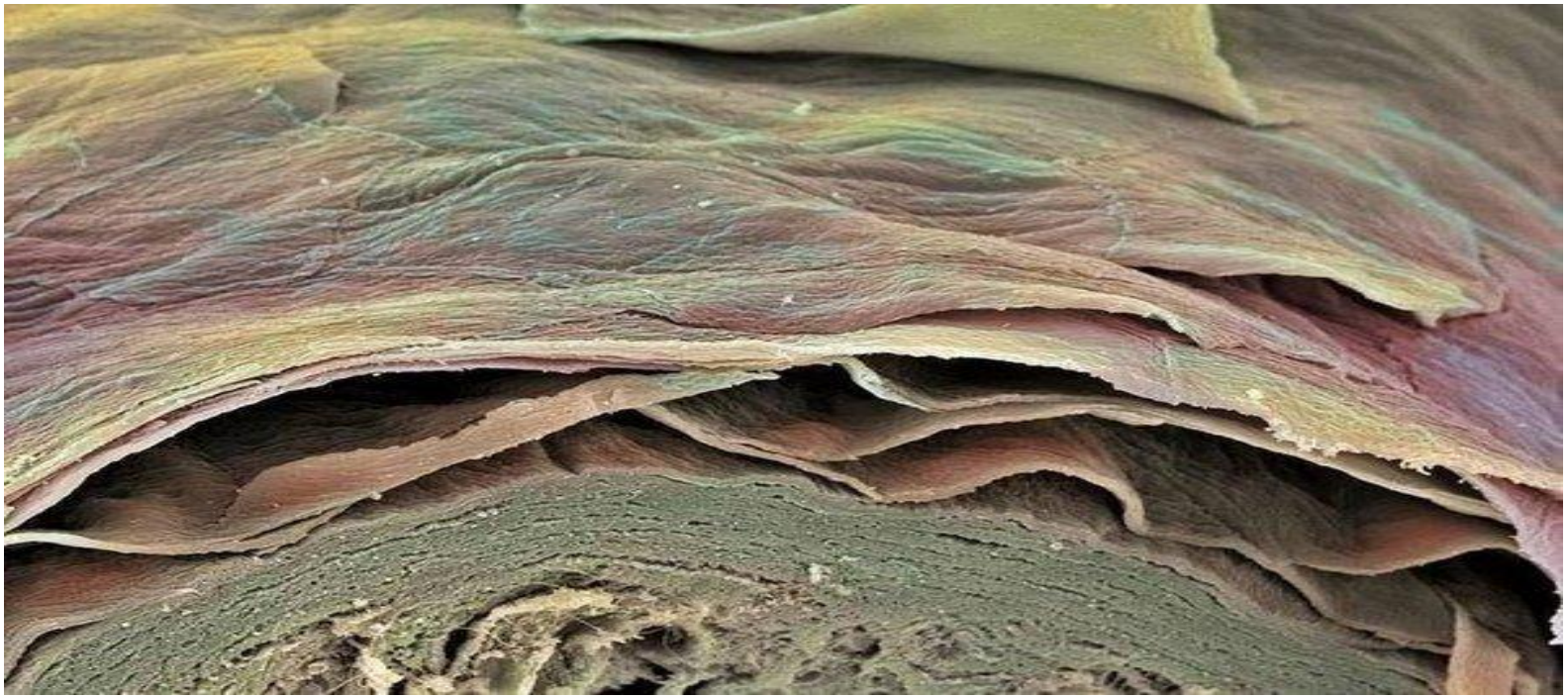


# Лекція №1



# Дерматологія

- ( derma — шкіра і logos— наука) розділ медицини, який вивчає будову і функції шкіри і її придатків, а також слизових оболонок, захворювань шкіри, її придатків і слизових, методи їх профілактики і лікування.

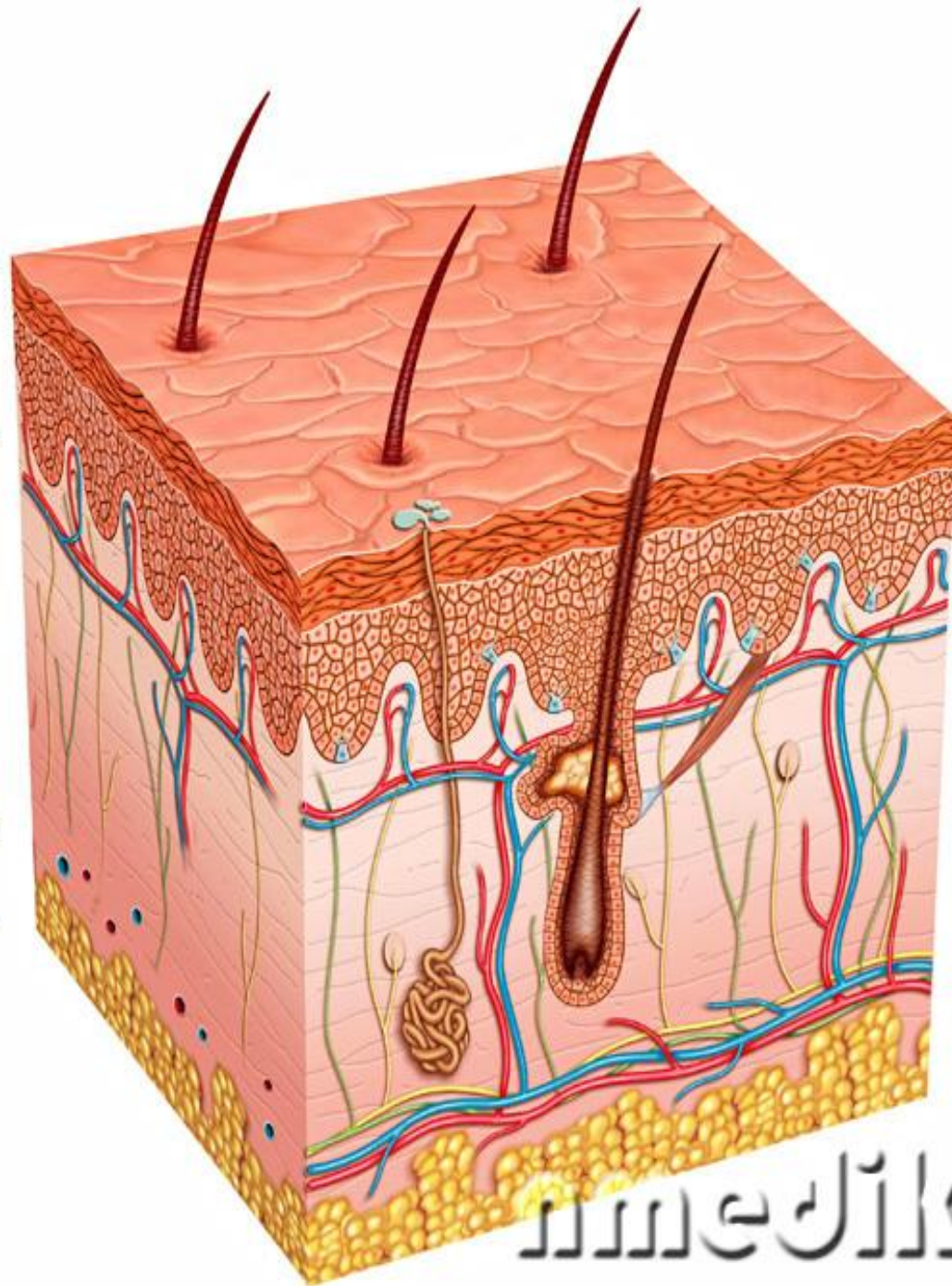
# Анатомія і фізіологія

- **Шкіра** – це зовнішній покрив людського тіла і має складну будову. Її загальна площа – **1,5-2 м<sup>2</sup>**, вага – у середньому **4 кг**, що становить **4-9 %** від загальної маси тіла. Товщина шкіри різна на різних ділянках і коливається в межах **0,5-4 мм**

Эпидермис

Дерма

Подкожно-  
жировая  
клетчатка



# Анатомія і фізіологія

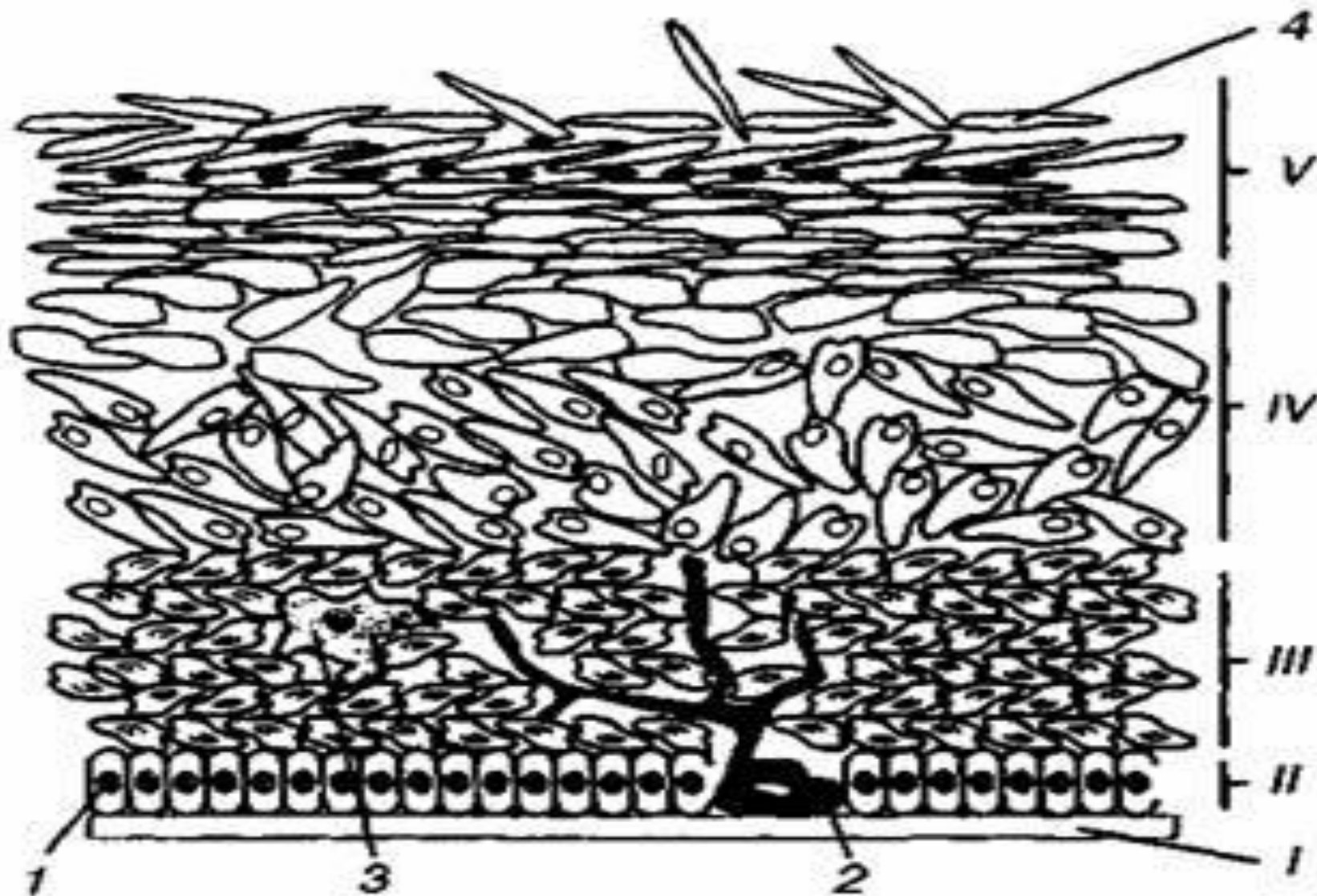
- розрізняють три шари шкіри:
  - 1) епідерміс;
  - 2) дерму (власне шкіру);
  - 3) Гіподерма (жирову клітковину).

# Епідерміс

- 1. Роговий шар ( Stratum Corneous )
- 2. Блискучий шар ( Stratum Lucidum )
- 3. Зернистий шар ( Stratum Granulosum )
- 4. Шиповатий шар ( Stratum Spinosum )
- 5. Базальний шар ( Stratum Germinativum )



I — базальна мембрана; II — базальний шар; III — шипуватий шар; IV — зернистий шар; V — роговий шар; 1 — корнеоцит; 2 — меланоцит; 3 — клітина Лангерганса; 4 — кератиноцит



# Епідерміс (надшкір'я)

- 0,07-2,5 мм – представлений багат шаровим плоским зроговілим епітелієм. Його глибокі шари складаються з клітин, які розмножуються і мають назву росткового епітелію. Наближаючись до поверхні шкіри, клітини стають плоскими, зроговівають, злуцуються і відпадають (зроговілий шар).



# Епідерміс (надшкір'я)

- Саме роговий шар захищає шкіру від механічних, хімічних пошкоджень, проникнення води і мікроорганізмів усередину тіла (мозолі – потовщений роговий шар), забезпечує регенерацію шкіри та очищення шкіри. В ростковому шарі міститься пігмент меланін, який надає шкірі забарвлення й поглинає ультрафіолетові промені, захищаючи цим організм. Цей шар приймає участь у синтезі вітаміну D. В епідермісі містяться чутливі нервові закінчення.

# Дерма

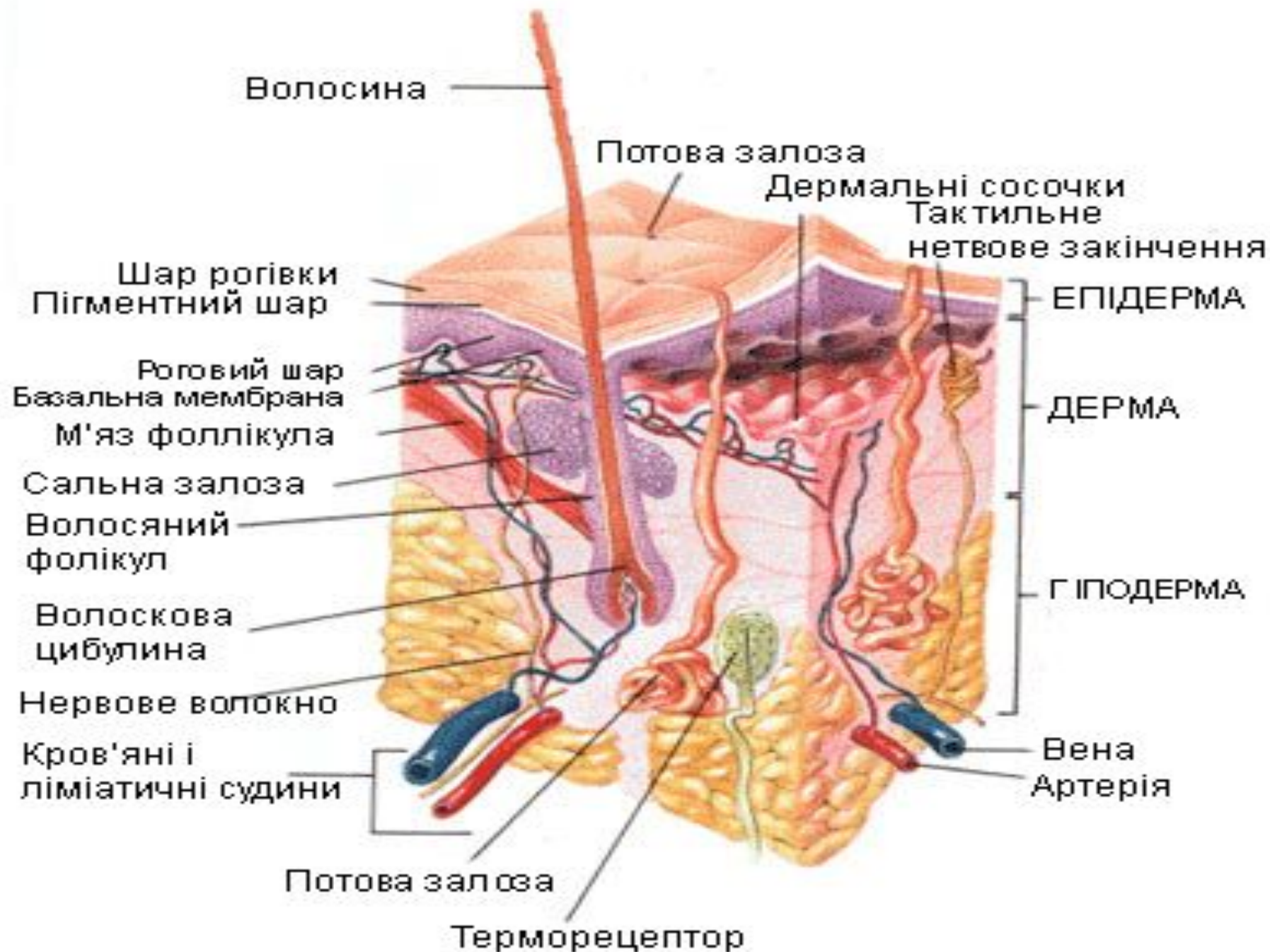
- **Дерма (власне шкіра)** – щільна сполучна тканина товщиною 4 мм.
  
- **Шари дерми:**
  1. Сосочковий шар
  2. Сітчастий шар

# Сосочковий шар

- **Сосочковий шар** складається з пухкої сполучної тканини і утворює сосочки, які впинаються в епідерміс. Відповідно їм на поверхні шкіри утворюється рельєфний малюнок з ліній різної конфігурації. Їхня форма й розташування індивідуальні (дерматогліфіка). Цим широко користуються в криміналістиці та судово-медичній практиці (дактилоскопія).

# Сосочковий шар

- Шар пронизаний кровоносними і лімфатичними судинами, нервовими волокнами і закінченнями. Тут розташовані клітини з пігментом, м'язові клітини. Вони беруть участь у підніманні волосся, у виділенні секретів шкірних залоз, підтримують пружність шкіри. Сосочковий шар здійснює живлення епідермісу, в якому немає кровоносних капілярів.



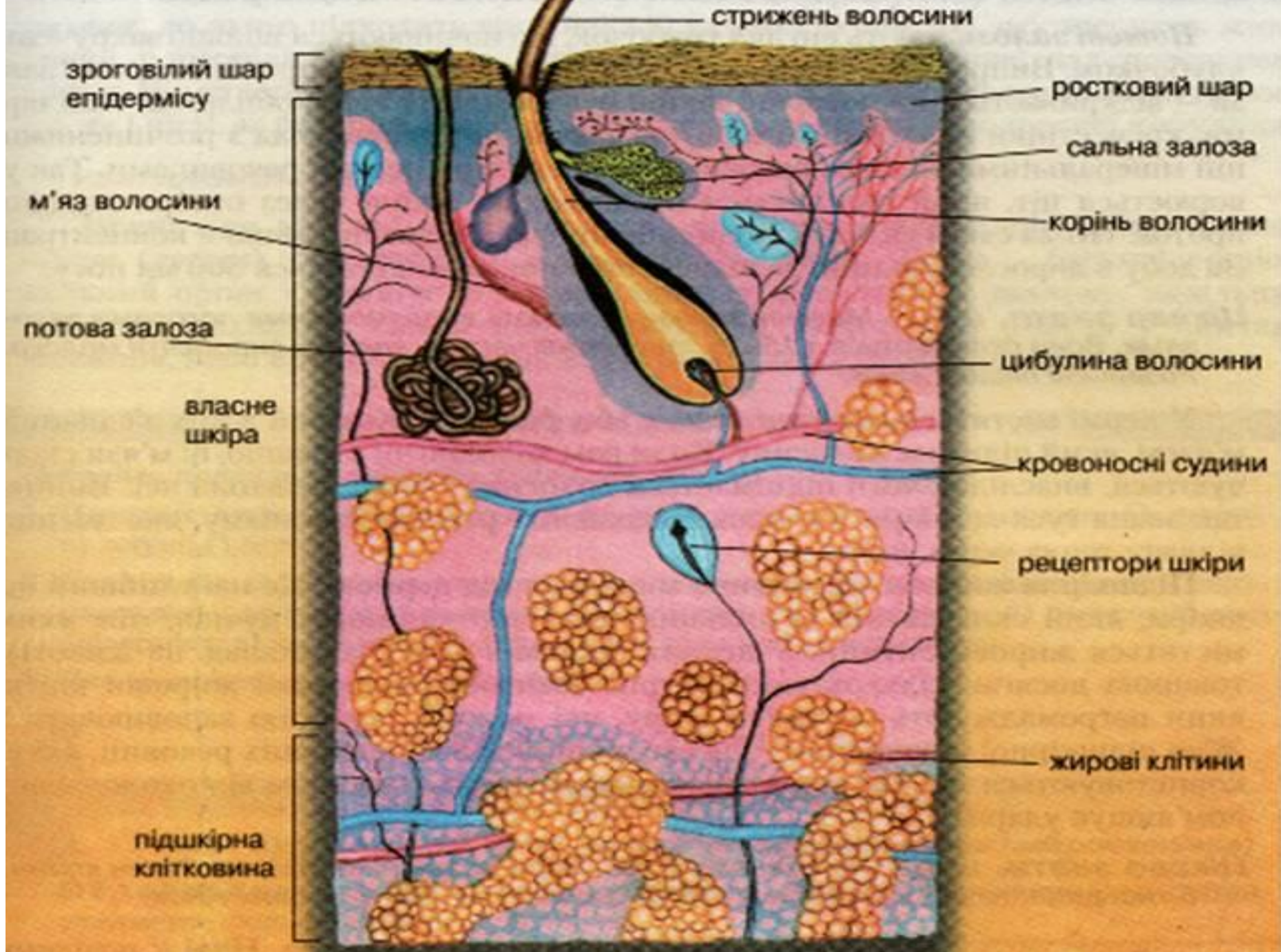
# Сітчастий шар

- **Сітчастий шар** – еластичні і колагенові волокна, створюють переплетення. Завдяки своїй еластичності шкіра не перешкоджає рухам людини. У цьому шарі залягають сальні і потові залози, волосяні сумки, рецептори.

# ГІПОДЕРМА

- **Підшкірна жирова клітковина** складається із волокнистої сполучної тканини, скупчення жирових клітин, кровоносних судин, нервових стовбурів та волокон, цибулин волосся і клубочків потових залоз. Розрізняють **поверхневу судинну сітку** в межах сосочкового шару дерми, і глибоку. У підшкірній жировій клітковині нерви утворюють **глибоке сплетення**, від якого нервові волокна простягаються в сосочковий шар дерми, утворюючи поверхневе сплетення, що іннервує судини та додатки шкіри. Тут є нервові шкірні рецептори, що сприймають відчуття дотику, болю, холоду і тепла.





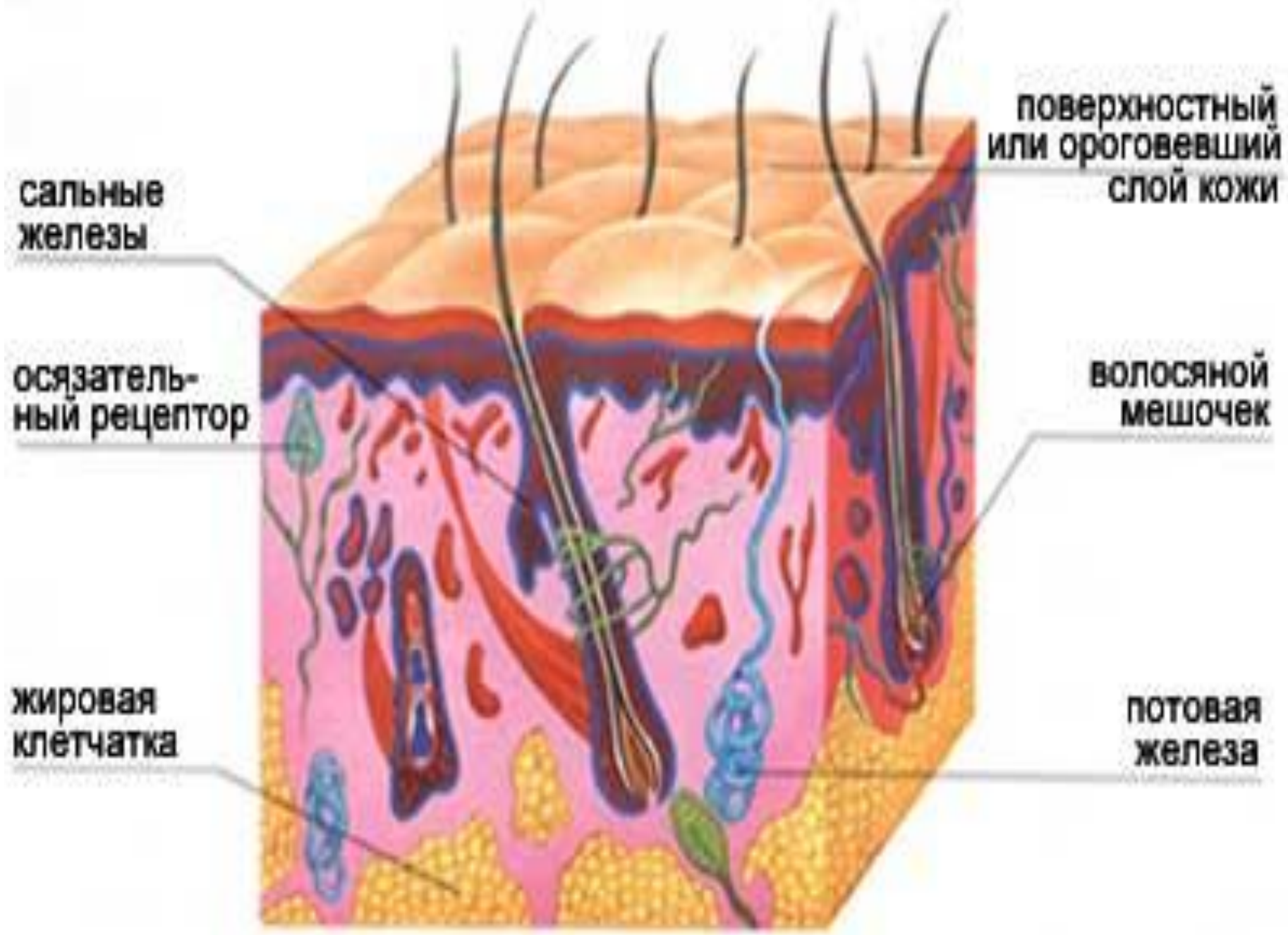
# **Придатки шкіри: потові та сальні залози, волосся, нігті.**

- **Потові залози** знаходяться майже на всіх ділянках шкіри. Це прості трубчасті залози, які складаються з тіла у вигляді клубочка і вивідної протоки.

# За способом секреції (виділення поту)

## розрізняють: •

- **мерокринові потові залози**, у яких секреція відбувається без втрати секреторних елементів,
- **апокринові**, у яких під час секреції руйнується частина клітин. Останні знаходяться в шкірі статевих органів, мошонки, лобка, молочних залоз, ануса, пахвових складок і починають функціонувати в період статевої зрілості.



поверхностный  
или ороговевший  
слой кожи

сальные  
железы

осязатель-  
ный рецептор

волосной  
мешочек

жировая  
клетчатка

потовая  
железа



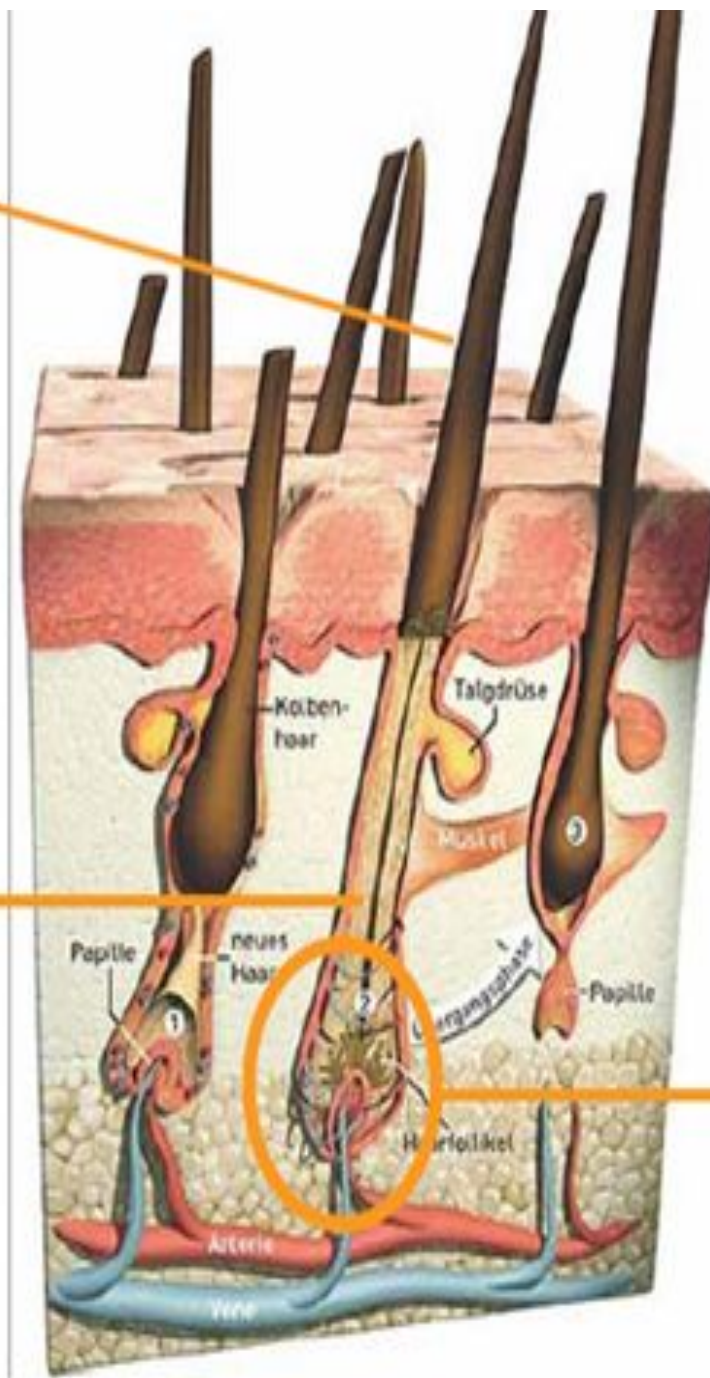
# Сальні залози

- **Сальні залози** знаходяться на всіх ділянках тіла, крім долонь і підошов. Вивідні протоки одних відкриваються у волосяні фолікули, інших – просто на поверхні шкіри. Вони мають часточкову будову, клітини наповнюються крапельками жиру, руйнуються і виділяються на поверхню шкіри у вигляді шкірного сала, що змащує шкіру, запобігаючи її сухості.

# Волосся

- **Волосся є кількох видів:**
  - довге,
  - щетинисте,
  - пушкове.

**стрижень**



**корінь волоса**

**цибулина  
волоса**



# Волосся

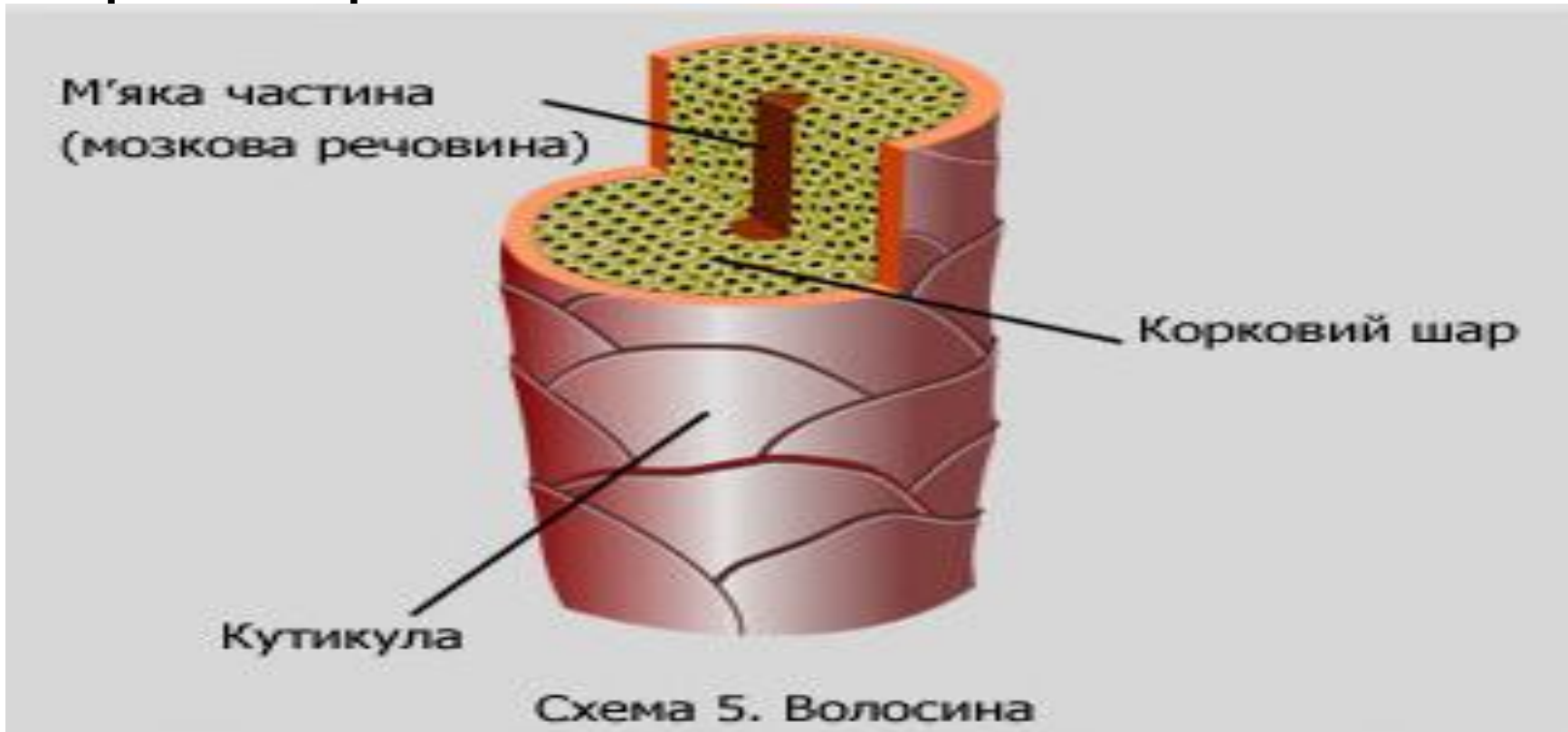
- **Довге** – на голові, бороді, у пахвових ямках; **щетинисте** – брови, повіки, у носі та вухах; **пушкове** на всій іншій поверхні шкіри. Немає волосся на долонях, підошвах, слизових оболонках.

# Волосся складається із

- 1) **стрижня**, що виступає над поверхнею шкіри,
- 2) **кореня**, що знаходиться в шкірі
- 3) Закінчується потовщенням – **волосяною цибулиною**, з якої відбувається ріст волосся.

# Стрижень волосини складається з

- мозкової  
кіркової речовини.



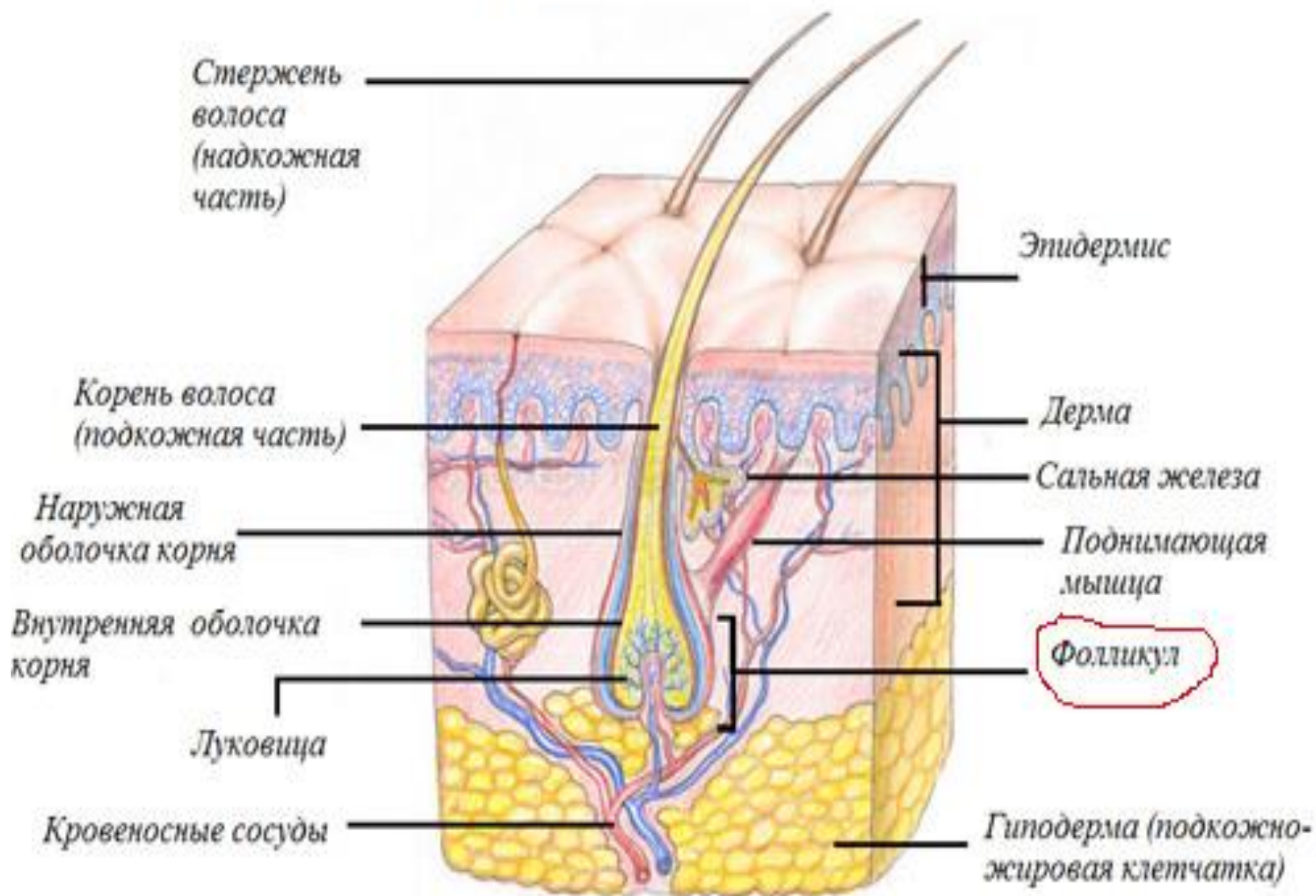
# Корінь волосини

- знаходиться у волосяному мішечку (фолікулі), який відкривається на поверхні шкіри вічком, біля якого також відкриваються протоки сальних залоз. Ріст волосся відбувається циклічно: стадія росту (у ній знаходиться 80-90 % волосся), перехідна стадія (5 %), стадія спокою (10-15 %).

# Волосяні фолікули

- утворення, в яких знаходяться корені волосся. Сюди підходять кровonosні судини, нерви і м'язи. М'язи випрямляють волосся, рефлексорно скорочуючись при охолодженні тіла, з'являється „гусяча шкіра”.

# СТРОЕНИЕ ВОЛОСА



# Волосся

- **Сальні залози** розміщені біля коренів волосся, виділяють жир, який змазує волосся і шкіру – попереджуючи тим самим від пересихання, надмірному випаровуванні води і мікроорганізмів. За добу виділяється до 20 гр шкірного сала. Багато сальних залоз є на шкірі обличчя, але тут вони не зв'язані з волоссяними мішечками (2 млн).



# Нігті

- **Нігті складаються з тіла, кореня, вільного і двох бічних країв**
- . Це рогові утворення, що захищають кінчики пальців від травмування. Нігтьова пластинка обмежена нігтьовим ложем, звідки і росте ніготь. Відновлення нігтів залежить від віку людини і відбувається впродовж 110-170 днів.

краи

ногтевое ложе

тело ногтя

подноготная дерма

лунка

корень

жир

кость



Функції шкіри	Характеристика
Терморегуляційна	Участь у регуляції теплового обміну з зовнішнім середовищем. Близько 82 % усіх теплових витрат організму відбувається через шкіру.
Рецепторна (шкіра – орган чуттів)	Містить рецептори, завдяки яким людина відчуває тепло, холод, дотик, вібрацію, біль, що їй дає змогу їй реагувати на зміни зовнішнього та внутрішнього середовища, сприймати навколишнє середовище і краще пристосовуватися до його умов.
Захисна	Служить бар'єром між зовнішнім і внутрішнім середовищем, захищає інші тканини тіла від механічних і термічних ушкоджень, сонячного випромінювання, а також не пропускає всередину організму хвороботворні мікроорганізми (клітини чистої шкіри виділяють речовину, яка має бактерицидні властивості), шкідливі рідини, гази тощо.
Дихальна	Загальний газообмін відбувається не тільки через легені, а й через шкіру, яка поглинає кисень і виділяє вуглекислий газ.
Видільна	Через шкіру виводиться частина сечовини, мінеральних солей і води (за допомогою потових залоз).
Обмінна	Участь в регуляції водного, сольового, вуглеводного та жирового обмінів.
Синтетична	Бере участь у синтезі (виробленні) вітаміну D, який відбувається під дією ультрафіолетових променів. Нестача вітаміну D у дитячому організмі призводить до захворювання – <i>рахіту</i> , без цього вітаміну погано засвоюється кальцій (Ca).
Депо крові	У кровоносних судинах шкіри дорослої людини може затримуватися до 1 л крові.
Самоочищення	Постійне злущування відмерлого верхнього шару шкіри запобігає проникненню бактерій в інші тканини та сприяє її відновленню.



# Методика обстеження дерматологічних хворих.

- **1)Суб'єктивно (скарги).** свербіж шкіри (сверблячка). Вираженість його буває різною і залежить від хвороби та емоційного стану хворого. Наявність чи відсутність свербіжності має діагностичне значення. Наприклад, виражений свербіж характерний для екземи, корости, простого хронічного лишая та інших хвороб. Свербіж посилюється ввечері, коли хворі залишаються наодинці із хворобою, сильний свербіж увечері та вночі характерний для корости.

# Методика обстеження дерматологічних хворих.

- печіння (дерматити, багатоблиформна еритема),\*  
біль (фурункул, карбункул, оперізувальний герпес) ; мокнення (екзема),\* **сухість**  
**і відчуття стягування шкіри** (іхтіоз, псоріатична еритродермія)\*  
**поколювання,\*** відчуття повзання мурашок (патомімії). Хворий також може скаржитись на порушення загального стану, нездужання, підвищення температури тіла, втрату маси тіла тощо, що необхідно теж враховувати.

# Методика обстеження дерматологічних хворих.

- **2)Об'єктивно(огляд).** величина,\*  
площа,\* контури,\* краї, (чіткі, нечіткі,  
рівні, фестончасті);\* форма (кругла, овальна, у  
вигляді смуг, дуг, неправильна тощо);\*  
схильність до периферійного росту і злиття;\*  
висипка симетрична чи ні (для псоріазу, червоного  
плоского лишая, рожевого пітиріазу характерна  
симетричність висипки);\* згрупована  
(герпетиформне розміщення — простий герпес),\*  
розміщення за ходом нервів (оперізувальний герпес);\*  
блискуча чи ні (при боковому освітленні);\*  
малюнок шкіри (виражений, підкреслений  
(ліхеніфікація) чи ні).

# Методика обстеження дерматологічних хворих.

- **3) Пальпацією визначають:**
- болючість,\*
- консистенцію (м'яка, щільна, туго еластична)
- залишається ямка при натискуванні (запальний набряк, застій) чи ні (ангіоневротичний набряк),
- рухомість лімфовузлів, пухлин,
- спаяні між собою лімфатичні вузли чи з навколишніми тканинами чи ні (сифілітичний склероденіт).



# Методика обстеження дерматологічних хворих.

- 4) Зшкрябуванням предметним скельцем визначають:
  - наявність прихованого луцення (різнокольоровий пітиріаз, парапсоріаз)
  - псоріатичних феноменів, симптом пурпури (парапсоріаз), луцення значне чи незначне тощо.

# Методика обстеження дерматологічних хворих.

- **5). Діаскопія (вітропресія).** метод дослідження, коли на елементи висипки натискають предметним склом і таким чином витискають кров із капілярів, з'ясовуючи справжній колір висипки. Якщо при проведенні діаскопії майже повністю тимчасово бліднуть плями чи папули, то вважають, що вони запального походження (виняток — бліднуть також телеангіектазії та поверхневі гемангіоми незапального походження). Не змінюють кольору при діаскопії крововиливи та різні пігментні утворення. Діаскопію також використовують для визначення феномену яблучного желе у хворих на туберкульозний вовчак: після витискування крові внаслідок **діаскопії туберкульозні горбики набувають жовто-**



# Методика обстеження дерматологічних хворих.

- **6) Дермографізм.** Натискуючи тупим гладеньким предметом або пальцем, проводять по шкірі грудей або спини і спостерігають за реакцією судин.**1.**  
**Червоний дермографізм** — на місці тиску виникає червона смуга — це нормальний дермографізм, інколи ця червона смуга дуже виражена і значно виходить за межі тиску — розлитий червоний дермографізм, який свідчить про тенденцію до розширення судин, трапляється у хворих на екзему, кропив'янку тощо.

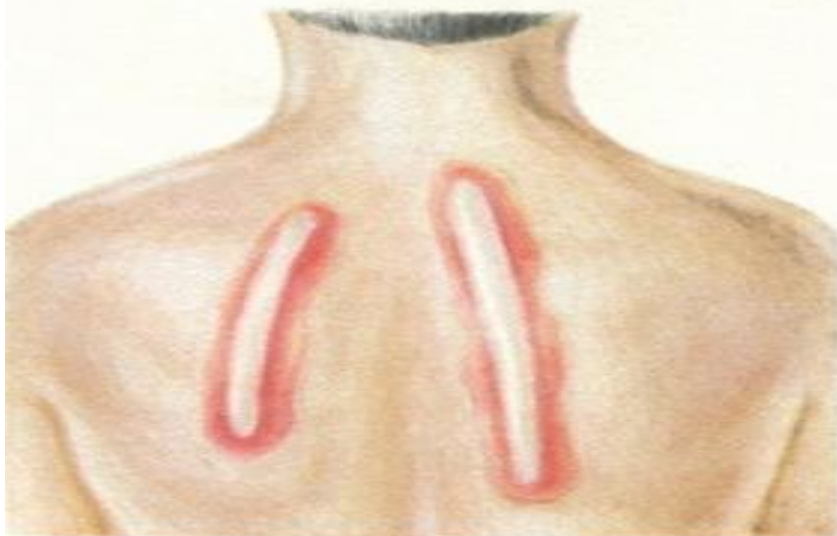
Рис. 3. Білий дермографізм. Рис. 4. Червоний дермографізм. Рис. 5. Підвищений дермографізм. Рис. 6. Рефлекторний дермографізм.



3



4



5



6

# Методика обстеження дерматологічних хворих.

- **.2. Білий дермографізм** — на місці тиску з'являється біла смуга як свідчення наявності у хворого схильності до спазму судин шкіри (у хворих на atopічний дерматит), в цих випадках до комплексної терапії доцільно додавати препарати, що розширюють судини шкіри (нікотинова кислота, ксантинолу нікотинат тощо).**3. Підвищений (уртикарний) дермографізм** — на місці тиску виникає підвищена червона смуга, як опік кропивою. Цей дермографізм часто трапляється у хворих на кропив'янку, іноді може свідчити про наявність у хворого тиреотоксикозу.

# Методика обстеження дерматологічних хворих.

- 7) Біопсія-прижиттєве взяття частини ураженої тканини для подальшого гістологічного дослідження з метою підтвердження діагнозу.

## 8) Шкірні алергічні проби:

- **Капельна проба**- на здорову ділянку передпліччя наносять 1-2 краплі розчину алергену (у спирті чи ізотонічному розчині натрію хлориду) або накладають зволожений у розчині алергену шматочок марлі розміром 1x1 см і покривають целофаном. Паралельно таким самим чином наносять тест-контрольну рідину. Результати крапельної проби оцінюють через 20-30 хв, 2, 4, 12, 24 год. У разі позитивної реакції з'являються гіперемія, набряк, пухирці. У разі появи печіння, свербіння на місці нанесення алергену пробу слід припинити, залишки алергену зняти ефіром чи спиртом.



# Шкірні алергічні проби:

- **Аплікаційна шкірна проба** проводиться з різними хімічними речовинами у концентраціях, що не викликають подразнення шкіри у здорових людей. Шкіру обробляють 70° спиртом і після підсихання на її поверхню накладається марлева серветка в 4 шари розміром 1 см<sup>2</sup>, змочена розчином алергену. Зверху її прикривають шматком целофану трохи більшого розміру і закріплюють лейкопластирем. Одночасно таким же чином в якості контролю ставлять пробу з розчинником. Результат оцінюють через 20 хвилин і 1-2 доби. Хворого інструктують, що при появі свербіжів і печіння алерген необхідно видалити з поверхні шкіри спиртом або ефіром.

# Шкірні алергічні проби:

- **Внутрішньо шкірна проба**- алерген вводиться внутрішньошкірно. Ці проби більш чутливі, ніж скарифікаційні, але і менш специфічні. При їх постановці можливі ускладнення у вигляді органних і загальних алергічних реакцій. Застосовуються для виявлення сенсibiliзації до алергенів бактеріального та грибового походження, а також для визначення ступеня чутливості до алергенів неінфекційної природи. Алергени перетинчастокрилих комах часто не дають позитивних скарифікаційних проб, тому їх також вводять внутрішньошкірно, а реакція виявляється у вигляді системних проявів. Тест з цими алергенами можна віднести до провокаційних тестів.

# Лабораторні методи обстеження

- 1. Загальний аналіз крові, сечі, калу на яйця глистів. 2. Реакція Вассермана (виявлення прихованого сифілісу). 3. Аналіз крові на цукор (виявлення прихованого діабету). 4) Аналіз крові на LE-клітини. 5) Біохімічний аналіз крові. 6) Мікроскопія лусочок, покришок везикул, пустул, волосся, нігтів на наявність грибків. 7). Мазки-відбитки. 8) Гістологія

# Морфологічні елементи висипу

- **Висипка-патологічні** прояви на шкірі, які можна побачити( зміна кольору, консистенції або рельфу шкіру).
- **Первинні елементи** висипу виникають на первинно незміненій шкірі.
- **Вторинні елементи** висипу виникають частіше з первинних або в результаті лікування, рідко виникають самостійно.

# Первинні елементи висипу

- **Безпорожнинні**
- **1)пляма(macula)** не змінюється рельєф і консистенція шкіри, а лише колір як правило. При зворотньому розвитку утворюють лусочки або вторинну пігментацію, або зникають без змін.  
**Плями бувають:** судинні, пігментні, геморагічні.
- **1.Судинні плями: А) Запальні**  
**(тимчасове розширення судин у дермі)**  
:
- **А) розширення судин**

# Розеола



# Еритема



# **Первинні елементи висипу безпорожнині**

- **Б) Не запальні плями (неправильний розвиток судин).**
- **А Вродженні (судинні невуси)**
- **Б Набуті (стійке розширення судин телеангіектазії).**
- **2) Пігментні плями: А) гіперпігментні (веснянки, хлоазми)**
- **Б) Гіпо і депігментні (вітиліго і альбінізм)**
- **1. Вродженні і набуті (пігментні**



# Судинний неvus



# телеангіектазії



# Хлоазма



[troylechebnik.ru](http://troylechebnik.ru)



# Вітиліго



# Пігментний неву́с



# Первинні елементи висипу безпорожнині

- 3. Геморанічні:
- А) петехії; Б) пурпура до 2 см; В) екхімози (*vibices*), Г) Лінійний синець, Д) Дифузний крововилив (*suffusio*).

# Петехії





# Сыпь при сосудистых пурпурах



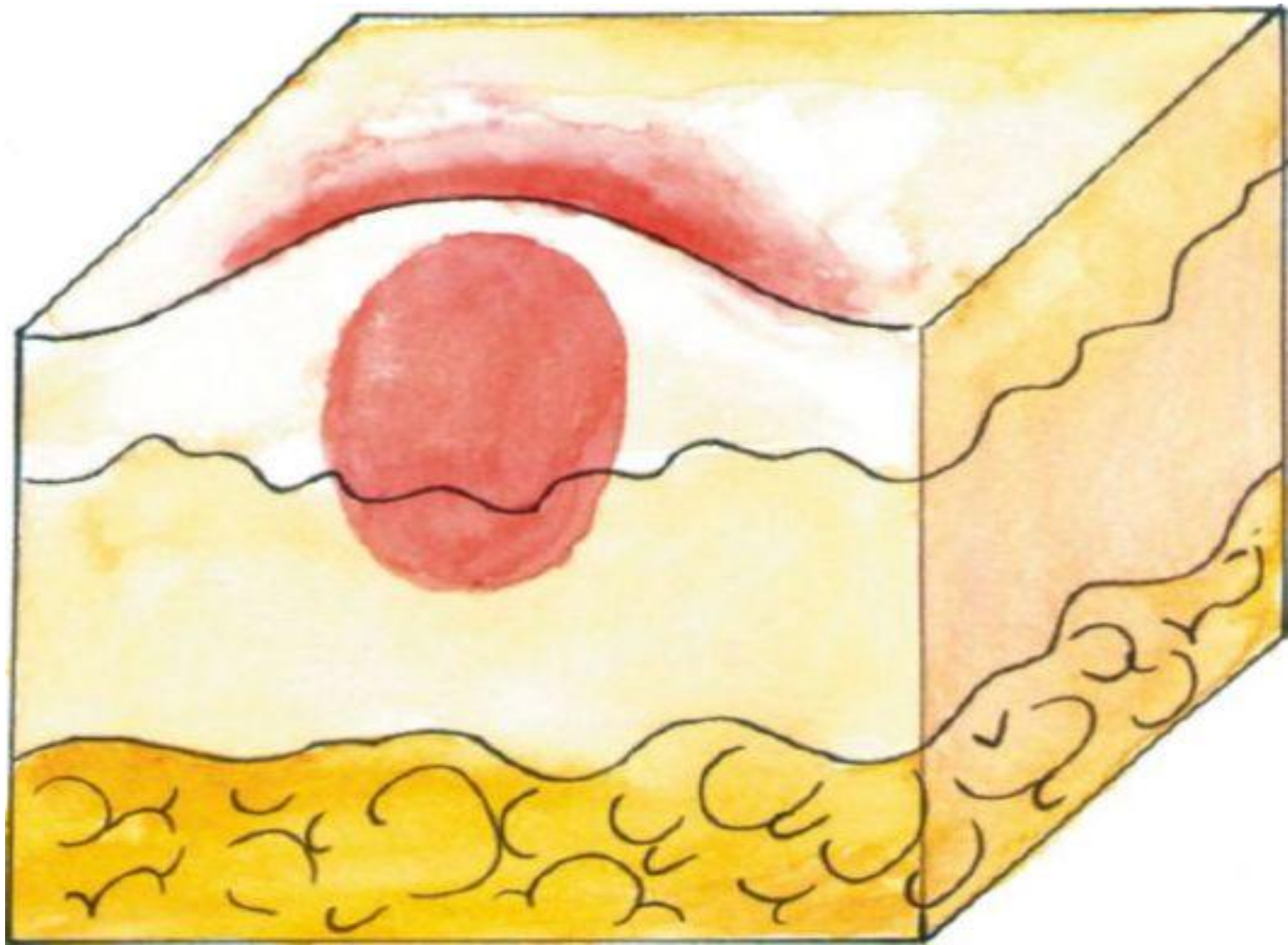
# Екхімози



# Первинні елементи висипу безпорожнині

- **2.Вузлики(rapula).** Змінюється рельєф, колір і консистенція шкіри, зникають безслідно як правило.
- **А) Запальні(псоріаз, папульозний сифілід, червоний плоский).**
- **Б)Не запальні(папіломи, бородавки).**
- **За розміром папули: а) міліарні 1-3мм;**  
**б)лентикулярні(як чечевиця) 0,9 см**
- **в)нумулярні 1-3 см**





# Псоріаз





# Червоний плоский лишай



# Бородавки





# Папілома





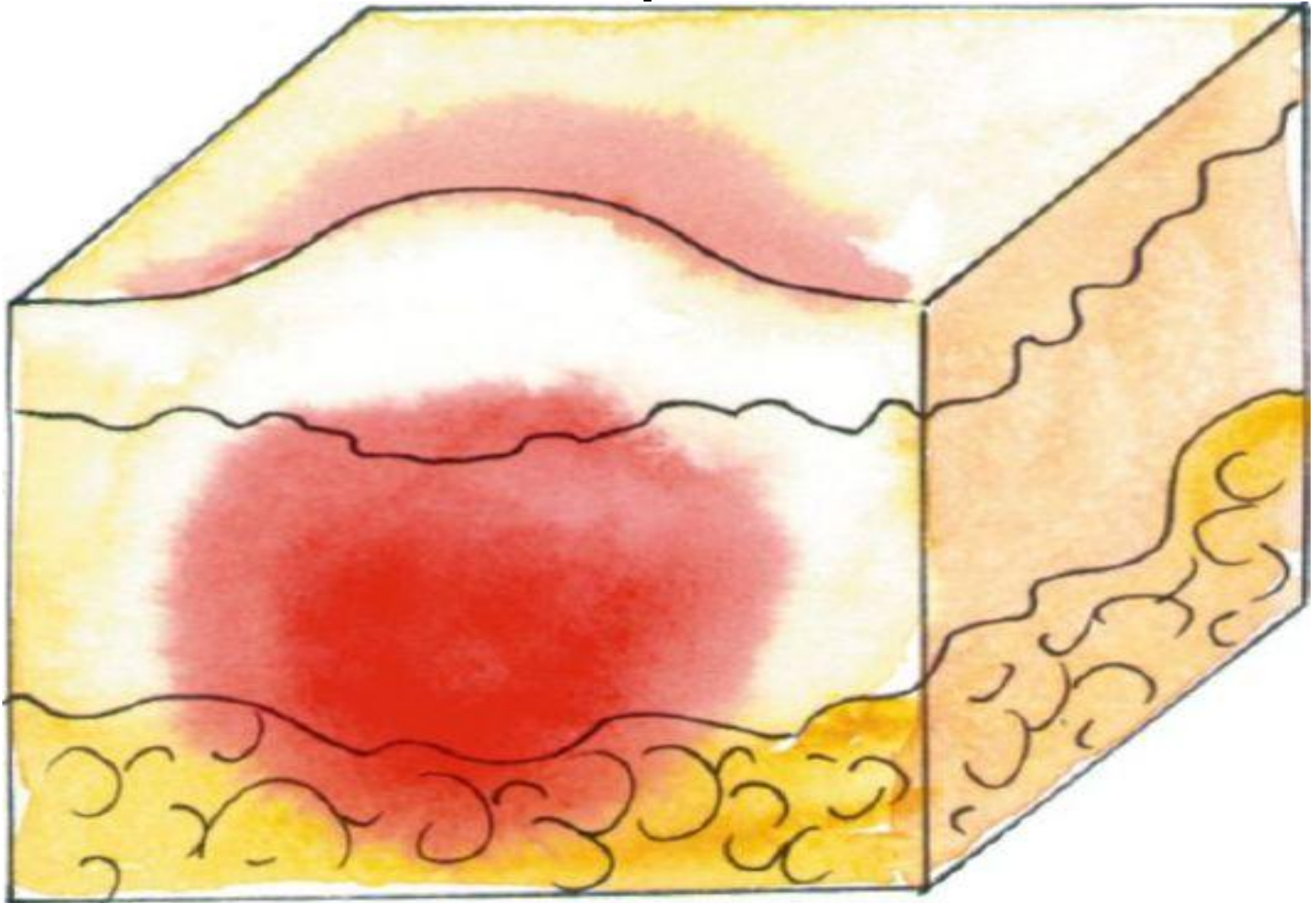
# Первинні елементи висипу безпорожнині

- Папули можуть зливатись в бляшки.
- **По формі: плоскі, напівкулясті, конічні**
- **по консистенції: щільна, щільно-еластична, м'яка.**
- Папули можуть поєднуватись з іншими елементами висипу(папуло-везикули).
-

# Первинні елементи висипу безпорожнинні

- **3.Горбик(tuberculum).** Інфільтративний елемент 0,5-1см при якому змінюється рельєф і консистенція. Розміщується в сітчастому шарі дерми, залишає після себе рубець або атрофію.
- **Запальні** утворюється в результаті інфекційних гранульом(лепра, туберкульоз, лейшманіоз, третинний сифіліс).
- **Не запальні** -доброякісні новоутворення дерми-фіброми, лейоміоми.

# Горбик



# Горбиковий сифілід



# Фіброма

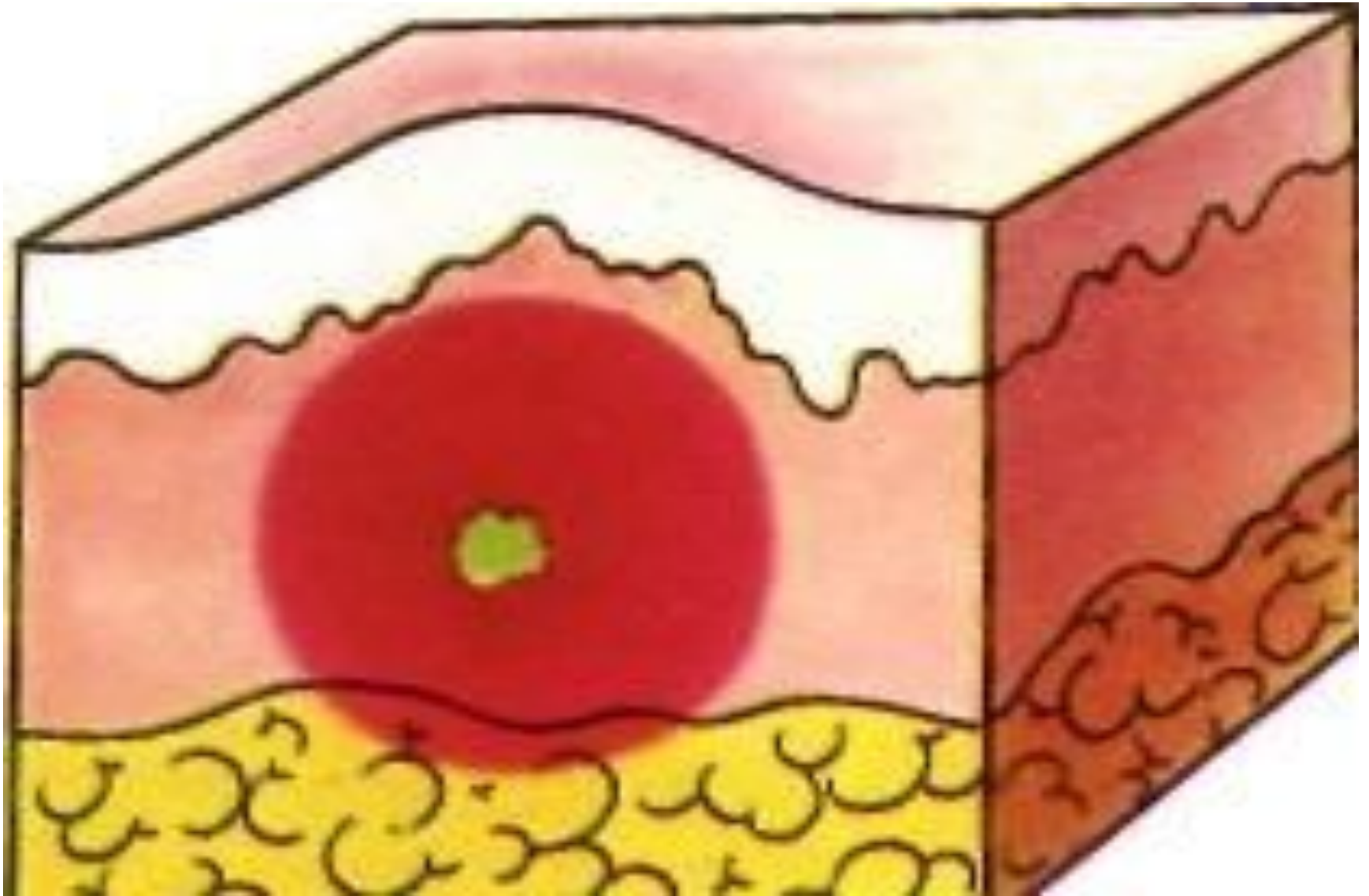


# Первинні елементи висипу безпорожнині

- **4.Вузол** -інфільтративний морфологічний елемент розміщується в гіподермі 2-10см(як горошина), при якому змінюється консистенція. Може виразкуватися з утворенням рубця; може беслідно зникати(фурункул) ;може кальцифікуватися або заміщуватись фіброзною тканиною.



# Вузол



# Фурункул

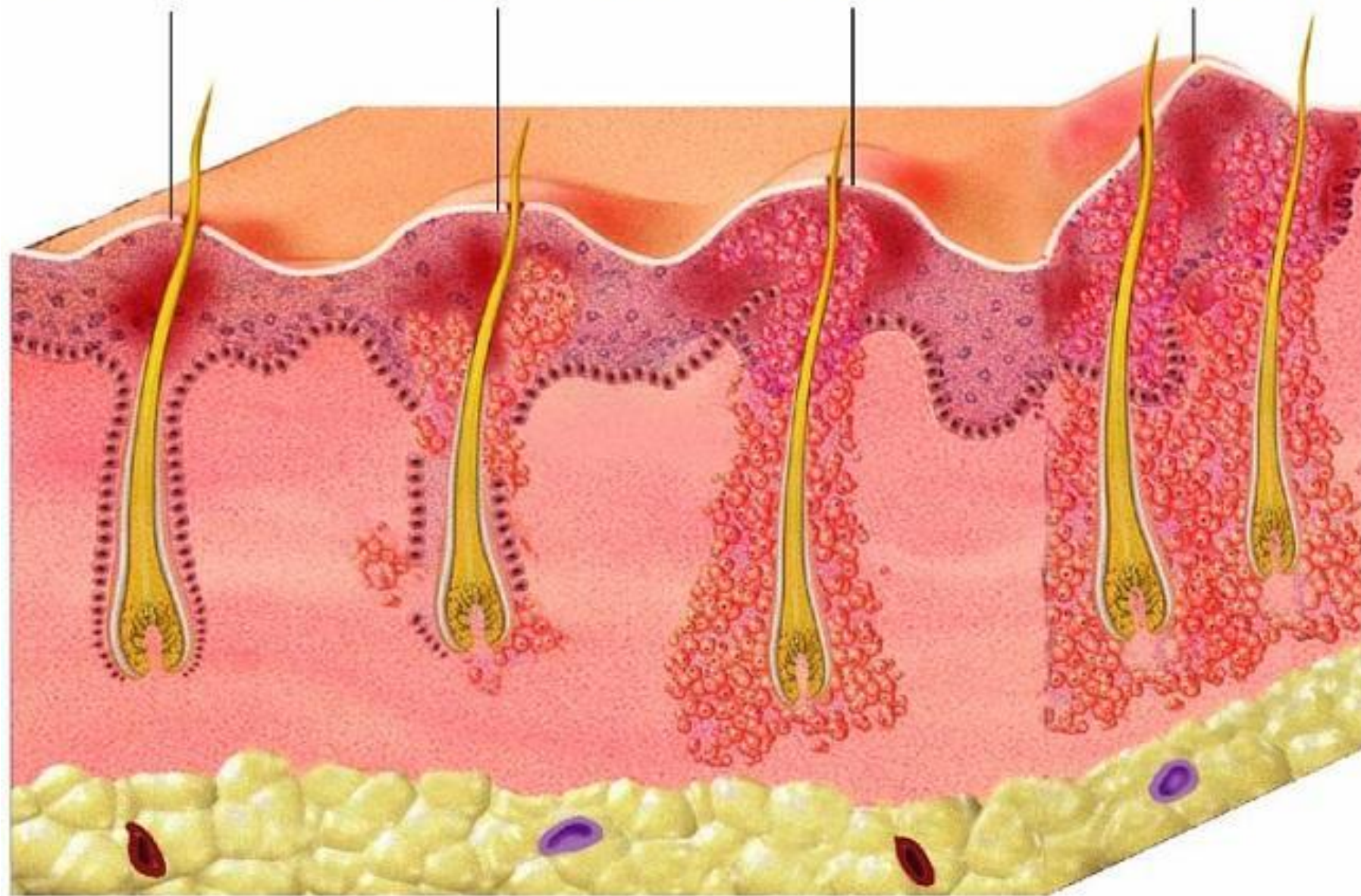




поверхностный и глубокий фолликулит

фурункул

карбункул



# Ліпома



# **Первинні елементи висипу безпорожнині**

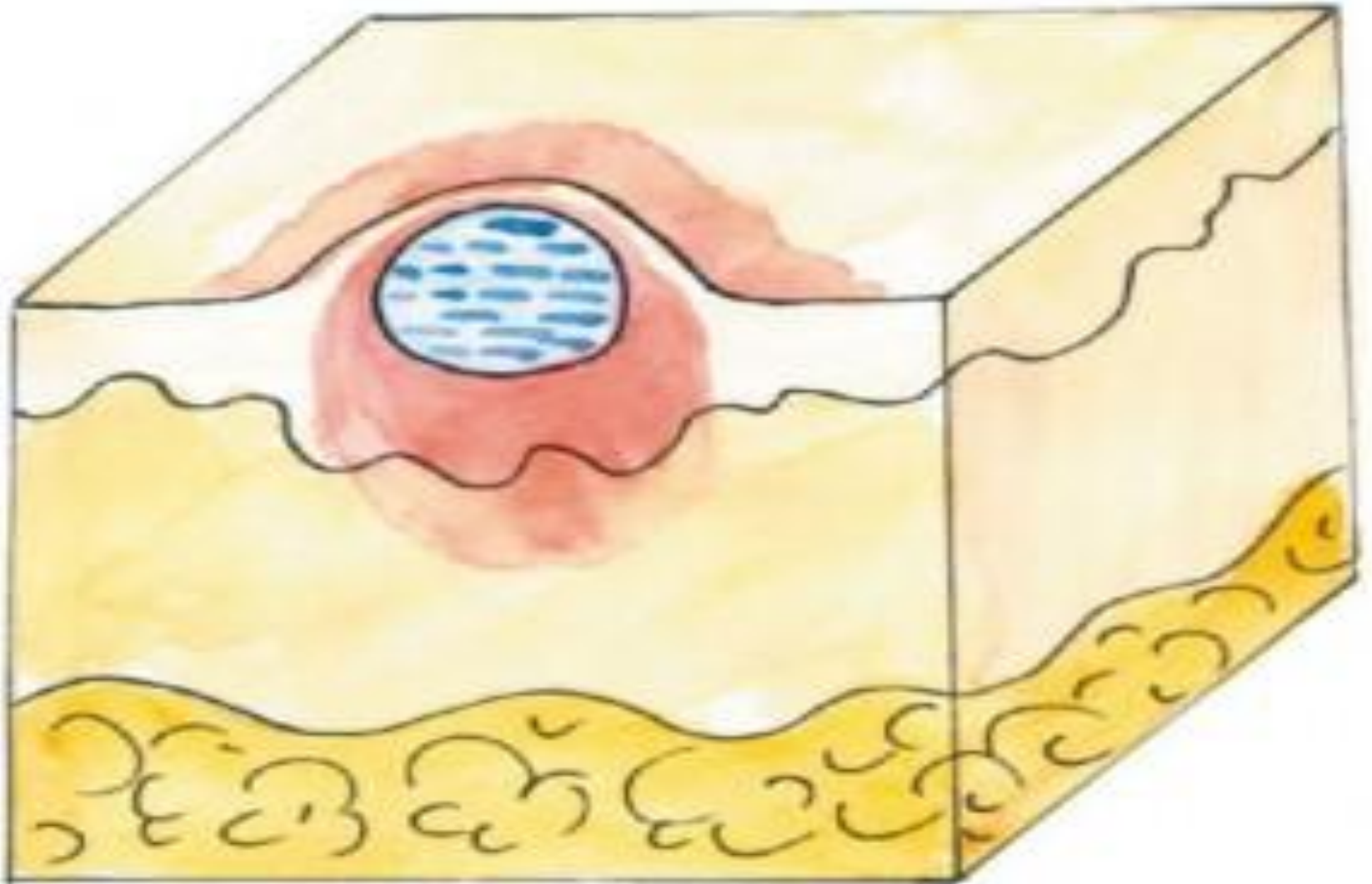
- **Вузли бувають гострі і хронічні.**
- **Запальні(сифілітичні гуми, фурункул).**
- **Не запальні(ліпома, лімфома).**

# Первинні елементи висипу порожнині

- **5.Пухирець(vesicula) розміром 0,5 см має дно, покрішку, порожнину з серозним або серозно-геморагічним вмістом.**
- Виникають на незміненій шкірі(дисгідроз) або еритоматозній шкірі(герпес, екзема). Бувають **однокамерні(екзема)** або **багатокамерні(герпес)**. При травмуванні утворюються мокнучі ерозії, кірочки, регресують безслідно.



# Пухирець (vesicula)



# Екзема





# Оперізуючий герпес

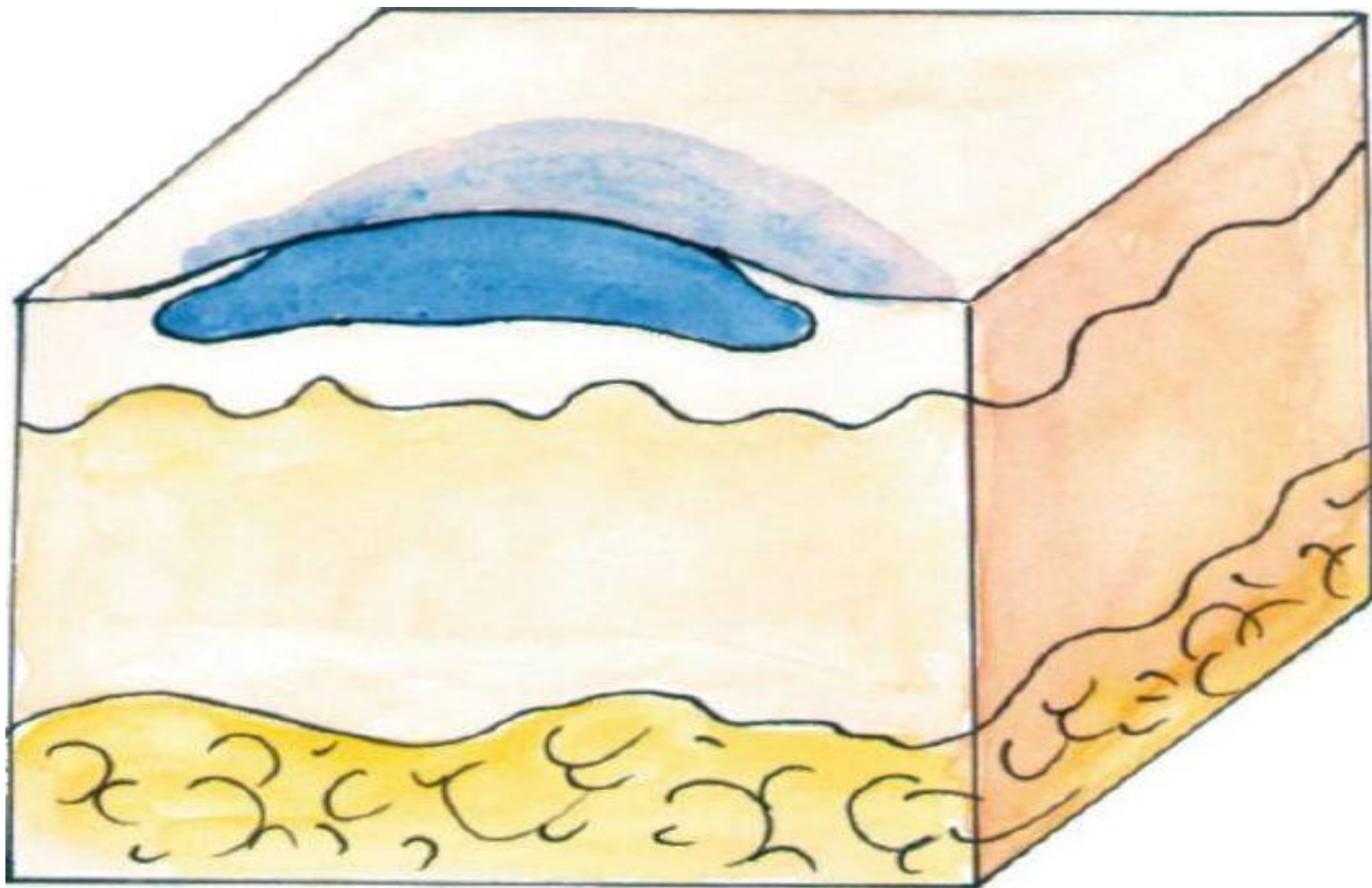


# Первинні елементи висипу порожнині

- **6.Пухир(Bulla)** має дно, покришку, порожнину з серозним або геморагічним вмістом більше 0,5 см на зміненій або зміненій шкірі, при розкритті утворюється ерозія, безслідно зникають. **Покришка може бути:** напруженна, вяла, щільна, напруженна. (Простий контактний дерматит).



# Пухир



# Простий контактний дерматит



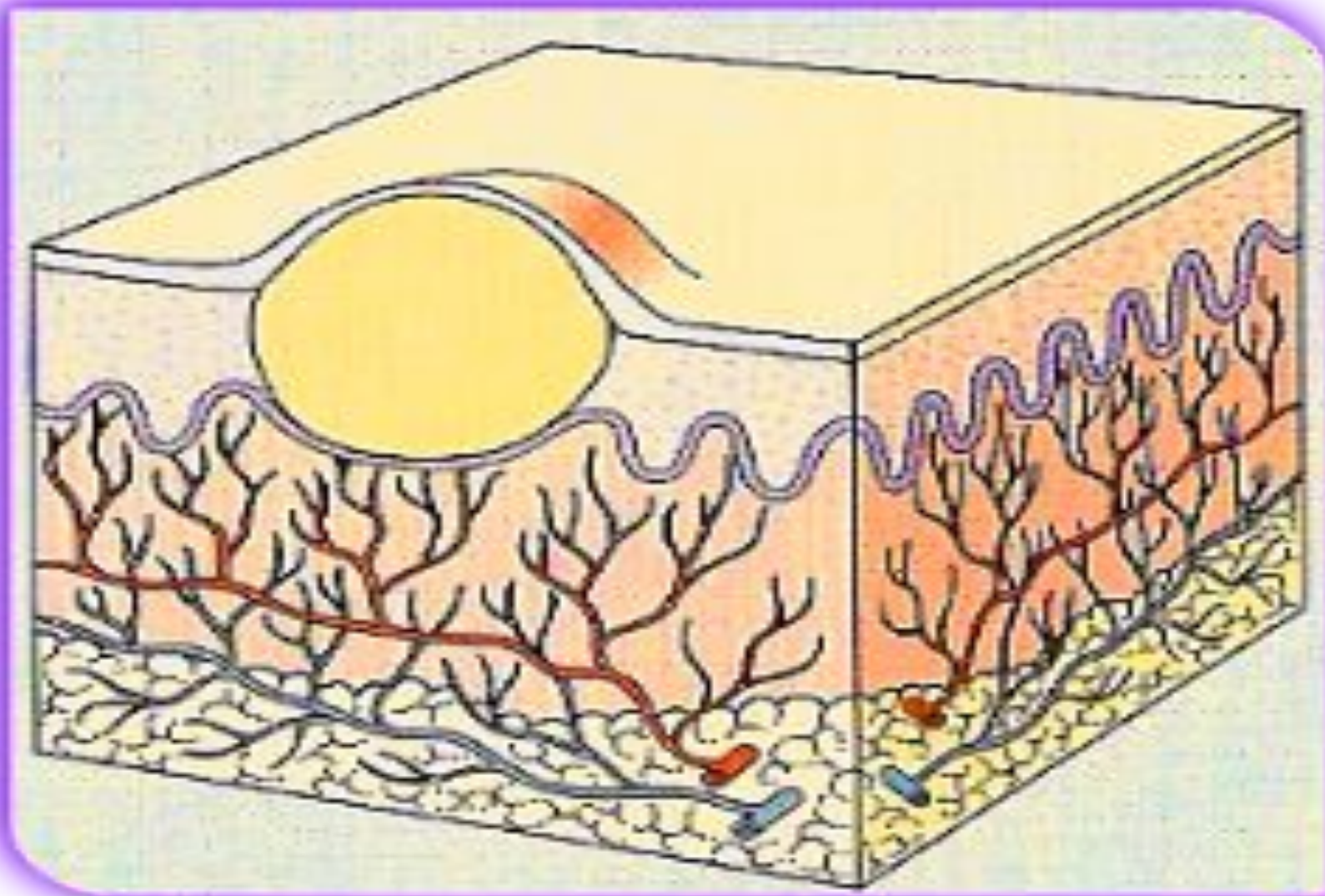
# Первинні елементи висипу порожнині

- 7) Гнійничок (пустула) бувають :
- Поверхневі і глибокі;
- Фолікулярні (стафілококові) і не фолікулярні (стрептококові).
- Поверхневі фолікулярні.

Розташовуються в устях волоссяних фолікулів в епідермісі або сосочковому шарі 1-5мм. При регресі кірочка, гіпергіпопігментація, безслідно (остіофолікуліт, фолікуліт, сикоз).



# Пустула

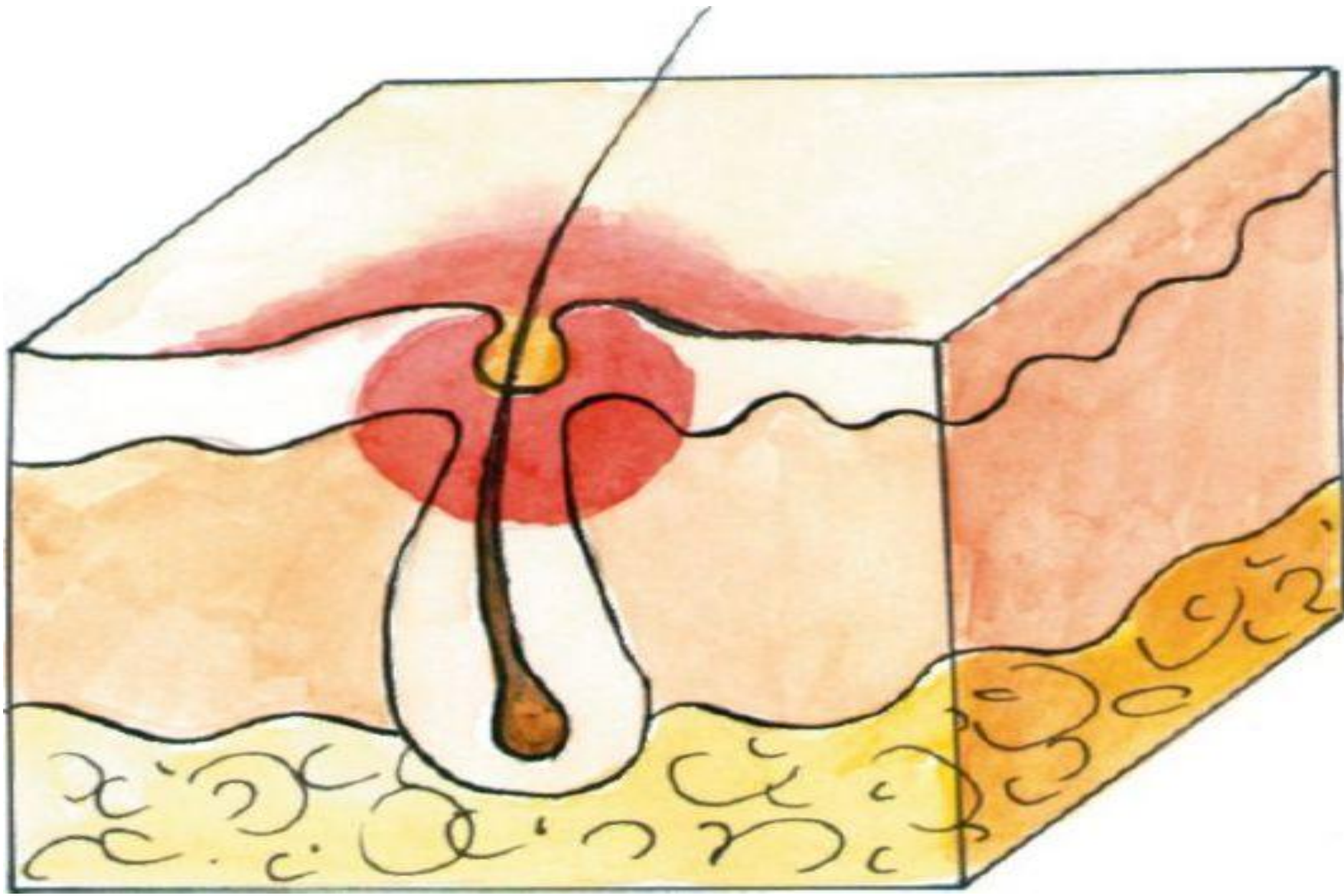


# Остіофолікуліт





# Остіофолікуліт





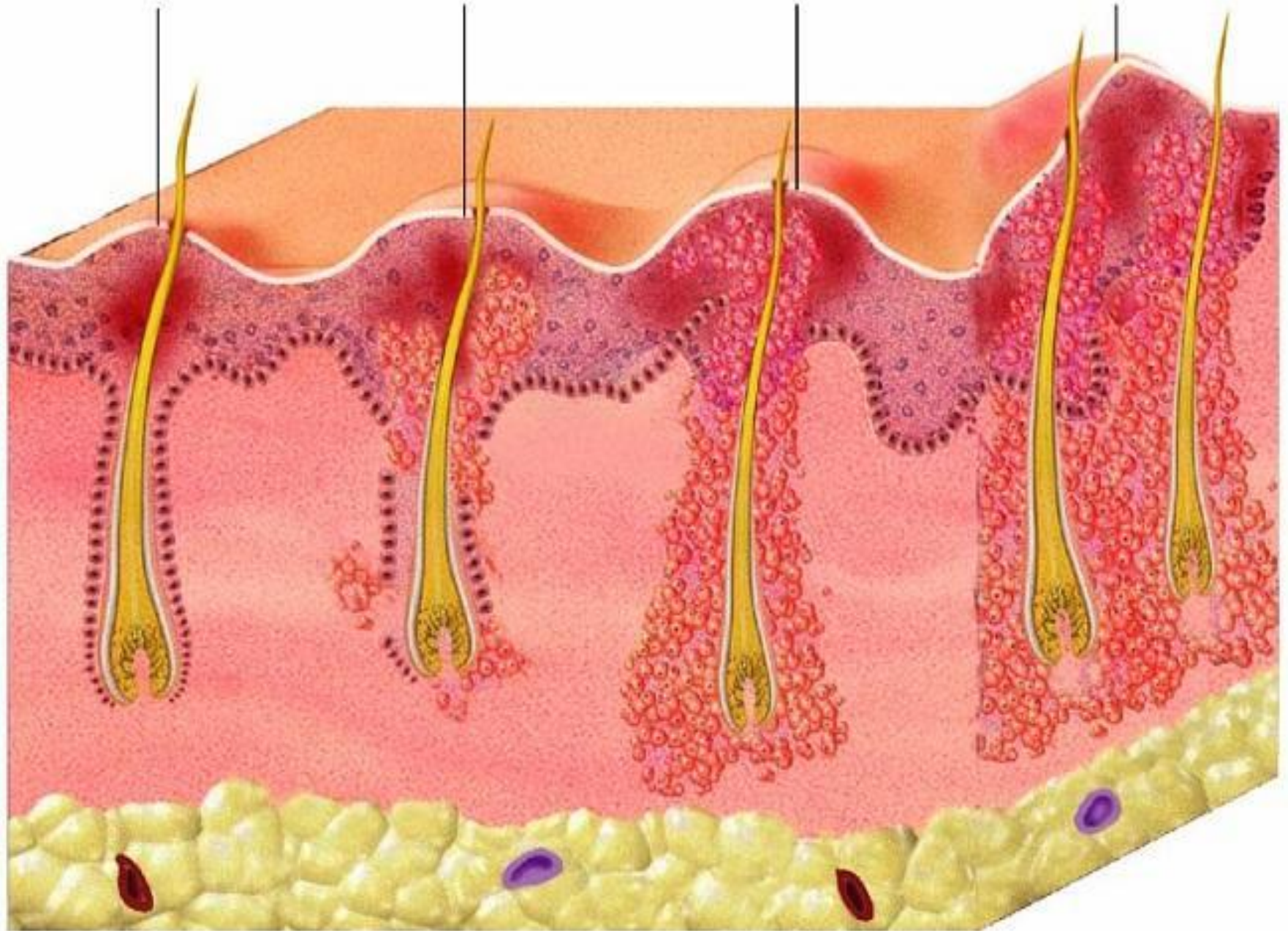
# Сикоз



поверхностный и глубокий фолликулит

фурункул

карбункул





# Первинні елементи висипу порожнині

- **Глибокі фолікулярні-охоплюють** весь волосяний фолікул в межах усієї дерми інколи і дерми. При регресі залишають рубці.
- **Поверхневі не фолікулярні(фліктени)** -мають покришку, дно і порожнину оточену вінчиком гіперемії, розташовуються в епідермісі, регресують з утворенням кірки або гіпер-депігментації(імпетиго).

# Імпетиго



# Первинні елементи висипу порожнині

- **Глибокі не фолікулярні(ектима)**  
виразка з гнійним дном, на місці її  
утворюється рубець(хронічна виразкова  
піодермія), вкрита шаруватою кірочкою-  
рупією.
- Пустули навколо вивідних сальних залоз  
поверхневі і глибокі(**акне**).

# Ектима вульгарна(проста)

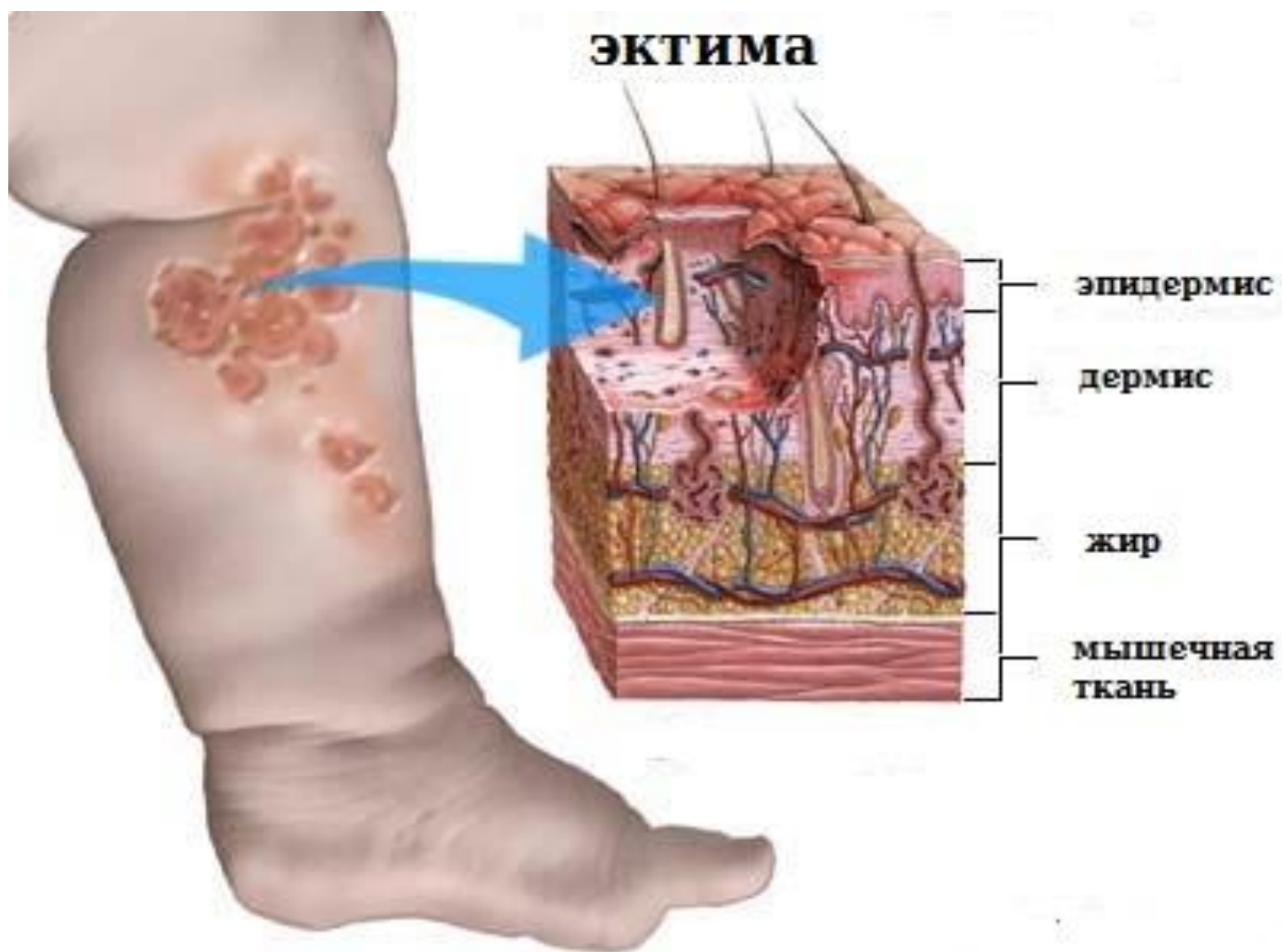




# Акне



# ЭКТИМА

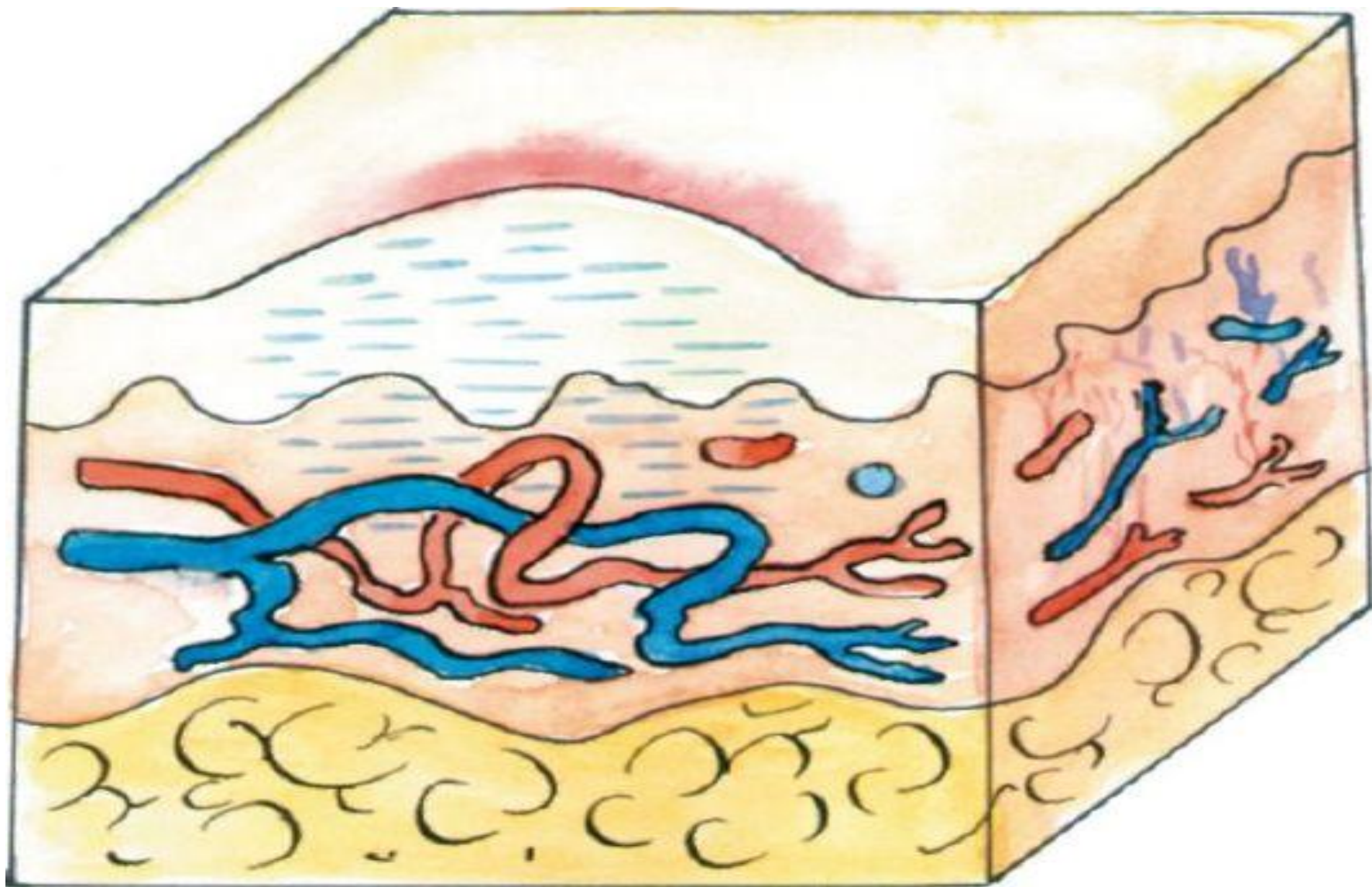


# Первинні елементи висипу порожнині

- 8. Уртика(волдырь) перехідний елемент. Обмежений гострозапальний набряк сосочкового шару дерми існує декілька годин, хвилин і зникає безслідно(токсикодермія , кропив'янка).



# Уртика



# Кропив'янка

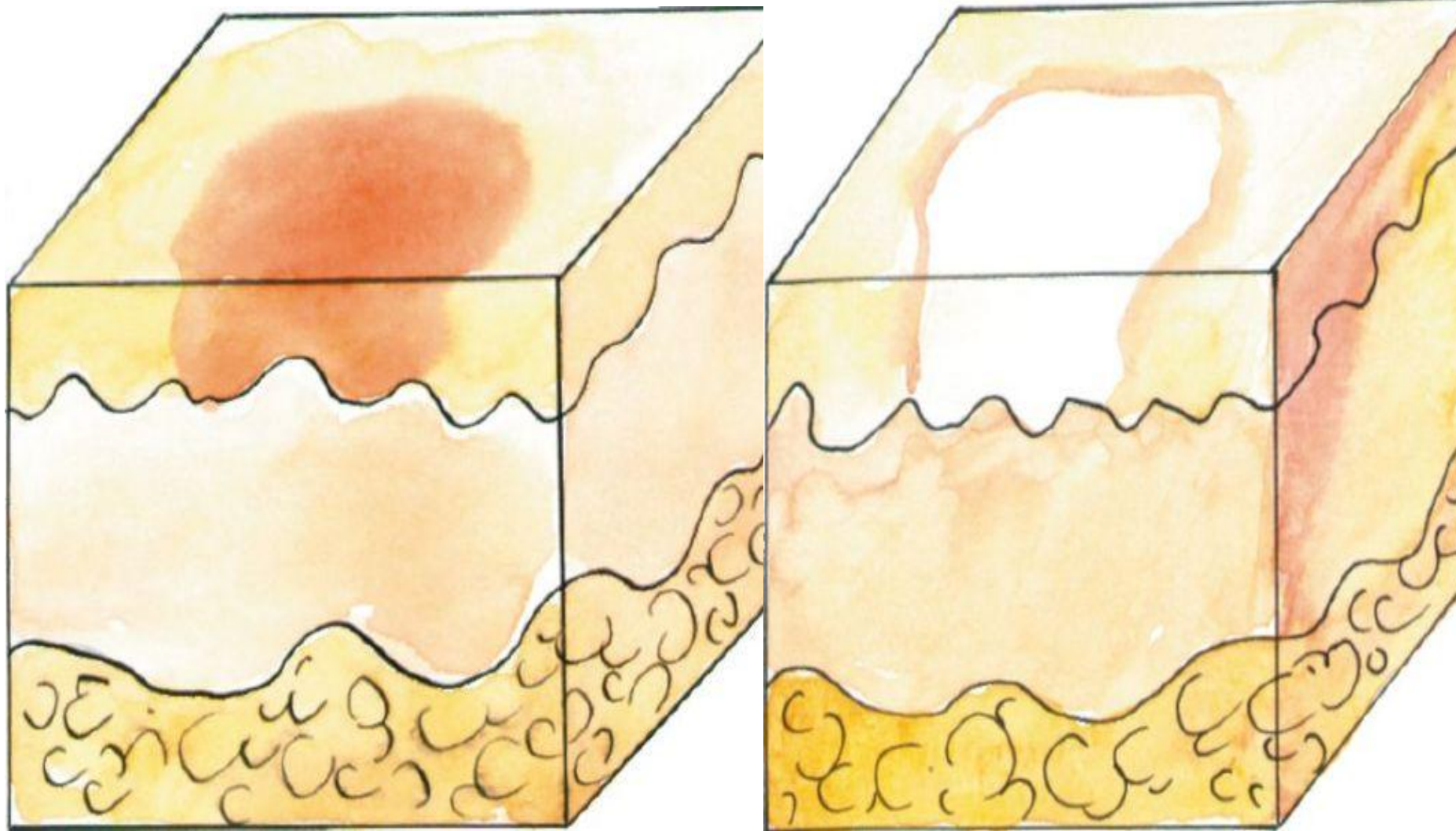




# Вторинні елементи висипу

- **1.Вторинна гіпо або гіперпігментація.**  
Зміна кольору на місці папул, пустул, ерозій, ескоріацій(псоріаз, червоний плоский лишай). Регресує безслідно.
- **2.Тріщина(fissura)** лінійне порушення цілісності шкіри в результаті зниження її еластичності.
- **Поверхневі тріщини**(в межах епідермісу, регресують безслідно) - мікози, нейродерміт.

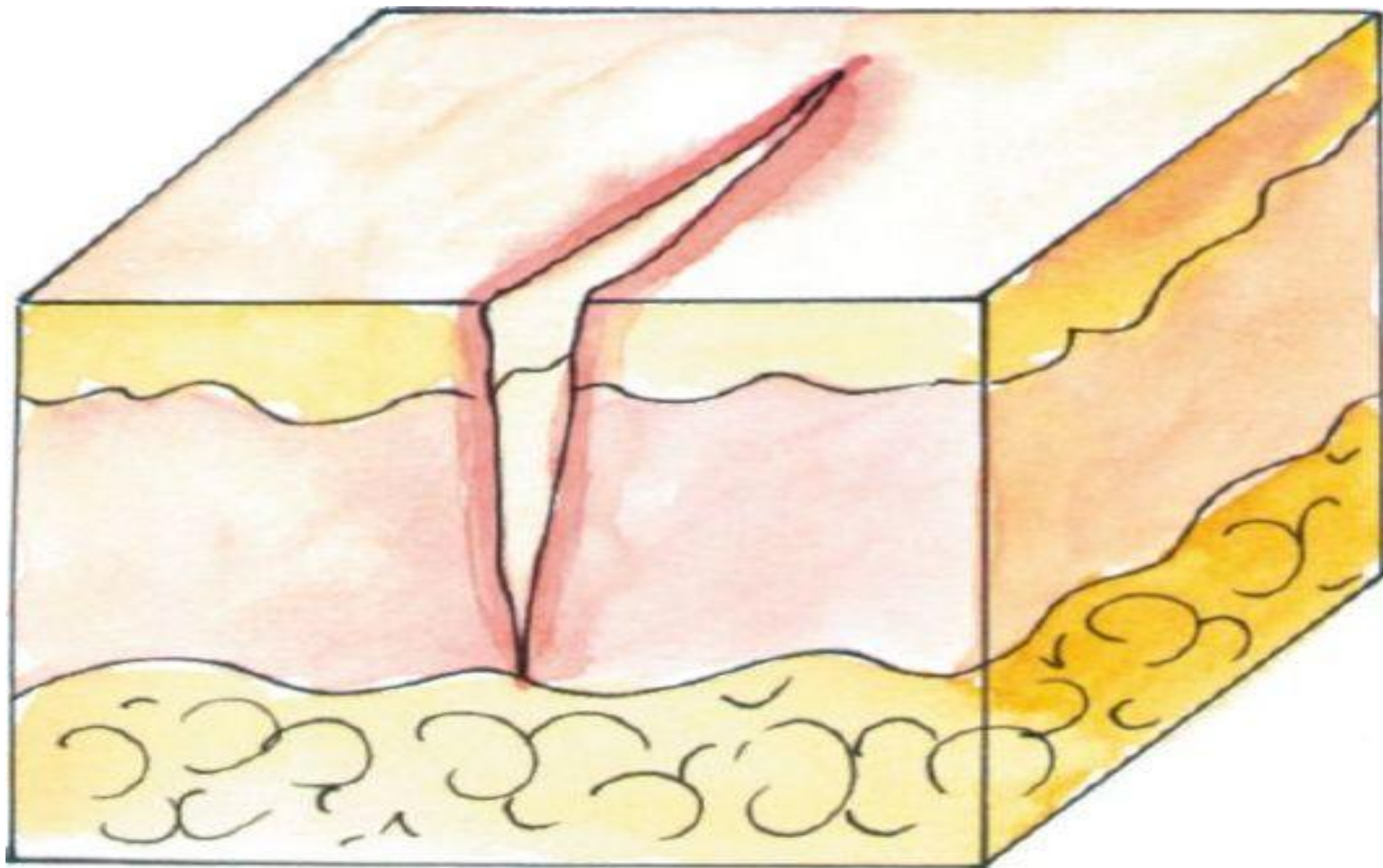
# Гіпер і депігментація



# Вторинна депігментація після різнокольорового лишая



# Тріщина





# Тріщина





# Вторинні елементи висипу

- **Глибокі тріщини**-розміщуються в межах епідермісу і дерми, регресують з утворенням лінійного рубця(рубці Робінзона-Фурне-вроджений сифіліс).
- **3.Ескоріація(розчух, садно)** -механічне пошкодження шкіри. **Поверхневі** регресують без змін, **глибокі** з утворенням гіпо або гіпер-депігментації.

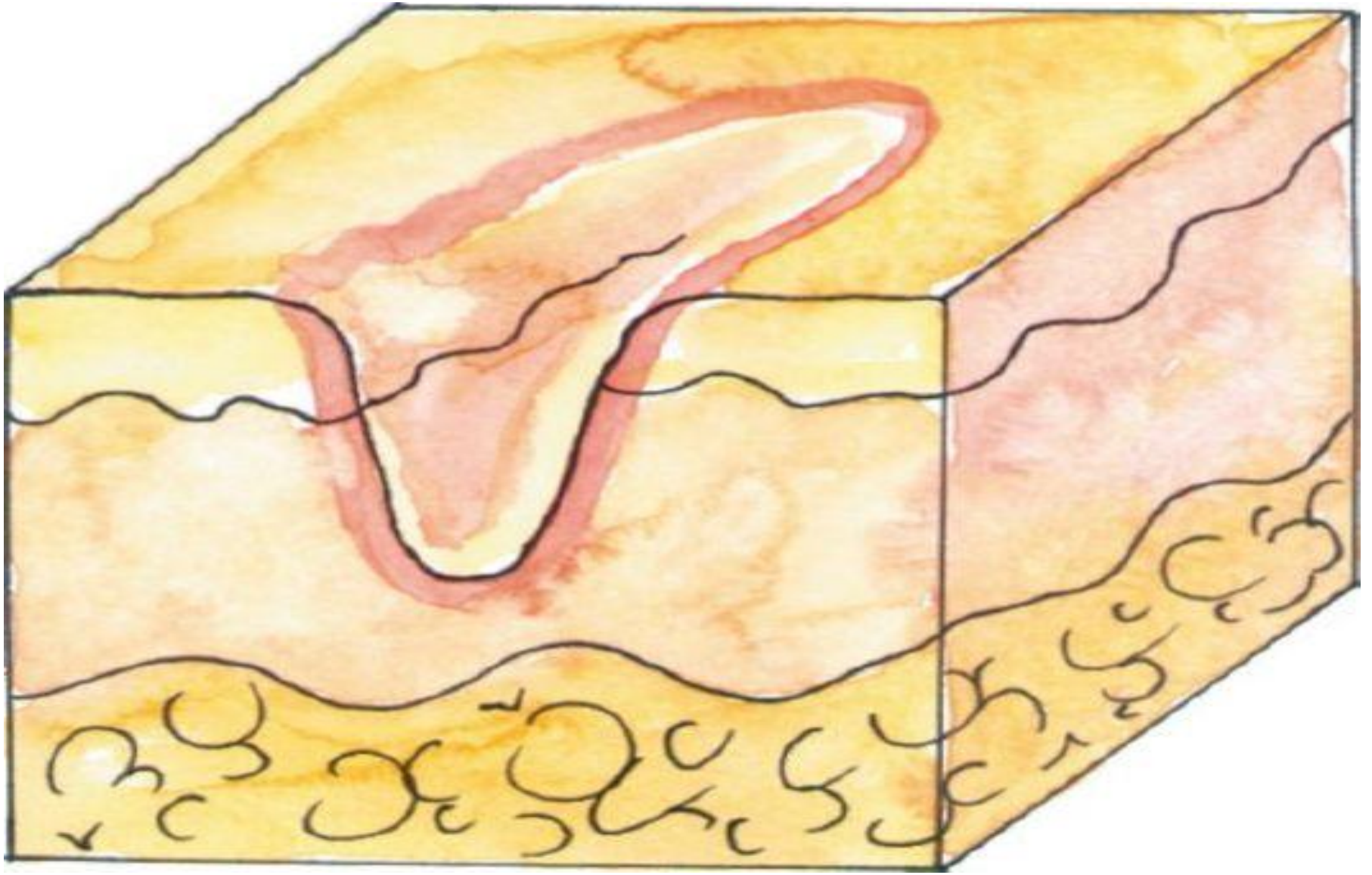
Розчух, садно



# Вторинні елементи висипу

- **4 ерозія(erosio).** Порушення цілісності шкіри або слищової оболонки в межах епідермісу на місцях везикул, пухирів. Регресує безслідно (епітелізація) або з утворенням гіпо або гіпер-депігментації.
- **5 Виразка(ulcus).** Розташовується в межах сполучного шару дерми і або гіподерми. Виникає при розпаді горбиків, вузлів, глибоких пустул.

# Ерозія

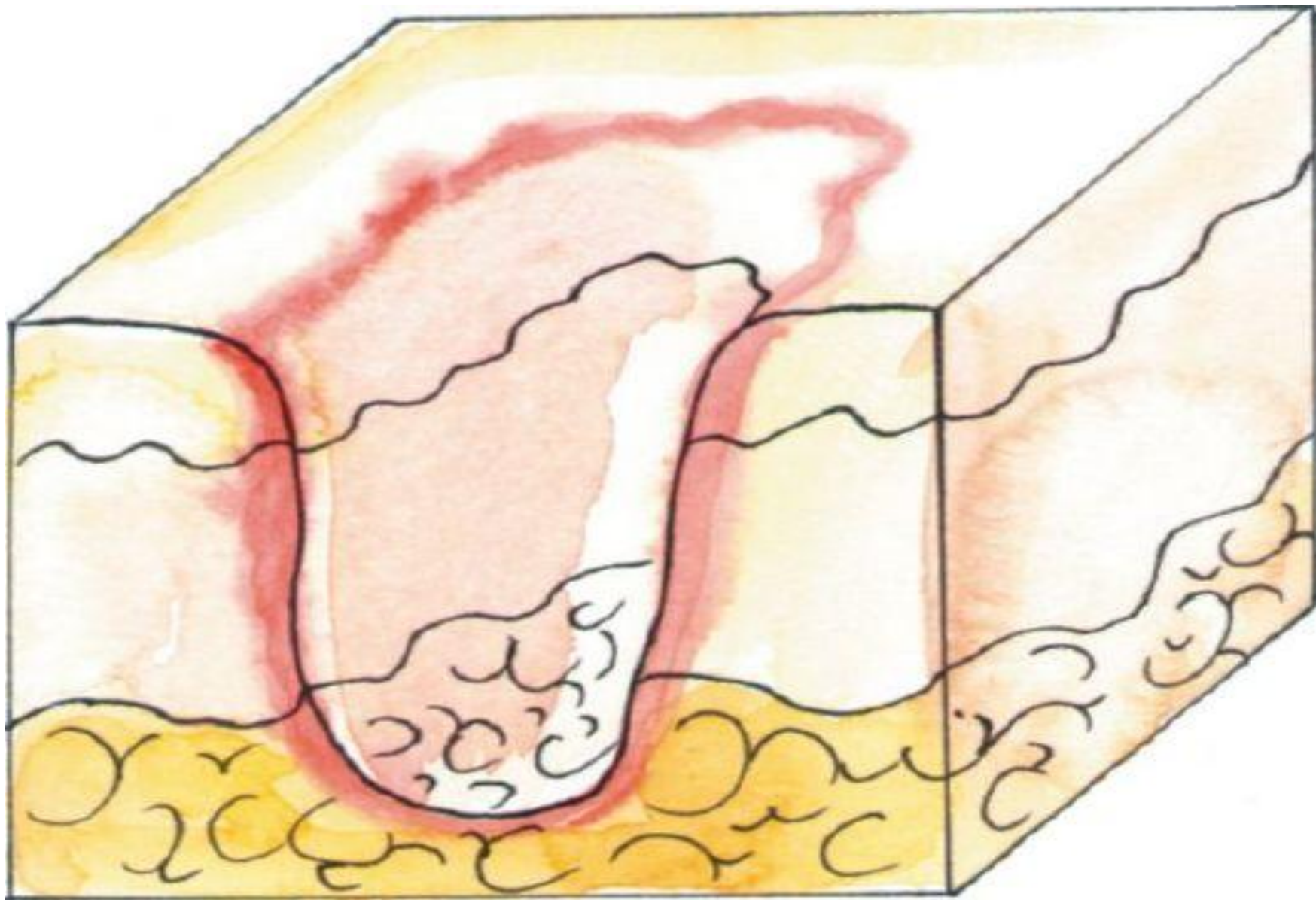


# Ерозія





# Виразка



# Трофічна виразка



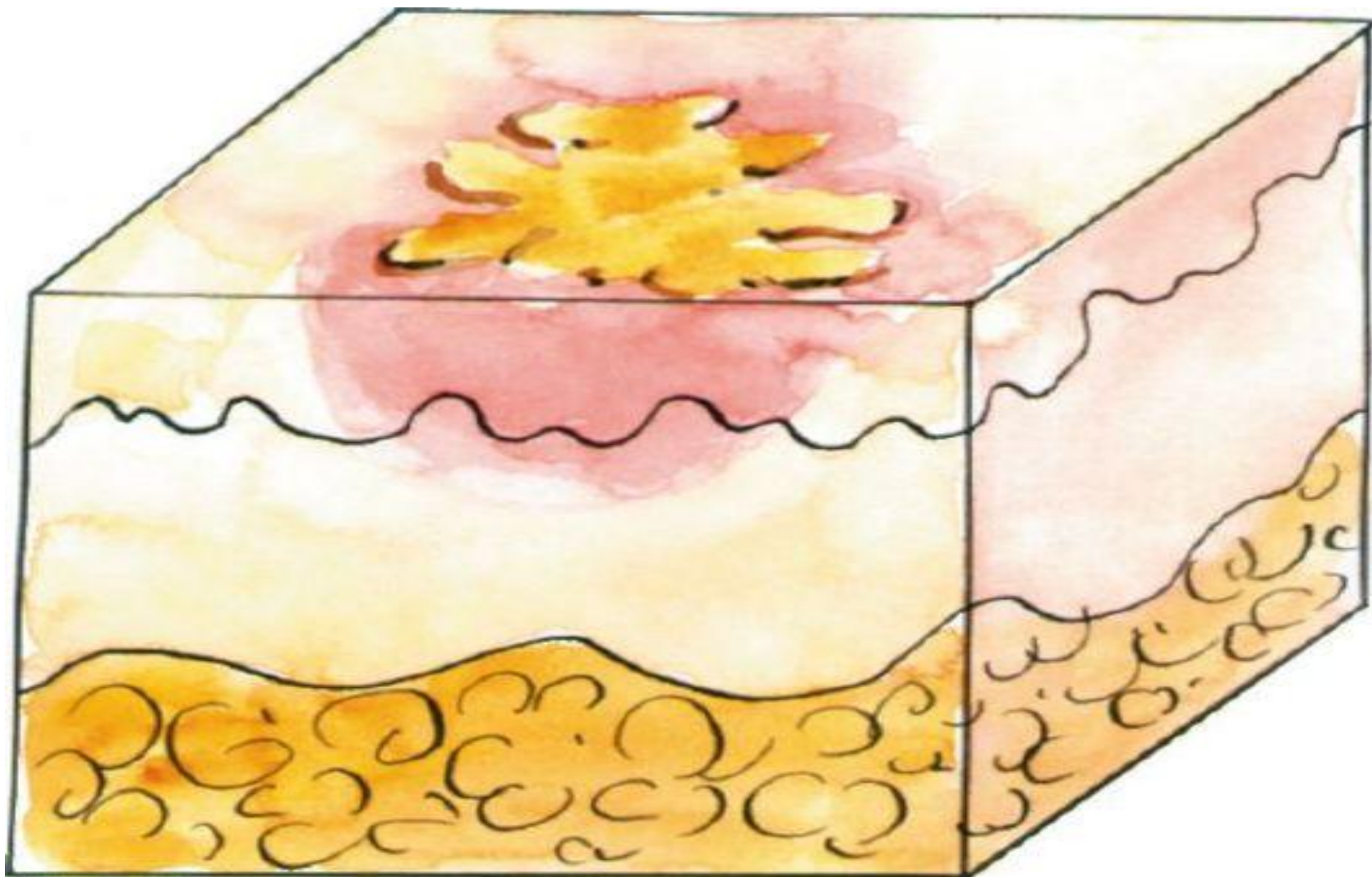
# Вторинні елементи висипу

- **Краї можуть бути:** м'які(туберкульоз), щільні(рак), підриті, блюдцеподібні.
- **Дно може бути:** гладеньке(твердий шанкер, нерівне(хронічна виразкова піодермія). При регресі залишається рубець.

# Вторинні елементи висипу

- **6.Лусочка(squama).** Рогові пластинки, що відторгаються.
- **Висівкоподібне лущення**-дрібні, ніжні неначе припудрені лусочки(різнокольоровий, руброфітія).
- **Пластинчасте лущення**(псоріаз -сріблясто-білі лусочки, себорея-жовтуваті лусочки, іхтіоз-темні лусочки. Лущаються первинні запальні безпорожнинні елементи.
- **Великопластинчасте лущення**-еритродермія.

# Лусочки





# Руброфітія



# Густа себорея





**Перхоть**



**Жирная себорея**



**Сухая себорея**



**Себорейный дерматит**



**Жирная себорея + перхоть**



**Сухая себорея + себорейный дерматит**



# Псориаз





# Еритродермія



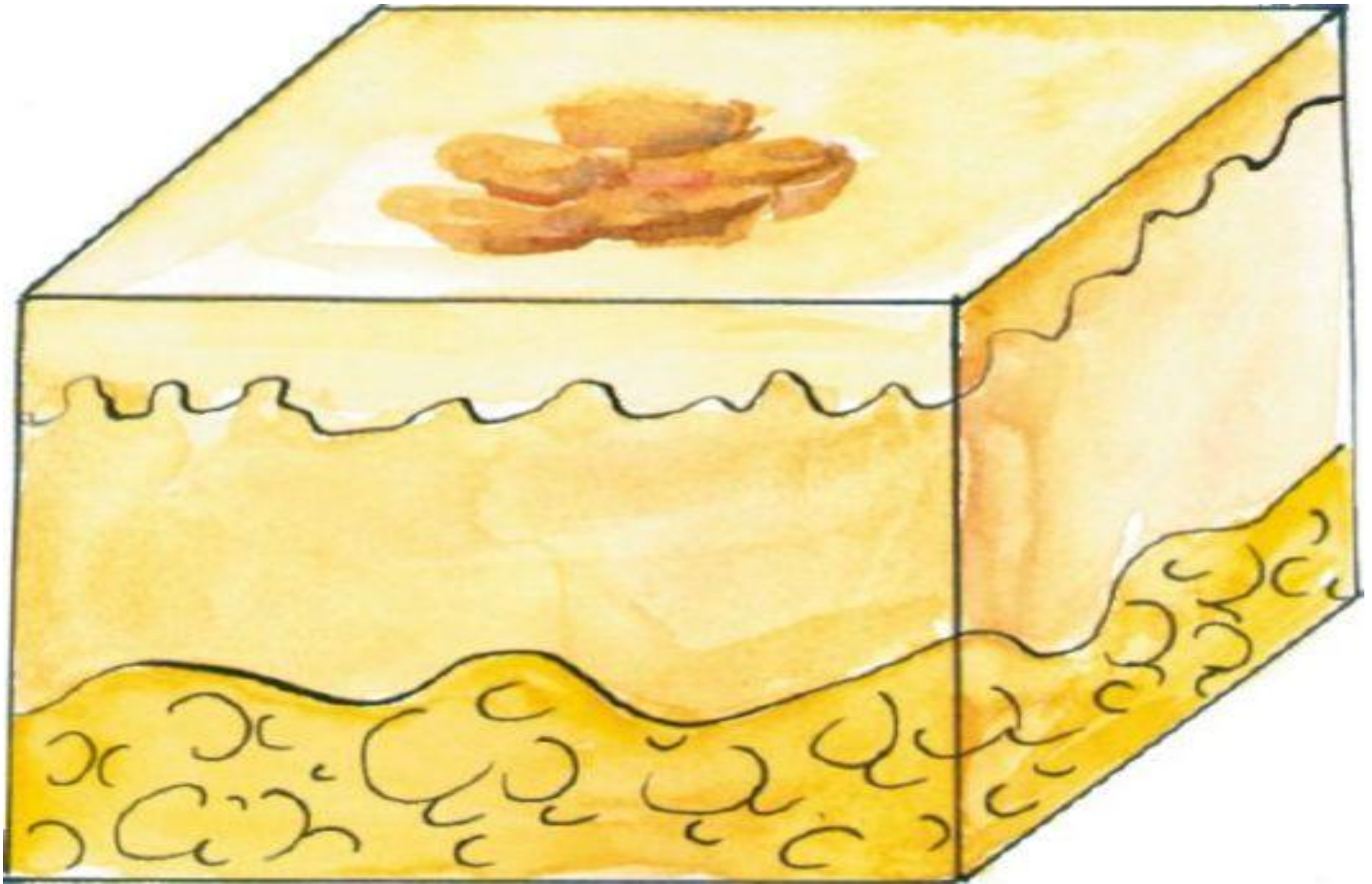
[MedUniver.com](http://MedUniver.com)  
все що медицина...



# Вторинні елементи висипу

- **7.кірка(crusta).** Виникає при засиханні пухирів, пухирців, пустул. **Бувають** серозними, геморагічними, гнійними.
- **8.Рубець(cicatrix)** -заміщення щільною сполучною тканиною при загоєнні виразок, глибоких пустул, ескоріацій, тріщин, горбиків і вузлів. **Виділяють** :атрофічні і гіпертрофічні рубці. В межах рубця відсутні придатки шкіри, епідерміс гладкий, блискучий в складку не береться. **Стадії регресу:** рожевий-коричневий-білий.

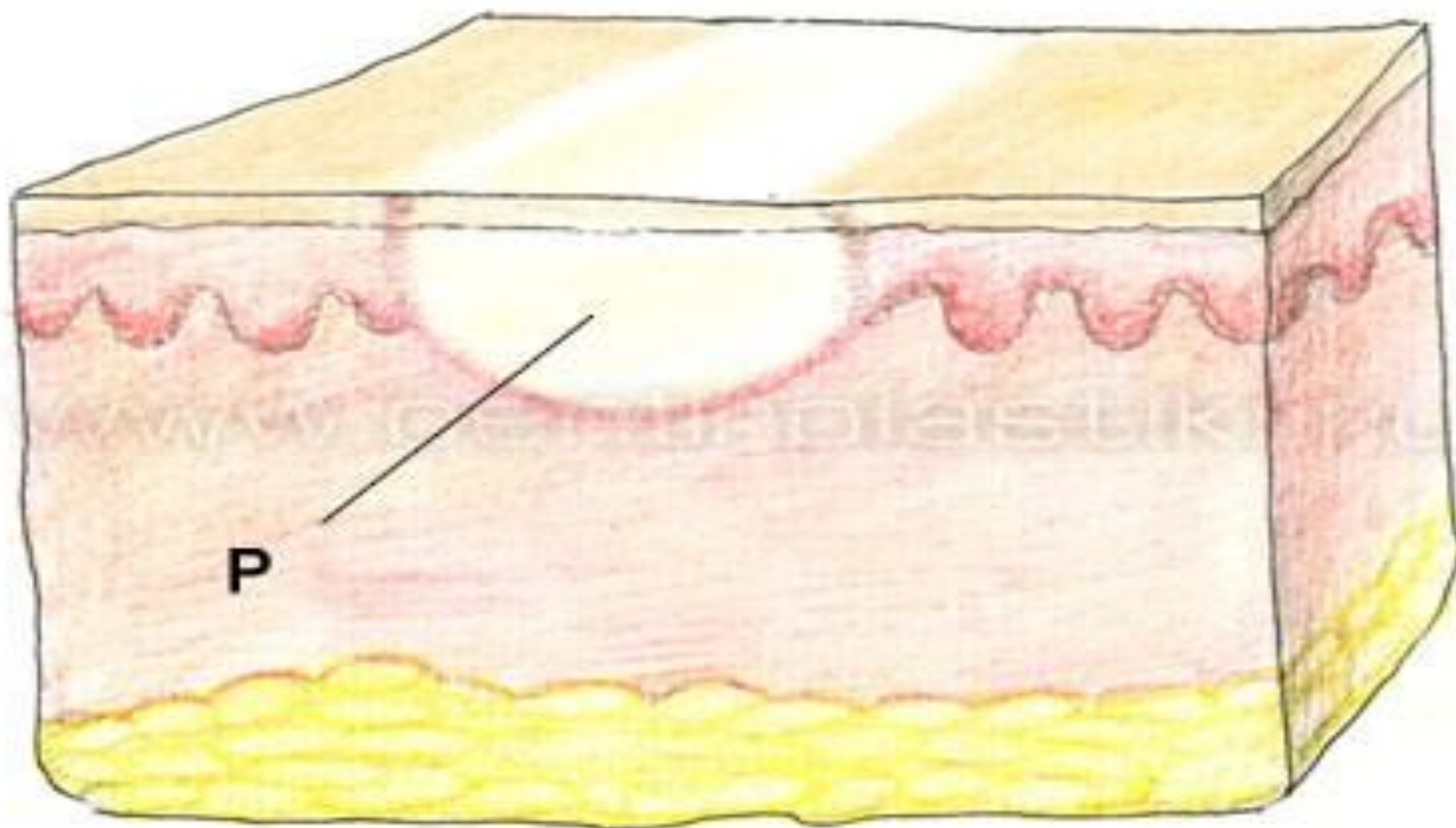
# Кірка



# Гнійні кірочки

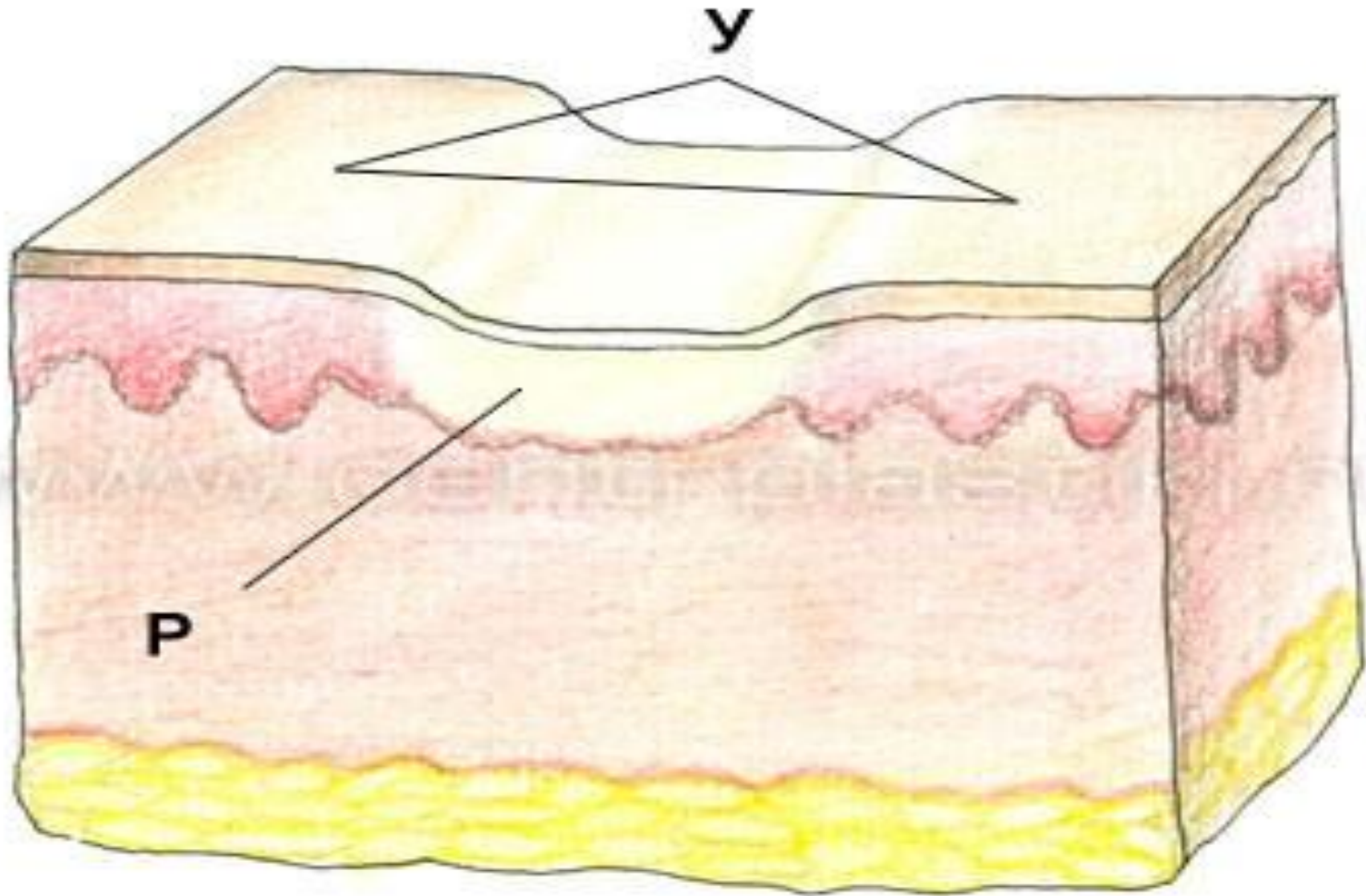


# Нормотрофічний рубець





# Атрофічний рубець

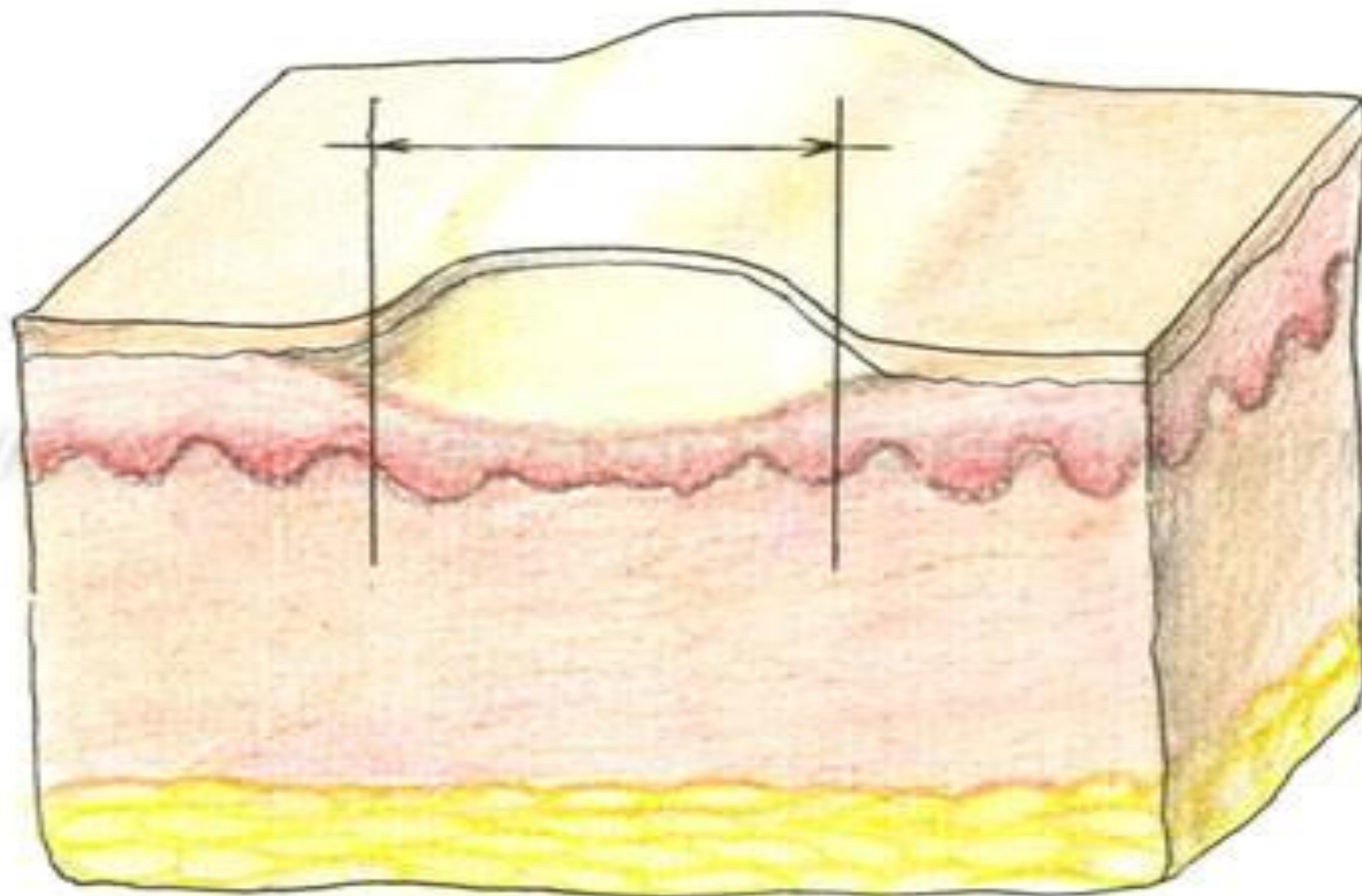




# Атрофічний рубець



# Гіпертрофічний рубець



# Гіпертрофічний рубець



# Келоїдний рубець



# Вторинні елементи висипу

- **9.Атрофія**-зменшення кількості вище лежачих шарів шкіри при розсмоктуванні глибоких інфільтратів(сітчастий шар дерми).  
**Характерно:** Ніжна, тонка шкіра, легко береться в складку.
- **10Ліхеніфікація**-підвищення шкірного рисунка в результаті тривалого запалення, стовщення і ущільнення шкіри(гіперкератоз, атопічний дерматит, нейродерміт, хронічна екзема).



# Атрофія шкіри



# Ліхеніфікація

