

## 5

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ

#### Αντικειμενικοί Σκοποί

Μετά τη μελέτη και την επεξεργασία των εννοιών του πέμπτου κεφαλαίου οι μαθητές/μαθήτριες θα είναι σε θέση:

- Να αναγνωρίζουν τα βασικά σημεία των μολυσματικών δερματοπαθειών, να υποπτεύονται την ύπαρξη τους και να παραπέμπουν σε ειδικό.
- Να εντοπίζουν τις δερματικές εκδηλώσεις του AIDS να κατανοούν και να περιγράφουν τους τρόπους προφύλαξης.

## ΜΟΛΥΣΜΑΤΙ ΚΕΣ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙ ΕΣ

### *5.1 Ιογενείς Δερματοπάθειες*

Οι ιοί είναι πάρα πολύ μικροί οργανισμοί, αόρατοι με το κοινό μικροσκόπιο και ορατοί μόνο με το ηλεκτρονικό. Αναπτύσσονται και πολλαπλασιάζονται μέσα σε ζωντανά κύτταρα. Οι ιοί είναι ευαίσθητοι σε διάφορα αντισηπτικά, στη θερμότητα, στην ιονίζουσα ακτινοβολία, ενώ στο ψύχος είναι αρκετά ανθεκτικοί. Επίσης δεν επηρεάζονται από τα αντιβιοτικά ή τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

#### 5.1.1 Έρπης απλός

Είναι δερματοπάθεια που υποτροπιάζει (εμφανίζεται σε τακτά χρονικά διαστήματα). Το εξάνθημα αποτελείται από ερυθρότητα και από μικρές φυσαλίδες και εμφανίζεται σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος (χείλη, μάγουλα, γεννητικά όργανα κ.α.).



**Εικόνα 5.1: Έρπης Προσώπου**

*Ευγενική προσφορά  
του δερματολόγου  
Γ. Κοντοχριστόπουλου*

#### ***1. Κλινική Εικόνα***

Στην περιοχή όπου πρόκειται να εμφανιστεί έρπης, ο ασθενής αισθάνεται ελαφρό κνησμό (φαγούρα) και κάψιμο. Μετά από λίγες ώρες εμφανίζεται το εξάνθημα, το οποίο χαρακτηρίζεται από ερυθρότητα και από μικρές φυσαλίδες με ορώδες υγρό, που μπορεί στη συνέχεια να γίνει θολό. Σε λίγες ημέρες οι φυσαλίδες σπάζουν ή ξηραίνονται και στο σημείο εκείνο του δέρματος δημιουργούνται εφελκίδες. Μεσα σε μία εβδομάδα έως 10 ημέρες, το εξάνθημα θεραπεύεται από μόνο του.

Οιός του έρπητα προσβάλλει όλα τα άτομα, σε όλες τις ηλικίες. Ο ιός παραμένει σε λανθάνουσα κατάσταση μέσα στα γάγγλια ή στους βλεννογόνους και εμφανίζεται ξανά, όταν εξασθενεί η άμυνα του οργανισμού, όπως, για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια διαφόρων ιώσεων, σε καταστάσεις άγχους, κατά την έμμηνο ροή της γυναίκας, μετά από παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο κ.ά.

## II. Κλινικές μορφές

**Έρπης δέρματος.** Στο δέρμα οι εκλεκτικές εντοπίσεις του έρπητα εκδηλώνονται στο πρόσωπο και στο σώμα. Στο πρόσωπο οι βλάβες εντοπίζονται κυρίως γύρω από τα χείλη. Όταν ο έρπης εντοπίζεται γύρω από τα χείλη, ονομάζεται **έρπης επιχείλιος** και συνοδεύει πολλές φορές λοιμώδεις νόσους, όπως την πνευμονία, την γρίπη κ.ά.

**Έρπης οφθαλμών.** Σοβαρής πρόγνωσης είναι ο έρπης στους οφθαλμούς, ο οποίος προκαλεί επιπεφυκίτιδα και κερατίτιδα που μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση.

**Έρπης υποτροπιάζων.** Ονομάζεται η κλινική μορφή του έρπητα κατά την οποία, μετά την πρωτομόλυνση, ο έρπης υποτροπιάζει κατά μικρά ή μεγάλα διαστήματα, όπως ο καταμήνιος υποτροπιάζων έρπης που υποτροπιάζει πριν, κατά τη διάρκεια, ή μετά την εμμηνορροή της γυναίκας.



Εικόνα 5.2: Επιχείλιος έρπης

Ευγενική προσφορά του δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου

**Ερπης γεννητικών οργάνων.** Και εδώ, όπως και στις άλλες μορφές, έχουμε την εμφάνιση φυσαλίδων. Στον άνδρα οι βλάβες εμφανίζονται στην πόσθη, στην ακροποσθία και στη βάλανο, ενώ στη γυναίκα στο αιδοίο, στον κόλπο και στον τράχηλο της μήτρας. Στη γυναίκα όμως υπάρχει κίνδυνος κατά τη διάρκεια του τοκετού, εφόσον νοσήει την εποχή εκείνη, να προσβληθεί το νεογνό από έρπη με βαρύτερη πρόγνωση για αυτό.

### III. Θεραπεία

Επιτίξεις με καθαρό οινόπνευμα 90ο ή ιωδιούχο οινόπνευμα. Για την θεραπεία του υποτροπιάζοντα έρπη χορηγείται βιταμίνη C ιστατικές αλοιφές και σε σοβαρότερες περιπτώσεις, ιστατικά φάρμακα από το στόμα.

#### 5.1.2 Ερπης ζωστήρας.

Ο έρπης ζωστήρας είναι ερυθματοφυσαλιδώδης δερματοπάθεια και οφείλεται στον ιό Herpes Virus Varicellae.



**Εικόνα 5.3:** Ερπης ζωστήρ

Ευγενική προσφορά του  
δερματολόγου Κ. Πουσου

#### I. Κλινική εικόνα

Ο χρόνος επώασης φθάνει σε 7-18 ημέρες. Έχουμε γενικά φαινόμενα κακοδιαθεσίας, πυρετού και μερικές φορές ανορεξίας. Πλλές φορές έχουμε την έναρξη της νόσου με αίσθημα καύσου ή κνησμού στην περιοχή που πρόκειται να εμφανισθεί το εξάνθημα. Μετά από 45 μέρες εμφανίζεται το εξάνθημα, το οποίο αποτελείται από μια ή περισσότερες ερυθματώδεις πλάκες. Οι πλάκες έχουν σχήμα στρογγυλό ή ωοειδές, είναι ιμια δίπλα

στην άλλη και κατά μήκος ενός αισθητικού νεύρου σχηματίζοντας ζώνη (ζωστροειδώς). Ανάλογα με την εντόπιση του εξανθήματος διακρίνουμε το ζωστήρα του τριδύμου, τον τραχηλικό, το θωρακοβραχιόνιο και μεσοπλεύριο, τον οσφυϊκό, το μηριαίο, το βραχιόνιο κτλ. Οι βλάβες είναι δυνατόν να εμφανιστούν και στους βλεννογόνους της περιοχής που έχει προσβληθεί (στόμα, μάτια, κτλ.). Επάνω στις πλάκες εμφανίζονται φυσαλίδες σε ομάδες και σε μέγεθος που κυμαίνεται από κεφαλή καρφίτσας μέχρι φακής. Περιέχουν διαυγές υγρό, το οποίο θολώνεται.

Τις επόμενες μέρες και επί μια εβδομάδα είναι δυνατόν το εξάνθημα να επεκταθεί με την εμφάνιση νέων πλακών και νέων φυσαλίδων. Τα σύστοιχα λεμφογάγγλια είναι διογκωμένα.

Λίγες μέρες μετά την εμφάνισή τους οι φυσαλίδες συρρικνώνονται και αποξηραίνονται και στη συνέχεια εμφανίζονται εφελκίδες, οι οποίες πέφτουν και στη θέση τους παρουσιάζονται ερυθματώδεις κηλίδες. Σε πολλές περιπτώσεις οι εκδηλώσεις του έρπητα ζωστήρα διαρκούν 2-3 εβδομάδες, ενώ στις σοβαρότερες πολύ περισσότερο. Ο ασθενής έχει πόνους οι οποίοι συνήθως προηγούνται του εξανθήματος αλλά και στην διάρκεια αυτού.

Στην περιοχή του εξανθήματος παρατηρούμε εκτός από τον πόνο και το κάψιμο και άλλες διαταραχές, όπως υπαισθησία ή υπεραίσθησία του δέρματος, ελάττωση των αντανακλαστικών, μυϊκές ατροφίες και σε σοβαρότερες περιπτώσεις πάρεση ή και παράλυση των νεύρων και ιδιαίτερα του προσωπικού ή του οφθαλμικού νεύρου.

Οι διαταραχές αποκαθίστανται με την πάροδο του χρόνου.

## II. Κλινικές μορφές

### ♦ Αιμορραγικός ζωστήρας.

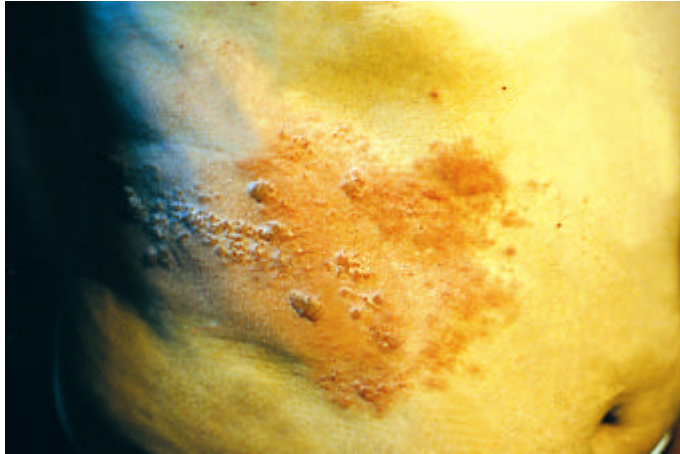
Οι πλάκες παρουσιάζουν αιμορραγικές βλάβες και οι φυσαλίδες περιέχουν αιμορραγικό υγρό. Παρατηρείται κυρίως σε άτομα που πάσχουν από νόσους του αίματος.

### ♦ Γαγγραινώδης ζωστήρας.

Παρουσιάζει νεκρωτικές αλλοιώσεις και εμφανίζεται κυρίως σε καχεκτικά και υπερήλικα άτομα ή σε άτομα που πάσχουν από κακοήθειες νόσους.

### ♦ Οφθαλμικός ζωστήρας.

Θεωρείται η σοβαρότερη μορφή του ζωστήρα. Σε αυτόν το εξάνθημα καταλαμβάνει την περιοχή του οφθαλμικού νεύρου. Σε πολλές περιπτώσεις προσβάλλεται ο οφθαλμός και παρουσιάζει επιπεφυκίτιδα (με ερυθρότητα, οίδημα, δακρύρροια, φωτοφοβία), κερατίτιδα, ιριδοκυκλίτιδα και ατροφία της θηλής του οπτικού νεύρου.



**Εικόνα 5.4: Ερπης ζωστήρας μεσοπλεύριος**

*Ευγενική προσφορά του δερματολόγου Κ. Πουσουλίδη*

### ♦ Γενικευμένος ζωστήρας.

Προσιάζει γενικευμένο εξάνθημα, του οποίου οι βλάβες είναι όμοιες με τις ανεμοβλογιάς.

## *III. Θεραπεία*

Τοπικές επαλείψεις με αντισηπτικά διαλύματα και επίπαση με αδρανείς σκόνες. Οι πόνοι αντιμετωπίζονται με αναλγητικά (ασπιρίνη, παρακεταμόλη). Χορηγούνται, επίσης, από το στόμα ιστατικά φάρμακα.

### **5.13 Ανεμευλογιά (Ανεμοβλογιά)**

Είναι εξανθηματική λοιμώδης νόσος και οφείλεται στον ιό ~~Haps~~ **Herpes** **Virus** **Varicellae**. Προσβάλλει κυρίως την παιδική ηλικία αλλά και τους ενήλικες.

## **I. Κλινική εικόνα**

Μετά από χρόνο επώασης 1021 ημέρες έχουμε γενικά φαινόμενα αδιαθεσίας, ανορεξίας και πυρετική κίνηση γύρω στους 38°C.

Το εξάνθημα εμφανίζεται στο τριχωτό της κεφαλής, στο σώμα, στο πρόσωπο και στα άκρα και παρουσιάζει κνησμό.



**Εικόνα 5.5: Ανεμοβλογιά σε πρόσωπο εφήβου**



**Εικόνα 5.6: Ανεμοβλογιά στο σώμα εφήβου**

*Ευγενική προσφορά του  
δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου*

Αποτελείται από ερυθματώδεις κηλίδες, χρώματος ρόδινου ή κόκκινου, που έχουν μέγεθος όσο περίπου η φακή. Επάνω στις κηλίδες σχηματίζονται φυσαλίδες γεμάτες με ορώδες υγρό, οι οποίες παρουσιάζουν την χαρακτηριστική εμφάνιση της «ομφαλωτής φυσαλίδας». Στην συνέχεια το εξάνθημα εξελίσσεται σε εφελκίδες, οι οποίες πέφτουν και αφήνουν τη θέση τους σε κηλίδες που έχουν χρώμα ρόδινο.

## II. Πρόγνωση

Η πρόγνωση είναι καλή, εκτός από σπάνιες περιπτώσεις όπου ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει επιπλοκές, όπως βρογχοπνευμονία, θρομβοπενική πορφύρα και μηνιγγοεγκεφαλίτιδα.

## III. Θεραπεία

Θεραπεία είναι συμπτωματική για τον πυρετό. Τοπικά δίδονται πούδρες και αντισηπτικά διαλύματα, καθώς και αντισταμινικά για τον κνησμό.



**Εικόνα 5.5: Μολυσματική τέρμινθος κορμού**

*Ευγενική προσφορά του δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου*

### **5.1.4 Μολυσματική τέρμινθος**

Είναι μεταδοτική, αυτοενοφθαλμίσιμη δερματοπάθεια και οφείλεται σε ιό, ο οποίος προκαλεί στο δέρμα το σχηματισμό μικρών βλατίδων με μορφή ογκιδίων.

#### ***I. Κλινική εικόνα***

Ο χρόνος επώασης φθάνει τις 40-60 ημέρες. Το εξάνθημα αποτελείται από μικρά ογκίδια, τα οποία έχουν μέγεθος περίπου σαν της φακής. Το σχήμα τους είναι ημισφαιρικό και η σύστασή τους είναι μάλλον σκληρή. Το χρώμα τους είναι φυσιολογικό ή ερυθρορόδινο. Αν πιέσουμε το ώριμο



ογκίδιο βγαίνει από το κέντρο του μάζα αποτελούμενη από κεράτινα και ωειδή κύτταρα που περιέχουν τα «σωμάτια της τερμίνθου».

Εντοπίζονται συνήθως στον θώρακα, στο λαιμό, στην περιοχή των γεννητικών οργάνων, στις μασχάλες και στο εφίβαιο. Η πρόγνωση είναι καλή.

## 11. Θεραπεία

Η θεραπεία συνίσταται στην καταστροφή των ογκιδίων με θερμοπηξία ή κρυοπηξία.



**Εικόνα 5.6** Μυλυσματική τέρμινθος προσώπου  
Ευγενική προσφορά  
του δερματολόγου  
Γ. Κοντοχριστόπουλου

### 5.15 Μυρμηκίες

Ο μυρμηκίες προσβάλλουν και τα δύο φύλα σε όλες τις ηλικίες, ιδιαίτερα όμως την παιδική και εφηβική και οφείλονται στο διηθητικό HPV (Human Papilloma Virus).

#### 1. Κλινική εικόνα

Ο μυρμηκίες αρχίζουν με την εμφάνιση μιας βλάβης, η οποία μπορεί να μείνει μόνη για μεγάλο χρονικό διάστημα. Συνήθως, όμως, οι βλάβες πολλαπλασιάζονται δια αυτοενοφθαλμισμού και γίνονται πολλές. Εντοπίζονται στα χέρια, στα πόδια και στο πρόσωπο και διακρίνονται σε κοινές, πελματιαίες και ομαλές νεανικές.

#### ♦ Κοινές

Αποτελούνται από υποστρώγγυλες βλατίδες, ξηρές και σκληρές, που μπορεί να φθάσουν μέχρι το μέγεθος του ρεβιθίου. Έχουν χρώμα ποκίτρινο και ανώμαλη επιφάνεια, θηλωματώδη και υπερκερατωσική.

Εντοπίζονται στην ραχιαία επιφάνεια των χεριών και των δακτύλων αλλά και στα πόδια, τις κνήμες, τα γόνατα και σπανιότερα στο σώμα και στο τριχωτό της κεφαλής. Σε ορισμένες περιπτώσεις εντοπίζονται στο παρωνύχιο, όπου είναι και πολύ επώδυνες. Η λαϊκή τους ονομασία είναι «κότσια», «κούτσες» ή «μπαρδαβίτσες».



**Εικόνα 5.7: Κοινές μυρμηκίες**

*Ευγενική προσφορά  
του δερματολόγου Κ. Πουσουλίδη*

#### ♦ Μυρμηκίες πελμάτων

Εντοπίζονται στα πέλματα των ποδιών και, πιεζόμενες από το βάρος του σώματος, αναπτύσσονται προς το βάθος, κάτω από την επιδερμίδα. Είναι πολύ επώδυνες με την βάδιση και την πίεση. Κλινικά παρουσιάζονται σαν μικροί, σκληροί, πολυγωνικοί κόκκοι. Οι μυρμηκίες πέλματος, τις περισσότερες φορές, καλύπτονται από παχιά υπερκεράτωση. Δεν πρέπει να τις συγχέουμε με τους τύλους (κάλους), οι οποίοι κατά την πίεση πονούν σε όλη την επιφάνειά τους· στις μυρμηκίες ο πόνος εντοπίζεται στο κέντρο τους.



**Εικόνα 5.10: Μυρμηκίες πελμάτων**

*Ευγενική προσφορά του δερματολόγου Κ. Πουσουλίδη*

### ♦ Ομαλές μυρμηκίες

Αποτελούνται από πολυάριθμες, επιδερμικές βλατίδες με διάμετρο 24 χιλιοστά, και προεξέχουν ελαφρά από την επιφάνεια του δέρματος. Εντοπίζονται στο πρόσωπο (μέτωπο, μάγουλα, γύρω από το στόμα) και στην επάνω επιφάνεια των χεριών. Το χρώμα τους είναι φυσιολογικό ή γκριζοκίτρινο. Παραμένουν για αρκετό χρονικό διάστημα, μπορούν όμως και να θεραπευτούν αυτόματα.

## 11. Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με θερμοπηξία, κρυοπηξία και εφαρμογή καυστικών ουσιών. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να επιλεγεί ο καλύτερος τρόπος θεραπείας. Η χειρουργική αφαίρεση καλό είναι να αποφεύγεται, λόγω του κινδύνου υποτροπής στα όρια της εκτομής. Είναι όμως προτιμώμενη μέθοδος για τις περιεδρικές μυρμηκίες.

Παρατηρήθηκε σε ορισμένες περιπτώσεις θεραπεία κατά την χορήγησης εικονικώνσκευασμάτων, ιδιαίτερα στις νεανικές μυρμηκίες, γεγονός που αποδίδεται είτε στην αυθυποβολή είτε στην ανάπτυξη αντισωμάτων που εξουδετερώνουν τον ιό.



**Εικόνα 5.11: Οξυτενή κονδυλώματα**

*Ευγενική προσφορά του  
δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου*

### **5.1.6 Οξυτενή κονδυλώματα**

Τα οξυτενή κονδυλώματα είναι καλοήθεις, θηλωματώδεις εκβλαστήσεις του δέρματος και των βλεννογόνων και έχουν χρώμα ρόδινο ή γκριζωπό. Εμφανίζονται στα γεννητικά όργανα, τον δακτύλιο και σπανιότερα σε άλλα σημεία του σώματος.

Τα οξυτενή κονδυλώματα είναι μεταδοτικά και αυτοενοφθαλμίσιμα. Οφείλονται στον ιό HPV (Human Papilloma Virus), του οποίου έχουν περιγραφεί πάνω από 60 ξεχωριστοί, γενετικοί τύποι, οι οποίοι προκαλούν λοιμώξεις σε διάφορες ανατομικές θέσεις στον άνθρωπο και ποικιλία υπερπλαστικών αλλοιώσεων του δέρματος και των βλεννογόνων.

## **I. Κλινική εικόνα**

Στην αρχή παρατηρούμε μία βλατίδα με επιφάνεια ομαλή ή κοκκώδη ρόδινου χρώματος, που μπορεί να φθάσει στο μέγεθος του μπιζελιού, ενώ επιφάνεια της γίνεται θηλωματώδης. Σπάνια παραμένει μεμονωμένη. Συνήθως δίπλα της εμφανίζονται και άλλες βλατίδες, οι οποίες σχηματίζουν μάζες με επιφάνει ανώμαλη όπως το κουνουπίδι. Είναι ανώδυνες και δεν ενοχλούν καθόλου παρά μόνο με τον όγκο τους.

Στο πέος τα οξυτενή κονδυλώματα είναι συνήθως πολλαπλά, επίπεδα και κερατινοποιημένα. Εντοπίζονται κυρίως στη στεφάνη της βάλανου και στη βαλανοποσθική αύλακα, στην ακροποσθία και στο στόμιο της ουρήθρας και σπάνια, στο όσχεο. Στην γυναίκα εμφανίζονται στα μικρά και στα μεγάλα χείλη του αιδοίου, στην κλειτορίδα, στον πρόδρομο του κολεού και στον κόλπο.

## **II. Θεραπεία**

Η θεραπεία αποσκοπεί στην καταστροφή των οξυτενών κονδυλωμάτων.

- 1) Με εναιώρημα ή με διάλυμα ποδοφυλλίνης 25%.
- 2) Με θερμοπηξία.
- 3) Με κρυοπηξία (επιθίξεις με υγρό άζωτο).
- 4) Όταν είναι ογκώδη, τα αφαιρούμε χειρουργικά.

Πρέπει να γνωρίζουμε ότι τα οξυτενή κονδυλώματα είναι δυνατόνα επανεμφανίζονται σε ορισμένα άτομα με επίμονο τρόπο. Αυτό οφείλεται σε υποτροπή, αυτοενοφθαλμισμό ή νέα μόλυνση.

## **5.2 Δερματοπάθειες από Μ κρόβια**

Ο δερματοπάθειες που οφείλονται σε μικρόβια διαιρούνται κυρίως σε δύο κατηγορίες: α) στις στρεπτοκοκκιάσεις, όταν προκαλούνται από το στρεπτόκοκκο και β) στις σταφυλοκοκκιάσεις, όταν προκαλούνται από το

σταφυλόκοκκο. Σε σπάνιες περιπτώσεις προκαλούνται από τη ψευδομονάδα, το κολοβακτηρίδιο ή άλλα μικρόβια.

### Στρεπτοκοκκιάσεις

Οι **στρεπτοκοκκιάσεις** είναι επιφανειακές συνήθως δερματοπάθειες και οφείλονται στον στρεπτόκοκκο. Το 90% περίπου των στρεπτοκοκκικών λοιμώξεων του ανθρώπου οφείλονται στην ομάδα Α του αιμολυτικού στρεπτόκοκκου.

#### 5.2.1 Ερυσίπελας

Είναι οξεία, εμπύρετη λοίμωξη του δέρματος και οφείλεται στο Β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο ο οποίος εισέρχεται στο δέρμα μετά από κάποια αμυχή, μόλυνση ή τραύμα και εντοπίζεται σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, συχνότερα όμως στο πρόσωπο και στις κνήμες.

#### *1. Κλινική εικόνα*

Μετά από επώση 2-6 ημερών έχουμε γενικά φαινόμενα: ρίγη, κακουχία και πυρετό. Κλινικά έχουμε την εμφάνιση πλάκας που έχει περίπου το μέγεθος παλάμης μικρού παιδιού με χρώμα έντονα κόκκινο και συνοδεύεται από οίδημα (πρήξιμο) και πόνο. Είναι θερμότερη από το γύρω φυσιολογικό δέρμα και έχει σαφή όρια.



**Εικόνα 5.12: Ερυσίπελας**

## II. Κλινικές μορφές

### ♦ Πομφολυγώδες

Στο πομφολυγώδες ερυσίπελας εμφανίζονται φυσαλίδες ή πομφόλυγες που οφείλονται στο αυξανόμενο οίδημα του δέρματος.

### ♦ Γαγγραινώδες

Το γαγγραινώδες ερυσίπελας εμφανίζεται κυρίως σε καχεκτικά ή διαβητικά άτομα με νεκρωτικές πλάκες, οι οποίες έχουν μελανό και κόκκινο χρώμα.

### ♦ Υποτροπιάζον

Ορισμένα άτομα με ελαττωμένη αντίσταση του οργανισμού τους μπορεί να εμφανίζουν κατά διαστήματα ερυσίπελας. Μετά από επανειλημμένες υποτροπές μπορεί να παρατηρηθεί και μόνιμη διόγκωση του μέλους, όπως λ.χ. στις κνήμες, η οποία οφείλεται σε απόφραξη των λεμφικών αγγείων ή υπερπλασία του συνδετικού ιστού.

## III. Θεραπεία

Το ερυσίπελας θεραπεύεται σε 10 ημέρες το πολύ, εκτός εάν πρόκειται για άτομα καχεκτικά, αλκοολικά ή διαβητικά, όπου η θεραπεία είναι δυσκολότερη. Τοπικά δίδονται αντιβιοτικές αλοιφές και από το στόμα ή ενδομυϊκά χορηγούνται αντιβιοτικά.



Εικόνα 5.13: Μβλυσματικό κηρίο

Ευγενική προσφορά του δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου

## 5.2.2 Μολυσματικό κηρίο

Είναι συχνή, μεταδοτική δερματοπάθεια και οφείλεται στο στρεπτόκοκκο ή στο σταφυλόκοκκο, ή και στους δύο. Το μολυσματικό κηρίο χαρακτηρίζεται από πομφόλυγες, φλύκταινες, διαβρώσεις και εφελκίδες. Το συναντούμε κυρίως στην παιδική ηλικία.

### *I. Κλινική εικόνα*

Εμφανίζεται κυρίως στο πρόσωπο, στο τριχωτό της κεφαλής και στα χέρια, χωρίς να αποκλείεται η εμφάνιση του σε άλλα σημεία του σώματος. Χαρακτηρίζεται από μικρές πομφόλυγες και φλύκταινες με ερυθρότητα. Η πομφόλυγα του μολυσματικού κηρίου περιέχει υγρό, το οποίο είναι πυώδες ή οροπυώδες. Οι πομφόλυγες και οι φλύκταινες σε λίγο χρονικό διάστημα μετατρέπονται σε εφελκίδες. Το χαρακτηριστικό, κλινικό σημείο του μολυσματικού κηρίου είναι οι μελιτόχρες εφελκίδες. Το μολυσματικό κηρίο είναι πάθηση αποκλειστικά της επιδερμίδας. Σε λίγες περιπτώσεις μετά την πτώση των εφελκίδων παρατηρούνται αχρωματικές κηλίδες που χάνονται μετά από αρκετό χρονικό διάστημα. Οι βλάβες του μολυσματικού κηρίου επεκτείνονται προς την περιφέρεια του σώματος, αλλά σε σπάνιες περιπτώσεις το εξάνθημα γενικεύεται.

### *II. Μορφές*

#### ♦ Πομφολυγώδες

Οι βλάβες αποτελούνται από μεγάλες, τεταμένες πομφόλυγες, οι οποίες περιέχουν διαυγές υγρό.

#### ♦ Ξηρό

Αποτελείται από εξάνθημα ερυθματολεπιδώδες και παρουσιάζει βλάβες που περιέχουν ελάχιστο υγρό. Εντοπίζεται συνήθως στα μάγουλα.

### *III. Θεραπεία*

Σε ορισμένες περιπτώσεις το μολυσματικό κηρίο θεραπεύεται τοπικά με αντισηπτικά διαλύματα και αντιβιοτικές αλοιφές. Σε βαρύτερες περιπτώσεις η θεραπεία γίνεται με αντιβιοτικά από το στόμα.



## Σταφυλοκοκκιάσεις

Οι δερματοπάθειες οι οποίες προκαλούνται από τους σταφυλόκοκκους ονομάζονται σταφυλοκοκκιάσεις. Οι σταφυλόκοκκοι εισέρχονται μέσα στους τριχοσηματογόνους θύλακους, στους πόρους των ιδρωτοποιών αδένων, στο παρωνύχιο και προκαλούν πυοδερματίτιδες.

### 5.2.3 Επιφανειακή Θυλακίτιδα (Επιπολής Θυλακίτιδα)

Αρχίζει σαν μία μικρή, κόκκινη βλατίδα γύρω από μία τρίχα, και σε λίγο χρονικό διάστημα σχηματίζεται φλυκταινίδιο που περιέχει λευκό-κίτρινο υγρό. Το φλυκταινίδιο σπάει, το περιεχόμενο του αποξηραίνεται και σχηματίζεται η φελεκίδα. Η φελεκίδα πέφτει, και η βλάβη θεραπεύεται μέσα σε λίγες ημέρες, χωρίς να αφήσει ουλή.

Η επιφανειακή θυλακίτιδα εντοπίζεται παντού όπου υπάρχουν τρίχες ή χνούδι, ιδιαίτερα όμως στον αυχένα, στους βραχίονες, στον κορμό, στους γλουτούς και στους μηρούς.

Η θεραπεία της επιφανειακής θυλακίτιδας επιτυγχάνεται με συχνές επαλείψεις με αντισηπτικά διαλύματα.

### 5.2.4 Βαθύτερη Θυλακίτιδα (στα βαθύτερα στρώματα του δέρματος)

Όταν ο σταφυλόκοκκος εισχωρήσει στο βάθος του τριχικού θύλακα, τότε σχηματίζεται φλεγμονή, δηλαδή διόγκωση σκληρή και επώδυνη. Η βαθύτερη θυλακίτιδα είναι δυνατόν να προκαλέσει τη δημιουργία ψυχρών, σταφυλοκοκκικών αποστημάτων, τα οποία απορροφούνται πολύ αργά. Η θεραπεία της γίνεται με τοπική εφαρμογή αντισηπτικών διαλυμάτων και αντιβιοτικών αλοιφών.

### 5.2.5 Σταφυλοκοκκική σύκωση

#### *1. Κλινική Εικόνα*

Είναι η χρόνια σταφυλοκοκκική θυλακίτιδα, η οποία προβάλλει κυρίως τους άνδρες. Όταν εντοπίζεται στα μάγουλα και στο πηγούνι ονομάζεται σύκωση του γενείου και στο επάνω χείλος, όταν εντοπίζεται ονομάζεται σύκωση του μουστακιού. Χαρακτηρίζεται από θυλακικές βλάβες, οι οποίες



ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν πλάκες. Η επιφάνεια τους είναι ανώμαλη, το χρώμα τους κόκκινο με βλατίδες και φλυκταινίδια.

Το δέρμα στην επιφάνεια των πλακών είναι κοκκινωπό και υγρό με λευκωπά στίγματα και μοιάζει με το εσωτερικό ώριμου σύκου. Ο ασθενής παραπονείται για αίσθημα πόνου.

## *II. Θεραπεία*

Τοπικά εφαρμόζουμε αντισηπτικά διαλύματα, αντιβιοτικές αλοιφές και αντιβίωση από το στόμα.

Οι βλάβες μπορούν να υποχωρήσουν με την σωστή θεραπεία σε διάστημα 3-4 εβδομάδων. Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως η σταφυλοκοκκική σύκωση είναι πολύ επίμονη και διαρκεί, παρά την σωστή θεραπεία, για μήνες και χρόνια.

### **5.2.6 Δοθιήνας**

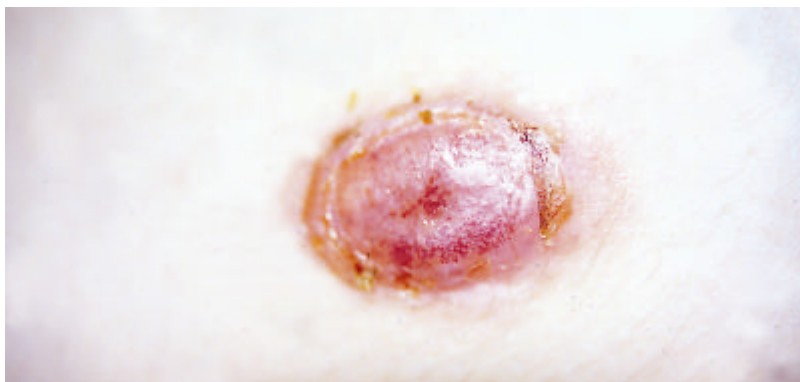
Είναι οξεία, νεκρωτική, βαθύτερη θυλακίτιδα και οφείλεται στον χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο.

#### *I. Κλινική εικόνα*

Αρχίζει με την εμφάνιση ενός κόκκινου, σκληρού και επώδυνου επάρματος του δέρματος. Η βλάβη μεγαλώνει με το χρόνο και σχηματίζεται σκληρό, επώδυνο οζίδιο, που έχει μέγεθος φουντουκιού ή και μεγαλύτερο.

Στην κορυφή του οζιδίου εμφανίζεται φλυκταινίδιο που έχει μέγεθος σαν μικρό κεφαλάκι καρφίτσας και περιέχει λευκοκίτρινο πύο. Μετά από λίγες ημέρες το οζίδιο αρχίζει να μαλακώνει, ενώ το φλυκταινίδιο σπάει και δίνει διέξοδο σε μικρή ποσότητα πύου. Από τον πόρο που σχηματίστηκε εμφανίζεται το έμβολο (νεκρωμένος ιστός), το οποίο μπορεί να αποσπαστεί με μια λαβίδα, διαφορετικά αποβάλλεται αυτόματα, σιγά-σιγά, και στη θέση του παραμένει κρατήρας.

Οδοθιήνας πονάει, συνοδεύεται από οίδημα (πρήξιμο) και μερικές φορές και από πυρετό. Συνήθως εντοπίζεται στον αυχένα, στη ράχη, στους γλουτούς, στους μηρούς και στο πρόσωπο.



**Εικόνα 5.14: Δοθιήνας**

*Ευγενική προσφορά του δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου*

## **II. Κλινικές Μορφές**

### **♦ Δοθιήνας έξω ακουστικού πόρου**

Ιδιαίτερα επώδυνος και υποτροπιάζει συχνά.

### **♦ Δοθιήνας του άνω χείλους**

Εντοπίζεται στο άνω χείλος του στόματος, στη λεγόμενη επικίνδυνη ζώνη του προσώπου. Η περιοχή αυτή ορίζεται από δύο ευθείες που ενώνουν τη γωνία του στόματος με την αντίστοιχη έξω γωνία του ματιού. Οι φλέβες της περιοχής αυτής επικοινωνούν απευθείας με τους κόλπους του εγκεφάλου, και κάθε φλεγμονή στην περιοχή αυτή παρουσιάζει κίνδυνο θρόμβωσης. Ο δοθιήνας του άνω χείλους έχει σοβαρή πρόγνωση και χρειάζεται άμεση θεραπεία. Επίσης απαγορεύεται το πάτημα των δοθιηνών με τα δάκτυλα, διότι έτσι επεκτείνεται η φλεγμονή με τις επικίνδυνες συνέπειες, που περιγράφηκαν παραπάνω.

### **♦ Δοθιήνωση**

Ονομάζεται κατά διαστήματα εμφάνιση ενός ή πολλών δοθιηνών. Παρατηρείται σε άτομα που πάσχουν από γενικές νόσους ή σε άτομα με μειωμένη την άμυνα του οργανισμού τους.

### *III. Θεραπεία*

Τοπική μεαντισηπτικά και αντιβιοτικές αλοιφές. Επίσης, αντιβιοτικά από το στόμα.

#### **5.2.7 Ψευδάνθρακας**

Είναι η κατάσταση που προκαλείται από την παρουσία πολλών δοθιήνων στην ίδια περιοχή.

##### *I. Κλινική Εικόνα*

Ο ψευδάνθρακας αρχίζει πολλές φορές με γενικά φαινόμενα και πυρετό.

Τοπικά παρατηρείται σκληρή, κατακόκκινη και πολύ επώδυνη διόγκωση του δέρματος. Στην κεντρική μοίρα της διόγκωσης σχηματίζονται θυλακικά φλυκταινίδια, που αντιστοιχούν ένα σε κάθε δοθιήνα. Όταν ο ψευδάνθρακας ωριμάσει, το πύο εξέρχεται από τα φλυκταινίδια και απομένει η κατακόκκινη επιφάνεια με πολλά στόμια, όπως το ποτιστήρι.

Ο ψευδάνθρακας εντοπίζονται συχνά στον αυχένα και μερικές φορές είναι σοβαρότερης πρόγνωσης για τα ηλικιωμένα και τα καχεκτικά άτομα.

##### *II. Θεραπεία*

Εφαρμόζουμε τη γενική και τοπική θεραπεία των δοθιήνων.

#### **5.2.8 Ίδρωταδενίτιδα**

Είναι φλεγμονή των ιδρωτοποιών αδένων ή των τριχοσμηματογόνων θυλάκων της μασχάλης και οφείλεται στον χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο.

##### *I. Κλινική εικόνα*

Χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός ή περισσότερων, δερματικών ή υποδερματικών ογκιδίων στη μία ή και στις δύο μασχάλες που το μέγεθος τους είναι περίπου όσο το μέγεθος του φουντουκιού. Τα ογκίδια είναι σκληρά και πονούν, ενώ η περιοχή του δέρματος που τα καλύπτει είναι έντονα κόκκινη και ερεθισμένη. Μετά από εβδομάδες υποχωρούν ή ανοίγουν και τρέχει πύον.

## II. Θεραπεία

Τοπικά δίδονται αντισηπτικά διαλύματα και αντιβιοτικές αλοιφές. Από το στόμα χορηγούνται αντιβιοτικά, ενώ σε σοβαρότερες περιπτώσεις απαιτείται χειρουργική διάνοιξη των ογκιδίων.

### 5.3 Μυκητιάσεις του Δέρματος

Υπολογίζεται ότι περίπου το 20% του πληθυσμού πάσχει από μυκητιάσεις.

Οι μυκητες είναι μονοκύτταροι ή πολυκύτταροι οργανισμοί, πολύ ευαίσθητοι στη θερμοκρασία, που καταστρέφονται στους 50-60°C μέσα σε 30' της ώρας. Αντίθετα, είναι αρκετά ανθεκτικοί στο κρύο και στην υγρασία, η οποία ευνοεί τον πολλαπλασιασμό τους, ο οποίος γίνεται με την παραγωγή σπόρων.

Οι δερματομυκητιάσεις διακρίνονται σε επιφανειακές και βαθύτερες. Οι επιφανειακές περιλαμβάνουν τις μυκητιάσεις της επιδερμίδας και των νυχιών, ενώ οι βαθύτερες περιλαμβάνουν τις μυκητιάσεις της υποδερμίδας, του χορίου και των εσωτερικών οργάνων του σώματος.

#### 5.3.1 Επιδερμοφυτίες

Η επιδερμοφυτία οφείλεται στο επιδερμόφυτο και αναπτύσσεται στην κεράτινη στιβάδα της επιδερμίδας, χωρίς να προσβάλει τις τρίχες και τα νύχια. Θα εξετάσουμε δύο μορφές:

- α. Το έκζεμα του Hebra και
- β. Την επιδερμοφυτία των μεσοδακτυλικών πτυχών.

#### I. Το έκζεμα του Hebra.

Οφείλεται στο επιδερμόφυτο floccosum ή inguinale. Εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες από ότι στις γυναίκες στην περιοχή των μηροβουβωνικών πτυχών, μονόπλευρα ή και από τα δύο μέρη.

- Κλινική Εικόνα

Αρχίζει σαν μία μικρή, ερυθματολεπιδώδης κηλίδα, η οποία επεκτείνεται κυκλικά προς την περιφέρεια, ενώ το κέντρο της τείνει να υποχωρήσει και παίρνει το χρώμα του φυσιολογικού δέρματος. Αντίθετα η περιφέρεια έχει χρώμα κοκκινωπό, καλύπτεται από λέπια και φυσαλίδες και ξεχωρίζει σαφώς από το γύρω φυσιολογικό δέρμα. Πολλές φορές σχηματίζονται περισσότερες κηλίδες που ενώνονται μεταξύ τους. Το εξάνθημα μπορεί να επεκταθεί στη γύρω περιοχή. Ο ασθενής αισθάνεται φαγούρα και κάψιμο στις περιοχές της βλάβης.

- Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με αντιμυκητιασικές κρέμες και διαλύματα.

## *II. Η επιδερμοφυτία των μεσοδακτύλιων πτυχών.*

Είναι πολύ συχνή δερματομυκητίαση και οφείλεται στα επιδερμόφυτα *T.interdigitale*, *E.inguinale* (*E.floccosum*) και στο *T.rubrum*. Παρατηρείται συχνότερα στους άνδρες και ιδιαίτερα σε νέα άτομα που κάνουν αθλητισμό. Για το λόγο αυτό η δερματοπάθεια ονομάζεται πόδι του αθλητή (πους του αθλητή) και οφείλεται μάλλον στην υγρασία που αναπτύσσεται μέσα στις μεσοδακτυλικές πτυχές με αποτέλεσμα την ανάπτυξη των μυκήτων.

- Κλινική εικόνα

Η επιδερμοφυτία των μεσοδακτυλικών πτυχών αναπτύσσεται, κυρίως, στο διάστημα μεταξύ του τετάρτου και πέμπτου δακτύλου. Μέσα στην πτυχή εμφανίζεται μία λευκή μάζα με μαργαριταροειδή απόχρωση, που όταν πέσει εμφανίζονται διαβρώσεις και ραγάδες. Στις πλάγιες επιφάνειες των δακτύλων υπάρχουν λέπια, φυσαλίδες και διαβρώσεις. Ο ασθενής παραπονείται για κνησμό (φαγούρα) και κάψιμο. Η δερματοπάθεια, εάν δεν θεραπευθεί, εξελίσσεται μακροχρόνια με εξάρσεις στην άνοιξη και το καλοκαίρι. Επίσης, σε περιπτώσεις μεγάλης εφίδρωσης και με τη χρήση αθλητικών ή πλαστικών παπουτσιών η κατάσταση επιδεινώνεται.

- Θεραπεία

Τοπικά εφαρμόζουμε αντιμυκητιασικές πούδρες και κρέμες για αρκετό χρονικό διάστημα. Συνιστούμε, επίσης, την αποφυγή κλειστών παπουτσιών

για καλύτερο αερισμό των ποδιών, έτσι ώστε το πέλμα να μην είναι σευγρό και θερμό περιβάλλον που θα ευνοούσε την ανάπτυξη των μυκήτων.

### **5.3.2 Καντιντιάσεις (Μυηλιάσεις)**

Οι καντιντιάσεις είναι λοιμώξεις του δέρματος, των νυχιών, των βλεννογόνων, του πεπτικού συστήματος, των πνευμόνων και των άλλων οργάνων και οφείλονται στους μύκητες του γένους *Candida Albicans*. Παρατηρούνται και στα δύο φύλα, σε οποιαδήποτε ηλικία. Ορισμένες παθολογικές ή φυσιολογικές καταστάσεις ευνοούν την ανάπτυξη τους, όπως π.χ. ο διαβήτης, η παχυσαρκία, η υπεριδρωση, η εγκυμοσύνη, η χρήση αντιβιοτικών κ.ά. Ανάλογα με την εντόπιση των βλαβών περιγράφονται οι καντιντιάσεις του δέρματος, του παρωνυχίου και των νυχιών, των βλεννογόνων, του πεπτικού συστήματος, των πνευμόνων και των άλλων οργάνων.

#### ***I. Καντιντίαση του δέρματος***

Η καντιντίαση του δέρματος εμφανίζεται, συνήθως, με μορφή παρατριμματος και συνοδεύεται από ελαφρό κνησμό. Εντοπίζεται στις μηρογεννητικές πτυχές, στον πρωκτό, στην περιπρωκτική χώρα, στις μασχάλες, στις υπομαζικές πτυχές και στις μεσοδακτυλικές πτυχές των χεριών και των ποδιών.

Κλινικά χαρακτηρίζεται από πλάκες οι οποίες αρχίζουν από το βάθος της πτυχής και επεκτείνονται προς τις προστριβόμενες επιφάνειες του δέρματος. Η επιφάνεια τους έχει χρώμα κόκκινο, είναι διαβρωμένη ή εμφανίζει διάσπαρτες φυσαλίδες, εφελκίδες και λέπια.

Στις μεσοδακτύλιες πτυχές των χεριών και των ποδιών η καντιντίαση του δέρματος επεκτείνεται και καταλαμβάνει μεγαλύτερες περιοχές του δέρματος.

#### ***II. Καντιντίαση του παρωνυχίου και των νυχιών.***

Η παρωνυχία αποτελεί φλεγμονώδη διόγκωση των ιστών γύρω από το νύχι. Εάν πιέσουμε την περιοχή του παρωνυχίου, εξέρχεται πύο και έχουμε έντονο πόνο. Στα νύχια η μόλυνση εκδηλώνεται με αύξηση του πάχους, εμφάνιση γραμμώσεων και σκουρόχρωμη κίτρινη κηλίδα. Εμφανίζεται σε άτομα που ασχολούνται με τη ζαχαροπλαστική, τη μαγειρική και κυρίως στις νοικοκυρές.

### ***III. Καντιντίαση των βλεννογόνων..***

#### ***1. Στοματίτιδα από κάντιντα.***

Η στοματίτιδα από κάντιντα είναι μία από τις περιπτώσεις της καντιντίασης των βλεννογόνων. Στην αρχή ο βλεννογόνος του στόματος είναι ξηρός κόκκινος και στυλπνός. Ο ασθενείς αισθάνονται το στόμα τους στεγνό, να καίει και έχουν δυσκολία στην κατάποση. Στη συνέχεια ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας καλύπτεται από λευκές κηλίδες, που πολλές φορές εξαπλώνονται και σχηματίζουν πλάκες που καλύπτονται από λευκό επίχρισμα.

Η στοματίτιδα από κάντιντα συνυπάρχει πολλές φορές με χειλίτιδα (καντιντίαση των χειλέων).

#### ***2. Αιδοιοκολπίτιδα***

Μαύλη περίπτωση καντιντίασης των βλεννογόνων είναι η αιδοιοκολπίτιδα. Παρατηρείται συχνότερα στα κορίτσια της μικρής ηλικίας, στις εγκύους και στις διαβητικές γυναίκες.

Έχουμε την εμφάνιση λευκοκίτρινου, πυώδους ή οροπυώδους υγρού από τον κόλπο και οιδήματων μικρών και μεγάλων χειλέων του αιδοίου και της εισόδου του κόλπου. Ο ασθενείς παραπονούνται για κνησμό και κάψιμο στην περιοχή.

Η φλεγμονή του αιδοίου και του κόλπου μπορεί να επεκταθεί στις αιδοιομηρικές πτυχές, στο εφήβαιο και στο περίνεο.

#### ***3. Βαλανοποσθίτιδα***

Εμφανίζεται, αντίστοιχα, στους άνδρες, χαρακτηρίζεται από ερυθρότητα της βαλάνου και της πόσθης και εμφανίζει μικρές πλάκες, που καλύπτονται από λευκό επίχρισμα. Μπορεί να επεκταθεί και στην ουρήθρα και έχει συμπτώματα όπως κνησμό και κάψιμο. Η μόλυνση στον άνδρα εμφανίζεται μετά από επαφή με γυναίκα που είχε αιδοιοκολπίτιδα από κάντιντα. Επίσης εμφανίζεται σε άτομα που παρουσιάζουν πτώση της άμυνας του οργανισμού τους ή πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη.

#### **4. Πρωκτίτιδα και περιπρωκτίτιδα**

Παρατηρείται συνήθως σε άτομα που πάσχουν από καντιντίαση του πεπτικού συστήματος, οπότε η μόλυνση γίνεται από τα κόπρανα, ή σε άτομα που πάσχουν από καντιντίαση του δέρματος ή των νυχιών, οπότε η μόλυνση γίνεται με τα δάκτυλα. Εμφανίζεται κοκκινίλα και διαβρώσεις στον πρωκτό και στη γύρω από τον πρωκτό περιοχή. Οι βλάβες μπορεί να επεκταθούν και στα γεννητικά όργανα.

#### **Θεραπεία των καντιντιάσεων**

Για τη θεραπεία της **καντιντίασης του δέρματος** χορηγούμε αντιμυκητιασικές κρέμες ή πούδρες.

Η **καντιντίαση του παρωνυχίου και των νυχιών** θεραπεύεται τοπικά με επάλειψη αντιμυκητιασικών διαλυμάτων. Ταυτόχρονα πρέπει να γίνει λείανση της προσβεβλημένης περιοχής του νυχιού και στις δύσκολες περιπτώσεις θεραπεία από το στόμα με αντιμυκητιασικά φάρμακα.

Η θεραπεία των καντιντιάσεων των βλεννογόνων γίνεται με αντιμυκητιασικές αλοιφές και σε δυσκολότερες περιπτώσεις με αντιμυκητιασική θεραπεία από το στόμα. Στην **αιδοιοκολπίτιδα** χορηγούνται κολπικά δισκία.

#### **5.3.3 Ποικιλόχρους πιτυρίωση**

Είναι πολύ διαδεδομένη δερματοπάθεια και οφείλεται στο μύκητα *Malassezia fur-fur* ή μικρόσπορο τοπιτυρώδες. Είναι μεταδοτική, προσβάλλει και τα δύο φύλα και η ανάπτυξη της ευνοείται από το θερμό κλίμα, την υπερέκκριση του ιδρώτα και του σμήγματος.

#### **1. Κλινική εικόνα**

Χαρακτηρίζεται από στρογγυλές κηλίδες, που το μέγεθος τους φθάνει το μέγεθος της παλάμης ή και μεγαλύτερο και παρουσιάζουν πολυκυκλική περιφέρεια. Το χρώμα των βλαβών είναι καφέ-γαλακτώδες, ποσπάνια ρόδινο ή ερυθρό και η επιφάνειά τους είναι ελαφρά λεπίδωδη. Οι βλάβες εντοπίζονται εκλεκτικά, κυρίως στο επάνω μέρος του θώρακα και στον αυχένα, ενώ σπανιότερα εμφανίζονται στα άκρα και ποτέ στο πρόσωπο.



Πολύ συχνή είναι η αχρωματική ποικιλόχρους πιτυρίαση, κατά την οποία στο μελαγχρωματικό δέρμα λόγω της έκθεσης στον ήλιο διαγράφονται μικρές ή μεγάλες αχρωματικές κηλίδες.

## II. Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με αντιμυκητιασικά φάρμακα τοπικά και στις σοβαρότερες περιπτώσεις από το στόμα.

### 5.4 Δερματοπάθειες από ζωικά παράσιτα

#### 5.4.1 Εισαγωγή

Τα παράσιτα του ανθρώπινου δέρματος είναι μικροσκοπικοί οργανισμοί που, για να επιβιώσουν, να τραφούν και να πολλαπλασιασθούν, απομυζούν, δηλαδή ρουφούν συστατικά του δέρματος.

Για τον σκοπό αυτόν, κάποια παράσιτα εγκαθίστανται στο δέρμα ή στα εξαρτήματά του (συνήθως στις τρίχες) μετά από *νόγημα* (τίμπημα) που παραβιάζει τον φυσικό φραγμό του δέρματος. Αλλά πάλι παίρνουν την τροφή τους με στιγμαίο τίμπημα και απομακρύνονται (π.χ. κουνούπια) ή μένουν κοντά στα στρώματα και στα σκεπάσματα του ανθρώπου (ψύλλοι, κοριοί).

Ανάλογα με το μέγεθός τους, άλλα παράσιτα είναι ορατά με γυμνό μάτι, όπως οι **φθείρες** (= ψείρες), οι κοριοί, οι ψύλλοι και τα κουνούπια, ενώ άλλα γίνονται ορατά με το μικροσκόπιο όπως το **άκαρι της ψώρας**.

Στο σημείο εισόδου του παρασίτου δημιουργείται μικροτραυματισμός του δέρματος και μετά από την *περίοδο επώασης* δηλαδή μια περίοδο χωρίς συμπτώματα, κατά την οποία γίνεται πολλαπλασιασμός του παρασίτου, ξεκινά **κνησμός** (φαγούρα) και εκδηλώσεις από το δέρμα.

Θα δούμε αναλυτικότερα την **ψώρα**, την **φθειρίαση** και την **παρασιτική κνήφη**.

#### 5.4.2 Ψώρα

Η ψώρα είναι μία πολύ μεταδοτική δερματοπάθεια.

Την προκαλεί το **άκαρι της ψώρας ή σαρκοκόπτης του ανθρώπου**, παράσιτο που ανήκει στα *αραχνίδια*, υποομάδων *αρθροπόδων*. Η χώρα λέγεται αλλιώς **ακαρεοδερματίτιδα**.



**Εικόνα 5.15: Το άκαρι της ψώρας σε μεγέθυνση**

*Ευγενική προσφορά του  
δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου*

**Ημετάδοση** γίνεται από άνθρωπο σε άνθρωπο, κυρίως με παρατεταμένη σωματική επαφή και, σπανιότερα, από προσωπικά αντικείμενα ή κλινოსκεπάσματα ανθρώπου που πάσχει από ψώρα. Δεν μεταδίδεται με απλή χειραψία. Ημετάδοση είναι ευκολότερη σε νοσοκομεία, στρατώνες, κατασκηνώσεις και γενικώς σε χώρους που ζουν μαζί πολυάριθμα άτομα.

Το γονιμοποιημένο θηλυκό άκαρι εισέρχεται στο δέρμα σκάβοντας **σήραγγα** στην κεράτινη στιβάδα, όπου γεννά τα αυγά του. Τα τέλεια έντομα (ακάρεα) προκύπτουν από τα αυγά σε 3 περίπου εβδομάδες και ζούν 2 μήνες.

Ο **σήραγγες** είναι ορατές σαν λευκές γραμμούλες 2-3 χιλιοστών και αποτελούν χαρακτηριστικό, **διαγνωστικό σημείο**.

Το ίδιο το παράσιτο δεν είναι ορατό με γυμνό μάτι. Μπορεί να ληφθεί μέσα από τις σήραγγες με μια λεπτή βελόνα και να φανεί στο μικροσκόπιο πάνω σε γυάλινο πλακίδιο.

Ο άνθρωπος εκδηλώνει δερματικό εξάνθημα με **βασανιστικό κνησμό** πιο έντονο τη νύχτα, λίγες εβδομάδες μετά την είσοδο του ακάρεως στο δέρμα.

Το εξάνθημα είναι αποτέλεσμα της αμυντικής (ανοσολογικής) αντίδρασης του ανθρώπου στο παράσιτο αλλά και του **ξεσμού** (=ξυσίματος).

Το πρόσωπο και το τριχωτό της κεφαλής δεν προσβάλλονται .

Αβλάβες εντοπίζονται στις μεσοδακτύλιες πτυχές, στους γλουτούς, στους καρπούς, στους αγκώνες, στους μαστούς, στα γεννητικά όργανα. Στα βρέφη εντοπίζονται στα πέλματα και στις παλάμες .

Χαρακτηρίζονται από **σήραγγες, αύλακες, βλατίδες** συχνά «*αποκεφαλισμένες*» από τον ξεσμό (ξύσιμο), δηλαδή χωρίς την κορυφή τους, **φουσαλίδες, δρυφάδες** (γραμμές από το ξύσιμο μετανύχια) και, σε μακροχρόνιες περιπτώσεις, **κοκκιώματα**, δηλαδή οζίδια, ιδίως στα θερμότερα μέρη του σώματος μασχάλες και γεννητικά όργανα. Από τις βλάβες, μόνο οι αύλακες και οι φουσαλίδες είναι αποτέλεσμα της παρουσίας του ακάρεως, ενώ οι άλλες βλάβες είναι αποτέλεσμα της αλλεργικής ευαισθητοποίησης του ανθρώπου στο παράσιτο .

Στην κλινική διάγνωση αναζητούμε τις *σήραγγες*, παρατηρούμε το *εξάνθημα* και ρωτούμε για *βασανιστικό νυχτερινό κνησμό* του ασθενή και όσους κατοικούν μαζί του .



**Εικόνα 5.16:** Φαίνονται οι χαρακτηριστικές, **Εικόνα 5.17:** Ψώρα. Είναι χαρακτηριστική αποκεφαλισμένες από τον ξεσμό (ξύσιμο) η πολυμορφία του εξανθήματος βλατίδες .

*Ευγενική προσφορά του δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου*



**Εικόνα 5.18:** Ψώρα. Η εντόπιση του εξανθήματος στους γλουτούς είναι χαρακτηριστική *Ευγενική προσφορά του δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου*

Η θεραπεία γίνεται με επάλειψη όλου του σώματος, εκτός της κεφαλής, με ειδικά **τοπικά ακαρεοκτόνα**, π.χ. **βενζοϊκό βενζύλιο 25%**. Είναι απαραίτητη η απολύμανση του χώρου, των κλινοσκεπασμάτων και των ρούχων. Όλα τα άτομα που μένουν στον ίδιο χώρο πρέπει να κάνουν θεραπεία.

Το άκαρι της ψώρας μπορεί να ζήσει μόνον 45 ημέρες εκτός του ανθρώπινου σώματος.

### 5.4.3 Φθειρίαση

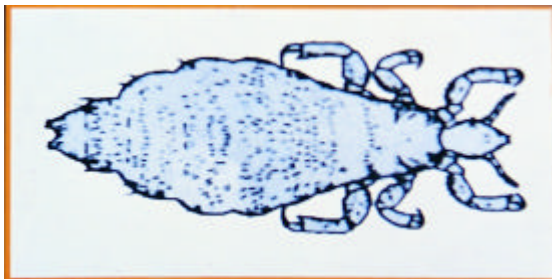
Η φθειρίαση προκαλείται από την ψείρα, έντομο ορατό με γυμνό μάτι, που παρασιτεί στις ανθρώπινες τρίχες και τρέφεται με αίμα από το δέρμα. Εναποθέτει τα αυγά του, τις **κόνιδες**, ορατά κι αυτά με γυμνό μάτι, στο στέλεχος της τρίχας. Η ψείρα δεν έχει φτερά κι έτσι δεν μεταδίδεται σε μεγάλη απόσταση, μπορεί όμως και πηδά σε κοντινή απόσταση. Παράγει ένα υγρό σαν σάλιο (σάλιο), που προκαλεί τον κνησμό στον άνθρωπο.

Αν και δύο είναι τα είδη της ψείρας που παρασιτούν στον άνθρωπο, υπάρχουν **τρεις μορφές φθειρίασης του ανθρώπου** ανάλογα με την εντόπιση: η **φθειρίαση του τριχωτού της κεφαλής**, η **φθειρίαση του σώματος** και η **φθειρίαση του εφηβαίου**. Οι τρεις μορφές φθειρίασης αντιστοιχούν σε ψείρες με μικρές διαφορές στο μέγεθος και στην κινητικότητα.

#### 1. Φθειρίαση του τριχωτού της κεφαλής

Η φθειρίαση αυτή είναι συχνότερη στα παιδιά.

Μεταδίδεται με άμεση σωματική επαφή ή από αντικείμενα (π.χ. χτένα ή καπέλο ατόμου με φθειρίαση). Το κύριο σύμπτωμα είναι ο **έντονος κνησμός** στο τριχωτό της κεφαλής, και ιδιαίτερα στην νιακή (πίσω μέρος της κεφαλής) και οπισθοωτιαία (πίσω από τα αυτιά) περιοχή. Στα σημεία επαφής των μαλλιών με τις ψείρες και τις κόνιδες, μπορεί να παρατηρούνται **ερυθρές βλατίδες και δρυφάδες**.



**Εικόνα 5.19: Ψείρα τριχωτού κεφαλής σε μεγέθυνση**  
Ευγενική προσφορά του  
δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου

Για να επιβεβαιώσουμε την διάγνωση ρωτούμε για κνησμό, εξετάζουμε το δέρμα για εξάνθημα και αναζητούμε τσικόνιδες, στερεά προσκολλημένες στην τρίχα, και τα ίδια τα έντομα, που τα βλέπουμε πιο εύκολα, όταν μετακινούνται. Η αναζήτηση είναι πιο εύκολη σε υγρά μαλλιά. Επιπλοκή της φθειρίασης του τριχωτού μπορεί ν' αποτελέσει η μικροβιακή επιμόλυνση.

### Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με ειδικά αντιφθειρικά διαλύματα, που επαλείφονται τοπικά στο κεφάλι. Οι κόνιδες απομακρύνονται με ειδική, λεπτή χτένα.

Αν υπάρχει μικροβιακή επιμόλυνση χορηγούνται αντιβιοτικά.

## **II. Φθειρίαση του σώματος**

Είναι σπάνια, εκτός από περιπτώσεις κακών συνθηκών διαβίωσης, μαζικών καταστροφών και χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Οι ψείρες εντοπίζονται στα εσώρουχα και τις ραφές των ρούχων, από όπου γίνεται και η μετάδοση.

Στο δέρμα υπάρχει έντονος κνησμός, μικροί κνιδαικοί πομποί και δρυφάδες από τον ξεσμό. Σε μακροχρόνια περιστατικά το δέρμα παχύνεται και σκουραίνει.

Η θεραπεία γίνεται με απολύμανση των ρούχων και με επάλειψη του σώματος με αντιφθειρικό διάλυμα. Επιπλοκές αποτελούν η επιμόλυνση με μικρόβια και η μετάδοση, από τις ψείρες, επιδημίας τύφου.

## **III. Φθειρίαση του εφηβαίου**

Η ψείρα που εντοπίζεται στο εφήβαιο είναι βραδυκίνητη και δύσκολα εγκαθίσταται στο υπόλοιπο σώμα. Πιρόλα αυτά μπορεί να εντοπισθεί και σε άλλες τριχωτές περιοχές, όπως οι μασχάλες, ο θώρακας, τα φρύδια και οι βλεφαρίδες. Ποτέ δεν παρασιτεί στο τριχωτό της κεφαλής.

Η φθειρίαση του εφηβαίου μεταδίδεται με σεξουαλική επαφή, με μολυσμένα εσώρουχα αλλά και συχνά από τους γονείς στα παιδιά.

Αναζητούνται οι ψείρες και οι κόνιδες πάνω στις τρίχες ή σκούρα καφέ και μαύρα στίγματα πάνω στα εσώρουχα.

Θεραπεύεται με απολύμανση των ρούχων και των κλινοσκεπασμάτων, και με επάλειψη του σώματος με αντιφθειρικά διαλύματα. Εάν οι ψείρες

πάνεστις βλεφαρίδες των παιδιών, επειδή τα αντιφθειρικά διαλύματα είναι ερεθιστικά για τα μάτια, χρησιμοποιείται τοπικά στις βλεφαρίδες λευκή βαζελίνη, ώστε τα παράσιτα να παθαίνουν ασφυξία και κατόπιν αφαιρούνται προσεκτικά.

#### 5.4.4 Παρασιτική Κνήφη

Ονομάζεται έτση αλλεργική αντίδραση του δέρματος στα διάφορα αντιγόνα (ξένες βλαβερές ουσίες), που περιέχει ο σίελος των παρασίτων, τα οποία στιγμή αΐ απλησιάζουν το ανθρώπινο σώμα και απομακρύνονται, όπως είναι διάφορα αρθρόποδα (ψύλλοι, κοριοί και κτλ.) ή άλλα έντομα (κουνούπια, αράχνες). Την τροφή τους από το ανθρώπινο δέρμα την εξασφαλίζουν *μενύγματα* (τσιμπήματα) ή *μεδήγματα* (δαγκώματα). Στα σημεία εκείνα εμφανίζονται *βλατίδες*, *φυσαλίδες*, *πομφόλυγες* ή *κνιδακικοί πομφοί* που συνοδεύονται σχεδόν πάντα από *αίσθημα κνησμού* και *καψίματος*. Το σημείο του τσιμπήματος ή δαγκώματος μπορεί να φαίνεται σαν μια «τελεία» στο κέντρο της δερματικής βλάβης. Επιπλοκή αποτελεί η *μικροβιακή επιμόλυνση*.



**Εικόνα 5.20: Παρασιτική κνήφη.**

*Διάσπαρτες φυσαλίδες στα σημεία των τσιμπημάτων*  
*Ευγενική προσφορά του*  
*δερματολόγου Κ. Πουσουλίδη*

**Θεραπεία** γίνεται με χορήγηση αντιισταμινικών φαρμάκων από το στόμα και με τοπικές αλοιφές αντιβιοτικού και κορτιζόνης στις βλάβες. Αν υπάρχει μικροβιακή επιμόλυνση, χορηγούνται αντιβιοτικά. Ο χώρος πρέπει να ψεκάζεται με εντομοκτόνο. Τα κατοικίδια ζώα (σκύλος, γάτα), επειδή συχνά είναι φορείς ψύλλων, ακάρεων ή άλλων παρασίτων, πρέπει να ψεκάζονται με ειδικά κτηνιατρικά ακαρεοκτόνα.

## 5.5 Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS)

### 5.5.1 Γενικά

Το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (Acquired Immune Deficiency Syndrome - AIDS) είναι λοίμωξη που οφείλεται στο ρετροϊό που λέγεται ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας **HIV** (Human Immunodeficiency Virus). Ο ιός HIV προσβάλλει τα «Τ-βοηθητικά λεμφοκύτταρα» αλλά και άλλα κύτταρα με αποτέλεσμα να μειώνεται η κυτταρική ανοσία και έτσι να εμφανίζονται ευκαιριακές λοιμώξεις και κακοήθειες.

Ο κυτταρικός στόχος του ιού είναι τα Τ λεμφοκύτταρα που έχουν τον επιφανειακό υποδοχέα, **CD4**. Τα Τ-βοηθητικά λεμφοκύτταρα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, διότι εκτός από τη δραστηριοποίηση των Β λεμφοκυττάρων (παραγωγή αντισωμάτων), ρυθμίζουν και τη συνεργασία των άλλων κυττάρων στην αμυντική αντίδραση. Καθώς ο αριθμός των **CD4** κυττάρων μειώνεται, εξουδετερώνεται πλήρως ο ανοσοποιητικός μηχανισμός και έτσι το άτομο γίνεται επιρρεπές σε τυχαίες λοιμώξεις και σε ορισμένους όγκους, που αποτελούν την κυριότερη αιτία θανάτου.

Το σημαντικό στοιχείο του AIDS είναι η βαθμιαία αλλά προοδευτική πτώση του αριθμού των **Τ λεμφοκυττάρων CD4**. Επίσης ο ιός HIV είναι πολύ ευαίσθητος και καταστρέφεται από τις αλλαγές της θερμοκρασίας, την ξηρασία, την αλκοόλη και τα κοινά απολυμαντικά (οινόπνευμα, αραιή χλωρίνη). Δεν επιζεί εύκολα έξω από το σώμα και για αυτό το λόγο δεν μεταδίδεται με τις συνήθειες, κοινωνικές επαφές, όπως:

- αγκάλιασμα ή φιλί
- χειραψία
- μασάζ
- αντικείμενα κοινής χρήσης (είδη εστίασεως, βιβλία κ.ά.)
- βήχας ή φτέρνισμα
- τουαλέτες
- κοινή χρήση πλυντηρίων
- κοινόχρηστους χώρους
- πισίνα ή θάλασσα
- έντομα, κουνούπια κ.ά.
- σχολική, εργασιακή ή αθλητική συμβίωση



Το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας, από το 1981 που περιγράφηκε η πρώτη περίπτωση μέχρι σήμερα, έχει πάρει ανησυχητικές διαστάσεις και απαιτείται η ανάγκη συνεργασίας σε διεθνές επίπεδο, ιδιαίτερα στους τομείς της έρευνας, της πρόληψης αλλά και της διερεύνησης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που, τυχόν, επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου.

### **5.5.2 Τρόποι Μετάδοσης**

Ο HIV έχει απομονωθεί από το αίμα, το σπέρμα, τα κολλικά υγρά, το εγκεφαλονωτιαίο υγρό και το μητρικό γάλα και μεταδίδεται: 1) με τη σεξουαλική επαφή, 2) με το αίμα, μέσω μετάγγισης μολυσμένου αίματος και παραγώγων του, με όργανα μεταμόσχευσης και με την από κοινού χρήση αιχμηρών αντικειμένων (βελόνες, σύριγγες, ξυράφια κτλ.).

Επίσης ο HIV έχει βρεθεί στο σάλιο, στα δάκρυα, στο ιδρώτα, σταούρα, στα κόπρανα, στο νεμετό και στις βρογχικές εκκρίσεις. Μέχρι σήμερα δεν έχει αναφερθεί περίπτωση μετάδοσης από τα υγρά αυτά, λόγω της μειωμένης συγκέντρωσής του. Ωστόσο, ενδείκνυται να λαμβάνονται μέτρα προστασίας και υγιεινής, όταν κάποιος έρχεται σε επαφή με τα βιολογικά υγρά.

Επιπρόσθετα, η μολυσμένη έγκυος μπορεί να μεταδώσει τον ιό στο έμβρυο κατά την ώρα του τοκετού και αργότερα στο θηλασμό.

Σήμερα έχει ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος από μετάγγιση αίματος και παραγώγων του, διότι γίνεται αυστηρός έλεγχος για ανεύρεση HIV αντισωμάτων στο αίμα των αιμοδοτών. Το ίδιο ισχύει και για τα όργανα μεταμόσχευσης.

### **5.5.3 Ομάδες Αυξημένου Κινδύνου**

Η λοίμωξη από τον ιό του AIDS είναι συχνότερη σε:

- ◆ Ομοφυλόφιλους και αμφιφυλόφιλους άντρες
- ◆ Χρήστες ναρκωτικών ουσιών που λαμβάνονται ενδοφλεβίως (χρήση κοινών βελονών)
- ◆ Αιμορροφιλικούς (λήψη παραγώγων αίματος)
- ◆ Παιδιά (μετάδοση από μητέρες φορείς του ιού κατά την ώρα του τοκετού και του θηλασμού)
- ◆ Ερωτικοί σύντροφοι πασχόντων.



Σήμερα το AIDS έχει εξαπλωθεί σε όλο τον κόσμο και αφορά όλους, όχι μόνο τις ομάδες με επικίνδυνη συμπεριφορά. Η αναλογία συμμετοχής των γνωστών «ομάδων αυξημένου κινδύνου» στη συνολική διάσταση της νόσου έχει μειωθεί, ενώ αυξάνεται ο αριθμός των κρουσμάτων που παρατηρούνται στις γυναίκες και στην ετεροφυλοφιλική μετάδοση γενικότερα.

Συμπερασματικά, τα κρούσματα της λοίμωξης τείνουν να αυξηθούν και στα δύο φύλα σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, με πιο ευάλωτες τις ηλικίες μεταξύ 25 και 39 ετών.

### **5.5.4 Κλινική Εικόνα**

Η εξέλιξη της νόσου μπορεί να διακριθεί σε τέσσερα στάδια:

**Το στάδιο της πρωτοπαθούς λοίμωξης.** Παρατηρείται για μια περίοδο οκτώ ημερών μία οξεία λοίμωξη με πυρετό, νυχτερινούς ιδρώτες, κακουχία, μυαλγίες, αρθραλγίες, φαρυγγίτιδα, λεμφαδενίτιδα, ανορεξία, εμέτους, φωτοφοβία και, τέλος, με κηλιδώδες εξάνθημα που διρκεί 3 με 4 ημέρες. Ο χρόνος, από τη στιγμή της έκθεσης στον ιό μέχρι την εκδήλωση συμπτωμάτων, είναι 2-6 εβδομάδες. Έτσι, η εξέταση για ανεύρεση αντισωμάτων του ιού είναι συχνά αρνητική σε αυτό το στάδιο και μπορεί να παραμείνει αρνητική για 2-3 μήνες.

**Το δεύτερο στάδιο** χαρακτηρίζεται από το **θετικό ΗIV αντίσωμα**, το οποίο μπορεί να διαρκέσει δέκα χρόνια. Στο διάστημα αυτό δεν υπάρχουν συμπτώματα, παρά το γεγονός ότι ο ιός είναι ενεργός, δηλαδή ο άνθρωπος είναι φορέας του ιού και μπορεί να τον μεταδώσει στους άλλους.

**Το τρίτο στάδιο της πρώιμης συμπτωματικής νόσου** χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση συμπτωμάτων, όπως πονοκέφαλος, πυρετός, χρόνια διάρροια, απώλεια βάρους, νυχτερινοί ιδρώτες και λεμφαδενοπάθεια. Υπάρχει μείωση της κυτταρικής ανοσίας, που μπορεί να διαρκέσει μέχρι 5 χρόνια, πριν μεταβεί στο τελικό στάδιο.

**Το τέταρτο στάδιο της όψιμης συμπτωματικής νόσου ή πλήρους AIDS** κατά το οποίο τα κύτταρα CD4 ελαττώνονται σημαντικά και εμφανίζονται πλέον ευκαιριακές λοιμώξεις και διάφορα νεοπλασμάτα.

Η πορεία της νόσου χαρακτηρίζεται και από νευρολογικές παθήσεις.

Το κυριότερο μέσο για την ανίχνευση του ιού είναι οι ορολογικές εξετάσεις.

## Θεραπεία

Προς το παρόν δεν υπάρχει θεραπεία για το AIDS. Έμναν πρόοδοι στη θεραπεία με τη χορήγηση φαρμάκων που οδήγησαν στην καθυστέρηση εκδήλωσης των συμπτωμάτων, στην επιμήκυνση του χρόνου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Εκείνο που παίζει καθοριστικό ρόλο είναι ο χρόνος έναρξης της θεραπείας και ο συνδυασμός των φαρμάκων.

### 5.5.5 Δερματολογικές Εκδηλώσεις

Οι δερματολογικές εκδηλώσεις σε ασθενείς με HIV λοίμωξη είναι συχνές και ποικιλόμορφες, επιβαρύνουν δε, ιδιαίτέρως, την ποιότητα ζωής των ασθενών με τη δημιουργία και αισθητικών προβλημάτων.

#### I. Ιογενείς

##### ♦ Απλός Έρπης

Στις πρώιμες φάσεις της HIV λοίμωξης ο απλός έρπης είναι, όπως και στα φυσιολογικά άτομα, θεραπεύεται γρήγορα και δεν είναι ύποπτος. Αντίθετα, όταν οι βλάβες του χρόνιου δερματοβλεννογόνιου απλού έρπητα δεν επουλώνονται, αλλά επεκτείνονται, έχουν την τάση έλκωσης και εντοπίζονται, κυρίως περιπρωκτικά, περιστοματικά, γύρω από τη μύτη ή σε δάκτυλο τότε υποδηλώνουν HIV(+) άτομα.

##### ♦ Έρπης Ζωστήρας

Στην περίπτωση που ο έρπης ζωστήρας εμφανιστεί σε άτομο, ηλικίας κάτω των 60 ετών το οποίο ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου, τότε το εξάνθημα έχει γενικευμένη μορφή και παρατείνεται η διάρκεια και πρέπει να γίνεται ορολογικός έλεγχος, προκειμένου να επιβεβαιωθεί ή να αποκλειστεί η HIV λοίμωξη.

##### ♦ Μολυσματική Τέρμινθος

Η κλινική εμφάνιση είναι εντελώς διαφορετική, όταν συνυπάρχει με HIV λοίμωξη. Οι βλάβες ποικίλλουν σε αριθμό, εντοπίζονται εκλεκτικά στο πρόσωπο και στο εφήβαιο και υποτροπιάζουν συχνά.

♦ Οξυτενή κονδυλώματα

Τα οξυτενή κονδυλώματα εμφανίζονται στα γεννητικά όργανα και στον πρωκτό και ιδιαίτερα στους πάσχοντες από AIDS είναι εκτεταμένα και βλαστικά. Ειδικότερα, ορισμένες μορφές έχουν ογκογόνο δραστηριότητα και εμφανίζουν δυσπλασίες και καρκίνους. Υποτροπιάζουν συχνά και χρειάζεται τακτική παρακολούθηση.

♦ Κοινές μυρμηκίες

Οι κοινές μυρμηκίες μπορεί να είναι μεμονωμένες ή πολλαπλές στα χέρια, στα πόδια και στο πρόσωπο HIV(+) ατόμων με χρόνια εξέλιξη και συχνές υποτροπές.

♦ Τριχωτή Λευκοπλακία

Πρόκειται για μικρές, λευκές πλάκες στο ένα ή και στα δύο πλάγια της γλώσσας, με επιφάνεια ανώμαλη, που μοιάζουν σαν είναι τρίχες. Η Τριχωτή Λευκοπλακία οφείλεται στον ιό Epstein-Barr. Αποτελεί ενάνθημα πολύ χαρακτηριστικό της HIV λοίμωξης, και, επομένως, επιβάλλεται έλεγχος.

## II. Μυκητιάσεις

Οι πάσχοντες από AIDS παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα λοιμώξεων από τα διάφορα είδη μυκήτων, οι οποίες μπορεί να είναι εκτεταμένες και ανθεκτικές στη θεραπεία.

♦ Μυκητιάσεις από Κάντιντα

Η συχνότερη εντόπιση της μυκητίασης αυτής είναι ο βλεννογόνος του στόματος, η γλώσσα, το πέος, ο κόλπος και ο πρωκτός. Σπανιότερα προσβάλλει τις πτυχές με μορφή παρατρίμματος (σύγκαμα), το τριχωτό δέρμα της κεφαλής με μορφή φλυκταινώδους θυλακίτιδας, το περιώνυχο και δευτεροπαθώς τα νύχια. Σε βαρύτερες περιπτώσεις η Κάντιντα μπορεί να προσβάλλει τον οισοφάγο, τους πνεύμονες και άλλα όργανα. Χρειάζεται έγκαιρη και σωστή θεραπεία για την αποφυγή ανάπτυξης ανθεκτικών μορφών Κάντιντα.

♦ Μυκητιάσεις από δερματόφυτα

Οι μυκητιάσεις από δερματόφυτα προσβάλλουν τα νύχια, το ψιλό (άτριχο) δέρμα, τις μεσοδακτύλιες και μηρογεννητικές πτυχές και το

τριχωτό της κεφαλής. Όταν αναπτύσσονται με εκτεταμένη και άτυπη μορφή και παρατηρούνται σε άτομα υψηλού κινδύνου, τότε αναζητείται πιθανή HIV λοίμωξη.

♦ Ποικιλόχρους Πιτυρίαση

Εμφανίζεται στα HIV(+) άτομα με διάχυτες μορφές. Ουποτροπές ή οι αναμολύνσεις είναι συχνές.

### **III. Βακτηριακές Λοιμώξεις**

Κατά τη διαδρομή της HIV λοίμωξης οι βακτηριακές λοιμώξεις εμφανίζονται ως:

- θυλακίτιδα
- υποδερματικό απόστημα
- έκθυμα (πύοδερμα με έλκωση)
- ερυσίπελας
- κυτταρίτιδα
- μολυσματικό κηρίο

Οφείλονται συνήθως σε στρεπτόκοκκους ή σε χρυσίζοντες σταφυλόκοκκους και σπανιότερα στον αιμόφιλο της ινφλουέντζας.

**Η αντιμετώπιση των μικροβιακών λοιμώξεων επιτυγχάνεται με την εκλογή του κατάλληλου αντιβιοτικού και με τη συστηματική χορήγηση, που μπορεί να συνδυαστεί και με τοπική θεραπεία των βλαβών.**

### **IV. Βακτηριακές Λοιμώξεις**

♦ Δερματικές Βλάβες από Μκοβακτηρίδια

Οι βλάβες αυτές εμφανίζονται με τη μορφή όζων, χρόνιων ελκώσεων του δέρματος ή αποστημάτων. Η διάγνωση τίθεται με ιστολογική εξέταση. Το BCG (εμβόλιο κατά της φυματίωσης) μπορεί να προκαλέσει συστηματική λοίμωξη σε HIV ασθενείς.

♦ Βακτηριακή Αγγειομάτωση

Εμφανίζεται με τη μορφή αγγειοματωδών, δερματικών όζων, διαμέτρου 1 με 5 εκατοστά. Μιάζει με την κλινική εικόνα του σαρκώ-

ματος Kaposi, με το οποίο μπορεί να συνυπάρχουν. Η διάγνωση τίθεται με ιστολογική εξέταση.

## **V. Σύφιλη και Άλλα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα**

Τα HIV(+) άτομα, πολλές φορές, λόγω της επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς τους εμφανίζουν και άλλα αφροδίσια νοσήματα, όπως σύφιλη, βλενόρροια, μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, οξυτενή κονδυλώματα, γεννητικό έρπηκ.ά. Συμβαίνει, όμως, ορισμένα από αυτά τα νοσήματα, όπως η σύφιλη, το μαλακό έλκος και ο έρπης, λόγω της έλκωσης που παρουσιάζουν να εκθέτουν το ίδιο το άτομο στον κίνδυνο της λοίμωξης, εάν δεν πάρει προφυλάξεις.

## **VI. Παρασιτώσεις**

### **♦ Ψώρα**

Από τις παρασιτώσεις, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν η ψώρα και η φθειρίαση, που εντάσσονται στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα με την ευρεία έννοια του όρου. Ο νυκτερινός κνησμός και η εμφάνιση ερυθροδερμίας (νορβηγική ψώρα) πρέπει να κινούν την υποψία για HIV(+) άτομα εξ αιτίας της αυξημένης συχνότητά τους σε αυτά.

## **VII. Νεοπλάσματα**

Κύριος εκπρόσωπος των νεοπλασμάτων είναι το σάρκωμα του Kaposi ενώ άλλες μορφές είναι το λέμφωμα, το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα και το μελάνωμα.

### **Σάρκωμα Kaposi**

Το σάρκωμα Kaposi περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Moritz Kaposi το 1872. Από τότε μέχρι σήμερα, και ιδιαιτέρως τα τελευταία χρόνια αφότου συνδέθηκε με την HIV λοίμωξη, οι γνώσεις γι' αυτό βελτιώθηκαν σημαντικά.

Το 1981, η εμφάνιση του σαρκόματος Kaposi σε νεαρούς ομοφυλόφιλους με ανοσοανεπάρκεια έδωσε την ευκαιρία της πρώτης περιγραφής του συνδρόμου που ονομάστηκε AIDS.

Με βάση τα επιδημιολογικά στοιχεία, το σάρκωμα Kaposi διακρίνεται σήμερα σε 4 τύπους:

- Το Κλασικό ή Μεσογειακού τύπου
- Το Αφρικανικό ή Ενδημικό
- Το σχετιζόμενο με AIDS ή Επιδημικό
- Το ιατρογενές (σχετιζόμενο με ιατρογενή ανοσοκαταστολή)

Τόσο παλαιότερες όσο και νεότερες μελέτες συντείνουν στο ότι το σάρκωμα Kaposi είναι ένα πολυπαραγοντικό νόσημα, στην αιτιολογία του οποίου συμμετέχουν οι εξής παράγοντες:

- α. Ολοϊμόδης, μεταδιδόμενος με τη σεξουαλική επαφή παράγων, όπως ο ανθρώπινος ερπητοϊός 8 (HSV8)
- β. Η ανοσολογική διαταραχή
- γ. Γενετικοί παράγοντες
- δ. Διάφοροι συνπαράγοντες

Από πλευράς αιτιοπαθογενετικής, ο ρόλος του ανθρώπινου ερπητοϊού 8 (HSV8) δίνει νέες ερευνητικές αλλά και θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η φθίνουσα πορεία της συχνότητας εμφάνισης του σαρκόματος Kaposi κατά τη διαδρομή της HIV λοίμωξης αποτελεί γεγονός αναμφισβήτητο τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο όσο και στον Ελληνικό χώρο. Οικυριότερες αιτίες της μείωσης αυτής περιλαμβάνουν:

- την καλύτερη ενημέρωση και γνώση των HIV ασθενών και ιδιαίτερα των ομάδων υψηλού κινδύνου σχετικά με τους κινδύνους μετάδοσης από τη σεξουαλική επαφή.
- τα νεότερα αντιρετροϊκά θεραπευτικά σχήματα (HAART).



Εικόνα 5..21: AIDS Σάρκωμα Kaposi



Εικόνα 5..22: Σάρκωμα Kaposi (μη AIDS)

Ευγενική προσφορά του δερματολόγου Γ. Κοντοχριστόπουλου

- Κλινική Εικόνα

Οι βλάβες του AIDS Kaposi εμφανίζουν ποικίλες μορφές (κηλίδες, βλατίδες, οζίδια, όγκους) σε πολλαπλές θέσεις, δηλαδή εντοπίζονται σε κάθε περιοχή του δέρματος ή των βλεννογόνων, ενώ σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές έχουν και σπλαχνική εντόπιση. Είναι κατά βάση ασυμπτωματικές και έχουν χρώμα από ερυθρόφαιο έως ερυθροϊώδες.

Η ποικιλία των βλαβών του Kaposi στα διαφορετικά στάδια ανάπτυξης του κάνει δύσκολη τη διάγνωσή του ανάμεσα στις πολλές δερματικές αλλοιώσεις και νοσήματα.

Τα στοιχεία που θα βοηθήσουν στην κλινική διάγνωση είναι:

- τα σαφή όρια της βλάβης
- το χρώμα
- ο αριθμός
- η πιθανή εντόπιση
- η παρουσία οιδήματος
- η συνύπαρξη βλαβών που βρίσκονται σε άλλα στάδια
- η πιθανή παρουσία της στοματικής κοιλότητας, στην οπίσθια επιφάνεια του λαιμού και στα λοβία των αυτιών.

Όσον αφορά την διαφορική διάγνωση των διαφόρων βλαβών σημαντική βοήθεια προσφέρει η υψηλή ανάλυση υπερηχογραφίας του δέρματος, ενώ κλινική διάγνωση επιβεβαιώνεται με ιστολογική εξέταση.

- Θεραπεία

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του σαρκόματος Kaposi ως πολυεστιακού νοσήματος προϋποθέτει τη συνολική εκτίμηση πολλών διαφορετικών παραμέτρων.

### ***VIII. Άλλες Δερματολογικές Εκδηλώσεις***

Είναι δερματοπάθειες, ποικίλης αιτιολογίας, που δεν έχουν αναφερθεί στις προηγούμενες κατηγορίες, και παρατηρούνται συχνότερα ή σπανιότερα επί παρουσίας HIV λοίμωξης. Για παράδειγμα, η σμηγματορροϊκή δερματίτιδα, η εωσινοφιλική θυλακίτιδα, τα φαρμακευτικά εξανθήματα, οι μελαγχρώσεις δέρματος και βλεννογόνων.

### 5.5.6 Μέτρα Προφύλαξης

♦ Στην προφύλαξη θα συμβάλλει σημαντικά η ενημέρωση όσον αφορά τη συνειδητοποίηση της ατομικής αλλά και συλλογικής ευθύνης σε θέματα ερωτικής συμπεριφοράς, όπως:

- ✓ χρήση ελαστικού προφυλακτικού
- ✓ προσεκτική επιλογή ερωτικών συντρόφων και αποφυγή εναλλαγής αυτών
- ✓ αποφυγή επικίνδυνων συνηθειών στις σεξουαλικές επαφές.

♦ Ενημέρωση των εργαζομένων για τους τρόπους προφύλαξης που πρέπει να τηρούνται ανελλιπώς στους χώρους εργασίας, όπως:

- ✓ καλό πλύσιμο χεριών και χρήση γαντιών, όπου είναι απαραίτητο
- ✓ χρησιμοποίηση υλικών μιας χρήσης και απολύμανση αποστείρωση όσων

χρησιμοποιούνται από άτομο σε άτομο

- ✓ συλλογή των αιχμηρών αντικειμένων (βελόνες, νυστέρια) σε αδιαπέραστα

και αδιάτρητα δοχεία, που θα κλείνουν ασφαλώς

- ✓ αποφυγή δακτυλιδιών και άλλων αντικειμένων που μπορεί να επιφέρουν

τραυματισμό

- ✓ απολύμανση επιφανειών με πρόσφατο διάλυμα χλωρίνης 1:10.

♦ Η ευαισθητοποίηση από τη γνώση των δερματικών κλινικών εκδηλώσεων συμβάλλει στην έγκαιρη δερματολογική εξέταση των ύποπτων ατόμων.

♦ Η συστηματική ενημέρωση του πληθυσμού, ιδιαίτερα των νεαρών ατόμων, παραμένει η κύρια μορφή προφύλαξης και προστασίας από τον ιό HIV.

Η συστηματική αγωγή υγείας, η λήψη μέτρων προφύλαξης και η σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση αποτελούν τους ακρογωνιαίους λίθους στην καταπολέμηση του AIDS.



## Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο των μολυσματικών δερματοπαθειών εξετάστηκαν οι δερματοπάθειες που οφείλονται σε ιούς, σε μικρόβια, σε μύκητες και σε ζωικά παράσιτα.

Να θυμάσαι ότι:

- Οι ιοί προκαλούν δερματοπάθειες, όπως ο έρπης ο απλός, ο έρπης των γεννητικών οργάνων και ο έρπης ζωστήρας, με ερυθματοφυσαλιδώδεις εξάνθημα. Μετά την αποδρομή του εξανθήματος, ο ιός παραμένει σε λανθάνουσα κατάσταση στα πλησιέστερα λεμφογάγγλια, στην περιοχή που εμφανίστηκε, για να εμφανιστεί σε μία άλλη δεδομένη στιγμή. Στη μολυσματική τέρμινθο, στις μυρμηκίες και στα οξυτενή κονδυλώματα, προκαλούνται δερματοπάθειες με μορφή μικρών ογκιδίων και βλατίδων, τα οποία θεραπεύονται με μεθόδους που τα καταστρέφουν, όπως θερμοπηξία, κρυοπηξία κτλ.
- Οι οικογένειες των μικροβίων προκαλούν δερματοπάθειες που οφείλονται κυρίως στον στρεπτόκοκκο και στο σταφυλόκοκκο και θεραπεύονται με τη χρήση αντιβιοτικών.
- Οι μυκητιάσεις είναι, επίσης, πολύ διαδεδομένες δερματοπάθειες. Το περιβάλλον επηρεάζει την ανάπτυξή τους. Προσβάλλουν το δέρμα και τους βλεννογόνους δημιουργώντας ερυθματώδεις και λεπιδώδεις δερματοπάθειες.
- Τα παράσιτα του ανθρώπινου δέρματος είναι μικροσκοπικοί οργανισμοί που έχουν ανάγκη από συστατικά του δέρματος, για να τραφούν. Αλλά παράσιτα εγκαθίστανται στο δέρμα, ενώ άλλα, στιγμιαία, το τσιμπούν και απομακρύνονται. Οι δερματοπάθειες που προκύπτουν είναι μεταδοτικές, όσο το παράσιτο βρίσκεται στο σώμα. Οι κυριότερες είναι η ψώρα (από το άκαρι της ψώρας), η φθειρίαση (από την ψείρα) και η παρασιτική κνήφη (από ψύλλους, κουνούπια, κτλ.).
- Το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας οφείλεται στον ιό **HIV**, ο οποίος μολύνει τον ανθρώπινο οργανισμό. Καταστρέφει σταδιακά την άμυνά του με αποτέλεσμα να τον αφήνει εκτεθειμένο σε λοιμώξεις και στην ανάπτυξη διαφόρων μορφών καρκίνου.

- Οιός μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή, και το αίμα μέσω της μητέρας κατά τον τοκετό και θηλασμό.
- Η προφύλαξη πηγάζει από τους τρόπους μετάδοσης.
- Η εξέλιξη της πορείας της νόσου ακολουθεί τέσσερα στάδια. Σημαντικό ρόλο έχει η έναρξη θεραπείας και ο συνδυασμός φαρμάκων.
- Οι δερματολογικές εκδηλώσεις που παρουσιάζονται κατά την εξέλιξη της HIV λοίμωξης έχουν ενδιαφέρον διαγνωστικό και προγνωστικό.

## Ερωτήσεις - Ασκήσεις

1. Σε τι μικρό βιοοφείλεται το ερυσίπελας;
2. Οι σταφυλοκοκκιάσεις με ποιο τρόπο προκαλούνται;
3. Τι πρέπει να προσέξουμε στο δοθίνα που παρουσιάζεται στην περιοχή του άνω χείλους;
4. Πότε έχουμε επιφανειακή θυλακίτιδα και πότε σταβαθύτερα στρώματα;
5. Τι γνωρίζετε για την σταφυλοκοκκική σύκωση;
6. Τι γνωρίζετε για την ιδρωταδενίτιδα;
7. Τι είναι οι μύκητες;
8. Ποιες παθολογικές καταστάσεις οδηγούν στην εμφάνιση του μύκητα *Candida Albicans*;
9. Ποια κλινικά χαρακτηριστικά παρουσιάζει το δέρμα από τις καντιντιάσεις;
10. Ποιοι βλεννογόνοι προσβάλλονται από τον μύκητα *Candida Albicans*;
11. Από ποιους παράγοντες ευνοείται η ανάπτυξη της ποικιλοχρόου πιτυρίωσης;
12. Που εντοπίζεται το εξάνθημα της ποικιλοχρόου πιτυρίωσης;
13. Τι εννοούμε, όταν λέμε «πόδι του αθλητή»;
14. Σε ποια μέρη του σώματος εμφανίζεται το έκζεμα *Hebra*;
15. Ποιες είναι οι καταστάσεις που αναζωπυρώνουν τον ιό του έρπητα, όταν βρίσκεται σε λανθάνουσα κατάσταση μέσα στα γάγγλια;
16. Τι σημαίνει υποτροπιάζων έρπης;
17. Πόσα είδη μυρμηκιών έχουμε;
18. Πού εντοπίζονται οι ομαλές μυρμηκίες;
19. Είναι επώδυνα τα οξυτενή κονδυλώματα;

20. Πώς μεταδίδεται η ψώρα;
21. Πώς μεταδίδεται η φθειρίαση του τριχωτού της κεφαλής;
22. Πώς μεταδίδεται η φθειρίαση του εφηβαίου;
23. Πως από τα παρακάτω παράσιτα είναι ορατά με γυμνό μάτι: ψείρα, κοριός, άκαρι της ψώρας, ψύλλος, κουνούπι;
24. Για ποια παρασιτική δερματοπάθεια θα ψάξουμε, αν κάποιος έχει έντονο κνησμό στο τριχωτό της κεφαλής;
25. Για παρασιτική δερματοπάθεια θα υποπτευθούμε, όταν τα μέλημιας οικογένειας παραπονούνται για έντονο κνησμό την νύχτα;
26. Πώς είναι το εξάνθημα της ψώρας;
27. Πώς είναι το εξάνθημα της παρασιτικής κνήφης;
28. Να συμπληρώσετε τα κενά στο κείμενο που ακολουθεί επιλέγοντας τις παρακάτω λέξεις: AIDS, λοίμωξη, λεμφοκύτταρα, ρετροϊό, ευκαιριακές λοιμώξεις, κακοήθειες, ανοσοποιητικό, σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, HIV (Human Immunodeficiency Virus), κυτταρική ανοσία, κύτταρα. Το AIDS \_\_\_\_\_ είναι \_\_\_\_\_ που οφείλεται στο \_\_\_\_\_ που λέγεται ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), ο οποίος προσβάλλει τα Τ-βοηθητικά \_\_\_\_\_ αλλά και άλλα \_\_\_\_\_ με αποτέλεσμα να μειώνεται η \_\_\_\_\_ και έτσι να εμφανίζονται \_\_\_\_\_ και \_\_\_\_\_. Τα άτομα με κατεστραμμένο το \_\_\_\_\_ σύστημα υποφέρουν από ευκαιριακές λοιμώξεις και τελικά πεθαίνουν από αυτές και όχι από το \_\_\_\_\_.
29. Γιατί με τις συνήεις κοινωνικές επαφές δεν μεταδίδεται ο ιός HIV;
30. Η εξέλιξη της HIV λοίμωξης μπορεί να διακριθεί σε τέσσερα στάδια ανάλογα με τις κλινικές εκδηλώσεις. Βάλτε δίπλα σε κάθε πρόταση τον αριθμό του σταδίου που βρίσκεται.  
 ..... Χαρακτηρίζεται από θετικό HIV αντίσωμα, μπορεί να διαρκέσει 10 χρόνια, είναι ασυμπτωματικός και είναι φορέας.  
 ..... Χαρακτηρίζεται από μείωση των CD4 κυττάρων, εμφανίζει ευκαιριακές λοιμώξεις και νεοπλασμάτα.  
 ..... Χαρακτηρίζεται από οξεία λοίμωξη και χειρωνακτική εξέταση για HIV αντισώματα.  
 ..... Χαρακτηρίζεται από εμφάνιση συμπτωμάτων, μείωση της κυτταρικής ανοσίας και μπορεί να διαρκέσει 5 χρόνια.

**31. Σημειώστε μια απάντηση:**

Οι δερματολογικές παθήσεις κατά τη διαδρομή της HIV λοίμωξης οφείλονται σε:

- α. Ιογενείς λοιμώξεις
- β. Μυκητιάσεις
- γ. Βακτηριακές λοιμώξεις
- δ. Σύφιλη και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- ε. Σάρκωμα Kaposi
- στ. Όλα τα παραπάνω
- ζ. Από τα παραπάνω α, β και ε.

**32. Σημειώστε το γράμμα Σ (σωστό) ή το γράμμα Λ (λάθος) δίπλα από κάθε πρόταση:**

- ..... Το σάρκωμα Kaposi συνδέεται με την HIV λοίμωξη.
- ..... Η συχνότητα εμφάνισης του σαρκόματος Kaposi κατά τη διαδρομή της HIV λοίμωξης αυξάνεται σημαντικά.
- ..... Το AIDS Kaposi εμφανίζει κηλίδες, βλατίδες, οζίδια, όγκους.
- ..... Η διάγνωση του Kaposi γίνεται εύκολα από τις βλάβες του.
- ..... Η θεραπευτική αντιμετώπιση του σαρκόματος Kaposi προϋποθέτει συνεκτίμηση πολλών παραμέτρων.

## Δραστηριότητες

1. Επίσκεψη σε δερματολογικό νοσοκομείο για την καλύτερη παρατήρηση των περιστατικών των μολυσματικών δερματοπαθειών.
2. Επίδειξη περιστατικών με διαφάνειες.
3. Αναφέρατε προσωπικές εμπειρίες που προέρχονται από επισκέψεις σας σε κέντρα αισθητικής όσον αφορά τα μέτρα προφύλαξης και ασφάλειας που λάμβαναν οι εκεί αισθητικοί. Πρακτικά μέτρα θα προτείνατε εσείς, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η πλήρης προστασία σε τέτοιους χώρους; Σχολιάστε το στην τάξη.
4. Χωριστείτε σε 5 ομάδες και υποδυθείτε η κάθε μία το ρόλο των ατόμων που θεωρούνται αυξημένου κινδύνου. Απαντήστε γιατί κάθε ομάδα παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο.