



MINISTERSTWO EDUKACJI
NARODOWEJ



Elżbieta Małek

Rozpoznawanie patologicznych zmian skórnych 514[02].Z1.02

Poradnik dla ucznia

Wydawca

**Instytut Technologii Eksploatacji – Państwowy Instytut Badawczy
Radom 2007**

Recenzenci:

mgr Danuta Matuszewska
mgr inż. Zuzanna Sumirska

Opracowanie redakcyjne:

mgr Małgorzata Sołtysiak

Konsultacja:

mgr Małgorzata Sołtysiak
mgr marek Rudziński

Poradnik stanowi obudowę dydaktyczną programu jednostki modułowej 514[02].Z1.02, „Rozpoznawanie patologicznych zmian skórnych”, zawartego w modułowym programie nauczania dla zawodu technik usług fryzjerskich.

Wydawca

Instytut Technologii Eksploatacji – Państwowy Instytut Badawczy, Radom 2007

SPIS TREŚCI

1. Wprowadzenie	3
2. Wymagania wstępne	5
3. Cele kształcenia	6
4. Materiał nauczania	7
4.1. Podstawowe wyjaśnienia terminologiczne, zmiany barwnikowe i naczyniowe skóry	7
4.1.1. Materiał nauczania	7
4.1.2. Pytania sprawdzające	11
4.1.3. Ćwiczenia	11
4.1.4. Sprawdzian postępów	13
4.2. Choroby zakaźne skóry	14
4.2.1. Materiał nauczania	14
4.2.2. Pytania sprawdzające	20
4.2.3. Ćwiczenia	21
4.2.4. Sprawdzian postępów	22
4.3. Łuszczyca i schorzenia gruczołów łojowych	23
4.3.1. Materiał nauczania	23
4.3.2. Pytania sprawdzające	28
4.3.3. Ćwiczenia	28
4.3.4. Sprawdzian postępów	29
4.4. Alergie i nowotwory skóry	30
4.4.1. Materiał nauczania	30
4.4.2. Pytania sprawdzające	34
4.4.3. Ćwiczenia	35
4.4.4. Sprawdzian postępów	36
4.5. Uszkodzenia skóry	37
4.5.1. Materiał nauczania	37
4.5.2. Pytania sprawdzające	39
4.5.3. Ćwiczenia	40
4.5.4. Sprawdzian postępów	41
5. Sprawdzian osiągnięć	42
6. Literatura	

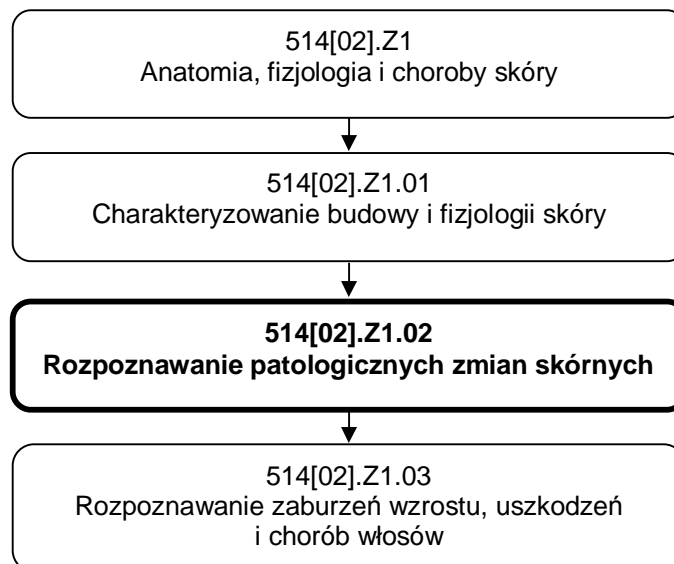
1. WPROWADZENIE

Poradnik, będzie Ci pomocny w przyswajaniu wiedzy na temat rozpoznawania patologicznych zmian na skórze, z którymi w swojej pracy może spotkać się fryzjer. Pozwoli Ci zaplanować czynności zawodowe tak, aby wyeliminować możliwość zagrożenia zakaźnymi chorobami skóry i włosów dla zdrowia klienta i/lub fryzjera. Pomoże zaplanować czynności fryzjerskie w sytuacji rozpoznania zmian skórnych u klienta.

Poradnik ten zawiera:

1. Wymagania wstępne, czyli wykaz niezbędnych umiejętności i wiedzy, które powinieneś mieć opanowane, aby przystąpić do realizacji tej jednostki modułowej.
2. Cele kształcenia tej jednostki modułowej.
3. Materiał nauczania (rozdział 4) umożliwia samodzielne przygotowanie się do wykonania ćwiczeń i zaliczenia sprawdzianów. Wykorzystaj do poszerzenia wiedzy wskazaną literaturę oraz inne źródła informacji. Obejmuje on również ćwiczenia, które zawierają:
 - wykaz materiałów, narzędzi i sprzętu potrzebnych do realizacji ćwiczenia,
 - pytania sprawdzające wiedzę potrzebną do wykonania ćwiczenia,
 - sprawdzian wiadomości/umiejętności.
4. Przykład zadania/ćwiczenia oraz zestaw pytań sprawdzających Twoje opanowanie wiedzy i umiejętności z zakresu całej jednostki. Zaliczenie tego ćwiczenia jest dowodem osiągnięcia umiejętności praktycznych określonych w tej jednostce modułowej. Wykonując sprawdzian postępów powinieneś odpowiadać na pytanie tak lub nie, co oznacza, że opanowałeś materiał albo nie.

Jeżeli masz trudności ze zrozumieniem tematu lub ćwiczenia, to poproś nauczyciela lub instruktora o wyjaśnienie i ewentualne sprawdzenie, czy dobrze wykonujesz daną czynność. Po przyswojeniu materiału spróbuj zaliczyć sprawdzian z zakresu jednostki modułowej.



Schemat układu jednostek modułowych

2. WYMAGANIA WSTĘPNE

Przystępując do realizacji programu jednostki modułowej powinieneś umieć:

- czytać tekst ze zrozumieniem,
- wykonywać rysunki przekroju skóry i jej przydatków,
- charakteryzować budowę i funkcje skóry,
- charakteryzować budowę i funkcje przydatków skórnych, szczególnie włosów,
- korzystać z różnych źródeł informacji,
- dostrzegać podobieństwa i różnice w opisach i fotografiach,
- zorganizować stanowisko pracy zgodnie z wymogami ergonomii,
- dobrać przybory i materiały do wykonania ćwiczenia,
- wykorzystać wcześniejsze doświadczenia własne z zakresu zmian dermatologicznych, z którymi spotkałeś się w życiu.

3. CELE KSZTAŁCENIA

W wyniku realizacji programu jednostki modułowej powinieneś umieć:

- rozpoznać zmiany barwnikowe i naczyniowe skóry,
- określić rodzaje trądziku,
- scharakteryzować choroby wirusowe i bakteryjne,
- rozpoznać choroby grzybicze i pasożytnicze skóry,
- scharakteryzować choroby łojotokowe i łuszczycę,
- określić rodzaje alergii i reakcji alergicznych organizmu,
- określić rodzaje uszkodzeń skóry,
- omówić rodzaje znamion skórnych,
- scharakteryzować nowotwory skóry i określić sposoby zapobiegania,
- scharakteryzować zasady postępowania ze skórą zmienioną patologicznie.

4. MATERIAŁ NAUCZANIA

4.1. Podstawowe wyjaśnienia terminologiczne, zmiany barwnikowe i naczyniowe skóry

4.1.1. Materiał nauczania

Podstawowe wyjaśnienia terminologiczne z zakresu zmian patologicznych skóry

Podczas realizacji zajęć związanych z rozpoznawaniem zmian patologicznych na skórze konieczne jest umiejętne i jednoznaczne posługiwanie się pojęciami z zakresu dermatologii. Umożliwi to charakteryzowanie zmian skórnych przez wszystkich zainteresowanych w sposób jednolity. Warto więc poznać i zapamiętać następujące definicje:

- a) dermatologia – dziedzina medycyny zajmująca się schorzeniami skóry i jej przydatków oraz niektórymi chorobami ogólnoustrojowymi, ujawniającymi się przed wszystkim na skórze,
- b) wykwity skórne – zmiana skórna, na podstawie której można ustalić rozpoznanie; są zasadniczym elementem obrazu klinicznego chorób dermatologicznych. Wyróżniamy wykwity pierwotne i wtórne. Wykwity pierwotne pojawiają się w początkowym okresie ujawnienia się zmian chorobowych na skórze. Wykwity wtórne stanowią zejście wykwitów pierwotnych i są obecne w okresie dalszego przebiegu lub ustępowania choroby.
Przy opisie wykwitów zwraca się uwagę na takie ich cechy, jak: wielkość, kształt, postać, barwę, powierzchnię, ograniczenie umiejscowienia, ilość, towarzyszące objawy podmiotowe (ból, świąd), ewolucję i zejście. Do wykwitów pierwotnych zaliczamy: plamę, grudkę, bąbel, guzek, guz, pęcherz, pęcherzyk, krostę. Do wykwitów wtórnych należą: łuska, strup, nadżerka, owrzodzenie, rozpadlina, pęknięcie i blizna.
- c) objawy (symptomy) chorób – zjawisko poddające się ocenie lekarskiej oraz stanowiące podstawę do wnioskowania o czynnościach ustroju, jego narządów i tkanek zarówno w stanie zdrowia, jak i choroby. Objawy patologiczne występują w zaburzeniach czynności ustroju, wskazują na ich rodzaj i pomagają w ustaleniu rozpoznania. Rozróżniamy objawy podmiotowe (subiektywne), odczuwane przez samego chorego (np. ból, duszności, zmęczenie, itp.) i przedmiotowe (obiektywne) stwierdzone przez lekarza na podstawie badań (np.: powiększenie narządu, charakter zmiany skórnej, zaczerwienienie, obrzęk).
- d) leczenie (terapia) – to podstawowy dział medycyny zajmujący się przywracaniem do zdrowia ludzi chorych. Najczęściej leczenie dzieli się na przyczynowe (zmierza do usuwania przyczyn choroby) i objawowe (usuwanie objawów chorób, ale nie przyczyn). Inny podział uwzględnia leczenie zachowawcze i chirurgiczne. W chorobach skóry stosowane są wszystkie powyższe metody leczenia.
- e) etiologia – w medycynie jest to zespół przyczyn składających się na powstanie choroby.

Znamiona i zmiany naczyniowe skóry

Znamionami są to rozmaite nieprawidłowości rozwojowe skóry o charakterze wrodzonym, chociaż czasem mogą ujawniać się nie tylko tuż po urodzeniu, ale w różnych okresach rozwojowych. Utrzymują się przez całe życie. Zwykle dotyczą jednej tkanki. Około 95% ludzi dorosłych ma przynajmniej jedno znamię. Wyróżniamy:

- znamiona naskórkowe (mogą być brodawkowe lub wychodzące z gruczołów łojowych),
- znamiona skórne (mogą być naczyniowe, tłuszczowe, łącznotkankowe),
- znamiona barwnikowe (melanocytowe),

- znamiona mieszane (mają utkanie z różnych tkanek, ale jedna zawsze przeważa nad innymi).

Wśród znamion naskórkowych najpopularniejsze są znamiona naskórkowe brodawkowate i brodawki łojotokowe.

Znamiona naskórkowe brodawkowate mają charakter zmian twardych, przerosłych, często o układzie linijnym i jednostronnym. Mogą mieć barwę skóry lub odcień brunatny. Występują już we wczesnym dzieciństwie. Mogą być umiejscowione w bardzo różnych miejscach. Czasami może towarzyszyć im świąd i stan zapalny.

Brodawka łojotokowa (starcza, rogowacenie łojotokowe)



Rys. 1. Brodawka łojotokowa

Jest nowotworem łagodnym o brodawkowatej powierzchni, niekiedy uszypułkowany. Może być dobrze odgraniczony od otoczenia, grudkowy. Kolor może być zbliżony do skóry danego człowieka albo ciemniejszy (brunatny). Najczęściej zmiany umiejscawiają się na tułowiu, twarzy, grzbietach rąk, owłosionej skórze głowy i w okolicach płciowych. Pojawiają się w wieku dojrzałym i u osób starszych. Niekiedy zmiany te mogą przejść w raka podstawnokomórkowego.

Znamiona skórne i inne zmiany naczyniowe skóry

Występują najczęściej pod postacią naczyniaków. Są to rozmaite zmiany, spowodowane rozszerzeniem naczyń krwionośnych lub ich rozrostem, istnieją od urodzenia. Wyróżniamy następujące postacie naczyniaków: płaski, jamisty, starczy, gwiaździsty.



Rys. 2. Naczyniak – znamię skórne

Inną postacią znamienia skórniego jest ziarniak naczyniowy, który ma charakter nowotworu łagodnego. Jest to guzek powstający na skutek rozrostu naczyń włosowatych. Często w miejscu urazu wytwarza się guzek barwy ciemnoczerwonej, o wilgotnej, łatwo ulegającej krwawieniu powierzchni i szypułkowanej podstawie. Wykwit ten jest pojedynczy, jego wzrost jest szybki. Najczęściej występuje na rękach, twarzy, w obrębie czerwieni warg, dziąseł, języka. Większość znamion skórnych ustępuje samoistnie lub można je usuwać chirurgicznie.



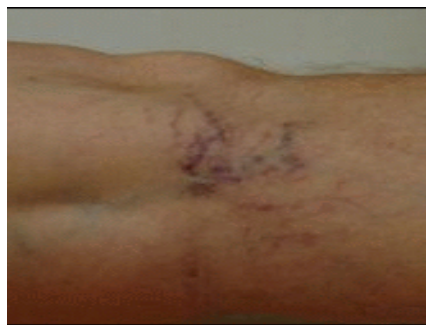
Rys. 3. Ziarniak naczyniowy

Dla odróżnienia zmian naczyniowych skóry wyróżniony został podział na dwie grupy:

- 1) naczyniaki (wymienione jako znamiona skórne, łagodne zmiany pochodzenia naczyniowego),
- 2) malformacje naczyniowe (różnorodne zmiany zbudowane z dysplastycznych naczyń, zazwyczaj z dominującym jednym rodzajem lub kalibrem naczyń: włosowatych, żylnych, tętniczych i limfatycznych). Malformacje naczyniowe, są to powiększone, wytworzone w nadmiernej ilości naczynia krwionośne, które widać na powierzchni skóry jako plamy, kropki, wybrzuszenia i pajęczynki. Najczęstszą zmianą naczyniową skóry są teleangiektazje, czyli trwale rozszerzone naczynia włosowate spłotu podbrodawkowego skóry, które uwidaczniają się przez naskórek w postaci czerwonych "nitek". W skrajnych przypadkach mogą one ściśle przylegać do siebie tak, że dają obraz jednorodnego zaczerwienienia.

Czynniki zewnętrzne sprzyjające powstawaniu zmian naczyniowych to:

- przewlekła ekspozycja na słońce,
- zbyt częste korzystanie z solarium,
- wiatr i duże wahania temperatur,
- duża wilgotność,
- długotrwałe stosowanie miejscowych sterydów, zwłaszcza na twarz, szyję i dekolt, u osób predysponowanych (cienki naskórek, jasna karnacja, dzieci),
- stosowanie laserów biostymulujących.



Rys. 4. Teleangiektazje

W leczeniu popękanych naczynek stosuje się obecnie najczęściej zabiegi:

- elektrokoagulację – koagulacja tkanek za pomocą prądu wysokiej częstotliwości,
- skleroterapię – polega na wstrzyknięciu do naczynia krwionośnego preparatu obliterującego co powoduje zarastanie światła naczynia,
- krioterapię – przy użyciu podtlenku azotu lub ciekłego azotu.

Znamiona i inne zmiany barwnikowe skóry

Układ barwnikowy skóry jest utworzony przez melanocyty skóry, które znajdują się w warstwie podstawnej naskórka. W sposób ciągły syntetyzują one barwnik i oddają go do

otaczających keratynocytów w postaci ziarenek melaniny. Najważniejszym znanym zadaniem melanocytów jest ochrona skóry przed światłem. Nieprawidłowości związane z wytwarzaniem melaniny są przyczyną powstawania zaburzeń barwnikowych. Mogą one mieć charakter zaburzeń genetycznych i wrodzonych (bielactwo, piegi) lub być następstwem działania szkodliwych czynników chemicznych, swoistych bodźców świetlnych, czynników humoralnych i miejscowych procesów chorobowych. Najpopularniejszym zaburzeniem barwnikowym o podłożu dziedzicznym są piegi. Powstają one na skutek nieprawidłowości w wytwarzaniu melaniny przy prawidłowej liczbie melanocytów. Mają postać małych, nieregularnych, brązowych plam, umiejscowionych szczególnie w tych okolicach skóry, które są narażone na większe działanie światła (twarz, ramiona, górna część ciała). Często są skojarzone z jasną karnacją ciała. Ujawniają się w wieku dziecięcym, występują z różną intensywnością zależnie od pory roku. Z punktu widzenia medycznego nie wymagają leczenia, ale mogą dla niektórych osób stanowić problem kosmetyczny.

Zmiany barwnikowe występować mogą w postaci zwykłych plam barwnikowych lub też przybierać na przykład postać guzów. Często przybierają postać znamion. Znamiona stwierdzone po urodzeniu czy w okresie dzieciństwa mogą później narastać do pewnej wielkości. Ich umiejscowienie, rozmiar i barwa nie mają znaczenia rokowniczego. Jednak nawet drobne, ale często powtarzające się urazy, próby mechanicznego czy chemicznego usunięcia znamienia, mogą być jednym z czynników w wywiadzie czerniaka złośliwego. Zawsze niepokojące jest nasilenie barwy znamienia, wystąpienie objawów zapalnych, owrzodzenie, krwawienie i bolesność. Do znamion barwnikowych płaskich mających charakter zmian dziedzicznych należą wspomniane powyżej piegi. Inne znamiona z tej grupy to:

- plamy soczewicowate – są to nabyte, ostro ograniczone przebarwienia z małymi plamami. Mogą występować u dorosłych w okolicach skóry narażonych na działanie światła, przede wszystkim na rękach i przedramionach, mają charakter brązowych plam wielkości ziarna soczewicy lub większe. Szczególną uwagę należy zwrócić na złośliwe plamy soczewicowate, które mogą być formą wstępną złośliwego czerniaka skóry. Zazwyczaj mają one postać pojedynczej nieregularnej ograniczonej plamy o niejednorodnej pigmentacji. Występują najczęściej u starszych ludzi w okolicach skóry najbardziej narażonych na działanie światła. W leczeniu soczewicowatych plam słonecznych wykorzystuje się krioterapię, a przy podejrzeniu wystąpienia plamy złośliwej konieczne jest jej wycięcie i poddaniu badaniom pod kątem zawartości komórek nowotworowych.
- znamiona komórkowe barwnikowe – są to zmiany mające różną kolorystykę, charakteryzują się tym, że ich powierzchnia może być gładka, zrazikowa, a niekiedy nawet owłosiona.



Rys. 5. Znamię barwnikowe

Dużym problemem dermatologicznym może być zaburzenie barwnikowe zwane bielactwem. Może ono mieć charakter wrodzony lub nabyty. Bielactwo wrodzone występuje często jako cecha rodzinna. Jeśli dotyczy całego ciała, nosi wtedy nazwę albinizmu, a brak barwnika przejawia się nie tylko na skórze, ale dotyczy włosów, a nawet zmian w oczach. Często zmiany mogą mieć charakter pojedynczych czy mnogich plam, umiejscowionych

w różnych miejscach na skórze. Bielactwo nabyte ma charakter przewlekły, szerzy się obwodowo lub przez występowanie coraz to nowych odbarwionych, białych plam, z charakterystyczną przebarwioną obwódką. W bielactwie można stosować wszystkie zabiegi fryzjerskie, za wyjątkiem naświetlania.

Zaburzeniem barwnikowym często charakterystycznym dla kobiet w ciąży jest również ostuda. Polega na tworzeniu się płaskich plam o nieregularnych zarysach, przypominających mapę geograficzną, barwy jasnożółtawej lub brunatnobrazowej. Zmiany najczęściej dotyczą twarzy. Jest schorzeniem spotykanym u kobiet, głównie w ciąży, ale nie tylko. U mężczyzn jest wyjątkowym zjawiskiem. Często jej podłożem mogą być zaburzenia w pracy gruczołów dokrewnych. W zabiegach fryzjerskich należy bardzo uważać na środki chemiczne, ponieważ mogą one spowodować zaostrzenie zmian skórnych u klientki.

4.1.2. Pytania sprawdzające

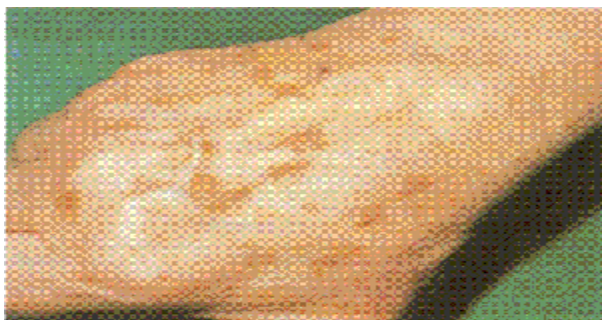
Odpowiadając na pytania, sprawdzisz, czy jesteś przygotowany do wykonania ćwiczeń.

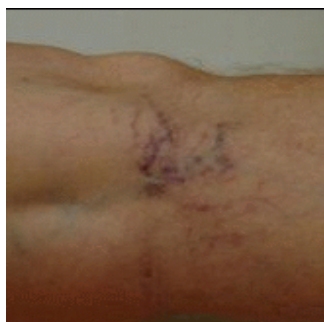
1. Co nazywamy wykwitem skórny?
2. Co oznacza termin „etiologia” w dermatologii?
3. Czym zajmuje się dermatologia?
4. Czym charakteryzują się znamiona?
5. Jak wyglądają znamiona naskórkowe?
6. Jakie znasz zmiany naczyniowe skóry?
7. Co to są malformacje?
8. Co to są teleangiektazje?
9. Jakie czynniki zewnętrzne sprzyjają powstawaniu zmian naczyniowych?
10. Jakie znasz zaburzenia barwnikowe skóry?
11. Czym charakteryzuje się bielactwo?
12. Jakie zmiany skórne są charakterystyczne dla ostudy?

4.1.3. Ćwiczenia

Ćwiczenie 1

Rozpoznaj zaprezentowane na zdjęciach zmiany skórne i określ ich charakterystyczne cechy.





Sposób wykonania ćwiczenia

Aby wykonać ćwiczenie, powinienes:

- 1) zapoznać się z informacjami na temat znamion, zmian barwnikowych i naczyniowych skóry (materiał nauczania pkt.4.1.1),
- 2) zorganizować stanowisko pracy do wykonania ćwiczenia,
- 3) przeanalizować charakterystyczne cechy zmian skórnych przedstawionych na fotografiach,
- 4) wypisać cechy charakterystyczne w brudnopisie,
- 5) przykleić każde ze zdjęć osobno, a pod nimi podpisać wybrane cechy charakterystyczne,
- 6) zaprezentować swoją pracę na forum grupy,
- 7) dokonać oceny poprawności i dokładności wykonanego ćwiczenia,
- 8) ewentualnie uzupełnić brakujące informacje lub poprawić błędne.

Wyposażenie stanowiska pracy:

- 4 zdjęcia zmian skórnych,
- atlas chorób skóry,
- duży arkusz białego papieru,
- przybory do pisania,
- kartki brudnopisu,
- taśma klejąca,
- literatura z rozdziału 6.

Ćwiczenie 2

Zaobserwuj, nazwij i opisz zmiany skórne (barwnikowe i naczyniowe) występujące na swojej skórze, bądź na skórze koleżanek z grupy. Opisz ich cechy charakterystyczne. Do rozpoznawania zmian użyj lupy.

Sposób wykonania ćwiczenia

Aby wykonać ćwiczenie, powinienes:

- 1) zapoznać się z informacjami na temat zmian barwnikowych i naczyniowych skóry (materiał nauczania pkt.4.1.1),
- 2) zorganizować stanowisko pracy do wykonania ćwiczenia,
- 3) obejrzeć przez lupę wszystkie widoczne na swojej skórze zmiany barwnikowe i naczyniowe,
- 4) wypisać cechy charakterystyczne i lokalizację zaobserwowanych zmian w brudnopisie,
- 5) przedstawić diagnozę, opis, lokalizację i charakterystykę zaobserwowanych zmian,
- 6) zaprezentować swoją pracę na forum grupy,
- 7) dokonać oceny poprawności wykonanego ćwiczenia,
- 8) ewentualnie uzupełnić brakujące informacje lub poprawić błędne.

Wyposażenie stanowiska pracy:

- lupa,
- duży arkusz białego papieru,
- przybory do pisania,
- kartki brudnopisu,
- taśma klejąca,
- literatura z rozdziału 6.

4.1.4. Sprawdzian postępów

Czy potrafisz:

	Tak	Nie
1) scharakteryzować wykwity skórne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) zdefiniować podstawowe pojęcia dermatologiczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) scharakteryzować poszczególne rodzaje znamion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) opisać zmiany naczyniowe skóry?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) zdefiniować pojęcie „malformacje”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) wymienić czynniki zewnętrzne mające wpływ na powstawanie zmian naczyniowych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) określić przyczyny zmian barwnikowych skóry?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) wyliczyć zmiany barwnikowe skóry?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) scharakteryzować bielactwo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) określić cechy charakterystyczne ostudy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) omówić sposoby postępowania ze znamionami?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2. Choroby zakaźne skóry

4.2.1. Materiał nauczania

I. Choroby bakteryjne

Prowadzą do występowania zmian ropnych w obrębie skóry. Najczęściej spowodowane są przez gronkowce i paciorkowce, które stale przebywają na powierzchni skóry człowieka, a w momencie spadku odporności albo zwiększenia ich zjadliwości stają się chorobotwórcze. Występowaniu opisywanych chorób sprzyja:

- zetknięcie się z czynnikiem patogennym z otoczenia,
- zmniejszenie odporności ogólnej danego człowieka,
- współistnienie innych chorób (cukrzyca, wyniszczenia, chorób nowotworowych, HIV, itp),
- brak lub niedostatek higieny osobistej,
- uszkodzenie mechaniczne skóry,
- istnienie innych zmian dermatologicznych,
- zaburzenia mechanizmów obronnych.

Przebieg i obraz kliniczny zależy od rodzaju bakterii oraz od stanu ogólnego ustroju człowieka. Leczenie polega na miejscowym stosowaniu preparatów przeciwbakteryjnych, a w cięższych przypadkach podaje się antybiotyki.

Liszajec zakaźny

Występuje przeważnie u dzieci. Zakażenie następuje zwykle przez wcieranie, drapanie skóry i wprowadzanie infekcji. Zmiany są powierzchowne, ropne, wywołane przez kontaktowe zakażenie paciorkowcami i/lub gronkowcami. Najczęstsze są dwie odmiany tego schorzenia: odmiana pęcherzykowa i pęcherzowa. W odmianie pęcherzykowej występują krótkotrwałe, o cienkich ściankach pęcherzyki na podłożu rumieniowym, przechodzące w krosty i nadżerki pokryte żółtawymi strupami. Zmiany mają tendencję do zlewania się. Odmiana pęcherzowa jest trwalsza, występują w niej pęcherze wielkości kilku centymetrów, a po ich pęknięciu tworzą się strupy.

Róża

Występuje szczególnie u dzieci i ludzi starszych. Zakażenie wywołane jest na ogół przez paciorkowce (rzadko gronkowce), zmiany miejscowe są głębsze, towarzyszą im objawy ogólne. Na skórze występują zmiany w postaci powierzchownego, przeważnie ostro ograniczonego ogniska, które jest zaczerwienione, obrzęknięte, gorące. W cięższych przypadkach zmiany mogą mieć postać pęcherzy z zawartością surowiczą, krwistą, ropną, a nawet mogą wystąpić objawy martwicy lub zgorzeli. Równocześnie występują objawy ogólne w postaci:

- powiększenia i obrzmienia okolicznych węzłów chłonnych,
- dreszcze i wysoka temperatura – do 40 st. C,
- w badaniach laboratoryjnych: podwyższone OB. i leukocytoza.

Wrotami zakażenia mogą być istniejące zmiany skórne, zranienia skóry (róża przyrana).

Stany zapalne mieszków włosowych

Wywołane są przez zakażenie skóry gronkowcami. Stan zapalny zwykle na początku dotyczy ujścia mieszków włosowych, a następnie obejmuje cały mieszek i otoczenie. Zmiany umiejscawiają się zwykle na skórze twarzy, ale mogą wystąpić w innych miejscach np.: na tułowiu czy kończynach. Zapaleniu sprzyjają drobne urazy i zadrapania naskórka. Objawem

podstawowym są drobne, przywłosne zmiany ropne i krostki, często tym włosem przebite, otoczone rąbkim zapalnym. Jeśli proces dotyczy całego mieszka włosowego, przenosi się na głębsze warstwy skóry, wówczas występuje miejscowa bolesność. Zmiany mogą być pojedyncze lub mnogie. Czasami przy ich masywnym wysiewie może dojść do powiększenia okolicznych węzłów chłonnych.

Sz szczególnie przewlekła odmiana gronkowcowego zapalenia mieszków włosowych to „Figówka gronkowcowa”. Zmiany zlokalizowane są głównie na twarzy w obrębie zarostu (warga górna, broda, policzki), trwają nawet wiele lat, dotyczą głównie mężczyzn i mogą pozostawiać blizny. Początkowo pojawiają się krosty przymieszkowe i grudki, które niekiedy zlewają się w miękkie guzy wypełnione treścią ropną. Na skutek zajęcia przez stan zapalny całego mieszka włosowego, włosy w obrębie tych zmian chorobowych mogą ulegać samoistnej depilacji. Przy dużym zaawansowaniu choroby może dojść do zniszczenia brodawki włosa i powstania blizny. Zwykle jednak po wyleczeniu włosy odrastają.

Leczenie zakażeń gronkowcowych skóry polega na:

- poprawie warunków higienicznych,
- leczeniu innych wszystkich zmian skórnych zarówno miejscowo, jak i przy cięższym przebiegu – ogólnie,
- miejscowo na zmienioną chorobowo skórę stosuje się płyny, aerozole lub maści zawierające antybiotyk, a w bardziej zaawansowanych zmianach antybiotyki doustnie po wykonaniu posiewu i antybiogramu,
- chory nie powinien używać do golenia maszynki elektrycznej, a tylko jednorazowych ostrzy,
- odkażać wszystkie przyrządy używane do golenia,
- stosować preparaty wzmacniające odporność ogólną (witaminy, szczepionki przeciwbakteryjne, lepsze jakościowo odżywianie się).

Czyrak

Czyrak – tak nazywa się ropne zapalenie okołomieszkowe, którego charakterystyczną cechą jest tworzenie czopa martwiczego i głębszy charakter zmian, które sięgają aż do tkanki podskórnej. Początkowo zmiana skórna ma charakter nacieku zapalnego wokół mieszka włosowego, następnie przybiera postać niewielkiego guzka barwy sinoczerwonej, który może być silnie bolesny. Po 4 – 6 dniach na jego szczycie pojawia się ropny pęcherzyk przebity włosem, a pod nim martwiczy czop.



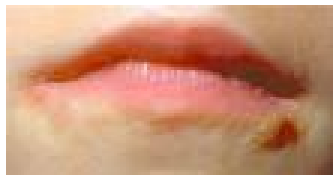
Rys. 6. Czyrak

Guzowaty naciek może mieć wielkość nawet porównywalną do śliwki. Po kilku dniach pęcherzyk pęka, a tkanki martwicze w postaci czopa ulegają najczęściej samooddzieleniu. Następnie dochodzi do gojenia, z pozostawieniem blizny. Czyraki na ogół umiejscawiają się na karku, pośladkach, twarzy, ale mogą wszędzie. Cały proces gojenia zmian skórnych trwa ok. 10 – 20 dni. W leczeniu czyraków stosuje się miejscowo okłady z ichtiolu i antybiotyki. Nie wolno zmian skórnych wyciskać!

II. Choroby wirusowe

Najczęstszymi schorzeniami wirusowymi skóry, z którymi może spotkać się fryzjer są:

- **opryszczki:** opryszczka zwykła, ospa wietrzna, półpasiec



Rys. 7. Opryszczka zwykła

- **brodawki skórne**



Rys. 8 Brodawki skórne

Opryszczka zwykła

Czynnikiem powodującym zakażenie jest wirus typu herpes simpleks. Typowe są drobnopęcherzykowe zmiany, umiejscowione głównie na granicy skóry i błon śluzowych. Mają skłonność do nawrotów. Wykwitami pierwotnymi są drobne pęcherzyki, znajdujące się na podstawie rumieniowej, mogące się grupować. Początkowo są one wypełnione treścią surowiczą, później ropną, a następnie w ciągu kilku dni pojawia się w chorobowo zmienionym miejscu strup. Zwykle zmianom skórnym towarzyszy pieczenie, niewielka bolesność, która może pojawić się już na 2–3 dni przed wystąpieniem zmian. Najczęstsze umiejscowienie zmian skórných to: twarz i wargi, oraz błony śluzowe jamy ustnej. Niebezpieczne może okazać się umiejscowienie zmian w obrębie oka, ponieważ może doprowadzić do upośledzenia wzroku.

Przebieg zakażenia opryszczką jest krótkotrwały, zazwyczaj od 6 do 10 dni, ale ma duże tendencje do nawrotów, szczególnie w tych samych miejscach. Wirus opryszczki typu 2 może wywołać zmiany skórne w obrębie narządów płciowych.

Zakażenie wirusem opryszczki jest bardzo częste ze względu na łatwość przenoszenia się wirusa z człowieka na człowieka poprzez kontakt bezpośredni i pośredni. Jeśli już doszło do zakażenia, to prawdopodobnie wirus osiedla się na stałe w danym organizmie. Zmiany skórne mogą pojawiać się bez konkretnej przyczyny, ale najczęściej w sytuacji zmniejszenia odporności, stresów, zachwiania równowagi organizmu.

Profilaktyka zakażeń wirusem opryszczki powinna polegać na:

- unikaniu bezpośredniego kontaktu z osobą, która ma opryszczkę, dopóki wszystkie pęcherzyki się nie wygoją,
- nie używaniu tych samych co ona kosmetyków, ręczników, poduszek i innych przedmiotów, które mogły mieć bezpośredni kontakt ze zmianami skórnymi,
- unikaniu infekcji dróg oddechowych i innych, które osłabiają organizm,
- prawidłowym pod względem jakości odżywianiu się,
- prowadzeniem zdrowego stylu życia, który wzmocni naszą ogólną odporność.

Ospa wietrzna

Jest chorobą zakaźną głównie wieku dziecięcego, chociaż zakażenia mogą ujawniać się również znacznie później, u osób, które nie przechorowały ospy. Cechują ją rozsiane wykwity pęcherzykowo – krostkowe w obrębie skóry i błon śluzowych. Objawom skórny mogą towarzyszyć objawy ogólne takie jak: podwyższona temperatura ciała, złe samopoczucie, świąd skóry, osłabienie. Czynnikiem wywołującym jest Herpesvirus varicellae. Zakaźność jest bardzo duża. Zmiany skórne polegają na występowaniu grudek na podłożu rumieniowym, w obrębie których powstają pęcherzyki i krostki, zagłębione w części środkowej. Po kilku dniach powstaje strup. Mogą pozostać niewielkie bliznki. Nie ma typowego umiejscowienia zmian skórnych, ponieważ mogą pojawiać się na całym ciele, a nawet zajmować błony śluzowe jamy ustnej. Bardzo rzadko zajęte bywają dłonie i stopy. U osób dorosłych przebieg może być dużo cięższy niż u dzieci.

W leczeniu stosuje się antybiotyki, w celu zapobieżenia wtórnym infekcjom bakteryjnym, leki antywirusowe (acyklowir). Równocześnie na skórę stosuje się miejscowo aerozole z antybiotykami oraz papki zawierające mentol.

Półpasiec

Wywołany jest przez ten sam wirus, który jest odpowiedzialny za zakażenie ospą wietrzną. Zmiany mają również charakter pęcherzyków, ale mogą być znacznie większe tworząc pęcherze i bardzo charakterystycznie ułożone są jednostronnie. Zmianom skórny towarzyszą duże dolegliwości bólowe. Schorzenie występuje u osób, które już wcześniej chorowały na ospę, ale albo uaktywniły się u nich przetrwałe wirusy, albo nastąpiło powtórne zakażenie w wyniku zetknięcia się z chorym na ospę. Zmiany skórne najczęściej umiejscowione są na twarzy, szczególnie w jej górnej części lub na tułowiu głównie na klatce piersiowej wzdłuż przebiegu nerwów międzyżebrowych, zwykle nie przekraczając linii środkowej twarzy lub tułowia. Półpasiec na ogół pozostawia trwałą odporność.

Brodawki skórne

Wywołane są wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV). Należą do nich: brodawki zwykłe, brodawki płaskie, brodawki stóp, oraz brodawki weneryczne, czyli kłykciny kończyste. Brodawki zwykłe – mają postać grudek o nierównej powierzchni, nie powodują żadnych dolegliwości, mają tendencję do samoistnego ustępowania. Wykwitem pierwotnym jest grudka o średnicy od kilku do kilkunastu milimetrów, barwy szarobrunatnej lub zbliżonej do koloru skóry, o wyniosłej, szorstkiej powierzchni. Brodawki mogą być pojedyncze, ale częściej grupują się i zlewają. Najczęściej są umiejscowione na palcach rąk, w okolicach wałów paznokciowych, niekiedy pod płytka paznokciową. Przebieg choroby jest przewlekły, nawet wieloletni.

W leczeniu stosuje się: zamrażanie ciekłym azotem, łyżeczkowanie, elektrokoagulację, usuwanie przy użyciu kwasu salicylowego. Dobre wyniki uzyskuje się przy zastosowaniu preparatu: Verrumal.



Rys. 9. Brodawki płaskie (młodocianych)

Brodawki płaskie (młodocianych) – są zazwyczaj liczne, płaskie, mają postać gładkich grudek o nieco błyszczącej powierzchni lub nieznacznie chropowate. Na ogół koloru brunatnego lub niewiele różniące się od skóry zdrowej. Najczęściej umiejscowione są na

grzbietach rąk, dolnej części twarzy, czole, ale mogą zajmować różne okolice. Często układają się linijnie. Na ogół ustępują samoistnie, ale u osób o obniżonej odporności mogą utrzymywać się przez wiele lat. W leczeniu stosuje się kwas witaminy A w płynie lub w maści oraz środki złuszczące z rezorcyną i siarką.

III. Grzybice i drożdżycy

Większość grzybic występujących u człowieka nabywa się od zarażonych ludzi, zwierząt lub roślin. Głównymi grzybami chorobotwórczymi dla człowieka są dermatofity, grzyby drożdżowe i pleśnie. Grzybica skóry może zaatakować naskórek, paznokcie oraz włosy. W grzybicy skóry grzyby są przenoszone z człowieka na człowieka bezpośrednio lub przez kontakt z wilgotnymi przedmiotami zawierającymi zarazki. Mogą również być przeniesione ze zwierząt. Duże znaczenie w zakażeniach mają takie czynniki jak: wilgotny, ciepły klimat, nieodpowiednie warunki pracy, nadmierna potliwość, maceracja naskórka, brak dostatecznej higieny ciała, ubrania z tkanin syntetycznych. Ogólne czynniki predysponujące do powstawania tych chorób to: cukrzyca, choroby układu krążenia, obniżenie odporności. Spośród grzybic skóry najpopularniejsze są:

- **grzybica ciała** – charakteryzuje się występowaniem zmian w postaci ostro odgraniczonych, nieregularnych, różnej wielkości ognisk, zaczerwienionych, łuszczących się, z płaskimi grudkami na obwodzie. Zmiany umiejscawiają się przeważnie na tułowie, są asymetryczne.
- **grzybica dłoni i stóp** – występuje w dwóch postaciach: jako typ suchy i typ potnicowy. Typ suchy charakteryzuje się występowaniem nieostro ograniczonych ognisk z powierzchownym złuszczeniem lub nadmiernym rogowaceniem. Zmiany są często asymetryczne, jednostronne. Występuje wyraźne pogłębienie linii skórnych. W typie potnicowym występują natomiast pęcherzyki, tworzą się pęcherze i pojawia się świąd.
- **grzybica międzypalcowa** – dotyczy najczęściej stóp, ostatnich dwóch przestrzeni międzypalcowych. Towarzyszy jej swędzenie, w głębszych zmianach nawet ból oraz zmiany miejscowe w postaci białawego, zmacerowanego, częściowo oddzielającego się naskórka.

Przebieg grzybic jest na ogół przewlekły, nierzadko występuje wtórne zakażenie bakteryjne w miejscach chorobowo zmienionych. W leczeniu wykorzystuje się miejscowo i ogólnie stosowane środki przeciwgrzybiczne.

Drożdżycy skóry

Jest grzybicą wywołaną przez drożdżaki. Może dotyczyć powierzchownych warstw skóry, paznokci, błon śluzowych, a nawet innych układów. Drożdżycy skóry może być przeniesiona przez bezpośredni kontakt lub przypadkowe przeniesienie za pośrednictwem artykułów higienicznych i środków spożywczych. Najczęściej występującą jest drożdżycy wyprzeniowa i międzypalcowa.

- **drożdżycy wyprzeniowa** – ujawnia się najczęściej w dużych fałdach ciała, gdzie przybiera postać zaczerwienionych ognisk z nadzerkami i/lub białawymi nalotami. Na obwodzie zmiany przybierają postać grudek, swędzą. Często występują u ludzi otyłych i chorych na cukrzycę.
- **drożdżycy międzypalcowa** – występuje w przestrzeniach międzypalcowych rąk i stóp. Ma postać maceracyjno – nadzerkowych zmian z pęknięciami skóry. Najczęściej występuje u osób wykonujących prace w wilgotnym środowisku. W leczeniu, podobnie jak w innych grzybicach, wykorzystuje się środki przeciwgrzybiczne. Ważne jest również leczenie istniejących rezerwuarów zarazków (mogą bytować w jelitach i jamie ustnej).

IV. Choroby pasożytnicze

Najczęstszymi chorobami pasożytniczymi skóry występującymi u człowieka jest wszawica i świerzb.

Wszawica

Jest jednostką chorobową, która umieszczona została w wykazie chorób zakaźnych i zakażeń – Ustawa z dnia 6 września 2001 roku. Jest to obecność na ciele człowieka lub jego odzieży wszy ludzkich lub/i ich jajeczek (gnid). W zależności od gatunku wszy można rozróżnić:

- wszawicę głowową,
- wszawicę łonową,
- wszawicę odzieżową.



Rys. 10. Postać dorosła wszy

Najczęściej występuje pierwsza grupa. Wszy głowowe i wszy odzieżowe są wielkości ok. 2–4 mm, a wszy łonowe nieznacznie mniejsze. Ich żądło ssawne przebija skórę w celu pobrania krwi i równocześnie wpuszcza wydzielinę, która ma działanie miejscowo znieczulające. Jaja wszy czyli gnidy są przyklejone do włosów na głowie, do włosów łonowych lub znajdują się w bieliznie. W ciągu 2–3 tygodni z gnid rozwijają się dorosłe owady. Długość życia dorosłych osobników około 4 tygodni. Wszawica przenosi się zarówno przez bezpośredni kontakt z osobą zakażoną, jak również przez przedmioty, w których bytują wszy (np.: grzebienie, ręczniki, bielizna). Okres zaraźliwości trwa tak długo, jak długo żyją wszy na zakażonej osobie lub jej odzieży i dopóki nie zostaną zabite gnidy we włosach. Nasilenie wszawicy i częstość jej występowania są na ogół większe w zimie. Zmiany skórne, które wywołują wszy głowowe występują na skutek ukłucia i jest to silne swędzenie i zmiany po zadrapaniach. Często pojawia się wtórne zakażenie z powierzchownymi zmianami skórnymi podobnymi do ropnego zapalenia skóry lub do wyprysku.

Leczenie wszawicy powinno obejmować następujące aspekty:

- zniszczenie wszy i gnid – poprzez zastosowanie do mycia głowy środków dezynfekcyjnych i powtarzanie tych czynności kilkakrotnie po upływie 7 do 10 dni, gdyż gnidy są odporne na jednorazowe działanie powyższych środków. Gnidy można usunąć z włosów poprzez płukanie umytych uprzednio włosów ciepłym 6% octem, który powoduje ich odklejanie się. Po kilku godzinach należy wyczesać gnidy gęstym grzebieniem. Wszystko, co można, a miało kontakt z włosami zakażonego należy wyprać i wygotować (najlepiej przez 20 minut), dodatkowo dobrze jest również to, co można wyprasować. Wszy nie znoszą temperatury powyżej 45 st C.
- Leczenie jednocześnie nosicieli i wszystkich osób, które miały z nimi kontakt.
- Leczenie reakcji wtórnych skóry (np.: antybiotykami).
- Przestrzeganie przepisów epidemiologicznych, zasad higieny osobistej i otoczenia.

Świerzb

Jest chorobą zakaźną, wywołaną przez roztocza. Cechą charakterystyczną jest świąd nasilający się szczególnie w nocy. Choroba jest wywołana przez świerzbowiec ludzki, którego zapłodniona samiczka przenika do naskórka i drąży w nim tunele, w których składa przez kilka tygodni 2–3 jaja dziennie. Sama ginie po kilku tygodniach. Z jaj wylęgają się larwy, które przechodzą przeobrażenie i uzyskują dojrzałość płciową po upływie ok. 3 tygodni. Okres wylęgania zależy od masywności zakażenia i może wynosić od 3 dni do 3 tygodni. Człowiek jest jedynym żywicielem tego pasożyta. Łatwo przenosi się przez kontakt bezpośredni np.: podanie spoconej ręki, dotyk lub pośrednio przez ubranie, ręczniki, bieliznę, przedmioty itd.



Rys. 11. Zmiany skórne w świerzbie

Objawy: nasilony świąd potęgujący się po rozgrzaniu ciała, widoczne na skórze linijne nory długości kilku milimetrów (zwane przeczosami), które są otoczone obrzękową obwódką. W masywnych zakażeniach zmiany skórne mogą mieć postać grudek, pęcherzyków, a nawet krost.

Najczęściej zmiany skórne są umiejscowione w obrębie przestrzeni międzypalcowych rąk i stóp, łokci, pępka, brodawek sutkowych, zgięć stawowych, pośladków, okolic płciowych, a u noworodków w obrębie dłoni i stóp.

Leczenie powyższych zakażeń opiera się na stosowaniu miejscowo leków przeciwświerzbowcowych (Cetriscabin, Novoscabin, Jacutin, maść siarkowo-salicylowo-mydlana). Leczeniem równocześnie powinny być objęte wszystkie osoby mieszkające razem z chorym. U niektórych osób z dużą odpornością po długim okresie trwania może dojść do samowyleczenia, bez stosowania jakiegokolwiek leczenia.

4.2.2. Pytania sprawdzające

Odpowiadając na pytania, sprawdzisz, czy jesteś przygotowany do wykonania ćwiczeń.

1. Jakie znasz choroby zakaźne skóry?
2. Co sprzyja przenoszeniu się chorób bakteryjnych skóry?
3. Jak wyglądają zmiany skórne w zapaleniu mieszków włosowych?
4. Co to jest „figówka”?
5. Czym charakteryzuje się czyrak?
6. Jak można zarazić się opryszczką?
7. Czym charakteryzują się brodawki młodocianych?
8. Jakie znasz rodzaje grzybic?
9. Jak można zarazić się wszawicą?
10. Jak można zarazić się świerzbem?
11. Na czym polega profilaktyka chorób pasożytniczych skóry?
12. Na czym polega leczenie świerzbu?

4.2.3. Ćwiczenia

Ćwiczenie 1

Rozpoznaj zaprezentowane na zdjęciach zmiany skórne i określ ich charakterystyczne cechy.



Sposób wykonania ćwiczenia

Aby wykonać ćwiczenie, powinieneś:

- 1) zapoznać się z informacjami na temat chorób zakaźnych skóry (materiał nauczania pkt.4.2.1),
- 2) zorganizować stanowisko pracy do wykonania ćwiczenia,
- 3) przeanalizować charakterystyczne cechy zmian skórnych przedstawionych na fotografiach,
- 4) wypisać cechy charakterystyczne w brudnopisie,
- 5) przykleić każde ze zdjęć osobno, a pod nimi podpisać wybrane cechy charakterystyczne,
- 6) zaprezentować swoją pracę na forum grupy,
- 7) dokonać oceny poprawności i dokładności wykonanego ćwiczenia,
- 8) uzupełnić brakujące informacje lub poprawić błędne.

Wyposażenie stanowiska pracy:

- 2 zdjęcia zmian skórnych,
- atlas chorób skóry,
- duży arkusz białego papieru,
- przybory do pisania,
- kartki brudnopisu,
- taśma klejąca,
- literatura z rozdziału 6.

Ćwiczenie 2

Opracuj scenariusz i przeprowadź rozmowę z klientką (koleżanka z grupy), u której rozpoznałaś wszawicę, która prosi Cię o wskazówki, co zrobić?

Sposób wykonania ćwiczenia

Aby wykonać ćwiczenie, powinieneś:

- 1) zapoznać się z informacjami na temat wszawicy (materiał nauczania pkt.4.2.1),
- 2) zorganizować stanowisko pracy do wykonania ćwiczenia,
- 3) wynotować wszystkie informacje dotyczące leczenia i profilaktyki wszawicy,
- 4) wykorzystać wiedzę z zakresu komunikacji w planowaniu scenariusza rozmowy,
- 5) wypisać najistotniejsze elementy rozmowy w brudnopisie,

- 6) opracować scenariusz rozmowy z klientką,
- 7) zaprezentować inscenizację rozmowy z klientką (rolę tę odegra koleżanka z grupy),
- 8) dokonać oceny poprawności wykonanego ćwiczenia,
- 9) przeanalizować trudności komunikacyjne,
- 10) zapisać wnioski praktyczne.

Wyposażenie stanowiska pracy:

- miejsce inscenizacji,
- przybory do pisania,
- kartki brudnopisu,
- literatura z rozdziału 6.

4.2.4. Sprawdzian postępów

Czy potrafisz:

	Tak	Nie
1) wymienić choroby zakaźne skóry?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) określić, co sprzyja przenoszeniu się chorób skóry?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) scharakteryzować figówkę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) rozpoznać zapalenie mieszków włosowych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) omówić rozwój czyraka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) scharakteryzować opryszczkę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) określić sposoby zakażenia się chorobami wirusowymi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) rozpoznać brodawki skórne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) scharakteryzować poszczególne rodzaje grzybic skóry?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) rozpoznać wszawicę głowową?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) udzielić wskazówek klientce dotyczących leczenia wszawicy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) omówić zmiany w świerzbie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3. Łuszczyca i schorzenia gruczołów łojowych

4.3.1. Materiał nauczania

Łuszczyca

Ma charakter przewlekły, wykazuje tendencje do nawrotów, nie jest chorobą zakaźną. Pojawia się najczęściej przed 30 rokiem życia zarówno u kobiet jak i u mężczyzn, ale może wystąpić w każdym wieku. Nie znana jest jednoznaczna przyczyna występowania łuszczycy. Wśród czynników predysponujących do jej powstawania wymienia się: czynniki genetyczne, autoimmunologiczne, zakażenia bakteryjne i wirusowe, inne. Istotą zmian skórnych jest „zbyt szybkie” przechodzenie komórek z warstwy rozrodczej do rogowaciejącej naskórka. Proces ten w warunkach normalnych trwa ok. 26–28 dni, a w łuszczycy skraca się do około 4 dni.



Rys. 12. Zmiany w łuszczycy

Pod względem momentu wystąpienia łuszczycę dzielimy na dwa typy:

- typ I (młodzieńczy) – ujawnia się przed 40 rokiem życia, szczyt zachorowań przypada na ogół między 16, a 30 rokiem życia, częściej występuje rodzinnie, ma postać rozległych zmian, zazwyczaj o ciężkim przebiegu,
- typ II (dorosłych) – rozpoczyna się po 40 roku życia, szczyt zachorowań przypada na 60 rok życia, główną rolę w powstawaniu zmian mają czynniki środowiskowe, przebieg jest na ogół łagodniejszy.

Pierwotnym wykwitem skórny w łuszczycy jest grudka barwy czerwono – brunatnej, nie swędząca, pokrywająca się z czasem srebrzystą łuską powstałą w wyniku nieprawidłowego i nadmiernego rogowacenia. Pod względem obrazu chorobowego najczęściej wyróżnia się dwa podstawowe typy łuszczycy:

- łuszczyca zwykła – dotyczy aż 95% przypadków, zmiany chorobowe tworzą plackowate ogniska wielkości od kilku milimetrów do kilku centymetrów. Wykwity mogą mieć postać zmian drobnogrudkowych albo monetarnych. W wyniku zlewania się zmiany mogą tworzyć plackowate ogniska. Zmiany skórne ustępują bez pozostawienia blizn. Typowa lokalizacja to: łokcie, kolana, okolica pośladków, krocza, pępka. Często ta postać łuszczycy pojawia się na owłosionej skórze głowy. Nie niszczy samych włosów, nie powoduje łysienia ani zaburzeń we wzroście włosa. Zmiany mogą jednak przechodzić na czoło i małżowiny uszne, co dla klientów jest dużym i trudnym do ukrycia problemem. Ta postać łuszczycy może także spowodować charakterystyczne zmiany w obrębie paznokci.
- łuszczyca krostkowa – charakteryzuje się pojawieniem jałowych krostek wielkości 2–3 milimetrów, zlokalizowanych na podłożu rumieniowym. Najczęściej zlokalizowane są na wewnętrznych powierzchniach dłoni i podeszwy.

Leczenie łuszczycy powinno uwzględniać eliminację wszystkich czynników, które mogą prowokować powstawanie zmian skórnych (np.: zwalczanie ognisk infekcji, eliminowanie

stresu, ograniczenia dietetyczne, szczególnie wyeliminowanie używek), w leczeniu miejscowym stosuje się preparaty złuszczące, redukujące, pochodne witaminy D3, steroidy.

W cięższych postaciach konieczne jest leczenie ogólne, w którym wykorzystuje się fotochemię, retinoidy, cytostatyki, inne. Leczeniem zawsze powinien zajmować się dermatolog.

Rybia łuska – jest schorzeniem znacznie rzadszym niż łuszczyca, ale u jego podłoża leży również zaburzenie rogowacenia. Ma na ogół charakter dziedziczny, zmiany występują przez całe życie. Charakterystyczne zmiany skórne obejmują: występowanie skóry suchej z mocno przylegającymi łuskami różnej wielkości i barwy. Choroba ujawnia się po urodzeniu, a jej przyczyną jest zaburzenie tworzenia się keratyny z następowym zaburzeniem czynności komórek warstwy rogowej.

Choroby łojotokowe skóry

Gruczoły łojowe produkują łoj potrzebny do namaszczenia skóry i włosów. Łojotokiem nazywamy wzmożone wydzielanie łoju, najwyraźniejsze w okolicach obfitujących w powyższe gruczoły (owłosiona skóra głowy, czoło, nos, mostek, okolica międzyłopatkowa). Łojotok nie jest chorobą skóry, ale zjawiskiem fizjologicznym, które sprzyja powstawaniu zmian chorobowych na skórze, która wykazuje podatność i skłonność do zakażeń ropnych.

Wzmożona skłonność do nadczynności gruczołów łojowych może być związana z:

- zaburzeniem czynności gruczołów wewnątrzwydzielniczych,
- zaburzeniem układu nerwowego – stresy,
- zaburzeniami hormonalnymi w okresie dojrzewania,
- zaburzeniami przewodu pokarmowego – zaparciami.

Łojotok jest przyczyną między innymi następujących schorzeń:

- łupieżu i łysienia łojotokowego,
- łojotokowego zapalenia skóry,
- trądziku pospolitego,
- trądziku różowatego.

Łupież i łysienie łojotokowe

Każde nadmierne łuszczenie się naskórka owłosionej skóry głowy nazywamy pospolicie łupieżem. Z punktu widzenia medycznego należy dodać, że łuszczeniu temu nie towarzyszą zmiany zapalne. Przyczyny tego stanu często nie do końca są znane. Łupież może pojawić się bez konkretnego powodu. Najczęściej jednak spowodowany jest podrażnieniem skóry głowy przez szampony, żele, pianki do włosów, lakiery, farby itp. Przyczyną podrażnienia może być nawet sama woda zawierająca np. dużo chloru. Zmieniona zapalnie skóra staje się bardziej wrażliwa niż skóra zdrowa, dlatego zdarza się, że mimo niestosowania już „podejrzanego” środka pielęgnacyjnego – nie dostrzegamy poprawy. Często podrażniona skóra głowy ulega wówczas zakażeniu drożdżakowatym grzybem *Pityrosporum ovale*. Towarzyszy temu zwykle stan zapalny skóry głowy. Problem łupieżu dotyczy połowy mieszkańców naszego kraju. Nie można go ignorować, ponieważ może spowodować o wiele poważniejszą dolegliwość, a mianowicie łojotokowe zapalenie skóry.



Rys. 13. Łupież

Różnicując postacie łupieżu wyróżnia się dwie jego odmiany:

- łupież zwykły – ma postać drobnopłatkowego złuszczenia się naskórka, bez objawów zapalnych. Choroba dotyczy zwykle osób przed 20 rokiem życia i później może przekształcić się w łupież tłusty. Nie uszkadza włosów.
- łupież tłusty (łojotokowy) – rozwija się zwykle z łupieżu zwykłego. Zamiast drobnych, suchych i białych łuszek pojawiają się łuski tłuste, żółte, nawarstwione i tworzące wręcz strupy. Są one mocniej przytwierdzone do podłoża. Chorobie może towarzyszyć świąd. Nierzadko następstwem tego typu łupieżu jest łysienie łojotokowe. Schorzenie zwykle dotyczy osób po 20 roku życia i częściej występuje u mężczyzn niż u kobiet.

Leczenie łupieżu

W leczeniu łupieżu zwykłego stosuje się tylko leki zewnętrzne. Rodzaj i siła działania zalecanych preparatów zależą od nasilenia choroby. W zaawansowanym łupieżu zwykłym w pierwszej kolejności dąży się do usunięcia nadmiernej ilości łusek. Najprostszy sposób to użycie oliwki salicylowej (preparat gotowy to Salicylom). Oliwka działa najlepiej, jeżeli przed nasmarowaniem nią głowy zostanie lekko podgrzana. Po jej zastosowaniu należy przykryć głowę folią i zawinąć ręcznikiem, a następnie po kilku (2–4) godzinach zmyć. Czasami sam preparat złuszczący jest wystarczającym lekiem w tego typu łupieżu. Zwykle jednak zalecamy na krótki okres (7–14 dni) preparat sterydowy, najlepiej w płynie. Może to być Laticort lub Lorinden, Elocom, Locoid, czy też w razie potrzeby silniej działający Diprosalic lub Dermovate. Oczywiście należy zmienić środki do pielęgnacji włosów. Jeżeli to możliwe powinno się odstawić żele, pianki, lakiery, farby. Do mycia głowy wskazane jest wypróbowanie któregoś z szamponów przeciwłupieżowych (np. z serii Freederma).

W łupieżu tłustym nawarstwionych łusek należy się pozbyć podobnie jak w odmianie zwykłej, za pomocą oliwki salicylowej. Jeżeli zmiany są nasilone, złuszczenie można przeprowadzać przez kilka dni. Obecnie w łupieżu tłustym zaleca się stosowanie preparatów przeciwgrzybiczych, najlepiej w płynie lub maści. Skuteczne są tzw. pochodne imidazolowe (Nizoral, Ketokonazol, Canesten). Dobre efekty daje stosowanie szamponu Nizoral lub Seboklar. Czasami leczenie wymaga zastosowania preparatów sterydowych, szamponów dziegciowych (Freederma Tar, Polytar, Denorex), z zawartością siarczku selenu (Selsun). Na ogół preparaty przeciwłupieżowe muszą być dobierane indywidualnie. Na jednego klienta może działać ten sam preparat bardzo dobrze, dla innego jest zupełnie nieskuteczny.

Bardzo ważne jest przeciwdziałanie powstawaniu zmian łupieżowych. Profilaktyka tego stanu powinna polegać na:

- dokładnym każdorazowym spłukiwaniu włosów po ich umyciu, ponieważ resztki szamponu rozkładają naturalny składnik łączący ze sobą komórki, powodując nadmierne łuszczenie się naskórka,
- skutecznym leczeniu nawet niewiele nasilonych zmian łojotokowych, – stosowaniu środków mających na celu właściwe odżywienie skóry i włosów (witamin i minerałów),
- leczeniu zaburzeń hormonalnych mających wpływ na stan skóry,
- umiejętnym myciu włosów przetłuszczających się (odpowiednie do tego rodzaju włosów szampony, częstość mycia zależna od przetłuszczania),
- nie przesadzanie ze stosowaniem środków do pielęgnacji i układania włosów, właściwy ich dobór, inne.

Łojotokowe zapalenie skóry

Na ogół występuje u osób z łojotokiem. Jest chorobą przewlekłą, ma tendencje do nawrotów. Czynnikiem chorobotwórczym jest na ogół *Pityrosporum ovale*. Schorzenie charakteryzuje się występowaniem nasilonego stanu zapalnego. Oprócz łojotoku, tłustych strupów i przerzedzenia włosów zaobserwować można rumień skóry, liczne grudki, krostki

i objawy wysiękowe. Zmianom towarzyszy świąd, a wykwity krostkowe (powstające zwykle jako wynik wtórnej infekcji bakteryjnej) są nawet bolesne. Rzadko zmiany dotyczą tylko skóry głowy. Na ogół występują także w postaci rumienia i złuszczenia na skórze czoła, w okolicach zauszných i na karku. Mogą także pojawiać się w okolicy międzyłopatkowej, na klatce piersiowej w pobliżu mostka, a także na twarzy, w okolicy narządów płciowych i odbytu. Są to tzw. okolice łojotokowe. W ciężkich, rzadko występujących postaciach choroba może przekształcić się w uogólnione zapalenie skóry.

Trądzik pospolity

Przyczyną trądziku jest łojotok, nieprawidłowe rogowacenie naskórka i zakażenie bakteryjne skóry. Jest to choroba przewlekła, dotycząca nawet do 80% młodzieży w okresie dojrzewania. Zmiany są różnie nasilone i z reguły w ciągu kilku lat ustępują. Niekiedy jednak utrzymują się bardzo długo, nawet po 30 roku życia. Zmiany trądzikowe występują głównie na twarzy, plecach, klatce piersiowej, ale mogą być również na barkach, ramionach, pośladkach.



Rys. 14 Trądzik pospolity

Zmiany trądzikowe mogą pojawić się lub nasilić pod wpływem:

- zaburzeń hormonalnych,
- stresów,
- zanieczyszczenia środowiska,
- palenia tytoniu,
- niewłaściwej diety (po spożyciu takich produktów jak :czekolada, kakao, marynaty, ostre przyprawy),
- niewłaściwych kosmetyków – niektóre z nich mogą działać zaskórnikotwórczo,
- stosowania niektórych leków (sterydy, anaboliki, lit, fenytoina, źle dobrane tabletki antykoncepcyjne).

Najczęstszą postacią jest trądzik pospolity. W przebiegu tego schorzenia wyróżnia się:

- I. Stadium niezapalne – charakteryzuje się występowaniem zamkniętych lub otwartych zaskórników, nie ma zmian zapalnych. Często może przejść w drugie stadium.
- II. Stadium zapalne – zależnie od stopnia ciężkości i występujących wykwitów skórnych wyróżnia się trądzik grudkowo – krostkowy i trądzik guzowaty. Trądzik z ostrym odczynem zapalnym może przejść w trzecie stadium.
- III. Stadium uszkodzeń – dochodzi do tworzenia torbieli i blizn różnego rodzaju i wielkości. Mimo leczenia pozostawia blizny.

Przyczyną powstawania zmian trądzikowych jest nadmierne wytwarzanie łoju i zmiany w jego składzie. Dochodzi do zmniejszenia zawartości kwasu linolowego 1, co prowadzi do nieprawidłowego rogowacenia przewodów wyprowadzających gruczołów łojowych i nadmiernego rogowacenia ujść mieszków włosowych. Wskutek tego dochodzi do zaczopowania tych ujść przez zbite masy komórek rogowych. Utrudnia to prawidłowe wydzielanie łoju i prowadzi do stopniowego poszerzania przewodów gruczołów łojowych

i powstawania mikrozaskórników. Są one pierwszym elementem rozwoju zmian trądzikowych. Wyróżnia się zaskórniki zamknięte (małe niezapalne grudki) i otwarte (z ciemnymi czopami na powierzchni). Wskutek wytworzenia warunków beztlenowych, dużej zawartości łoju, gruczoły łojowe są doskonałym siedliskiem dla bakterii beztlenowej – *Propionibacterium acnes*, która powoduje powstawanie procesu zapalnego. Bakterie te wydzielają czynniki, które przyciągają w okolice gruczołów łojowych komórki zapalne. Komórki te uwalniają enzymy niszczące ścianę gruczołów łojowych i dalsze nasilenie procesu zapalnego.

Postacie kliniczne trądziku są zależne od charakteru dominujących wykwitów skórnych, a jego nasilenie zależy od liczby wykwitów i istniejących powikłań. Wyróżniamy:

- trądzik zaskórnikowi,
- trądzik grudkowo – krostkowy,
- trądzik ropowiczy,
- trądzik guzkowy,
- trądzik skupiony,
- trądzik bliznowcowi,
- trądzik piorunujący (rzadka postać trądziku ropowiczego, obejmuje duże obszary skóry, zmianom miejscowym towarzyszą ciężkie objawy ogólne).

Trądzik różowaty (ROSACEA)

Jest dermatozą zapalną, przewlekłą, występującą głównie na twarzy, u podłoża której leżą zmiany naczyniowe i łojotok. Pojawia się zwykle między 30 a 50 rokiem życia, trzykrotnie częściej u kobiet, chociaż u mężczyzn ma na ogół cięższy przebieg. Zwykle umiejscawia się na skórze twarzy, początkowo w jej środkowej części (broda, okolice ust, nos, środkowe partie czoła). Często dotyczy osób, które wcześniej miały skłonność do reakcji rumieniowych pod wpływem zmian temperatury, spożywania pikantnych potraw, picia gorących płynów i alkoholu, aktywności fizycznej, bodźców emocjonalnych. Często występuje rodzinnie szczególnie u osób o jasnej karnacji. Na występowanie zmian trądzikowych ma również wpływ dieta, czynniki hormonalne, infekcje, choroby przewodu pokarmowego (pasożyty, choroba wrzodowa), czynniki środowiskowe, psychosomatyczne i neurowegetatywne.

Wyróżnia się następujące postacie trądziku różowatego:

- I. Rumieniowa – na początku pojawia się zwykle krótkotrwały rumień, który trwa coraz dłużej, aż wreszcie ulega utrwaleniu. Do tych zmian po różnie długim czasie dołączają się teleangiektazje. Ta forma dotyczy 81% chorych i może nie przejść w kolejną.
- II. Postać grudkowo – krostkowa
- III. Postać naciekowa i przerosła – dotyczy tylko nielicznych chorych, spotykana jest głównie u mężczyzn po 40 roku życia. Zmiany dotyczą najczęściej nosa, gdzie na skórze początkowo tłustej, czerwonej, zgrubiałej, pojawiają się miękkie, guzowate twory.

Leczenie trądziku różowatego jest bardzo trudne, ponieważ nie można go wyleczyć, a tylko zatrzymać lub spowolnić rozwój choroby poprzez właściwe leczenie farmakologiczne i działania kosmetyczne oraz eliminowanie czynników zaostrzających proces chorobowy.

4.3.2. Pytania sprawdzające

Odpowiadając na pytania, sprawdzisz, czy jesteś przygotowany do wykonania ćwiczeń.

1. Jakie znasz cechy charakterystyczne łuszczycy?
2. Jakie znasz podziały łuszczycy?
3. Co jest podstawową zmianą skórną w łuszczycy?
4. Jakie znasz schorzenia łojotokowe skóry?
5. Co wiesz na temat łupieżu?
6. Jak leczy się łupież?
7. Na czym powinna polegać profilaktyka łupieżu?
8. Jakie stadia wyróżnia się w przebiegu trądzika pospolitego?
9. Jakie znasz postacie kliniczne trądzika pospolitego?
10. Co to jest trądzik różowaty?
11. Jakie znasz postacie trądzika różowatego?

4.3.3. Ćwiczenia

Ćwiczenie 1

Rozpoznaj zaprezentowane na zdjęciach zmiany skórne, opisz ich charakterystyczne cechy.



Sposób wykonania ćwiczenia

Aby wykonać ćwiczenie, powinienes:

- 1) zapoznać się z informacjami na temat łuszczycy i chorób łojotokowych skóry (materiał nauczania pkt.4.3.1),
- 2) zorganizować stanowisko pracy do wykonania ćwiczenia,
- 3) przeanalizować charakterystyczne cechy zmian skórnych przedstawionych na fotografiach,
- 4) wypisać cechy charakterystyczne w brudnopisie,
- 5) przykleić każde ze zdjęć osobno, a pod nimi podpisać wybrane cechy charakterystyczne,
- 6) zaprezentować swoją pracę na forum grupy,
- 7) dokonać oceny poprawności i dokładności wykonanego ćwiczenia,
- 8) uzupełnić brakujące informacje lub poprawić błędne.

Wyposażenie stanowiska pracy:

- 2 zdjęcia zmian skórnych,
- atlas chorób skóry,
- duży arkusz białego papieru,
- przybory do pisania,
- kartki brudnopisu,

- taśma klejąca,
- literatura z rozdziału 6.

Ćwiczenie 2

Opracuj pisemnie wskazówki dla klienta mającego problem z łupieżem.

Sposób wykonania ćwiczenia

Aby wykonać ćwiczenie, powinieneś:

- 1) zapoznać się z informacjami na temat chorób łojotokowych skóry (materiał nauczania pkt.4.3.1),
- 2) zorganizować stanowisko pracy do wykonania ćwiczenia,
- 3) wynotować wszystkie informacje dotyczące leczenia i profilaktyki łupieżu,
- 4) opracować wskazówki dla klienta,
- 5) przedyskutować na forum grupy wypisane wskazówki,
- 6) dokonać oceny poprawności wykonanego ćwiczenia,
- 7) zapisać wskazówki dla klienta w zeszycie przedmiotowym.

Wyposażenie stanowiska pracy:

- przybory do pisania,
- kartki brudnopisu,
- literatura z rozdziału 6.

4.3.4. Sprawdzian postępów

Czy potrafisz:

	Tak	Nie
1) wymienić cechy charakterystyczne łuszczycy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) określić zmiany skórne w łuszczycy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) wymienić podziały łuszczycy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) rozpoznać rodzaj łupieżu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) omówić schorzenia łojotokowe skóry?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) udzielić wskazówek klientowi mającemu łupież?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) określić sposoby leczenia łupieżu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) wymienić objawy trądzika pospolitego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) scharakteryzować postępowanie w trądziku pospolitym?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) omówić trądzik różowaty?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) scharakteryzować postacie trądzika różowatego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4. Alergie i nowotwory skóry

4.4.1. Materiał nauczania

Alergie skórne

Alergia stanowi bardzo poważny problem we współczesnym świecie. Według danych epidemiologicznych dotyczy nawet od 30 – 40 % ludzi. Najczęściej „alergia” definiowana jest jako zmieniony, odbiegający od normy sposób reagowania na czynnik zwany alergenem. Ewidentnie reakcję tę można nazwać nadwrażliwością czy uczuleniem w następstwie zadziałania alergenów. Jest reakcją nabytą, związaną z układem immunologicznym człowieka. W skórze jako narządzie powierzchniowym i ochronnym układ immunologiczny jest reprezentowany przez komórki Langerhansa i jednojądrzaste komórki układu fagocytarnego stanowiące niezależny układ, dlatego reakcje alergiczne w obrębie skóry są tak częste. Reakcje alergiczne skóry najczęściej dzielone są na cztery typy:

- reakcje typu I: natychmiastowa reakcja alergiczna (np. pokrzywka czy wstrząs alergiczny)
- reakcja typu II: przebiegająca ze zniszczeniem komórek (cytotoksyczna) np.: plamice
- reakcje typu III: kompleksów immunologicznych
- reakcje typu IV: reakcje opóźnione (np.: alergiczny wyprysk kontaktowy, niektóre wysypki polekowe).

Rozpoznanie alergii opiera się na wywiadzie i obrazie klinicznym oraz testach skórnych, badaniach serologiczno – alergologicznych, testach ekspozycyjnych i prowokacyjnych i innych metodach immunologicznych.

Do najczęstszych chorób alergicznych skóry zalicza się: wyprysk (egzema), atopowe zapalenie skóry, wyprysk łojotokowy i bakteryjny i pokrzywkę.

Wyprysk (egzema)

Jest schorzeniem skóry narażonej na kontakt z zewnętrznymi substancjami uczulającymi lub drażniącymi. Powstaje na skutek połączenia określonej substancji chemicznej z białkami skóry. Najistotniejsze cechy wyprysku alergicznego to:

- charakterystyczne uszkodzenia naskórka, występowanie zmian w postaci pęcherzyków, nadżerek, złuszczenia i rogowacenia – jeśli zmiany trwają kilka lat skóra staje się szorstka, pogrubiała, linie papilarne są bardzo wyraźne, widoczne gołym okiem, przypominają skórę słonia,
- ogniska wyprysku na ogół nie są wyraźnie odgraniczone od skóry zdrowej,
- bardzo charakterystyczny jest dokuczliwy świąd skóry,
- objawy wyprysku mogą być wyzwolone przez specyficzne czynniki zewnątrzpochodne (alergie kontaktowe) lub czynniki zewnątrz i wewnątrzpochodne (w atopowym zapaleniu skóry),
- podstawą każdej reakcji wypryskowej jest wrodzona lub nabyta predyspozycja do wystąpienia wyprysku,
- przebieg choroby jest często przewlekły, ma tendencję do nawrotów.

Obecnie rozróżnia się kilka rodzajów wyprysku: alergiczny wyprysk kontaktowy, atopowe zapalenie skóry, wyprysk łojotokowy i bakteryjny.

Alergiczny wyprysk kontaktowy – jest alergią typu opóźnionego, może przebiegać jako postać ostra, pośrednia lub przewlekła. Objawy wyprysku ostrego pojawiają się po ok. 24–48 godzin od kontaktu z alergenem, zmiany skórne przebiegają od okresu rumieniowego poprzez wysiękowy (występuje obrzęk, pęcherzyki, nadżerki, sączenie i strupy) aż do okresu cofania się wykwitów, któremu towarzyszy złuszczenie i szczątkowe zaczerwienienie. W odmianie pośredniej dochodzi do występowania zarówno zmian ostrych pod postacią zaczerwienienia,

obrzęku, pęcherzyków, jak i zmian przewlekłych: grudki, pęcherzyki, którym towarzyszą lizajowate ogniska. W postaci przewlekłej dominuje rumień, zgrubienie skóry ze wzmożonym poletkowaniem z okresowymi pęknięciami skóry, które określa się jako zliszajowacenie. Wyprysk zwykle rozpoczyna się w miejscu kontaktu z alergenem, rozprzestrzenia się obwodowo od pierwotnego miejsca kontaktu. Najczęściej chorobą tą dotknięte bywają ręce, głównie grzbiety dłoni, palców, ich boczne części i przedramiona. Na świecie istnieje bardzo dużo substancji uczulających. Najczęstsze uczulenie wywołują jednak: antybiotyki, euceryna, lanolina, maści sterydowe, siarczan niklu, balsam peruwiański, formaldehyd oraz duża grupa kosmetyków. Klasyczny wyprysk kontaktowy przypomina również odczyn fotoalergiczny. Istotną różnicą jest to, że pacjent uczula się na określoną substancję, ale wyprysk powstaje dopiero po naświetleniu miejsca kontaktu światłem słonecznym. W leczeniu wyprysku ważne jest przede wszystkim zidentyfikowanie i wyeliminowanie alergenu, leczenie miejscowe środkami przeciwalergicznymi i łagodzącymi objawy skórne oraz właściwe pielęgnowanie skóry. W terapii i profilaktyce ważne jest chronienie skóry przed wysuszeniem.

Atopowe zapalenie skóry (AZS)

Jest schorzeniem o niejasnej dotąd etiologii, skłonność organizmu do nadmiernego reagowania na czynniki zewnętrzne jest uwarunkowana genetycznie. Charakterystyczne dla tej choroby są: silne swędzenie, typowy obraz kliniczny uzależniony od wieku, przewlekły przebieg, indywidualny i rodzinny dodatni wywiad atopowy. Obraz kliniczny jest zależny od wieku chorego. Przebieg AZS w dzieciństwie może być sygnałem, że w późniejszym wieku może się rozwinąć inna często poważniejsza postać atopii (dotyczy ok. 25% dzieci), ale również około 30% dzieci wyrasta z atopii. Choroba rozpoczyna się przeważnie w wieku niemowlęcym lub przedszkolnym, ma przebieg przeważnie przewlekły, z okresami remisji i zaostrzeń. W wieku niemowlęcym charakteryzuje się wysiękowo – zapalnymi ogniskami szczególnie umiejscowionymi na twarzy i owłosionej skórze głowy. W wieku przedszkolnym i dziecięcym pojawiają się zmiany o charakterze grudkowym, silnie swędzące, z objawami lichenifikacji szczególnie w okolicy dołów łokciowych i podkolanowych, stawów nadgarstkowych i skokowych, rękach i szyi. Okres młodzieńczy i dorosły cechuje przewlekłe zlichenizowany wyprysk z zaostrzeniami, w obrazie często przypominającym świerzbiczkę. Możliwe jest zajęcie twarzy i górnej części ciała. Główne objawy AZS to zaczerwienienie, suchość i pękanie skóry oraz silne swędzenie, będące często szczególnie uciążliwym objawem.

Postępowanie przy atopowym zapaleniu skóry powinno polegać na:

- Wyeliminowanie czynników zaostrzających nasilenie zmian chorobowych.
- Odpowiedniej pielęgnacji skóry, regularnym i częstym jej nawilżaniu oraz natłuszczeniu.
- Unikaniu infekcji bakteryjnych i grzybiczych, ponieważ uszkodzona w AZS skóra nie stanowi bariery ochronnej przed drobnoustrojami chorobotwórczymi.
- Dokładnym leczeniu zmian miejscowych na skórze.
- Czasami konieczne jest stosowanie zaleconego przez lekarza alergologa leczenia przeciwhistaminowego, ponieważ leki te działają uspakajająco i zmniejszają świąd.
- Korzystanie z pozytywnego działania słońca na skórę zmienioną atopowo, ale oczywiście z umiarem.

Wyprysk łojotokowy i bakteryjny

Jest to postać wyprysku spowodowana łojotokiem lub czynnikami bakteryjnymi. Postać łojotokowa u niemowląt występuje w postaci ognisk z żółtawym złuszczeniem, często na głowie owłosionej, potem objawy zapalne z zaczerwienieniem, z łuszczącymi się strupami. Zmiany mogą być rozlane na tułów i obszary wyprzeniowe. U dorosłych występują na ogół

pieniążkowate, często na początku przymieszkowe ogniska zapalne z zaczerwienieniem i łojotokowym złuszczeniem, umiejscowione szczególnie w obrębie głowy, uszu, fałdu nosowo – wargowego i środka klatki piersiowej. Postać bakteryjna charakteryzuje się piniążkowatymi ogniskami z ostrymi wysiękowymi wykwitami w postaci pęcherzyków i grudek, a w późniejszym czasie z łuszczącymi się strupkami. Stosuje się leczenie przeciwbakteryjne i przeciwwypryskowe, a przy tle bakteryjnym również antybiotyki.

Pokrzywka

Jej charakterystycznym objawem jest bąbel. Nasilenie choroby może być bardzo różne od błahego do bardzo poważnego stanowiącego zagrożenie życia. Choroba ma przeważnie charakter nabyty, ale może być również skłonnością dziedziczną. Bąble mogą mieć różną wielkość, mogą być barwy czerwonej lub białej, o kształcie zarówno okrągłym jak i owalnym i innym. Często zmiany są usytuowane symetrycznie po obu stronach. Może wystąpić pokrzywka ostra trwająca do 6 tygodni i przewlekła trwająca powyżej tego czasu. Objawom skórny towarzyszy dokuczliwy świąd. Wyróżnia się pokrzywkę alergiczną, fizykalną, z nietolerancji, wewnątrzpochodną i samoistną. W leczeniu bardzo ważne jest znalezienie i wyeliminowanie czynnika wywołującego pokrzywkę. Miejscowo stosuje się środki likwidujące dokuczliwe objawy takie jak: świąd, zaczerwienienie, obrzęk.

Nowotwory skóry

Nowotworem nazywamy patologiczną tkankę własnego ustroju, charakteryzującą się różnie nasilonymi odchyleniami morfologicznymi, nie reagującą na ogólnoustrojowe mechanizmy i wykazującą odmienny typ przemiany materii oraz dynamizm wzrostu. Z klinicznego punktu widzenia najistotniejszym podziałem nowotworów skóry jest podział na nowotwory łagodne i nowotwory złośliwe. Do najczęstszych nowotworów łagodnych zaliczamy:

- torbiele i prosaki – przeważnie są zmianami nabytymi, mają postać od drobnogrudkowych do guzowatych wykwitów, w których wyróżnia się ścianę i zawartość,
- brodawki łojotokowe – są to znamiona naskórkowe,
- włókniaki – występują w postaci zmian miękkich i twardych. Włókniaki miękkie występują przeważnie w formie małych, uszypułkowanych grudek występujących na szyi, w okolicy pach oraz pachwin. Włókniaki twarde to okrągłe, brunatne, twarde guzki, przeważnie wielkości ok. 5 – 7 mm, początkowo w kształcie grochu lub ziarna soczewicy, później trochę wgłębiony.
- tłuszczaki – wywodzą się z podskórnej tkanki łącznej. Mają postać sprężystych, dobrze odgraniczonych, przesuwalnych guzów różnej wielkości.
- bliznowce – powstają w wyniku nadmiernego wytwarzania się tkanki łącznej bądź nowotworzeni się włókien kolagenowych, przeważnie po zranieniach lub też samoistnie. Mają postać zaczerwienionego, wałowatego lub płytkiego zgrubienia skóry z nienaruszonym naskórkiem.

Nowotwory łagodne, jeśli nie zmieniają się i nie stanowią problemu pod względem umiejscowienia, nie wymagają leczenia. Jeśli jednak przeszkadzają, wykazują zmiany np.: wielkości czy konsystencji albo stanowią defekt kosmetyczny – powinny być usunięte chirurgicznie.

Nowotwory złośliwe skóry

Wśród złośliwych nowotworów skóry najczęściej występują: czerniak złośliwy, rak kolczystokomórkowy, rak podstawnokomórkowy.



Rys. 15. Czerniak złośliwy skóry (melanoma malignum).

Najgroźniejszym i najczęściej dającym przerzuty nowotworem skóry jest czerniak złośliwy. Według danych epidemiologicznych:

- częściej występuje u osób o białej, bladej karnacji skóry, po silnej ekspozycji na światło słoneczne,
- kobiety są częściej jego „ofiarami”,
- występuje w wielu przypadkach w obrębie wcześniejszych zmian barwnikowych,
- na jego powstawanie mogą mieć wpływ takie czynniki jak; występowanie rodzinne, urazy, podrażnienia.

Cechą charakterystyczną tego nowotworu jest ciemne zabarwienie zmiany (brązowy – czarny – niebieski), które nie jest jednorodne, a nawet mogą wystąpić w obrębie tej samej zmiany ogniska odbarwienia. Wtórnymi objawami aktywnego rozwoju nowotworu są:

- śączenie powierzchni,
- nadżerki,
- owrzodzenia,
- strupy.

Czerniaki szerzą się poprzez wzrost poziomy i pionowy.

Rozróżnia się następujące typy czerniaka:

- czerniak powstały ze złośliwej plamy soczewicowatej – ok. 10%,
- czerniak szerzący się powierzchownie – ok. 50%,
- czerniak guzkowaty – ok. 26%,
- czerniak akralny – ok. 4%,
- inne czerniaki – ok. 10%.

Czerniak powstały ze złośliwej plamy soczewicowatej

Ta postać czerniaka przyjmuje formę nieregularnej, częściowo ostro, częściowo nieostro ograniczonej plamy o różnej wielkości i niejednorodnej, brązowej pigmentacji z częstymi strefami rozjaśnienia najczęściej umiejscowionej w obrębie twarzy, występującej głównie u starszych kobiet. Oznaką inwazyjnego wzrostu jest częściowe wyczuwalne zgrubienie lub ograniczone tworzenie się guza.

Czerniak szerzący się powierzchownie

U mężczyzn najczęściej umiejscawia się na plecach, a u kobiet przeważnie na podudziach. Zmiany mają charakter nieregularnych, na ogół ostro ograniczonych ognisk z niejednorodną, brązowo – czarną lub brązowo – czerwoną pigmentacją, przeważnie ze strefami rozjaśnienia. Ognisko nowotworowe jest płasko uwypukłone, wyczuwalne, a po kilku latach występuje wtórne tworzenie się guzów, później owrzodzeń.

Czerniak guzkowaty

Wielkość zmiany może być różna: od kilku milimetrów do kilkunastu centymetrów, jak sama nazwa wskazuje zmiana ma postać guzowatą, ostro odgraniczoną od otoczenia, nierównomiernie brązowo – czarne zabarwienie, miejscami nie zawierające barwnika z nadżerkami, owrzodzeniami i strupami na powierzchni.

Czerniak akralny

Umiejscowiony najczęściej na rękach i stopach, ma postać plamiastego, nieregularnego, niejednorodnie zabarwionego tworzu. Jego szczególną postacią jest czerniak macierzy paznokcia.

Rak podstawnokomórkowy (carcinoma basocellulare)

Najczęściej zmiany umiejscawiają się na twarzy, chociaż mogą być zlokalizowane w różnych miejscach. Charakteryzuje się powolnym wzrostem i miejscową złośliwością, może rozwijać się latami. W ich powstawaniu pewną rolę odgrywa podatność osobnicza i rodzinna. Występują zwykle u osób po 50 roku życia. Czynnikiem przyczyniającym się do występowania raka podstawnokomórkowego jest też narażanie skóry na promieniowanie słoneczne (szczególnie długotrwałe).

Postacie raka podstawnokomórkowego to:

- guzkowy,
- wrzodziejący,
- twardzinopodobny,
- torbielowaty,
- barwnikowy,
- powierzchniowy.

Najczęstszą postacią jest odmiana guzkowo – wrzodziejąca, w której charakterystyczną zmianą jest guz koloru skóry, posiadający na obwodzie grudki lub guzy pokryte napiętym, błyszczącym naskórkiem z rozszerzonymi naczyniami włosowatymi. Często określa się to jako „perełkowaty brzeg” zmiany.

Rak kolczystokomórkowy (carcinoma spinocellulare)

Punktem wyjścia tego nowotworu są na ogół niektóre stany przedrakowe. Raki rozwijają się z ognisk rogowacenia starczego, mają względnie łagodny przebieg, rzadko dają przerzuty. Mogą rozwijać się z przetok, blizn pozapalnych, zmian porentgenowskich. W niektórych przypadkach mogą mieć przebieg gwałtowny i bardzo złośliwy. Zmiany mają charakter wrzodziejący lub brodawkujący. Rozróżnia się następujące postacie: wrzodziejący, rogowaciejący, brodawkujący.

W leczeniu wszystkich chorób nowotworowych, w tym nowotworów skóry najważniejsze jest jak najszybsze ich rozpoznanie i jak najwcześniej podjęcie leczenia! Podstawą jest usunięcie chirurgiczne zmiany nowotworowej, ale wspomaga się tą metodę również krioterapią, radioterapią i chemioterapią.

4.4.2. Pytania sprawdzające

Odpowiadając na pytania, sprawdzisz, czy jesteś przygotowany do wykonania ćwiczeń.

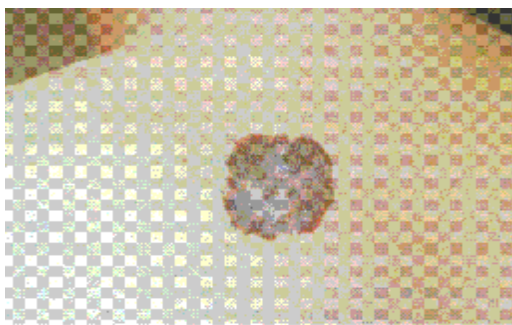
1. Co nazywamy alergią?
2. Jakie znasz typy reakcji alergicznych?
3. Co charakteryzuje egzemę skórą?
4. Czym charakteryzuje się AZS?
5. Co to jest nowotwór?

6. Jakie znasz nowotwory łagodne skóry?
7. Jakie znasz nowotwory złośliwe skóry?
8. Jakie znasz typy czerniaka złośliwego skóry?
9. Czym charakteryzuje się czerniak złośliwy?
10. Jakie są cechy charakterystyczne raka podstawnokomórkowego?
11. Jakie są cechy charakterystyczne raka kolczystokomórkowego?
12. Na czym polega profilaktyka chorób nowotworowych skóry?

4.4.3. Ćwiczenia

Ćwiczenie 1

Porównaj przedstawione zdjęcia czerniaka skóry i określ charakterystyczne cechy przedstawionych zmian.



Sposób wykonania ćwiczenia

Aby wykonać ćwiczenie, powinieneś:

- 1) zapoznać się z informacjami na temat nowotworów złośliwych skóry (materiał nauczania pkt.4.4.1),
- 2) zorganizować stanowisko pracy do wykonania ćwiczenia,
- 3) przeanalizować charakterystyczne cechy zmian skórnych przedstawionych na fotografii,
- 4) wypisać cechy charakterystyczne w brudnopisie,
- 5) przykleić zdjęcia do arkusza białego papieru,
- 6) wpisać cechy charakterystyczne,
- 7) zaprezentować swoją pracę na forum grupy,
- 8) dokonać oceny poprawności wykonanego ćwiczenia,
- 9) ewentualnie uzupełnić brakujące informacje lub poprawić błędne.

Wyposażenie stanowiska pracy:

- zdjęcia czerniaka złośliwego skóry,
- duży arkusz białego papieru,
- przybory do pisania,
- kartki brudnopisu,
- taśma klejąca,
- literatura z rozdziału 6.

Ćwiczenie 2

Uzupełnij poniższą tabelę wpisując charakterystykę zmian w podanych jednostkach chorobowych oraz zasady ich leczenia i profilaktyki.

L.p.	Rodzaj choroby skóry	Opis zmian skórnych	Postępowanie profilaktyczno – lecznicze
1.	Wyprysk kontaktowy		
2.	Pokrzywka		
3.	Wyprysk łojotokowy		

Sposób wykonania ćwiczenia

Aby wykonać ćwiczenie, powinienes:

- 1) zapoznać się z charakterystyką chorób łojotokowych skóry (materiał nauczania pkt.4.4.1),
- 2) wypisać informacje na temat wybranych jednostek chorobowych,
- 3) opisać zmiany skórne w wymienionych jednostkach chorobowych,
- 4) uzupełnić tabelę, w zakresie charakterystyki zmian skórnych,
- 5) zaplanować działania profilaktyczno – lecznicze w chorobach alergicznych i wpisać je do tabeli,
- 6) zaprezentować wykonane ćwiczenie,
- 7) dokonać oceny poprawności wykonanego ćwiczenia.

Wyposażenie stanowiska pracy:

- schemat tabeli narysowany na arkuszu papieru,
- taśma klejąca/magnesy do przypięcia papieru,
- przybory do pisania,
- kartki brudnopisu,
- literatura z rozdziału 6.

4.4.4. Sprawdzenie postępów

Czy potrafisz:

- | | Tak | Nie |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) zdefiniować pojęcie alergii? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) omówić typy reakcji alergicznych? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) wymienić choroby alergiczne skóry? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) opisać zmiany skórne w egzemie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) rozpoznać wyprysk kontaktowy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) scharakteryzować AZS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) zdefiniować pojęcie nowotworu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) określić cechy charakterystyczne czerniaka złośliwego? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) omówić cechy charakterystyczne raka podstawnkomórkowego? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) określić cechy charakterystyczne raka kolczystokomórkowego? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) zaplanować działania profilaktyczne dotyczące nowotworów skóry? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4.5. Uszkodzenia skóry

4.5.1. Materiał nauczania

Mechaniczne uszkodzenia skóry

Ostre mechaniczne uszkodzenia skóry mogą wystąpić pod postacią ran, pęcherzy, modzeli i nagniotków.

Rana to uszkodzenie ciągłości skóry, a często również głębszych tkanek lub narządów, bądź błon śluzowych. W zależności od sposobu powstawania rozróżnia się rany:

- cięte – powstają na skutek działania przedmiotów ostrych (najczęściej noży) Rany cięte mogą być różnej szerokości i głębokości, czasami może dojść do przecięcia ścięgna czy mięśnia,
- klute – charakteryzują się bardzo małą powierzchnią widoczną na skórze i poważnymi nieraz uszkodzeniami wewnętrznymi ciała. Mogą być głębokie i w jej wyniku mogą ulec uszkodzeniu narządy wewnętrzne,
- postrzałowe – powstające na skutek działania pocisków z broni palnej lub odłamków pocisków, min, granatów, bomb itp.
- tłuczone – powstają na skutek działania tępego narzędzia o znacznej powierzchni np. cegły, młota, godzącego prostopadle do powierzchni ciała z bardzo dużą siłą. Ich charakterystyczne cechy to nierówność brzegów otartych z naskórka, nieregularny kształt oraz uszkodzenie otaczających tkanek tj. powstanie siniego zabarwienia skóry, obrzęku i bólu,
- szarpane – powstają w wyniku działania zakrzywionego narzędzia o tępej krawędzi (hak, bosak), godzącego skośnie lub stycznie do powierzchni ciała. Ma nieregularny kształt i poszarpane, nierówne brzegi. W głębi rany widać niekiedy strzępy oderwanych tkanek. Wskutek zakażenia wywołanego przez obecność zniszczonych, obumarłych tkanek rana goi się źle i pozostawia dużą bliznę,
- kąsane – spowodowane ugryzieniem (ukąszeniem) przez zwierzę (najczęściej dzikie). Postać zewnętrzna rany jest często odwzorowaniem szczęki zwierzęcia (zespół ran klutych) lub w niektórych przypadkach jest to rana szarpana.
- otarcie naskórka – najczęściej najmniej groźne, uszkodzenie dotyczy tylko naskórka.

Najczęstsze powikłania ran to: zakażenie, ból i krwawienie. Konsekwencją ran głębokich, zabrudzonych może być rozwinięcie się zakażenia, tężec czy gojenie z pozostawieniem blizny. Zranienia skóry we fryzjerstwie najczęściej związane jest z niewłaściwą organizacją pracy lub nie przestrzeganiem przepisów bhp.

Pęcherze – powstają wskutek poziomego rozdzielania się ciągłości skóry i są przeważnie podnaskórkowe. Typowe miejsca powstawania pęcherzy, to ręce i stopy. Przyczyną jest nefizjologiczny ucisk i rozciąganie. Jeżeli pęcherze powstają przy normalnym obciążeniu, to może to być efekt: genodermatozy, chorób autoimmunizacyjnych, zaburzeń przemiany materii, powikłanie cukrzycy.

Modzele – polegają na ograniczonym zgrubieniu warstwy rogowej naskórka pod wpływem często powtarzającego się długotrwałego tarcia i ucisku mechanicznego. Najczęściej tworzą się na dłoniach i stopach, w miejscach, gdzie nie ma podściółki tłuszczowej. Sprzyjają im wady budowy stóp i palców, oraz niewygodne lub ciasne obuwie. Na dłoniach powstają najczęściej modzele jako choroba zawodowa lub na skutek wykonywania określonej pracy fizycznej. Problem ten może również dotyczyć pracy zawodowej fryzjera. W przypadku modzeli rąk, ogniska nadmiernego rogowacenia są niezbyt wyraźnie odgraniczone, przeświecają żółtawo. Są na ogół niebolesne, ale mogą utrudniać pracę.

Nagniotki – występują tylko na stopach, są znacznie mniejsze, lepiej odgraniczone od otoczenia, ich część środkowa wnika twardym czopem rogowym w głąb naskórka. Jego powierzchnia jest gładka, lśniąca, czasem nieco się łuszczy. Nagniotki powstają na stopach, głównie na grzbietowych powierzchniach piątego i czwartego palca.

Uszkodzenia skóry wywołane przez promienie świetlne

Światło jest wycinkiem szerokiego widma promieniowania elektromagnetycznego (promienie jonizacyjne, nadfioletowe, światło widzialne, promienie podczerwone). Głównym i naturalnym źródłem światła jest Słońce. Skóra człowieka wykazuje bardzo dużą różnorodność w zakresie reagowania na działanie promieni świetlnych (światłoczułość inaczej tolerancja światła). Fizjologiczne działanie światła na skórę polega na: syntezie witaminy D w skórze, działaniu przeciwbakteryjnym, stymulacji układu immunologicznego i poprawieniu samopoczucia. Natomiast patologiczne działanie promieni świetlnych dotyczy: występowania urazów świetlnych (przy za wysokiej dawce świetlnej przy normalnej wrażliwości skóry) oraz powstawania fitotoksyczności i fotoalergii (przy za wysokiej dawce świetlnej przy zwiększonej światłoczułości lub zwiększonym oddziaływaniu świetlnym skóry). UVC i UVB wywołują przeważnie uszkodzenia naskórkowe, a UVA – uszkodzenia skórne.

Ostre uszkodzenie świetlne – przeważnie jest spowodowane przez jednorazowe przedawkowanie promieni nadfioletowych i prowadzi do ostrego zapalnego uszkodzenia skóry. Zależnie od działania siły ekspozycji świetlnej, dochodzi do powstania bolesnych zapalnych rumieni, aż do powstawania pęcherzy (oparzenie słoneczne). Najpóźniej po 12–24 godzinach następuje cofanie się zmian. Zmianom tym mogą towarzyszyć skurcze mięśni, zapaść, udar słoneczny jako reakcja ogólnoustrojowa na przegrzanie ciała. Stosuje się wtedy leczenie miejscowe (chłodzące, łagodzące kremy i leki).

Przewlekłe uszkodzenia świetlne – przyczyna są prawdopodobnie uszkodzenia DNA komórek skóry, wywołane przez promienie UV (głównie UVB+ UVA). Zmiany są spowodowane przewlekłym, kumulującym się oddziaływaniem promieni nadfioletowych. Zależy to od ekspozycji (prywatnej lub zawodowej) i wrażliwości skóry. W obrazie klinicznym dominuje: zanik naskórka, starzenie się świetlne skóry, rozszerzenie naczyń włosowatych, hipopigmentacje. Przewlekłe uszkodzenia świetlne skóry mogą prowadzić do zmian nowotworowych.

Nadwrażliwość na światło – dochodzi tu do swoistego uczulenia na światło. Rozróżnia się dwa stany: reakcje fototoksyczne i reakcje fotoalergiczne. Fototoksyczne zapalenie skóry zależy od dawki świetlnej. Substancjami fitotoksycznymi są przeważnie składniki roślinne i leki. Promienie świetlne uwalniające reakcję alergiczną, to przeważnie UVA lub światło widzialne.

Fotoalergiczne zapalenie skóry wygląda jak obraz wyprysku kontaktowego. Fotoalergenami są przeważnie leki, środki słodzące, dodatki do środków piorących. Po wyłączeniu fotoalergenu odczyn fotoalergiczny utrzymuje się przez wiele lat.

Oparzenia termiczne i chemiczne

Oparzeniem nazywamy uszkodzenie skóry i tkanek leżących pod nią, na skutek działania czynników uszkadzających: termicznych, chemicznych, prądu elektrycznego bądź promieniowania słonecznego.

Oparzenia termiczne (cieplne) mogą być spowodowane wysoką temperaturą, gorącą wodą, parą wodną, ogniem, żelazkiem, tłuszczem, gorącym gazem itd. Może powstać już przy działaniu temperatury powyżej 50° C.

Oparzenia chemiczne powodują niszczenie tkanek zarówno na drodze chemicznej, jak i w wyniku reakcji cieplnej. W uszkodzeniu chemicznym tkanek dochodzi do obrzęku skóry i tkanki podskórnej, oddzielenia naskórka od skóry właściwej i zaburzenia struktury włókien kolagenowych. Rozmiar i głębokość oparzenia zależy od czasu działania i stężenia substancji chemicznej. Oparzenia chemiczne najczęściej są spowodowane kwasem octowym, sodowym, solnym, azotowym, siarkowym. W wyniku działania kwasów na skórę powstaje martwica skrzepowa, rana oparzeniowa jest bardzo bolesna, a ból utrzymuje się przez długi czas ze względu na zachodzącą reakcję chemiczną. Oparzenia zasadami powodują uszkodzenie tkanek o typie martwicy rozplywanej, obserwuje się tzw: szkliste obrzmienie. Najczęściej występują oparzenia ługiem sodowym, potasowym lub wapnem gaszonym.

Niezależnie od czynnika parzącego wyróżniamy następujące stopnie oparzeń:

- I° – występuje zaczerwienienie skóry, piekący ból, obrzęk.
- II° – ten stopień może dotyczyć naskórka i częściowo lub całkowicie skóry właściwej. Charakterystyczne są pęcherze wypełnione płynem surowicznym, ból i obrzęk.
- III° – cechuje się martwicą całej grubości skóry, najczęściej nie występuje ból, ponieważ zniszczone zostają receptory skórne, powierzchnia oparzenia jest biała, skóra sprawia wrażenie suchego strupa. Zawsze pozostawia blizny. Często konieczny jest przeszczep skóry.
- IV° – zwęglenie, martwica wszystkich tkanek, często istnieje konieczność amputacji. Bardzo ważna klinicznie jest również ocena rozległości oparzenia. W tym celu najpowszechniej stosuje się regułę 9 lub regułę jednej ręki. Im oparzenie jest głębsze i bardziej rozległe, tym rokowanie co do gojenia się ran, a nawet przeżycia poszkodowanego, jest gorsze.

Odmrożenia

Odmrożeniem jest uszkodzenie tkanek spowodowane działaniem niskiej temperatury. Działanie to nasila się w obecności wiatru i wilgoci. Najczęściej ulegają odmrożeniu obwodowe części ciała: palce rąk i stóp, twarz, nos, uszy. Odmrożeniu stóp sprzyja ciasne obuwie. Wyróżnia się następujące stopnie odmrożeń:

- I° – występuje zdrętwienie, zaczerwienienie skóry z wyraźnym białym lub żółtawym obszarem uszkodzonej tkanki,
- II° – występują powierzchowne pęcherze zawierające treść surowiczą lub mleczny płyn, otacza je zaczerwieniony obszar obrzęku,
- III° – występują głębsze pęcherze zawierające krwisty płyn, uszkodzenie dotyczy głębokich warstw skóry,
- IV° – występuje martwica skóry, uszkodzenie jest bardzo głębokie, dotyczy również tkanek znajdujących się pod skórą np.: mięśni i kości.

4.5.2. Pytania sprawdzające

Odpowiadając na pytania, sprawdzisz, czy jesteś przygotowany do wykonania ćwiczeń.

1. Jakie znasz mechaniczne uszkodzenia skóry?
2. Jakie znasz rodzaje ran?
3. Co to są modzele?
4. Gdzie powstają nagniotki?
5. Na czym polega fizjologiczne działanie światła?

6. Jakie znasz rodzaje uszkodzeń świetlnych skóry?
7. Co to jest nadwrażliwość na światło?
8. Co nazywamy oparzeniem?
9. Czym mogą być spowodowane oparzenia chemiczne?
10. Jakie znasz stopnie oparzeń?
11. Co to są odmrożenia?
12. Jakie znasz stopnie odmrożeń?

4.5.3. Ćwiczenia

Ćwiczenie 1

Który stopień oparzenia prezentowany jest na zdjęciu, scharakteryzuj wszystkie stopnie oparzeń.



Sposób wykonania ćwiczenia

Aby wykonać ćwiczenie, powinieneś:

- 1) zapoznać się z informacjami na temat oparzeń (materiał nauczania pkt.4.5.1),
- 2) zorganizować stanowisko pracy do wykonania ćwiczenia,
- 3) przeanalizować charakterystyczne cechy zmian skórnych przedstawionych na fotografii,
- 4) wypisać cechy charakterystyczne rozpoznanego stopnia oparzenia w brudnopisie,
- 5) rozpoznać stopień oparzenia,
- 6) przykleić zdjęcia do arkusza białego papieru,
- 7) wpisać cechy charakterystyczne pozostałych stopni oparzeń,
- 8) zaprezentować swoją pracę na forum grupy,
- 9) dokonać oceny poprawności wykonanego ćwiczenia,
- 10) ewentualnie uzupełnić brakujące informacje lub poprawić błędne.

Wyposażenie stanowiska pracy:

- zdjęcie oparzenia II °,
- duży arkusz białego papieru,
- przybory do pisania,
- kartki brudnopisu,
- taśma klejąca,
- literatura z rozdziału 6.

Ćwiczenie 2

Uzupełnij poniższą tabelę wpisując charakterystykę zmian w uszkodzeniach świetlnych skóry.

L.p.	Rodzaj uszkodzenia skóry	Cechy charakterystyczne
1.	Ostre uszkodzenie świetlne	
2.	Przewlekłe uszkodzenia świetlne	
3.	Nadwrażliwość na światło	

Sposób wykonania ćwiczenia

Aby wykonać ćwiczenie, powinieneś:

- 1) zapoznać się z charakterystyką uszkodzeń skóry (materiał nauczania pkt.4.5.1),
- 2) wypisać informacje na temat wybranych jednostek chorobowych,
- 3) opisać zmiany skórne w wymienionych jednostkach chorobowych,
- 4) uzupełnić tabelę, w zakresie charakterystyki zmian skórnych,
- 5) zaprezentować wykonane ćwiczenie,
- 6) dokonać oceny poprawności wykonanego ćwiczenia.

Wyposażenie stanowiska pracy:

- schemat tabeli narysowany na arkuszu papieru,
- taśma klejąca/magnesy do przypięcia papieru,
- przybory do pisania,
- kartki brudnopisu,
- literatura z rozdziału 6.

4.5.4. Sprawdzian postępów

Czy potrafisz:

- | | Tak | Nie |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) wymienić mechaniczne uszkodzenia skóry? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) rozróżnić rany? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) scharakteryzować modzel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) opisać nagniotek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) rozpoznać modzel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) omówić działanie słońca na skórę? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) zdefiniować pojęcie nadwrażliwości na światło? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) określić, co nazywamy oparzeniem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) omówić stopnie oparzeń? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) określić przyczyny odmrożeń? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) rozróżnić stopnie odmrożeń? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. SPRAWDZIAN OSIĄGNIĘĆ


INSTRUKCJA DLA UCZNI

1. Przeczytaj uważnie instrukcję.
2. Podpisz imieniem i nazwiskiem kartę odpowiedzi.
3. Zapoznaj się z zestawem zadań testowych.
4. Test zawiera 20 zadań o różnym stopniu trudności. Są to zadania wielokrotnego wyboru. Prawidłowa jest tylko jedna odpowiedź.
5. Udzielaj odpowiedzi tylko na załączonej karcie odpowiedzi, stawiając w odpowiedniej rubryce znak X. W przypadku pomyłki należy błędną odpowiedź zaznaczyć kółkiem, a następnie ponownie zakreślić odpowiedź prawidłową.
6. Test składa się z dwóch części o różnym stopniu trudności:
I część – 15 zadań, poziom podstawowy,
II część – 5 zadań, poziom ponadpodstawowy.
7. Pracuj samodzielnie, bo tylko wtedy będziesz miał satysfakcję z wykonanego zadania.
8. Kiedy udzielenie odpowiedzi będzie Ci sprawiało trudność, wtedy odłóż jego rozwiązanie na później i wróć do niego, gdy zostanie Ci czas wolny.
9. Na rozwiązanie testu masz 45 min.

Powodzenia!

ZESTAW ZADAŃ TESTOWYCH

1. Wykwity pierwotne
 - a) są obecne przez cały czas trwania choroby skóry.
 - b) są zawsze jedynym kryterium diagnostycznym.
 - c) pojawiają się na skórze niezmienionej chorobowo.
 - d) zaliczamy do nich: plamę, łuskę i owrzodzenie.
2. Etiologia w medycynie to
 - a) objaw.
 - b) mechanizm zmian.
 - c) przyczyna.
 - d) skutek.
3. Znamiona skórne mają charakter
 - a) wrodzony.
 - b) nabyty.
 - c) nie określony.
 - d) mogą być wrodzone i nabyte.
4. Naczyniaki należą do znamion
 - a) naskórkowych.
 - b) skórnych.
 - c) barwnikowych.
 - d) mieszanych.
5. Najważniejszym zadaniem melanocytów jest
 - a) wytwarzanie komórek naskórka.
 - b) ochrona skóry przed światłem.

- c) wytwarzanie włókien kolagenowych.
d) ochrona przed pochłanianiem wody.
6. Ropne zmiany skórne wywołane są przez
- wirusy.
 - grzyby.
 - Pasożyty.
 - bakterie.
7. Prezentowana na poniższym zdjęciu zmiana skórna to
- 
- a) brodawka skórna.
b) opryszczka.
c) grzybica.
d) łuszczyca.
8. Grzybica stóp najczęściej występuje pod postacią
- grzybicy obrębniej.
 - grzybicy potnicowej.
 - grzybicy suchej.
 - grzybicy międzypalcowej.
9. Najczęstszymi chorobami pasożytniczymi skóry u człowieka są
- wszawica i róża.
 - świerzb i opryszczka.
 - wszawica i drożdżycza.
 - wszawica i świerzb.
10. Łuszczyca
- jest chorobą zakaźną.
 - jej podstawowym wykwitem jest owrzodzenie.
 - nie jest chorobą zakaźną.
 - pojawia się zawsze przed 30 rokiem życia.
11. Łupieżem nazywamy
- każde nadmierne łuszczenie się naskórka owłosionej skóry głowy.
 - każde nadmierne łuszczenie się skóry.
 - wszystkie choroby z zaburzoną keratynizacją.
 - choroby łojotokowe.
12. Uszkodzenie ciągłości skóry to
- rana.
 - pęcherz.
 - modzel.
 - nagniotek.

13. Włókniaki skóry zaliczane są do
 - a) nowotworów złośliwych.
 - b) nowotworów łagodnych.
 - c) znamion skórnych.
 - d) zmian soczewicowatych.

14. Czernak złośliwy częściej występuje u
 - a) dzieci.
 - b) mężczyzn.
 - c) kobiet.
 - d) ludzi starych.

15. Zaskórnik jest podstawową zmianą skórną w
 - a) trądziku różowatym.
 - b) trądziku pospolitym.
 - c) ospie.
 - d) zakażeniach bakteryjnych skóry.

16. Reakcja alergiczna typu I jest to
 - a) natychmiastowa reakcja alergiczna.
 - b) reakcja cytotoksyczna.
 - c) reakcja kompleksów immunologicznych.
 - d) reakcja opóźniona.

17. Objawy wyprysku ostrego alergicznego pojawiają się
 - a) od razu po kontakcie z alergenem.
 - b) po 2 godzinach od kontaktu z alergenem.
 - c) od 6 do 12 godzin po kontakcie z alergenem.
 - d) do 24 – 48 godzin od kontaktu z alergenem.

18. Promienie świetlne uwalniające reakcję alergiczną to promienie
 - a) UVA.
 - b) UVB.
 - c) UVC.
 - d) żadna odpowiedź nie jest prawdziwa.

19. Pęcherze jako urazy mechaniczne skóry są najczęściej pochodzenia
 - a) naskórkowego.
 - b) skórniego.
 - c) podnaskórkowego.
 - d) podskórnego.

20. Teleangiektazje to
 - a) uszkodzenie naskórka.
 - b) zmiany skórne charakterystyczne dla osób młodych.
 - c) czasowo poszerzone naczynia włosowate spłotu podbrodawkowego skóry.
 - d) trwale poszerzone naczynia włosowate spłotu podbrodawkowego skóry.

KARTA ODPOWIEDZI

Imię i nazwisko

Rozpoznawanie patologicznych zmian skórnych

Zakreśl poprawną odpowiedź.

Nr zadania	Odpowiedź				Punkty
1	a	b	c	d	
2	a	b	c	d	
3	a	b	c	d	
4	a	b	c	d	
5	a	b	c	d	
6	a	b	c	d	
7	a	b	c	d	
8	a	b	c	d	
9	a	b	c	d	
10	a	b	c	d	
11	a	b	c	d	
12	a	b	c	d	
13	a	b	c	d	
14	a	b	c	d	
15	a	b	c	d	
16	a	b	c	d	
17	a	b	c	d	
18	a	b	c	d	
19	a	b	c	d	
20	a	b	c	d	
Razem:					

6. LITERATURA

1. Hans – Jorg Senn, P. Drings, A. Gf. Jungi, R. Sauer, P. Schlag: Kompendium onkologii PZWL Warszawa 1995
2. Opalińska M., Prystupa K., Stąpór W.: Dermatologia praktyczna. PZWL. Warszawa 1997
3. Rassner G.: Dermatologia. Podręcznik i atlas. Urban& Partner. Wrocław 2003
4. Stander Ch.: Zarys dermatologii i wenerologii. Urban& Partner. Wrocław 1999
5. Wąsik F., Baran E., Szepietowski J.: Atlas chorób skóry. Wrocław 1993
6. Koźmińska – Kubarska.: Zarys kosmetyki lekarskiej. PZWL. Warszawa 1991

Czasopisma:

- „Zdrowie“ nr: 7/2003, 6/2004, 11/2005