Себорея. Угри

1. Себорея

Себорея - нарушение функции сальных желез, характеризующееся преимущественно усиленным выделением неполноценного кожного сала: пониженное содержание свободных низших жирных кислот за счет увеличения холестерина и свободных высших жирных кислот, что снижает бактериостатические свойства кожи и способствует развитию вторичной инфекции. Этиология неизвестна.

Патогенез: функциональные нервно-эндокринные нарушения, в частности вегетативная дистония. Эндокринные сдвиги выражаются в повышении уровня андрогенов при снижении эстрогенов. Возможно, нарушения обусловлены и первичной гипоталамической или корковой патологией, так как явления себореи обычно резко выражены при энцефалитах, болезни Паркинсона, диэнцефальных расстройствах.

Клиническая картина. Может развиться на любом участке кожи, где имеются сальные железы, обычно на волосистой части головы, лице, груди и спине, часто в пубертатном периоде. Проявления достаточно четко характеризуются термином "сальная кожа": пораженные участки представляются влажными, сальными, имеют характерный блеск. Поры сальных желез расширены, нередко закупорены темными пробками. Кожа часто утолщается, приобретает грязновато-серый оттенок. Волосы сальные, отмечается себорейная алопеция. Нередко возникают сальные кисты в виде мелких желтовато-белых узелков. Различают жирную и сухую себорею. Часто осложняется перхотью и вульгарными угрями. Перхоть - диффузное шелушение кожи волосистой части головы, обычно не сопровождающееся воспалительными явлениями; обусловлено активацией сапрофитирующей здесь бактериальной флоры, внедряющейся в эпидермис и нарушающей его ороговение.

Лечение: рациональный уход за кожей - умывание утром и вечером горячей водой с мылом, ополаскивание холодной водой, протирание кожи в течение дня 1-2%-ным салициловым спиртом, молоком Видаля, при пересушивании кожи - кремы. Перхоть - 2%-ный серно-салициловый спирт, сульсеновую пасту, сульсеновое мыло, шампунь "Себорин". Ограничить прием острой, соленой и сладкой пищи. Коррекция нервно-эндокринных отклонений.

2. Обыкновенные (юношеские) угри

Обыкновенные угри (юношеские) - acne vulgaris - возникают преимущественно в пубертатном периоде и характеризуются гнойно-воспалительным поражением сальных желез на фоне себореи.

Этиология неизвестна.

Патогенез обусловлен себореей, осложнением которой они являются. Основную роль играет свойственное себорее снижение бактерицидности кожного сала, приводящее к активизации сапрофитирующей флоры.

Клиническая картина: эволюционный полиморфизм высыпных элементов, располагающихся на себорейных участках:

1) черный угорь. Камедоны выглядят в виде черного цвета точек, приуроченных к устьям сальных желез, состоят из ороговевших клеток эпидермиса, скопления пыли, продуктов химически измененного кожного сала. Камедоны закупоривают расширенные воронки волосяных фолликулов;

2) папулезные угри. Вокруг камедонов - красный воспалительный венчик, а в его основании формируется небольшой инфильтрат. Угри проявляются розовыми узелками от 2-5 мм, полушаровидной формы, нередко с камедоном на верхушке;

3) пустулезные угри. На верхушке узелка появляется пустула. Воспалительные явления нарастают, увеличиваются элементы до больших размеров, появляется болезненность. Содержимое пустулы подсыхает в виде корочки или пустула вскрывается. После регресса пустулезных угрей - небольшие пигментные пятна или мелкие, штампованные рубчики;

4) индуративные угри. При глубоком распространении воспалительного процесса вокруг сально-волосяного фолликула образуется перифолликулит - плотный, глубокий, резко болезненный инфильтрат. Кожа над элементом багрово-синюшная, диаметр его достигает 1 см и более. Рассасываются медленно, могут вскрываться с выделением густого гноя, оставляя после разрешения глубокие рубцы.

5) шаровидные угри. Индуративные угри, увеличиваясь, сливаясь между собой, образуют различной формы резко болезненные, багрово-синюшного цвета инфильтраты, нередко соединяются между собой глубокими ходами с образованием вялых абсцессов и свищевых ходов. Абсцессы вскрываются с выделением серозно-гнойного содержимого с примесью крови. Околосвищевые ткани нередко вегетируют. При заживлении оставляют обезображивающие рубцы неправильных очертаний. Субъективно - резкая болезненность, чувство стянутости кожи.

Пестрота клинической картины обусловлена непрерывным, обычно многолетним течением процесса. Обычно к 20-25 годам наступает спонтанное излечение. После глубоких форм остаются рубцы.

Дифференциальная диагностика: с розовыми угрями, пустулезными сифилидами, вульгарным сикозом, эритематозом.

Лечение зависит от глубины и распространенности процесса.

Тяжелые случаи - повторные курсы антибиотиков (тетрациклин по 0,2 г 3-4 раза в день), иммунопрепараты (стафилококковая аутовакцина, стафилококковый анатоксин), витамины (A, B6, пангексавит, декамевит), электрокоагуляция, ультрафиолетовое облучение, горячий душ. Легкие случаи - витаминотерапия, обезжиривающие и дезинфицирующие местные средства (молоко Видаля, 1-2%-ный салициловый спирт, 5%-ный левомицетиновый спирт, маски из пасты сульсена). Ограничение приема жирной, острой и сладкой пищи. Коррекция нервно-эндокринных нарушений.

3. Розовые угри

Розовые угри (acne rosacea) возникают в среднем и пожилом возрасте (чаще у женщин) и характеризуются появлением на лице мелких папулопустулезных высыпаний на фоне разлитой эритемы с телеангиэктазиями.

Этиология неизвестна.

Патогенез связан с себореей, вегетативно-сосудистым неврозом. Имеют значение нарушения желудочной секреции (чаще ахилия), у женщин также - овариальная дисфункция. Провоцируют процесс раздражающие внешние факторы (солнце, ветер, мороз, работа в горячих цехах).

Клиническая картина. Поражается только кожа лица (чаще щеки и нос). Возникает, нередко на себорейном фоне, стойкое диффузное покраснение (эритема) с телеангиэктазиями. Насыщенность эритемы меняется. На ее фоне появляются мелкие ярко-красные папулы, в центре которых - поверхностные пустулы. При регрессе высыпаний рубцов не остается. Субъективно - чувство жара, легкий зуд. Течение с частыми обострениями, неопределенно долгое. При длительном существовании в результате воспалительных явлений и венозного застоя кожа грубеет, утолщается, появляются шишковатые набухания, может развиться ринофима (бугристая гипертрофия кожи носа).

Дифференциальная диагностика: от обыкновенных угрей розацеа отличается возрастом больных (старше 25 лет), локализацией только на лице, наличием эритемы и телеангиэктазий, отсутствием комедонов и рубцов. При красной волчанке эритема имеет четкие границы, отсутствуют пустулы, появляются плотные чешуйки, в исходе развивается рубцовая атрофия.

Лечение. Устранение провоцирующих внешних факторов. Коррекция вегетососудистой дистонии, желудочно-кишечных и овариальных нарушений. Диета с исключением алкоголя, острых блюд, крепкого чая и кофе. Витаминотерапия (В2, B6, В12, РР), делагил, трихопол. В тяжелых случаях - антибиотики, особенно препараты тетрациклинового ряда. Местно - вяжущие и дезинфицирующие примочки, пасты, криомассаж, электрокоагуляция, дермабразия.