սպեկտինոմիցին՝ 2,0 դեղաչափով միանվազ, ցեֆոդիզիմ՝ 0,5 դեղաչափով՝ միանվազ:

Աչքի գոնոկոկային վարակի դեպքում կիրառում են ցեֆտրիաքսոն 25-50մգ/կգ դեղաչափով, ցեֆոտաքսիմ 100մգ/կգ դեղաչափով:

Նորածինների գոնոկոկային օֆթալմիայի կանխարգելումը կատարվում է արծաթի նիտրատի 1%-ոց ջրային լուծույթով, յուրաքանչյուր աչքին 2-3 կաթիլ՝ միանվագ, անմիջապես ծննդաբերությունից հետո:

Գոնորեայով հիվանդ մայրերից ծնված նորածինների մոտ գոնոկոկային վարակի կանխարգելման նպատակով կատարվում է ցեֆտրիաքսոնի 25-50մգ/կգ դեղաչափով մ/մ միանվագ ներարկում:

Բուժման արդյունավետության կլինիկական-լաբորատոր գնահատականը տրվում է բուժման ավարտից 2 և 14 օր անց:

Բորբոքման սուբյեկտիվ և օբյեկտիվ նշանների բացակայությունը, լաբորատոր մեթոդների բացասական արդյունքները բուժման արդյունավետության գլխավոր չափանիշներն են:

ՄԻՉԱՍԵՆԱԿԱՆ ՏՐԻԽՈՄՈՆԻԱԶ (TRICHOMONIASIS UROGENITALIS)

Միզասեռական տրիխոմոնիազը մարդու և կենդանիների միզասեռական համակարգի բորբոքային հիվանդություն է, որի հարուցիչն է *Trichomonas vaginalis*-ը:

Վարակը փոխանցվում է.

Սեռական ճանապարհով տրիխոմոնադների ներթափանցմանը և գործընթացի մակածմանը նպաստում են վարակի արտահայտվածությունը, հեշտոցային միջավայրի pH-ը, հեշտոցի լորձաթաղանթի ֆիզիոլոգիական վիճակը, հարակից միկրոֆլորան կազմող հարուցիչների համահարաբերակցությունը, ագրեսիվությունը և այլն:

Կենցաղային ճանապարհով՝ տրիխոմոնադները անկայուն են արտաքին միջավայրում և արագորեն ոչնչանում են օրգանիզմից դուրս, 40°C-ից ավելի բարձր ջերմաստիճանում, չոր պայմաններում (կենսունակ են միայն համապատասխան խոնավության դեպքում, օրինակ՝ զուգարանակոնքի կոնտամինացված մակերեսին պահպանվում է բավական երկար մինչև 45 րոպե), արևի անմիջական ճառագայթների և անտիսեպտիկների ազդեցությամբ ևս արագ ոչնչանում են: Կենցաղային ճանապարհը

կարող է իրատեսական լինել փոքրիկ աղջիկների վարակման հնարավորության տեսակետից վարակակիր բժշկական ձեռնոցների, մոմլաթե տակդիրների, գիշերանոթների հետ անմիջական շփման ժամանակ, ինչպես նաև բաղնիքներում, լողավազաններում և այլն:

Ուղղահայաց ճանապարհով

Հիվանդ մոր ծննդաբերական ուղիներով անցնելիս, աղջիկների միայն 2-17%-ն են վարակվում: Նորածինների մոտ գործընթացն ուղեկցվում է արտադրությամբ (երեխայի արյան մեջ մայրական էստրոգեններն ուժգնացնում են տրիխոմոնազների տրոպիզմը): Սակայն արդեն 1 ամիս անց արտադրությունը դադարում է (մայրական էստրոգենները քայքայվում են):

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը հեշտոցային տրիխոմոնազն է (*Trichomonas vaginalis*): Այն անաերոբ է: Տրիխոմոնազներն ունեն 5 մտրակ, որոնցից 4-ը գտնվում են առջևի և հիմքի հատվածներում, իսկ 5-րդը, այսպես կոչված հետադարձ մտրակը, ալիքանման թաղանթի ներսում: Մտրակները և ալիքանման թաղանթը միասին ապահովում են տրիխոմոնազների շարժողական ակտիվությունը:

Պաթոգենեզ

Տրիխոմոնազները ախտահարում են տափակ էպիթելային հյուսվածքը: Տղամարդկանց մոտ հաճախ ախտահարվում է միզուկը և շագանակագեղձը: Բորբոքային ռեակցիան ուղեկցվում է հիպերեմիայով, այտուցով, էքսուդացիայով (էքսուդատի մեջ հայտնաբերվում են մահացած բջիջների մնացորդներ և կենդանի հարուցիչներ), մանր արյունազեղումներով և խոցոտումներով:

Դասակարգումը

Տարբերում են տրիխոմոնիազի թարմ (մինչև 2 ամիս վաղեմության) և խրոնիկ (ավելի քան 2 ամիս կամ չհաստատված վաղեմության) ձևերը:

Թարմ տրիխոմոնիազն ըստ ընթացքի լինում է սուր, ենթասուր, ձգձգված կամ թառամ և անախտանիշ (թաքնված,

տրիխոմոնադակրություն և այլն), ըստ ծանրության աստիճանի՝ թեթև, միջին ծանրության և ծանր:

Ըստ բորբոքային գործընթացի տարբերում են սեռական (գենիտալ) և արտասեռական (էքստրագենիտալ) տրիխոմոնիազ, իսկ ըստ մասնակի տեղագրության՝ միզասեռական համակարգի ստորին հատվածի (վուլվիտ, բարթոլինիտ, կոլպիտ, էկտո և էնդոցերվիցիտ, ուրեթրիտ, բալանոպոստիտ), փոքր կոնքի օրգանների ու միզասեռական համակարգի այլ հատվածների (էնդոմիոմետրիտ, սալպինգիտ, սալպինգոօֆորիտ, Էպիդիդիմիտ, ցիստիտ, պրոստատիտ, վեզիկուլիտ):

Կլինիկա

Տղամարդկանց մոտ հիվանդությունն արտահայտվում է ուրետրիտի (միզուկաբորբի, urethritis) տեսքով, որը արտահայտվում է շճային արտադրությամբ («առավոտյան կաթիլի» ախտանիշը, որը նկատելի է դառնում միզուկի դիստալ ուղղությամբ մերսման ժամանակ), միզարձակության սկզբում այրոցի կամ ցավի զգացումով: Ուրետրիտի տեղային բարդություններն են բալանիտի, բալանոպոստիտի (balanitis, balanoposthitiis) տեսքով: Կանանց մոտ հիվանդությունը բնորոշվում է բազմօջախայնությամբ: Կարող է ախտահարվել ամբողջ երկայնքով՝ միզուկից մինչև երիկամների պարենխիման և արգանդի պարանոցից մինչև ձվարաններ, ավելին՝ մինչև որովայնամիզ, սակայն գործընթացը սովորաբար սահմանափակվում է միզուկով (ուրետրիտ) և արգանդի վզիկի և վզիկային խողովակի լորձաթաղանթով (էկզոցերվիցիտ, էնդոցերվիցիտ): Հղիության ժամանակ տրիխոմոնադային գործընթացը, որպես կանոն, սուր ընթացք է ունենում, խրոնիկ դեպքերում անգամ հակում ունի սրանալու: Բնորոշ է բազմօջախությունը (ախտահարվում են միաժամանակ միզուկը, միզապարկը, հեշտոցը և ուղիղ աղին) (նկար 62):

Ախտորոշումը

Տրիխոմոնադների հայտնաբերման նպատակով կիրառվում է մանրադիտակային մեթոդը:

Բուժման համար կիրառում են՝ մետրոնիդազոլ (կլինո, մեդազոլ, տրիխոպոլ, ֆլագիլ), տինիդազոլ (ֆագիժին), տրվում է

ներքին ընդունման ձևով 2,0 դեղաչափով, օրնիդազոլ (տիբերալ), տրվում է ներքին ընդունման ձևով 1,5 դեղաչափով, միանվագ, մետրոնիդազոլ, տրվում է ներքին ընդունման ձևով 1,0 դեղաչափով, օրնիդազոլ՝ տրվում է ներքին ընդունման ձևով 0,5 դեղաչափով, սիմորազոլ՝ տրվում է ներքին ընդունման ձևով 2,0 դեղաչափով միանվագ:

ՄԻՉԱՍԵՌՈՎԱՆ ԽԼԱՄԻԴԻՈՉ (CHLAMIDIOSIS UROGENITALIS)

Խլամիդիոզը սեռավարակ հիվանդություն է, որի հարուցիչը խլամիդիան է (*Ch. trachomatis* (CT): Այն բակտերիայի և վիրուսի միջանկյալ ձև է գրամ-բացասական կոկերի տեսք ունեցող, գնդաձև կամ ձվաձև, ներբջջային մանրէ է, որի կենսունակությունն ապահովվում է վարակված բջջի հաշվին (նկար 63, 64):

Վարակը փոխանցվում է.

Սեռական ճանապարհով՝ տեղի է ունենում խլամիդիոզով հիվանդի կամ անախտանիշ խլամիդակրի և առողջ մարդու միջև սեռական շփման ժամանակ:

Կենցաղային ճանապարհով՝ եթե ծնողները հիվանդ են, երեխաների 10%-87,7%-ի մոտ հայտնաբերվում է խրոնիկ խլամիդիոզ, հիվանդության արտասեռական (էքստրագենիտալ) ձևերի տեսքով (վերին շնչուղիների բորբոքային հիվանդություններ, օֆթալմոխլամիդիոզ):

Ուղղահայաց ճանապարհով՝ ներարգանդային կամ տրանսպլացենտար ճանապարհով վարակի փոխանցումը տեղի է ունենում այն դեպքում, երբ մայրը տառապում է խլամիդիոզով:

Դիտվում են պտղի ԿՆՅ-ի ներարգանդային զարգացման խանգարումներ և գրանուլեմային մենինգոէնցեֆալիտ: Դանդաղում է ավելուլային հյուսվածքի զարգացումը, անբավարար քանակի սուրֆակտանտ է անջատվում ի վերջո հանգեցնելով շնչառական խանգարումների:

Ինտրանատալ վարակման ճանապարհով վարակումը տեղի է ունենում ծննդաբերական ուղիներով, երբ պտուղն անցնում է խլամիդիոզով հիվանդ մոր ծննդուղիներով:

Ճնուղիներով անցնելիս երեխան կուլ է տալիս հեշտոցային լորձը, որը կոնտամինացնում է աչքերի, հեշտոցի և ուղիղ աղու լորձաթաղանթը:

Դասակարգումը

➤ Ըստ գործընթացի տեղադրության՝

- միզասեռական համակարգի ստորին հատվածների խլամիդոզային վարակներ (վուլվիտ, բարտոլինիտ, կուլպիտ, ԷկտոԷնդոցերվիցիտ, ուրետրիտ, բալանոպոստիտ և այլն), բարդացած և չբարդացած:
- Փոքր կոնքի օրգանների ու միզասեռական համակարգի այլ հատվածների խլամիդոզային վարակներ (Էնդոմիոմետրիտ, սալպինգիտ, սալպինգոֆորիտ, Էպիդիդիմիտ, ցիստիտ, պրոստատիտ, վեզիկուլիտ և այլն):
- Այլ տեղագրության խլամիդոզային վարակներ (ֆարինգիտ, տոնզիլիտ, պրոկտիտ և այլն):

➤ Ըստ կլինիկական ընթացքի՝

- Թարմ (մինչև 2 ամիս վաղեմության) խլամիդոզային վարակներ սուր, ենթասուր, ձգձգված կամ թառամ և անախտանիշ ընթացքով:
- Խրոնիկ խլամիդոզային վարակներ (2 և ավելի ամիս կամ չհաստատված վաղեմության) սուր, ենթասուր, թառամ և անախտանիշ ընթացքով:

➤ Ըստ գործընթացի ելքի՝

- խլամիդոզային վարակներ լիակատար առողջացումով:
- խլամիդոզային վարակներ հետխլամիդոզային բորբոքային երևույթներով (մնացորդային կամ խառը վարակների առկայությամբ պայմանավորված):

Կլինիկա

Խլամիդիոզը քրոնիկական հիվանդություն է, ընթանում է երկարատև, չունի իրեն բնորոշ կլինիկական նշաններ (70% դեպքերում): Ախտանշանային ձևի ժամանակ հիվանդության նշաններն ի հայտ են գալիս վարակվելուց 1-3 շաբաթվա ընթացքում: Կինը գանգատվում է առատ, պղտոր լորձային արտադրությունից, քորից, ցավերից միզարձակման ժամանակ: Արտաքին սեռական

օրգանների վրա առաջանում է անցավ պապիլյար կամ վեզիկուլյար ցան: Հետագայում մեծանում են աճուկային ավշային հանգույցները: Միզասեռական խլամիդիոզի ժամանակ առաջնային օջախը տղամարդու մոտ գտնվում է միզուկում, իսկ կնոջ մոտ՝ արգանդի պարանոցում: Հնարավոր է նաև ուրետրիտի և բարտոլինիտի զարգացումը: Էնդոմետրիտը, սալպինգիտը և օֆորիտը հանդիպում են հազվադեպ: Սալպինգիտի ժամանակ արգանդափողերը ենթարկվում են դեստրուկտիվ և ինֆիլտրատիվ փոփոխությունների, որը հանգեցնում է անպտղության: Հղիության ժամանակ առկա է վիժման վտանգ, երբեմն էլ՝ պտղի զարգացման արատներ: Պտուղը կարող է վարակվել պտղաջրերից, իսկ նորածինը՝ ծննդաբերական ուղիներով անցնելիս, և նորածինների մոտ կարող է զարգանալ թոքաբորբ, բրոնխիտ, ֆարինգիտ, օտիտ, ռինիտ, վուլվիտ, ուրետրիտ:

Ախտորոշումը

Հիմնվում են անամնեզի, օբյեկտիվ տվյալների, պարանոցից վերցված քուլքի տվյալների, ինչպես նաև արյան շիճուկում խլամիդային հակամարմինների տիտրի հայտնաբերման վրա: Եթե հակամարմինների տիտրը 1:32 և ավելի բարձր է, ապա դա վկայում է ներկա կամ մոտ ժամանակներս տարած խլամիդիային ինֆեկցիայի մասին:

Բուժումը

Բուժման ենթակա են կինը, ամուսինը կամ սեռական զուգընկերը: Ընդհանուր բուժման նպատակով կիրառում են տետրացիկլին, դոքսիցիկլին, սոլամետո, ռուվիդ, նեովիր (հղիների մոտ՝ երիթրոմիցին): Տրվում է նաև պաթոգենետիկ բուժում՝ ցավազրկող, քնաբեր, դեսենսիբիլիզացնող, վիտամինոթերապիա, հակասնկային պրեպարատներ: Տեղային բուժման նպատակով կատարվում է 42-48°C տաք ներվազումներ՝ հակասեպտիկ լուծույթներով և տետրացիկլինով: Բուժումից 1-2 ամիս անց՝ դաշտանից անմիջապես հետո, կատարվում է պրովոկացիա (պիրո-գենալով) և վերցվում է քուլք պարանոցի խողովակից: Եթե խլամիդիա չի հայտնաբերվում, նշանակում է կինն առողջ է:

Օգտագործված գրականություն

1. Միջին բուժանձնակազմի տեղեկագիրք. Երևան, Չանգակ - 97
2. Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вулф, М. Полано, Д. Сюрмонд - Дерматология - атлас - справочник. - Перевод с английского. Редактор перевода канд. биол. наук. Е.Р. Тимофеева.
3. Н.Н. Владимиров, А.В. Вязьмитина. Сестрийское дело в дерматовенерологии. Издание второе. Ростов-на-Дону «Феникс» - 2005
4. Л.А. Хмыз - Сейтринское дело в дерматовенерологии - Москва "АНМИ" - 2003
5. Խ. Խաչիկյան - Արտաքին բուժման գլխավոր սկզբունքները դերմատովեներոլոգիայում և դերմատոկոսմետոլոգիայում - Երևան «Հայրապետ Հրատարակչություն» - 2012.
6. Մ.Ե. Միրաքյան - Մակերեւաչին սնկային հիվանդություններ. Երևան «Հայաստան» 2003
7. Б.И. Зудин. Кожные и венерические болезни - Москва «МедицинаՍՍ 1990. - Для учащихся медицинских училищ.
8. Կ.Ռ. Բարսյան Մաշկային հիվանդություններ: Ատլաս: Երևան, 2013թ.:

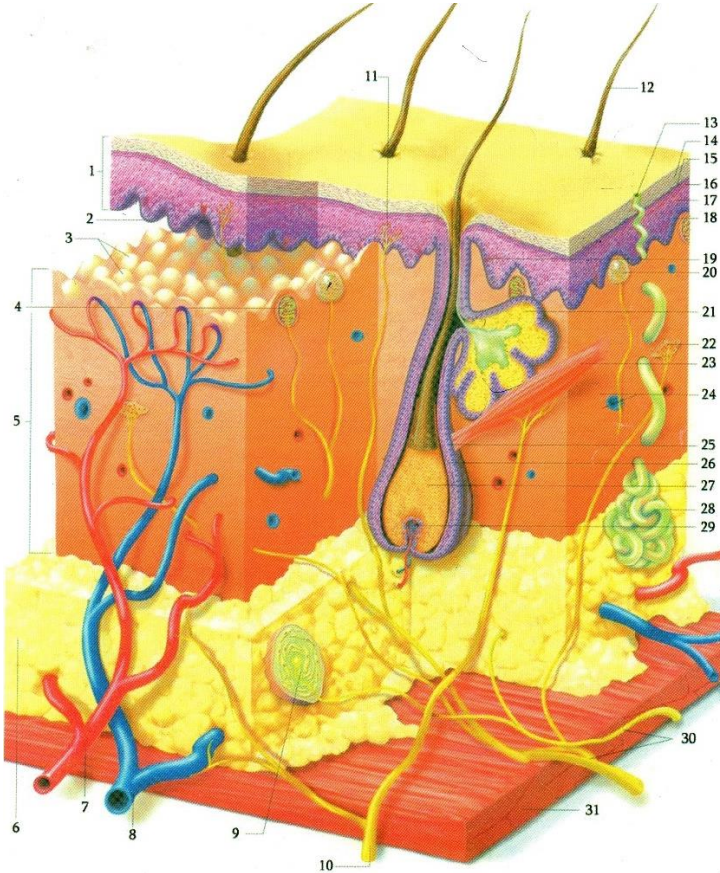
ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲԱԺԻՆ.....	5
ՄԱՇԿԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ՉԱՐԳԱՑՄԱՆ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆԸ	5
ՄԱՇԿԻ ԱՆԱՏՈՄԻԱ, ՖԻԶԻՈԼՈԳԻԱ ԵՎ ՀՅՈՒՄԱԿԱԾՔԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ	8
ՄԱՇԿԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱԸ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐԸ.....	41
ՄԱՍՆԱԿՈՐ ԲԱԺԻՆ.....	50
ՄԱՇԿԻ ԳԵՂՁԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	50
ՍԵՐՈՐԵԱ (SEBORRHOEA).....	50
ԱԿՆԵ (ACNE).....	52
ՄԱՇԿԻ ԱԼԵՐԳԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	59
ՆԵՅՐՈՂԵՐՄԻՏ (NEURODERMITIS).....	59
ՄԱՇԿԱԲՈՐԲԵՐ (DERMATITIS).....	61
ԷԿԶԵՄԱ (ECZEMA).....	69
ԵՂՆՋԱՑԱՆ (ՍՈԼԱՔՈՐ, URTICARIA).....	73
ԿԿԻՆԿԵԻ ԱՅՏՈՒՑ	75
ՇԱՐԱԿՅԱԿԱՆ ՀՅՈՒՄԱԿԱԾՔԻ ՏԱՐԱԾՈՒՆ (ԴԻՖՏԻԶ) ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	78
ԿԱՐՄԻՐ ԳԱՅԼԱԽՏ (LUPUS ERYTHEMATODES).....	78
ՍԿԼԵՐՈՂԵՐՄԻԱ (SCLERODERMIA).....	79
ԲՇՏԱԽՏ (PEMPHIGUS).....	81
ՀԱՆԳՈՒՅՑԻԿԱՅԻՆ ՄԱՇԿԱԽՏԵՐ	88
ՊՍՈՐԻԱԶ (PSORIASIS VULGARIS).....	88
ՄԱՁԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ.....	91
ՃԱՂԱՏՈՒԹՅՈՒՆ (ALOPECIA).....	91
ՄԱՇԿԻ ԶԱՂՅԵՂ.....	98
ՊԻՈՂԵՐՄԻԱՆԵՐ (PYODERMITES).....	102
ՄԱՇԿԻ ՍՆԿԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՄԻԿՈՉՆԵՐ	111
ՄԻԿՐՈՍՊՈՐԻԱ (MICROSPORIA).....	114
ԴԵՐՄԱՏՈՖԻՏԻԱՆԵՐ	115
ԿԱՆԴԻԴՈՉ (CANDIDOSIS).....	116
ԴԵՐՄԱՏՈՉՈՆՈՆՉՆԵՐ.....	121
ԶՈՍ (SCABIES).....	122

ՀԱՍԱՐԱԿ ԶԵՐՊԵՍ (HERPES SIMPLEX).....	128
ԳՈՏԵՎՈՐՈՂ ԶԵՐՊԵՍ (HERPES ZOSTER)	132
ԳՈՐՏՆՈՒԿՆԵՐ (VERUCAE).....	134
ՀՊԱԿԱՐԱԿԻՉ ՄՈՆՅՈՒՄԿ (MOLLISCUM CONTAGIOSUM)	136
ՍԻՖԻԼԻՍ (SYPHILIS, LUES).....	137
ԳՈՆՈՐԵԱ (GONORRHOEA).....	144
ՄԻՉԱՍԵՌԱԿԱՆ ՏՐԻԽՈՄՈՆԻԱՍԻՍ (TRICHOMONIASIS UROGENITALIS)	146
ՄԻՉԱՍԵՌԱԿԱՆ ԽԼԱՄԻԴԻՈՉ (CHLAMIDIOSIS UROGENITALIS)	149
Օգտագործված գրականություն.....	152
ՀԱՎԵԼՎԱԾ	155

ՀԱՎԵԼՎԱԾ

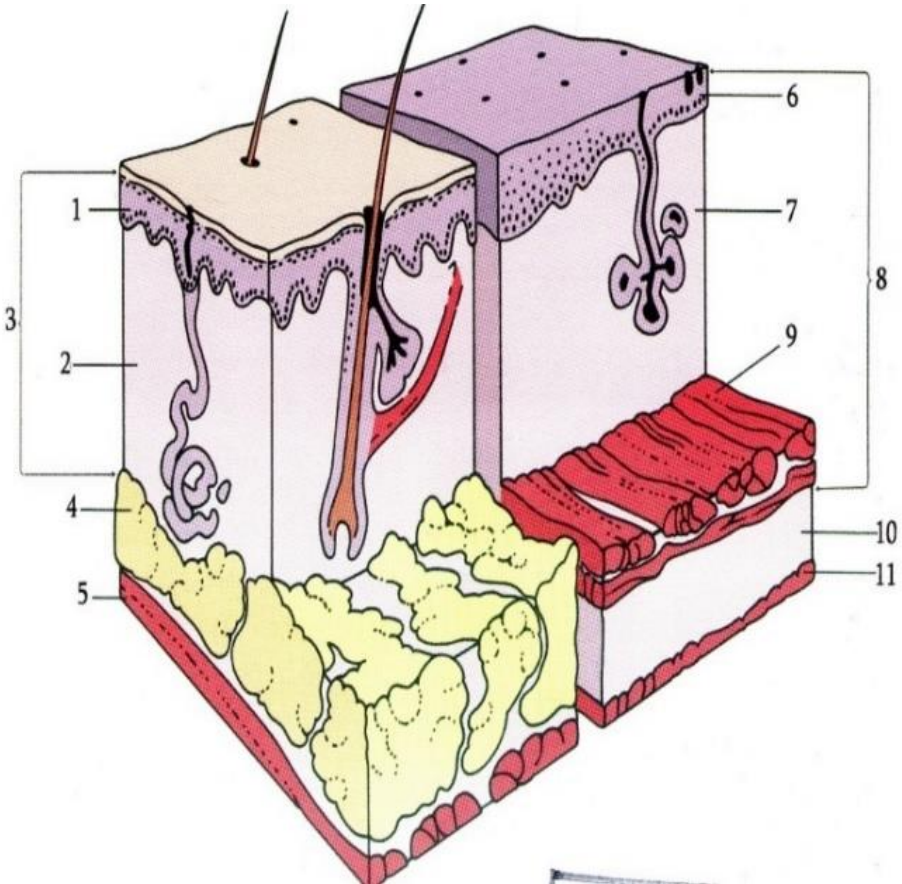
Նկար 1. Մաշկի կտրվածք (սխեմա)

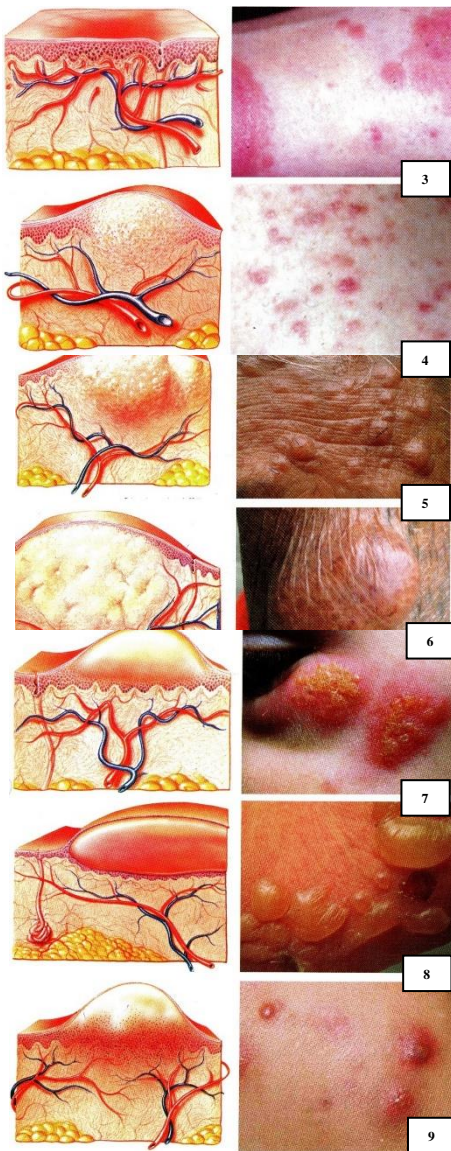


1. վերնամաշկ, 2. վերնամաշկի ալիքաձև գիծ, 3. բուն մաշկի պտկիկ, 4. մեյսների մարմնիկ,
5. բուն մաշկ, 6. ենթամաշկային ճարպային բջջանք, 7. Չարկերակ, 8. Երակ,
9. Ֆատեր-Պաչինսկի մարմնիկ, 10. ավտոնոմ նյարդային թել, 11. ազատ նյարդային վերջույթ, 12. Սազ, 13. Եկրին գեղձի բացվածք, 14. եղջերային շերտ, 15. փայլուն շերտ,
16. հատիկավոր շերտ, 17. փշածև շերտ, 18. հիմային շերտ, 19. մելանոցիտ,
20. կրաուզեի բաժակ, 21. ճարպագեղձ, 22. Ռուֆֆինի մարմնիկ, 23. մազը բարձրացնող մկան, 24. առածիգ թելեր, 25. արտաքին արմատային բունոց, 26. ներքին արմատային բունոց, 27. օլական բջիջներ, 28. Եկրին գեղձ, 29. մազի պտկիկ, 30. զգացող նյարդաթել (միելինիզացված)

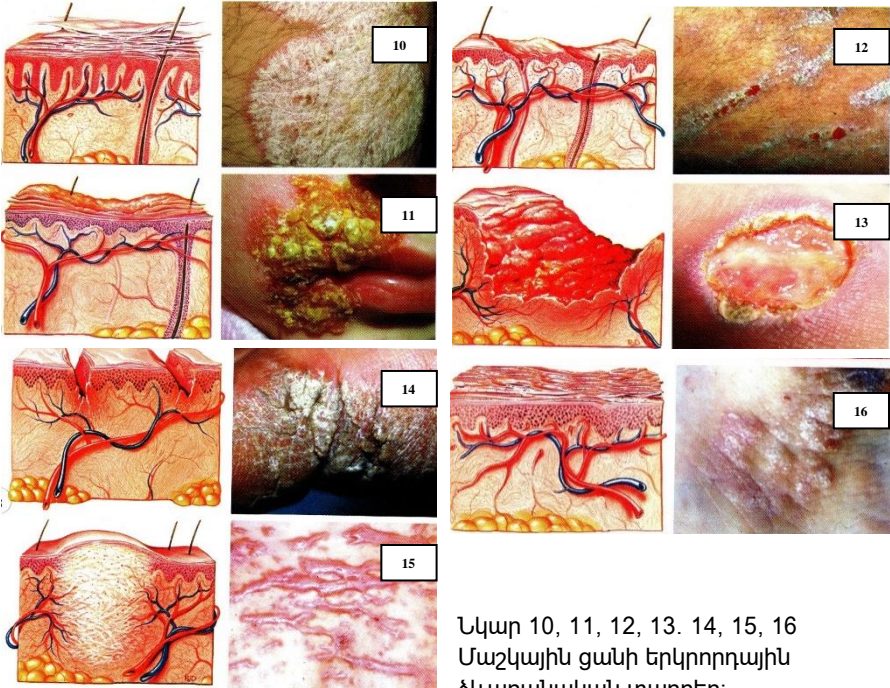
Նկար 2. Մաշկի և լորձաթաղանթի համեմատական պատկեր

1. վերնամաշկ epidermis, 2. բուն մաշկ derma, 3. մաշկ cutis, 4. ենթամաշկ subcutis, 5. մկան musculus, 6. էպիթել epithelium, 7. սեփական թաղանթ, tunica propria, 8. լորձաթաղանթ mucosa, 9. լորձաթաղանթի մկանաշերտ stratum muscularis mucosae, 10. ենթալորձային շերտ stratum submucosa, 11. Մկան musculus





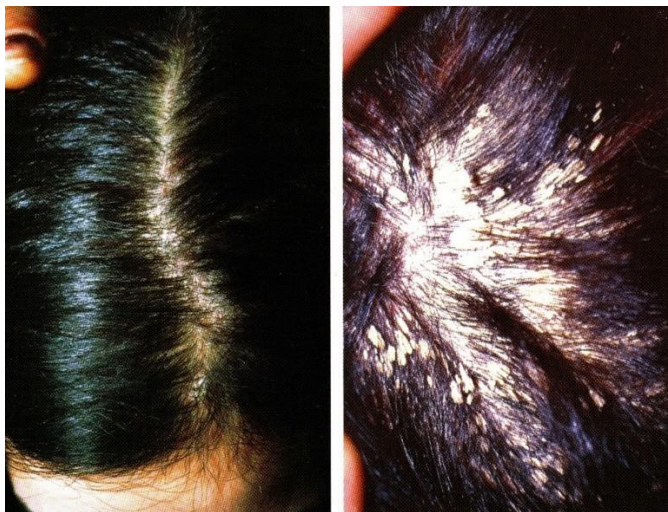
Նկար 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9. Մաշկային
 ցանի առաջնային ձևաբանական
 տարրեր՝
 ԲԻԾ (Macula), մաշկի սահմանափակ
 տեղամաս փոխված գույնով
 ՀԱՆԳՈՒՑԻԿ (Papula), մաշկից
 բարձրադիր, անխոռոչ տարր
 ԹՄԲԻԿ (Tuberculum). բորբոքային,
 մաշկից բարձրադիր, անխոռոչ տարր
 ՀԱՆԳՈՒՅՑ (Nodus). անխոռոչ,
 ներսփռուն տարր
 ԲՇՏԻԿ (Vesicula). խոռոչավոր,
 մաշկից բարձրադիր, 1- 5 մմ
 տրամագծով կիսազնդած.
 գոյացություն,
 ԲՈՒՇՏ (Bulla), մաշկից բարձրադիր,
 0,6-0,8 սմ խոռոչավոր գոյացություն:
 ԹԱՐԱԽԱԲՇՏԻԿ (Pustula).
 խոռոչավոր տարր, պարունակում է
 թարախային կամ
 թարախաարյունախառն
 արտազատուկ:



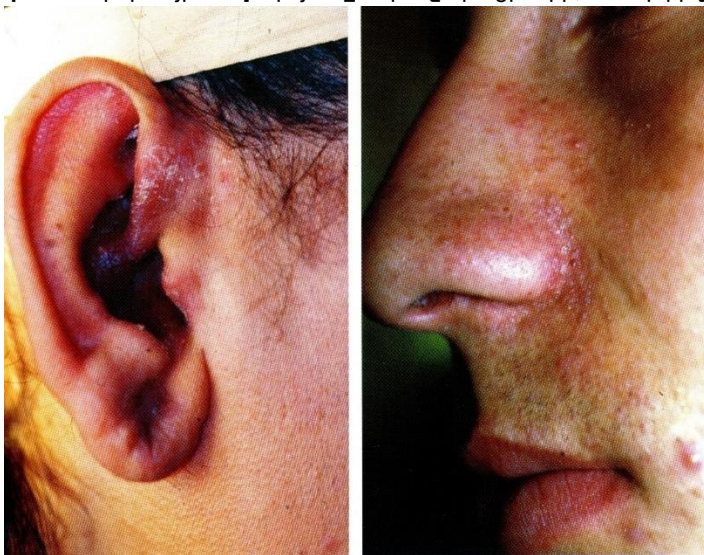
Նկար 10, 11, 12, 13. 14, 15, 16
 Մաշկային ցանի երկրորդային
 ձևաբանական տարրեր:

- 10. ԹԵՓ (Squama), վերնամաշկի եղջերաշերտի փխրուևացած, անջատվող-հեռացող բջիջներն են:
- 11. ԿԵՂԵԿ (Crusta). բշտիկի կամ թարախաբշտիկի չորացած պարունակություն
- 12. ԵՐՈՉԻԱ (Erosio), առաջանում է բշտիկի կամ մակերեսային թարախաբշտիկի բացվելուց հետո
- 13. ԽՈՑ (Ulcus), մաշկի խոր արատ, ընդգրկում է ոչ միայն վերնամաշկը, այլև բուն մաշկը
- 14. ՃԱՔ (Rhagades, fissura). մաշկի ամբողջականության խոր գծային խախտում
- 15. ՍՊԻ (Cicatrix), առաջանում է մաշկի խոր արատների թմբիկների, հանգույցների, խոր թարախաբշտիկների լավացման տեղում
- 16. ՈՐՔԻՆԱՑՈՒՄ (Lichenificatio). բնորոշվում է մաշկի հաստացմամբ և կոշտացմամբ

Նկար 17. Գլխի մազածածկ հատվածի սեբորեա



Նկար 18. Սեբորեայի տեղակայումը ականջախեցիների, ռուկերի շուրջ



Նկար 19. Սովորական պատանեկան պզուկներ (Acne vulgaris).



Սովորական
պատանեկան պզուկներ



Պզուկների
տեղակայումներ
դեմքին



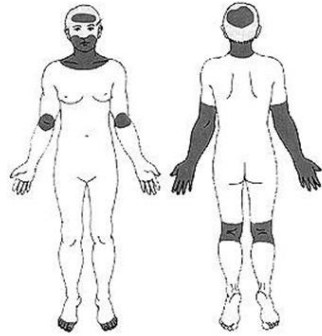
Բորբոքային՝
ֆլեգմոնային
պզուկներ

Նկար 20. Ոռզացեա, վարդագույն պզուկներ (Rosacea, acne rosacea),
դեմքի մաշկի յուրօրինակ ախտահարում



Նկար 21. Մաշկաբորբեր

Տեղակայում



Նկար 22. ա, բ. Հասարակ հպումային մաշկաբորբ (Dermatitis simplex), ալերգիկ մաշկաբորբ (Dermatitis allergica)



Նկար 23. Ատոպիկ մաշկաբորբ



Նկար 24. Եղևացան



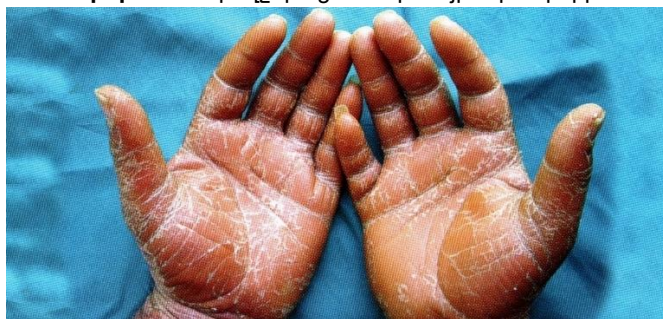
Նկար 25. Էկզեմա



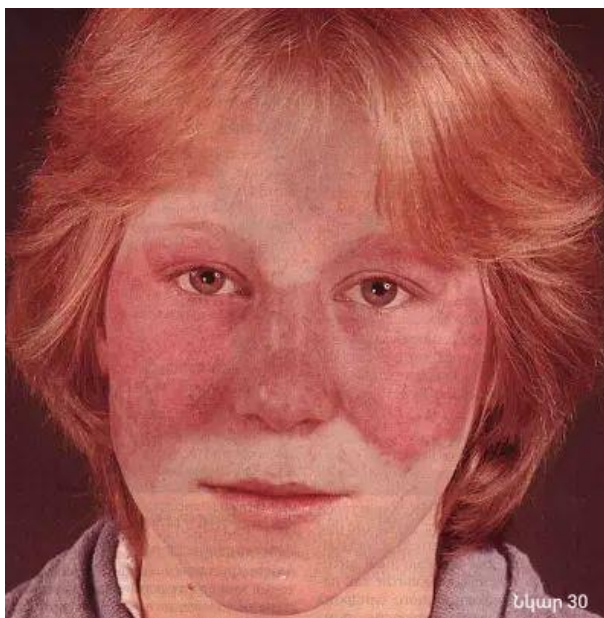
Նկար 26. Ալրանման թեփոտում Էկզեմայի ժամանակ



Նկար 27. Գերեզերացման երևույթներ ափերին



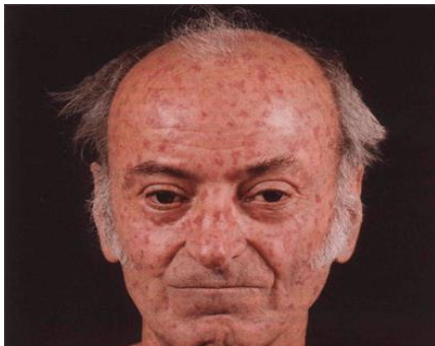
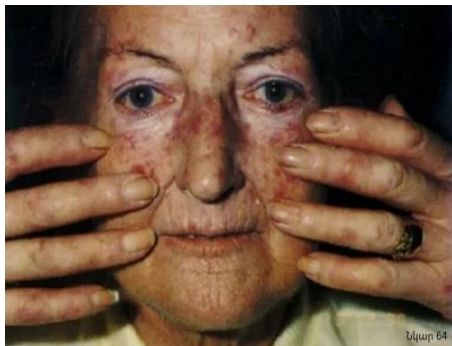
Նկար 28. Թիթեռնիկի ախտանիշը կարմիր գայլախտի ժամանակ



Նկար 29. Համակարգչային կարմիր գայլախտ



Նկար 30,31. Սկլերոդերմիա



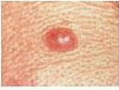









Նկար 32. Կանանց անդրոգեն ճաղատություն



Նկար 33. Սպիական ալոպեցիա



Նկար 34. Քաղցկեղի տարբերակիչ նշաններ

	Բ ա ղ ը ռ ա կ	Չ ա ղ ը ռ ա կ	
Սիմետրիկ			Ասիմետրիկ
Հստակ սահմանագծված			Ոչ հստակ եզրագծված
Համաչափ ներկված			Ոչ համասեռ գունավորված
6 մմ-ից փոքր			6մմ-ից մեծ
Սովորական խալ			Անող խալ

Նկար 35. Մաշկի քաղցկեղ



բազալ բջջային քաղցկեղ



հարթ բջջային քաղցկեղ



մելանոմա

Նկար 36. Ստաֆիլոկոկային իմպետիզո



Նկար 37. Ֆոլիկուլիտ



Նկար 38 Թարախակույտ



Նկար 39. Հասարակ սիկոզ, տղամարդկանց դեմքի մաշկին



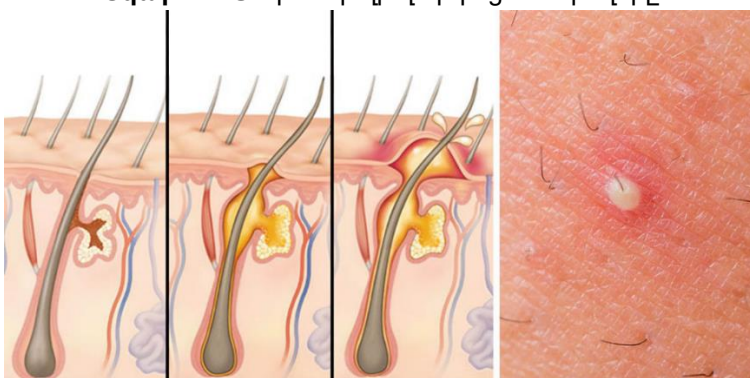
Նկար 40. Թարախաբշտիկային հիվանդություններ



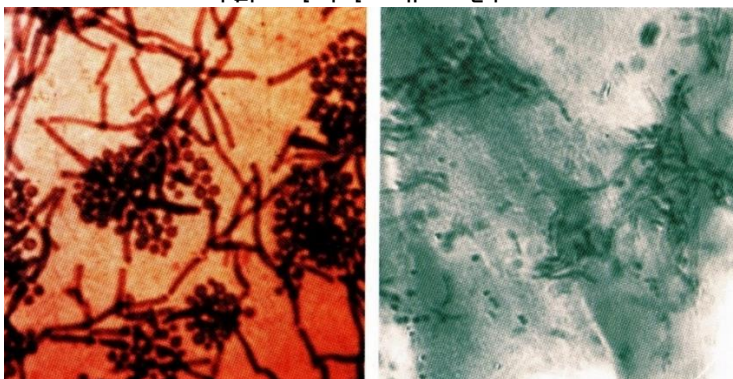
ֆուրունկուլ

կարբունկուլ

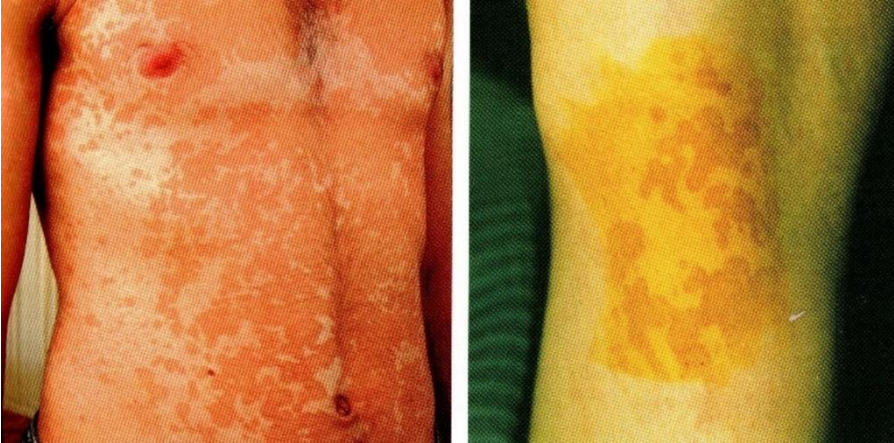
Նկար 41. Ֆուրունկուլի զարգացման փուլերը



Նկար 42. Մանր սպորներ և ընդհատուն սնկաթելեր գունափոփոխ օրջինով հիվանդի մաշկում



Նկար 43. Թեփոսվող բծեր գունափոփոխ որքինոլ հիվանդների մոտ



Նկար 44. Ուռնաթաթերի սնկախտ



Նկար 45. Ռուբրոմիկոզ կամ դաստակների և ոտնաթաթերի ռուբրոֆիտիա



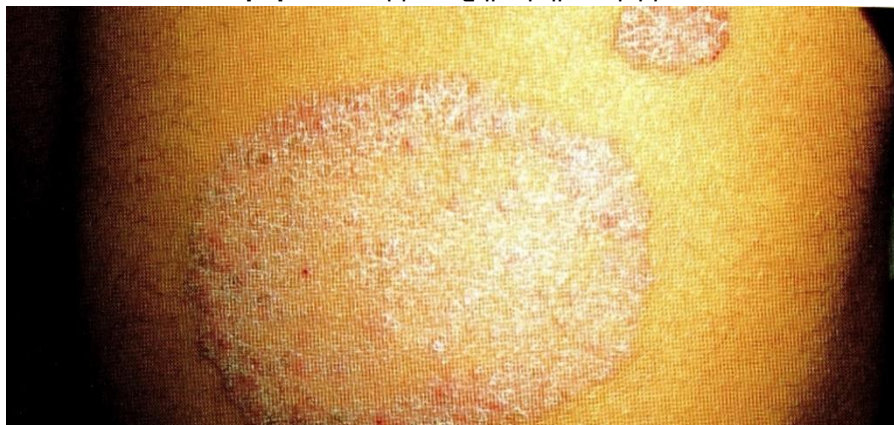
Նկար 46. Աճուկային էպիդերմոֆիտիա, մեծ ծալքերի սնկախտի տարատեսակ



Նկար 47. Տրիխոֆիտիա



Նկար 48. Հարթ մաշկի միկրոսպորիա



Նկար 49. Օսիխումիկոզ



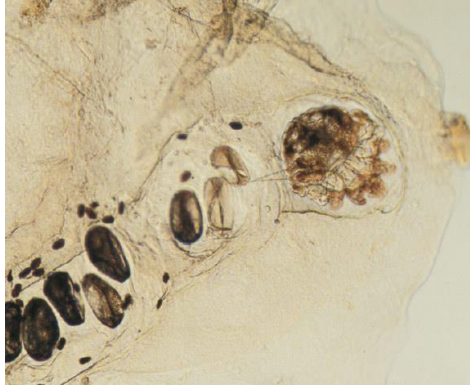
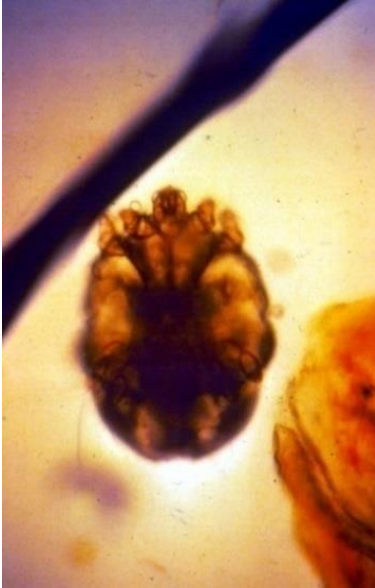
Նկար 50. Լորձաթաղանթների, մաշկի կանդիդոզ



Նկար 51. Ոչլուսուկթուն



Նկար 52. Քոս



Նկար 53. Հասարակ հերպես



Նկար 54. Գոտևորող հերպես



Նկար 55. Ափերի, ներբանների գորտնուկներ



Նկար 56. Դժգույն սպիրոխետա



Նկար 66

Նկար 57. Բնածին սիֆիլիս



Նկար 58. Առաջնային սիֆիլիս



Նկար 59. Երկրորդային սիֆիլիս



Նկար 60. Երրորդային սիֆիլիս. կարծր շանկր



Նկար 61. Գոնորեա



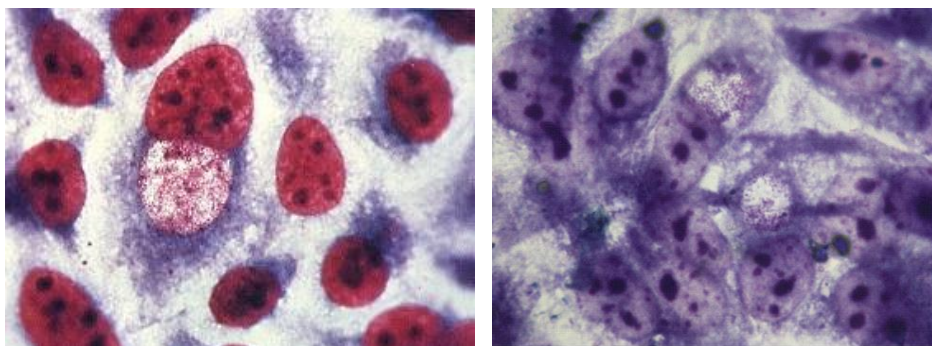
Նկար 62. Տրիխոմոնիազ



Նկար 63. Խլամիդիոզի հարուցիչ



Նկար 64. Միգաստեռական խլամիդիոզ



Տպագրությունը «ԼեզալՊյուն» հրատարակչության:

Տպաքանակը՝ 100 օրինակ