

Карагандинский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

СРС на тему: Методы обследования больных с заболеваниями придатков кожи



Выполнил:ст.3-042 гр.Ибраев Руслан
Проверил:к.м.н, доцент : Тусупбекова
К.Т

План

- Введение
- Методы обследования больных с заболеваниями:
 - -Волос
 - -ногтей
 - -желез
- Заключение
- Список литературы

Выявление жалоб пациента, опрос об истории возникновения заболевания и образе жизни (анамнез жизни).

Для анализа заболевания кожи головы и волос собирается информация о давности выпадения, его интенсивности, наличии схожей проблемы в семье, сопутствующих заболеваниях, перенесенных за последнее время физических и психических стрессах, применявшихся методах лечения, диете и других факторах. На данном этапе врач дифференцирует врожденные и приобретенные проблемы, хронические и острые формы выпадения, выявляет погрешности в уходе за волосами и кожей головы.

Методы обследования больных с заболеваниями волос

Визуальный осмотр.

Во время осмотра врач оценивает кожу головы и непосредственно сами волосы: определяет вид, локализацию выпадения волос, эстетический вид стержня волоса — сухость, ломкость, сечение кончиков волос, отсутствие блеска.

Выявляется воспаление, шелушение кожи головы, перхоть, избыточная жирность и другие дерматологические проблемы.

В некоторых случаях врач-трихолог может поставить диагноз только при визуальном осмотре, опираясь на клинические проявления. В таких случаях специалист может воздержаться от одного или двух этапов сбора информации и непосредственно перейти к обсуждению лечения.

- **Лабораторные исследования волос и крови.**

Лабораторные анализы назначаются при необходимости для уточнения диагноза или для исключения факторов, утяжеляющих течение основного процесса (при очаговой, диффузной, андрогенетической алопеции и дерматологических заболеваниях). Доктор назначает специальные анализы крови и исследования волос по расширенному спектру макро- и микроэлементов.

Алопеция (облысение)

Волосы у человека выпадают на протяжении всей жизни и вырастают снова в соответствии с нормальным циклом роста волос. В день человек теряет от 50 до 150 волос. Многие болезни, приводящие к выпадению волос, становятся причиной облысения из-за нарушения нормального цикла жизнедеятельности волосяного фолликула.

Выделяют следующие варианты нерубцовой алопеции:

- 1) гнездная (очаговая);
- 2) андрогенетическая;
- 3) телогеновая (диффузная);
- 4) анагеновая (токсическая).

Клиническая картина. При очаговом облысении на волосистой части головы появляются круглые или овальные очаги облысения. В первые дни болезни на участках облысения можно видеть небольшую красноту, которая сопровождается жжением, зудом, гиперестезией кожи. Длинные волосы выпадают, а фолликулярные отверстия зияют. По периферии очагов волосы неустойчивы и при слабом потягивании выпадают мелкими пучками (зона расшатанных волос). Расширение очагов облысения по периферии приводит к слиянию их в один крупный участок облысения.



Андрогенетическое облысение вызвано действием андрогенов на волосяные фолликулы при наличии наследственных особенностей последних. У мужчин облысение проходит в несколько стадий: сначала это двусторонние залысины над лбом, затем появляется лысина, постепенно расширяющаяся ото лба к темени, в итоге остается лишь узкая полоска волос на висках и затылке. У женщин облысение идет медленнее, обычно сводится к поредению волос, более заметному на темени. Сопутствующими заболеваниями могут быть жирная себорея, себорейный дерматит, у женщин — признаки избыточной секреции андрогенов — обыкновенные угри, нарушение менструального цикла, гирсутизм



Телогеновая (диффузная) алопеция. Равномерное поредение волос на всей волосистой части головы; чаще встречается у женщин во время беременности, после отмены пероральных контрацептивов, как следствие строгих диет. Может продолжаться до года, со временем выпадение волос прекращается, а волосы полностью отрастают. Специального лечения не требуется, однако можно рекомендовать витаминотерапию с микроэлементами



Анагеновая (токсическая) алопеция. Выпадение волос вызывают некоторые цитостатики, средства, применяемые для удаления волос (таллий, эпилин), антикоагулянты (гепарин, кумарины), психотропные средства, передозировка витамина А (ретиноиды), длительный прием кортикостероидов и др. Лечение следует назначать после установления причины заболевания.



При многих заболеваниях внутренних органов в результате трофических и других нарушений появляются различные изменения ногтей, чаще в виде поперечной и продольной, повышенной ломкости и т. п. Некоторые из этих изменений настолько характерны, что позволяют сразу же заподозрить то или иное заболевание.

Симптом часовых стекол. Ногти при этом симптоме приобретают значительную выпуклость, как у часовых стекол, в большинстве случаев сочетаясь с утолщением концевых фаланг пальцев рук и ног в виде барабанных палочек, которое возникает вследствие пролиферации мягких тканей ногтевой фаланги пальцев.



Койлонихии — это ложкообразные вдавления ногтей, сочетающиеся с их исчерченностью. Койлонихии чаще появляются при выраженном сидеропеническом синдроме (дефиците железа в организме), например, у больных с хроническими железодефицитными анемиями



Симптом наперстка — точечные углубления на поверхности ногтевой пластинки, возникающие у больных псориазом (рис. 1.60 д). Ногти мутнеют, приобретают поперечную или продольную исчерченность, истончаются и атрофируются (онихолизис с дистрофическими изменениями ногтей).



Точечные гемморрагии под ногтевым ложем встречаются при выраженном нарушении сосудистой проницаемости, например, у больных васкулитом



БОЛЕЗНИ САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ

Сальные железы вовлекаются в процесс при очень распространенных кожных заболеваниях - угревой болезни (акне) и себорее

Клиническая картина. Начальными проявлениями угревой болезни становятся комедоны, возникающие в результате закупорки выводных протоков сальных желез. Дальнейшее развитие воспалительного процесса ведет к образованию папулезных, пустулезных или папуло-пустулезных элементов (рис. 28). На этой стадии воспалительных изменений, когда структуры дермы остаются неповрежденными, возможно разрешение элементов без образования рубца. При слиянии и распространении вглубь очаги могут уплотняться, инфильтрироваться или абсцедировать, оставляя после себя депигментированные рубцы, придающие коже изрытый, пестрый рельеф.



Помимо обыкновенных, встречаются шаровидные угри (*acne conglobata*). Они имеют большие размеры, выраженный инфильтрат, расположенный в глубоких слоях дермы и в подкожной жировой клетчатке. Нередко такие угри сливаются между собой, как бы нагромождаясь один на другой, образуют обширные инфильтраты с неровной бугристой поверхностью - конглобатные угри



Молниеносные угри (acne fulminans) - редкая и тяжелая форма заболевания, возникающая преимущественно у мальчиков-подростков. Внезапно на коже туловища (но не на лице!) появляются пустулезные и быстро изъязвляющиеся папулезные элементы, напоминающие язвенно-некротическую пиодермию. Кожные проявления сопровождаются общими явлениями: повышением температуры до 38 °С и выше, болями в мышцах и суставах, потерей аппетита.



Инверсные угри связаны с поражением апокринных потовых желез, расположенных в подмышечных областях и промежности. Заболевание провоцируют трение тесной одеждой и применение ан-типерспирантов, запирающих выводные протоки потовых желез и волосяных фолликулов с содержащимися там анаэробами. Образуются бугристые и болезненные инфильтраты, вскрывающиеся с выделением гноя и формирова-нием фистулезных ходов.

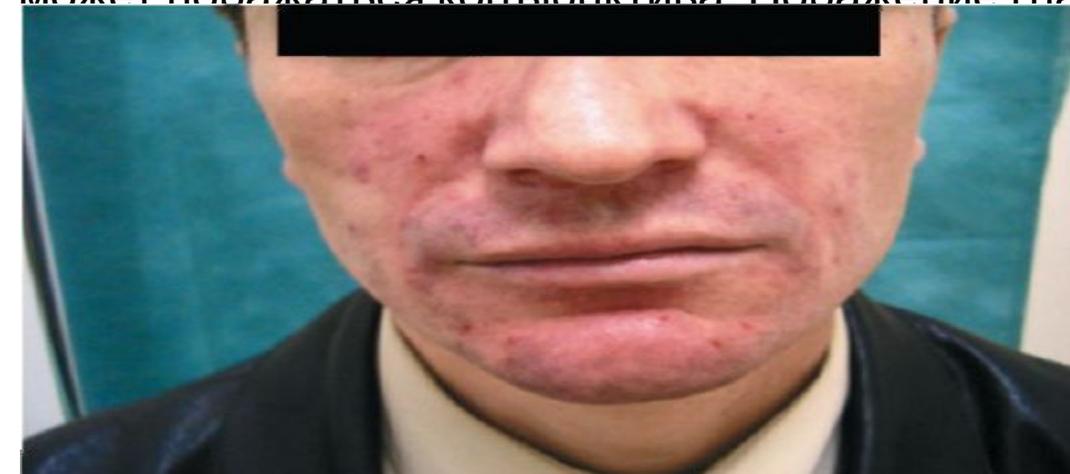


Розовые угри

Эти угри чаще возникают у женщин старше 40 лет, а также лиц с патологией желудочно-кишечного тракта и имеют хроническое течение.

Этиология и патогенез. В патогенезе заболевания важная роль принадлежит патологии желудочно-кишечного тракта, гипертензии, генетической предрасположенности, особенно у лиц со светлой и тонкой кожей. Определенную роль в патогенезе розовых угрей играет железница (*demodex folliculorum*), очень часто обнаруживаемая при этом заболевании. Однако этих клещей нельзя рассматривать как этиологический фактор. Начинающееся заболевание создает благоприятные условия для жизнедеятельности клеща, который является факультативным сапрофитом. Железница углубляет течение болезни: часто появляются жжение и зуд.

Клиническая картина. Элементы локализуются преимущественно в области кожи щек, носа, лба, подбородка; может поражаться конъюнктура. Поражение глаз проявляется светобоязнью, конъюнктивитом, кератитом.



Лечение. Устранение причинных факторов, эндокринных расстройств, нарушений функции желудка и печени, нормализация стула, нераздражающая диета, запрещение алкоголя, горячих напитков, острых блюд. Основными препаратами являются антибиотики тетра-циклинового ряда, назначаемые внутрь (доксциклин по 100 мг/сут в течение нескольких месяцев). Метронидазол достаточно эффективен

в дозе 500 мг/сут в течение 2-4 нед, роаккутан - в дозе 0,1-0,2 мг/кг ежедневно в течение 3-4 мес. Для наружного лечения применяют спиртовые растворы, оказывающие дезинфицирующее и подсушивающее действие. При обнаружении железницы проводится наружное противопаразитарное лечение - мазь «Ям», аэрозоль спрегаль, 20% гель бензил-бензоата, метрогил-желе (1% метронидазол).

Из физиотерапевтических методов используют криомассаж и электрокоагуляцию. Рекомендуется исключить факторы, способствующие расширению кровеносных сосудов кожи лица: избегать воздействия холода, солнечных лучей, исключить острую и горячую пищу, алкогольные напитки. Лечение эффективно при одновременной терапии имеющих у больных заболеваний желудочно-кишечного тракта, эндокринных нарушений у женщин в климактерическом периоде. Все это, а также отказ от применения средств декоративной косметики и корти-костероидных мазей является профилактикой рецидивов розовых угрей и возникновения периорального дерматита.

При ринофиме производят хирургическое иссечение гипертрофических разрастаний скальпелем, термокаутером или фрезой. В начальном периоде эффективны замораживание снегом угольной кислотой и диа-термокоагуляция волосковым

Заключен ие

Заболевания придатков кожи часто являются симптомами серьезных заболеваний, поэтому следует скрупулезно и внимательно осматривать не только непосредственно кожу, но и ее производные

Своевременное обнаружение патологических изменений кожных придатков позволит предупредить не только собственно заболевания волос , ногтей и желез, но и других заболеваний, симптомами которых являются изменений кожных придатков

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Кожные и венерические болезни : учебник. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В. Г. - 2011. - 544 с. : ил. (гл.11, стр 290-324)

Пропедевтика внутренних болезней. Мухин Н. А., Моисеев В. С. 2008 (стр 95-113)

Практикум по пропедевтике внутренних болезней: учебное пособие/Под ред. Ж.Д. Кабалава, В.С. Моисеев.-ГЭОТАР-Медиа, 2008-208с.(стр 99-112)