

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ - ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

ΑΚΜΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΠΟ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟ

Σπουδάστρια: Κοπανά Αγγελική-Θεοδώρα

Υπεύθυνη καθηγήτρια: κα Δερβίσογλου Κυριακή



ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ - ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

ΑΚΜΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΠΟ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟ

Σπουδάστρια: Κοπανά Αγγελική-Θεοδώρα

Υπεύθυνη καθηγήτρια: κα Δερβίσογλου Κυριακή



ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2009



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Εισαγωγή	5
2. Το δέρμα	6
3. Ανατομία του δέρματος	7
3.1 <i>Επιδερμίδα</i>	
3.2 <i>Χόριο</i>	
3.3 <i>Υποδερμίδα</i>	
3.4 <i>Αγγεία</i>	
3.5 <i>Αδένες</i>	
3.6 <i>Σμηγματογόνοι αδένες</i>	
4. Τύποι του δέρματος	
4.1 <i>Φυσιολογικό ή Κανονικό δέρμα</i>	
4.2 <i>Ξηρό δέρμα</i>	
4.3 <i>Λιπαρό δέρμα</i>	
4.4 <i>Μεικτό δέρμα</i>	
5. Δερματική απορρόφηση	14
5.1 <i>Πώς περνάει η ουσία από την επιφάνεια του δέρματος</i>	
5.2 <i>Κερατινοποίηση</i>	
5.3 <i>Διέλευση των διαφόρων ουσιών από την κερατίνη στιβάδα</i>	
5.4 <i>Υδατοδιαλυτές πολικές ουσίες, μη ηλεκτρολύτες</i>	
5.5 <i>Λιποδιαλυτές ουσίες</i>	
5.6 <i>Ηλεκτρολύτες - πολικά μόρια - μεγάλα μόρια</i>	
6. Βλάβες του δέρματος	18
6.1 <i>Πρωτοπαθείς ή Πρωτογενείς βλάβες</i>	
6.2 <i>Δευτερογενείς στοιχειώδεις βλάβες</i>	
7. Η έννοια της ακμής	26
8. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της ακμής ..	28
9. Παθογένεια της ακμής	30
9.1 <i>Η σμηγματόρροια και η δευτερογενής μόλυνση των Φαγασόρων</i>	
9.2 <i>Δευτερογενείς μολύνσεις</i>	
10. Το σμήγμα	32
10.1 <i>Προστασία για την επιδερμίδα</i>	
10.2 <i>Στο σώμα και κυρίως στο πρόσωπο</i>	
10.3 <i>Σμηγματογόνα θυλάκια</i>	
10.4 <i>Σμήγμα και ακμή</i>	

11. Η κλινική εικόνα της ακμής	34
11.1 Φαγέσωρες	
11.2 Βλατίδες	
11.3 Φλύκταινες	
11.4 Κύστεις	
11.5 Οζίδια	
11.6 Εφελκίδες	
11.7 Ουλές	
12. Κλινικοί τύποι ακμής	37
13. Μη φλεγμονώδεις μορφές ακμής	38
13.1 Φαγεσωρική ακμή	
13.2 Επιφανειακή ακμή	
13.3 Νεογνική ακμή – Βρεφική ακμή	
14. Φλεγμονώδεις μορφές ακμής	40
14.1 Βλατιδώδης ακμή πιγουνιού ενηλίκων γυναικών	
14.2 Βλατιδοφλυκταινώδης ακμή	
14.3 Κυστική ακμή	
14.4 Πυόδερμα προσώπου	
14.5 Gram (-) θυλακίτιδα	
14.6 Ακμή συρρέουσα	
14.7 Κεραυνοβόλος ακμή (οξεία εμπύρετος ελκωτική ακμή)	
14.8 Ανδρογενετική ακμή	
14.9 Επαγγελματική ακμή	
14.10 Τροπική ακμή	
14.11 Ακμή από φάρμακα	
14.12 Ακμή από καλλυντικά	
14.13 Ακμή από πομάδες	
15. Ειδικές μορφές ακμής	44
15.1 Τραυματική ακμή των νεαρών κοριτσιών	
15.2 Μηχανική ακμή	
15.3 Επιμένουσα ακμή σε ενήλικες γυναίκες	
15.4 Θερινή ακμή	
15.5 Ακμή από καθαριστικά	
15.6 Μετεφηβική ακμή	
15.7 Ορμονική ακμή	
15.8 Ιατρογενής ακμή	
15.9 Ροδόχρους ακμή	
15.10 Εποχική – Κλιματική ακμή	
15.11 Ακμή από το στρες	
15.12 Κληρονομική	

16. Θεραπεία της ακμής	49
16.1 Γενικές αρχές	
16.2 Μύθοι	
16.3 Επιλογής της αγωγής	
17. Θεραπεία της ακμής από δερματολόγο ιατρό	51
17.1 Μέτριας βαρύτητας ακμή	
17.2 Συστηματική θεραπεία	
17.3 Τοπική θεραπεία	
18. Συμπτωματική αντιμετώπιση της ακμής από αισθητικό ...	60
18.1 Πρώτο στάδιο αντιμετώπισης της ακμής	
18.2 Δεύτερο στάδιο αντιμετώπισης της ακμής - Διάνοιξη φλυκταινών	
18.3 Τρίτο στάδιο αντιμετώπισης της ακμής - Εφαρμογή Peeling	
18.4 Τέταρτο στάδιο αντιμετώπισης της ακμής - Εφαρμογή UVA	
18.5 Πέμπτο στάδιο αντιμετώπισης της ακμής - Ενυδάτωση	
18.6 Θεραπευτικές μέθοδοι ανάπλασης	
19. Γενικά μέτρα αντιμετώπισης της ακμής	80
19.1 Ενημέρωση αρρώστου	
19.2 Καλλυντικά	
19.3 Πλύσιμο	
19.4 Μηχανικός ερεθισμός κακοποίηση των στοιχείων της ακμής	
19.5 Έκθεση σε θερμότητα και υγρασία	
19.6 Stress	
19.7 Ακμή και ήλιος	
19.8 Δίαιτα	
20. Επίλογος	84
21. Βιβλιογραφία	85

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κοινή ακμή είναι πολύ συχνή δερματοπάθεια, και παρατηρείται περίπου στο 30% των εφήβων της λευκής φυλής. Εμφανίζεται και στα δύο φύλα και συχνότερα στους αρένες. Η εμφάνισή της συμπίπτει με την έναρξη της εφηβείας ή και πρωτύτερα. Συνήθως αλλά όχι υποχρεωτικά πρωτοεμφανίζεται κατά την εφηβεία μεταξύ 10 έως 17 ετών στις γυναίκες και 14 έως 19 ετών στους άνδρες. Δεν είναι σπάνιο όμως να εμφανιστεί και μετά την ηλικία των 25 έως 30 ετών. Το ποσοστό των ατόμων που πάσχει από οποιαδήποτε μορφή ακμής πριν την ηλικία των 20 ετών πλησιάζει, σύμφωνα με κάποιους ερευνητές, το 80%. Παρατηρείται σε όλες τις φυλές, ίσως κάπως λιγότερο στους Ασιάτες.

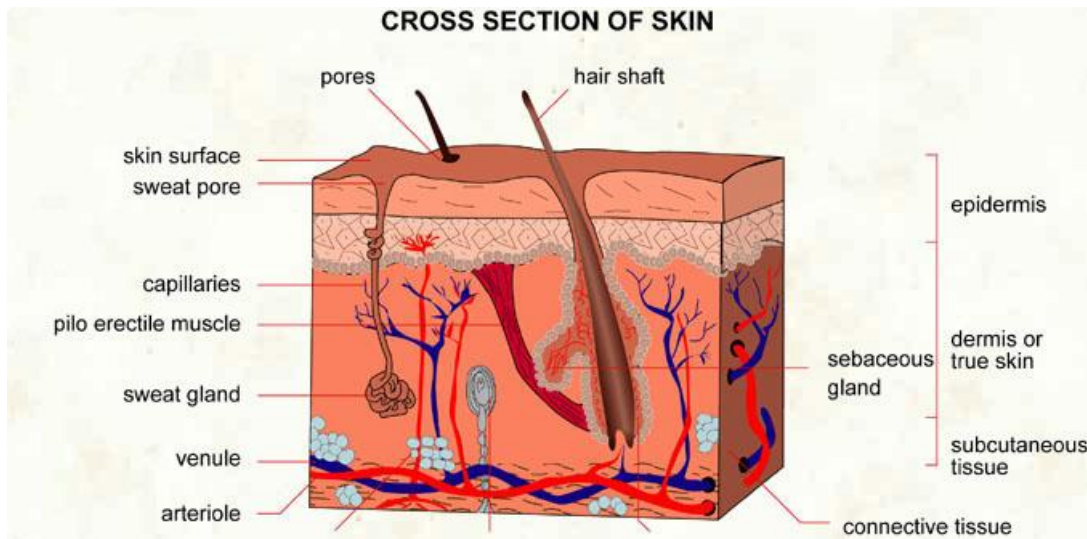
Προσβάλει και τα δύο φύλα. Οι άνδρες παρουσιάζουν πιο συχνά τις βαριές μορφές ακμής, ενώ η νόσος φαίνεται να διαρκεί περισσότερο στις γυναίκες. Η μέση διάρκεια της ακμής είναι 4 έως 5 ή κατά άλλους 6 έως 12 έτη, αλλά σε ένα σημαντικό ποσοστό ανθρώπων μπορεί να διαρκέσει ακόμη 20 ή 30 χρόνια. Εξελίσσεται με εξάρσεις και υφέσεις. Είναι συνήθως χρόνια, υποτροπιάζουσα, φλεγμονώδης, πολυπαραγοντιακή νόσος των τριχοσμηγματικών θυλάκων. Είναι ιδιαίτερα συχνή, δημιουργεί πολλές φορές έντονα αισθητικά και ψυχολογικά προβλήματα και συνοδεύεται ακόμη και σήμερα, από μύθους και λανθασμένες απόψεις.

Είναι ένα θέμα που απαιτεί λεπτότητα, και έτσι πρέπει να το αντιμετωπίζουν η οικογένεια, οι φίλοι, ο αισθητικός και όλοι όσοι συναναστρέφονται με τον “ασθενή”.

Η ακμή εμφανίζεται σε περιοχές όπου οι σμηγματογόνοι αδένες παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη δραστηριότητα. Είναι η πιο συχνή νόσος της τριχοσμηγματικής μονάδας και μελετάται συνεχώς στην προσπάθεια ανακάλυψης της αιτιολογίας της, η οποία παραμένει άγνωστη. Η ακμή δημιουργείται εξαιτίας της υπερέκκρισης του σμηγματογόνου αδένου που βρίσκεται στο δέρμα. Η αιτιολογία και η παθογένεια της έχει σχέση με πολλούς παράγοντες και η κλινική της εικόνα εμφανίζεται με ένα εξάνθημα πολύμορφο που αποτελείται από φαγέσωρες, βλατίδες, φλυκταινίδια, βλατιδοφλύκταινες, οζίδια, κύστες και πολλές φορές από ατροφικές και υπερτροφικές ουλές.

Έχει διάφορες μορφές και η θεραπεία γίνεται από δερματολόγο και αισθητικό.

2. ΤΟ ΔΕΡΜΑ



Το δέρμα είναι ένα ελαστικό περίβλημα του σώματος αυτοαναγεννώμενο, πολυλειτουργικό που προσαρμόζεται εύκολα στις πολλαπλές αλλαγές του περιβάλλοντος και στις αλλαγές των υποκειμένων οργάνων που προστατεύει. Το χρώμα του διαφέρει ανάλογα με την ηλικία, τη φυλή, τη χώρα. Το πάχος του ποικίλει από 0,7 έως 1 mm στα βλέφαρα και από 2 έως 3 mm στη ράχη. Διακρίνουμε τους πόρους, τις δερματικές θηλές, τις πτυχές του δέρματος.

Η κύρια λειτουργία του δέρματος είναι η προστατευτική που ασκείται έναντι βλαπτικών επιδράσεων του περιβάλλοντος. Το δέρμα προστατεύει από μηχανικές κακώσεις, την ηλιακή ακτινοβολία, της μεταβολές της θερμοκρασίας, από χημικές προσβολές, από τη διείσδυση ξένων “micro” και “macro” ουσιών. Η κύρια αυτή λειτουργία του δέρματος ασκείται από επί μέρους λειτουργίες όπως:

Η κερατινοποίηση: Η παραγωγή δηλαδή της κεράτινης ουσίας που περιβάλλει το σώμα και αποτελεί ένα φραγμό έναντι ποικίλων εξωτερικών βλαπτικών επιδράσεων.

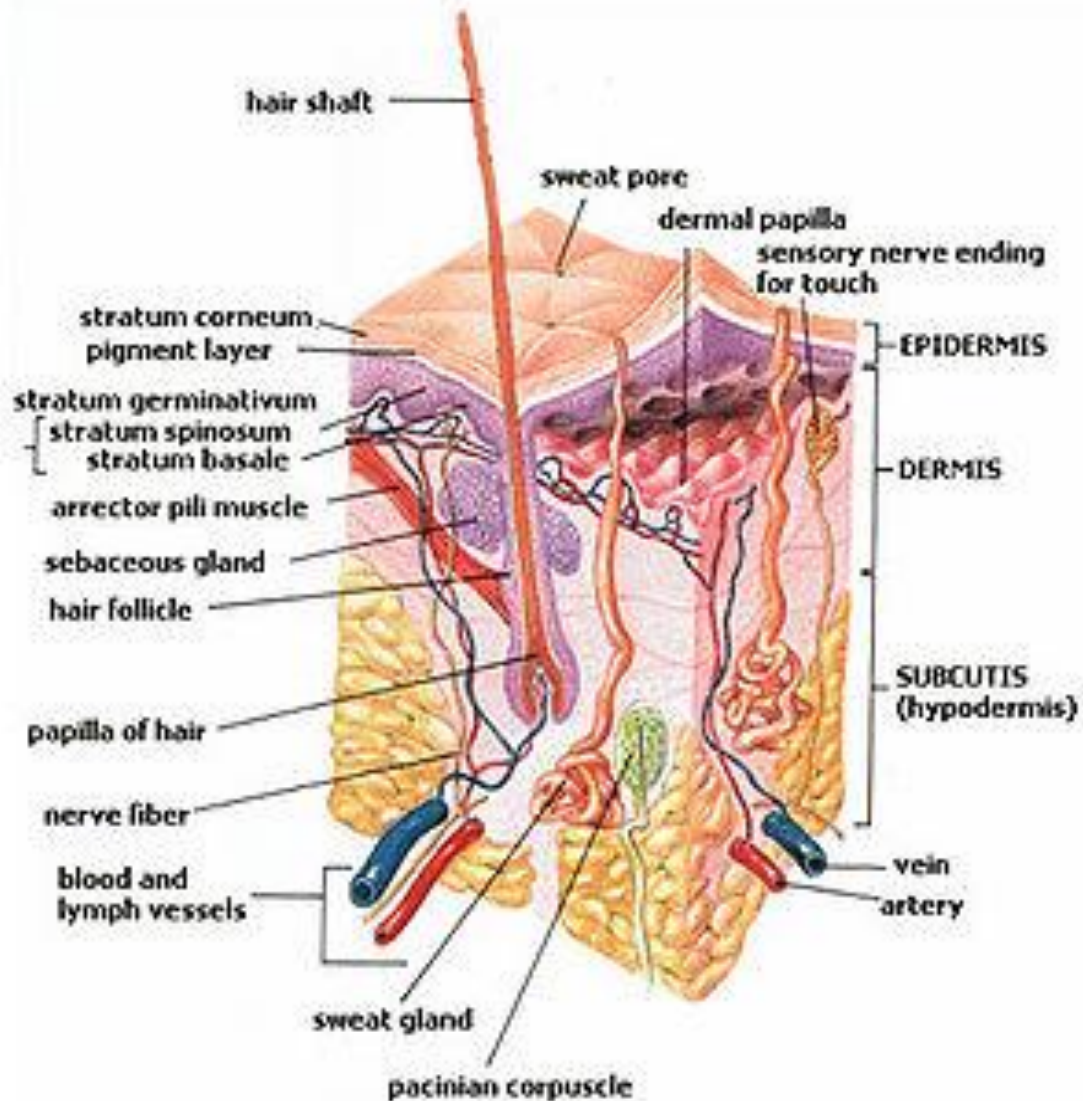
Η μελανογένεση: Η παραγωγή μελανίνης που προστατεύει από την ηλιακή ακτινοβολία.

Η θερμορρυθμιστική λειτουργία.

Η παραγωγή του σμήγματος: Ουσίας που έχει λιπαντικές και αντιμικροβιακές ιδιότητες.

3. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δέρμα αποτελείται από τρία τμήματα που είναι από έξω προς τα μέσα: την επιδερμίδα, το χόριο ή κυρίως δέρμα και τον υποδόριο ιστό ή υποδερμίδα. Περιέχει επίσης αγγεία και νεύρα όπως και αδένες.



3.1 *Επιδερμίδα*

Είναι ένα πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο που αποτελείται κυρίως από κερατινοκύτταρα που αποτελούν το 95% του κυτταρικού πληθυσμού και από ελάχιστη μεσοκυττάρια ουσία.

Το κερατινοκύτταρο γεννιέται στην κατώτερη στιβάδα της επιδερμίδας και καθώς μετακινείται προς τα πάνω και διαφοροποιείται για να σχηματίσει την κεράτινη ουσία αλλάζει συνεχώς μορφή ώστε, σχηματικά η επιδερμίδα να αποτελείται από τέσσερις στιβάδες που είναι από κάτω προς τα πάνω: η βασική, η ακανθωτή ή μαλπιγιανή, η κοκκώδης και η κεράτινη.

Η *βασική στιβάδα*: Βρίσκεται αμέσως πάνω από το χόριο και αποτελείται από ένα στοίχο κυβοειδών ή κυλινδρικών κυττάρων που διατάσσονται το ένα δίπλα από το άλλο σαν πάσσαλοι φράχτη.

Η *ακανθωτή στιβάδα*: Αποτελείται από πολλούς στοίχους πολυεδρικών κυττάρων που όσο ανεβαίνουν προς τα πάνω αποπλατύνονται. Τα κύτταρα αυτά συνδέονται μεταξύ τους με λεπτά ινίδια που ονομάζονται δεσμοσωμάτια.

Η *κοκκώδης στιβάδα*: Αποτελείται από αποπλατυσμένα ρομβοειδή κύτταρα που έχουν χάσει τον πυρήνα τους και περιέχουν στο πρωτόπλασμά τους κοκκία κερατουαλίνης.

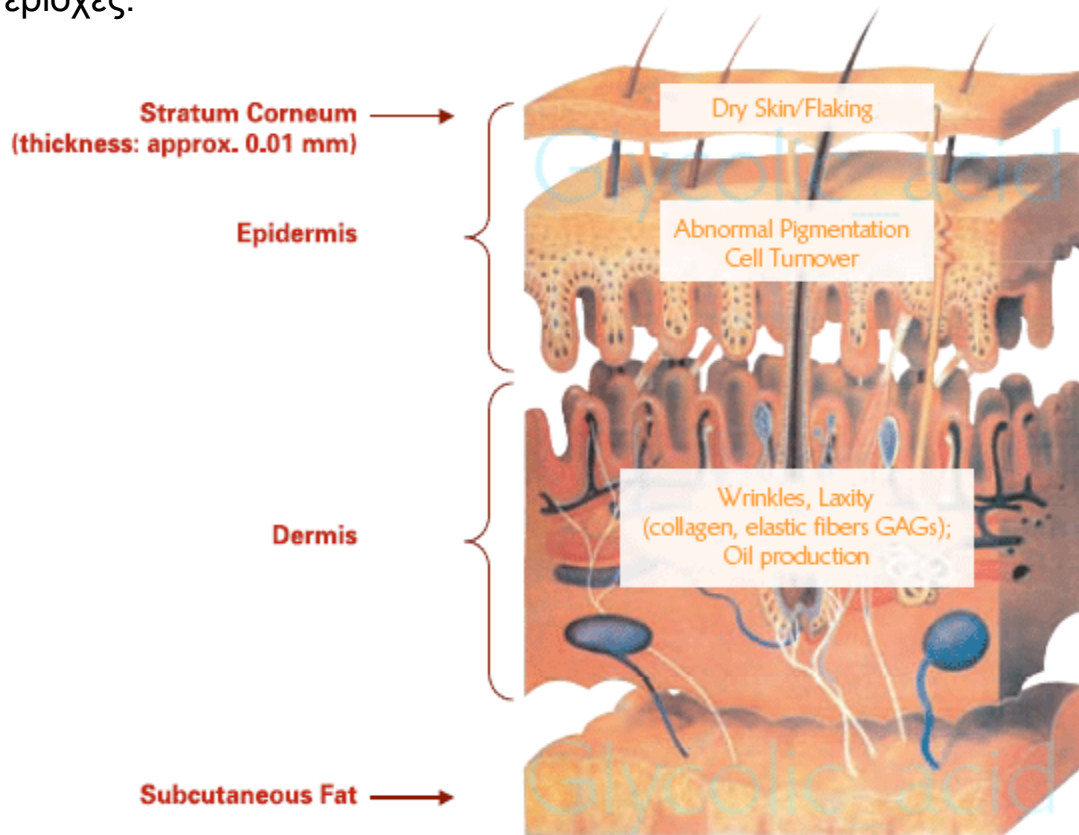
Η *κεράτινη στιβάδα*: Αποτελείται από μία άμορφη ομοιογενή μάζα όπου τα κύτταρα χάνουν τα όρια, τα κοκκία και τα οργανύλια τους και μετατρέπονται στην κεράτινη ουσία που συνεχώς αποπίπτει και αναγεννάται. Ο χρόνος διαφοροποίησεως ενός κερατινοκυττάρου από τη στιγμή που θα γεννηθεί στη βασική στιβάδα μέχρι να αποπέσει σαν κεράτινο πετάλιο είναι περίπου 28 ημέρες.

Εκτός από τα κερατινοκύτταρα η επιδερμίδα περιέχει μελανοκύτταρα, τα κύτταρα του Langerhans και τα κύτταρα του Merkel.

Τα *μελανοκύτταρα* είναι δενδριτικά κύτταρα που βρίσκονται μεμονωμένα στη βασική στιβάδα, παράγουν μελανίνη και τη μεταφέρουν με τους δενδρίτες τους στα παρακείμενα κερατινοκύτταρα. Ένα μελανοκύτταρο αντιστοιχεί σε τριάντα περίπου κερατινοκύτταρα.

Τα *κύτταρα του Langerhans* είναι δενδριτικά κύτταρα, βρίσκονται πάνω από τη βασική στιβάδα και μετέχουν σε ανοσολογικές λειτουργίες.

Τα κύτταρα του *Mercel* βρίσκονται στη βασική στιβάδα έχουν σχέση με αισθητικές λειτουργίες και υπάρχουν σε ορισμένες περιοχές.



3.2 Χόριο

Το χόριο είναι το τμήμα του δέρματος που αποτελείται από συνδετικό ιστό και περιέχει κυρίως, μεσοκυττάρια ουσία. Ελάχιστα κύτταρα, αγγεία και νεύρα. Παρουσιάζει δύο Τμήματα: Το επιπολής ή θηλώδες χόριο που βρίσκεται προς τα πάνω σε επαφή με την επιδερμίδα και το δικτυωτό χόριο που είναι παχύτερο και μεταπίπτει στην υποδερμίδα. Η μεσοκυττάρια ουσία αποτελείται από ίνες και θεμέλιο ουσία. Οι ίνες είναι οι κολλαγόνες και οι ελαστικές. Οι κολλαγόνες ίνες αποτελούν το κύριο συστατικό του χορίου και διατάσσονται σε δεσμίδες που φέρονται προς διάφορες κατευθύνσεις. Είναι λεπτότερες και αραιότερες στο θηλώδες χόριο και παχύτερες και πυκνότερες στο δικτυωτό χόριο. Υπάρχουν αρκετοί τύποι κολλαγόνου. Οι ελαστικές ίνες είναι πολύ λιγότερες από τις κολλαγόνες είναι λεπτές, διαπλέκονται μεταξύ τους και εκτείνονται από το χόριο - επιδερμικό σύνδεσμο μέχρι και την υποδερμίδα. Η

Θεμέλιος ουσία είναι μια άμορφη νηματοειδής ουσία που αποτελείται από πρωτεϊνογλυκάνες. Τα κύτταρα του χορίου είναι είτε αυτόχθονα (ινοβλάστες, μικροφάγα και μαστοκύτταρα), είτε ετερόχθονα (λεμφοκύτταρα, πλασματοκύτταρα και λευκοκύτταρα).

3.3 Υποδερμίδα

Αποτελείται από λιπώδη ιστό που διασχίζεται από προεκβολές του χορίου, τις ινώδεις δεσμίδες, που διαχωρίζουν τον λιπώδη ιστό στα λιπώδη ιστό στα λιπώδη λοβία.

3.4 Αγγεία

Οι αρτηρίες ανεβαίνουν διασχίζοντας τις ινώδεις δεσμίδες της υποδερμίδας και σχηματίζουν δύο οριζόντια πλέγματα το εν το βάθει που βρίσκεται μεταξύ χορίου και υποδέρματος και τροφοδοτεί τους ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες και τους θυλάκους και τριχών, και το *επιπολής* που βρίσκεται στο θηλώδες χόριο και τροφοδοτεί την επιδερμίδα με τις τριχοειδή και τα αντίστοιχα φλεβικά πλέγματα.

3.5 Αδένες

Το δέρμα είναι εφοδιασμένο με διάφορους αδένες :

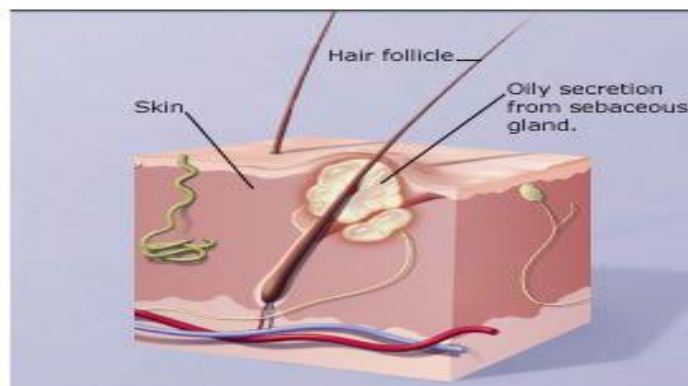
- Τους σμηγματογόνους αδένες.
- Τους ιδρωτοποιούς αδένες.
- Τους αδένες *Meibomius*, που βρίσκονται στα βλέφαρα.
- Τους αδένες *Moll*, που ομοίως βρίσκονται στα βλέφαρα.
- Τους *κυψελιδοποιούς* αδένες, που βρίσκονται στον έξω ακουστικό πόρο.
- Τους *μαστούς*.

3.6 Σμηγματογόνοι αδένες

Οι σμηγματογόνοι αδένες, που παίζουν βασικό ρόλο στην ακμή, είναι κυψελωτοί και απαντώνται σε όλη την επιφάνεια του δέρματος, εκτός από τις παλάμες, τα πέλματα και ίσως τη ράχη του άκρου ποδός. Βρίσκονται στο τρίγωνο που σχηματίζεται από τον τριχικό θύλακα, τον ορθωτήρα μυ της τρίχας και την επιδερμίδα, εκβάλλουν δε στο θύλακα της τρίχας.

Υπάρχουν όμως, ακόμη, στο βλεννογόνο των παρειών και το περίγραμμα του άνω χείλους, στη θηλαία άλω, τα βλέφαρα, τη βάλανο, την ακροποσθία, τα χείλη του αιδοίου και περιπρωκτικά. Σε αυτές τις θέσεις εκβάλλουν κατευθείαν στο δέρμα. Περισσότεροι αριθμητικά και με μεγαλύτερο όγκο βρίσκονται στο τριχωτό της κεφαλής, το πρόσωπο, το στήθος και τη ράχη.

Οι σμηγματογόνοι αδένες αποτελούνται από το αδενικό σώμα και τον εκφορητικό πόρο. Το αδενικό σώμα είναι πολυλοβώδες και περιβάλλεται από ινώδη ελαστικό ιστό. Το πρωτόπλασμα των κυττάρων παράγει λιπαρές ουσίες, το σμήγμα, οι οποίες συσσωρεύονται, γεμίζουν τα κύτταρα τα οποία τελικά μεταβάλλονται ολόκληρα σε έκκριμα. Ο εκφορητικός πόρος είναι βραχύς και ευρύς και εκβάλλει, αδειάζοντας το περιεχόμενο του αδένα, στον αυχένα του τριχομιγματικού θύλακα. Οι αδένες αυτοί είναι ορμονοεξαρτώμενοι. Μετά τη γέννηση παρουσιάζουν μικρή δραστηριότητα, κατόπιν υποστρέφουν, για να διογκωθούν και να δραστηριοποιηθούν έντονα κατά την εφηβεία, υπό την επίδραση των ανδρογόνων. Κατά τη γεροντική ηλικία αρχίζουν να υπολειπούνται. Με το σμήγμα που παράγουν, το οποίο περιέχει τριγλυκερίδια, λιπαρά οξέα, εστέρες, σκουαλένιο και χοληστερόλη, λιπαίνουν και αδιαβροχοποιούν το δέρμα, το προστατεύουν από την ξηρότητα και ασκούν μικρή αντιβακτηριδιακή δράση. Όμως σε αυξημένη δραστηριότητά του προκαλείται, όχι ευχάριστα, η ακμή.



4. ΤΥΠΟΙ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Βασικά υπάρχουν τέσσερις τύποι δέρματος:

- Κανονικά δέρματα
- Ξηρά δέρματα
- Λιπαρά δέρματα
- Μεικτά δέρματα

4.1 Φυσιολογικό ή Κανονικό δέρμα

Με τον όρο φυσιολογικό ή κανονικό δέρμα (normal skin) εννοούμε το υγιές δέρμα, που χαρακτηρίζεται από έλλειψη ξηρότητας ή λιπαρότητας, τη σωστή δομή των αγγείων στο κυρίως δέρμα, το ικανοποιητικό πάχος, τη σωστή περιεκτικότητα σε νερό και το φυσιολογικό pH.

4.2 Ξηρό δέρμα

Με τον όρο ξηρό δέρμα (dry skin) εννοούμε το δέρμα που από την κατασκευή του είναι λεπτό, δεν περιέχει προστατευτικές ουσίες, κάτι που οφείλεται στην έλλειψη ικανοποιητικού αριθμού σμηγματογόνων αδένων. Πρόσθετοι περιβαλλοντικοί παράγοντες ξηρότητας της επιδερμίδας είναι ο τρόπος ζωής του ατόμου, ο αέρας, ο ήλιος, ο καπνός, ο τεχνητός κλιματισμός (θερμός και ξηρός) και τέλος η γήρανση του δέρματος.

Το ξηρό δέρμα χαρακτηρίζεται από την τραχύτητα της επιδερμίδας, υπερκεράτωση, απώλεια ελαστικότητας, ελαττωμένη ταχύτητα αναπαραγωγής των κερατινοκυττάρων και είναι χαρακτηριστικό ότι μερικές φορές τα όρια μεταξύ υγιούς και ξηρού δέρματος, ήπιας δερματίτιδας απολεπιστικού τύπου, συγχέονται. Ενώ υπάρχουν δερματοπάθειες με χαρακτηριστικά ξηρότητας π.χ. λειχήνες. Τα δέρματα αυτά όταν τα αγγίζει κανείς δίνουν την αίσθηση ελαφριών ρυτίδων, εμφανίζουν ευρυαγγείες και ρυτίδες πολλές και επιφανειακές.

4.3 Λιπαρό δέρμα

Με τον όρο λιπαρό δέρμα (oily skin) εννοούμε το δέρμα που χαρακτηρίζεται από ευρείες εκβολές τριχικών θυλάκων (πόροι ανοιχτοί). Στα λιπαρά τα χαρακτηριστικά τους είναι : χοντρά, με λίγες ρυτίδες αλλά βαθιές και γενικά η αφή του δέρματος είναι αρκετά χοντρή. Χαρακτηρίζεται επίσης από υπερβολική έκκριση σμήγματος και αντιαισθητική λιπαρή όψη. Το λιπαρό δέρμα δίνει συνεχώς την αίσθηση του ακάθαρτου και έχει ανάγκη συστηματικής και συχνής απορρύπανσης, καθώς η σκόνη προσκολλείται εύκολα σ' αυτό. Η σοβαρή βέβαια σμηγματόρροια, που είναι πολύ συχνή στην εφηβεία συνδυάζεται με την ακμή και απαιτεί ειδική αντιμετώπιση και αγωγή.

4.4 Μεικτό δέρμα

Με τον όρο μεικτό δέρμα εννοούμε τη σύμμεικτη κατάσταση κανονικού και λιπαρού δέρματος. Στο μεικτό δέρμα υπάρχουν λιπαρές περιοχές όπως οι ρινοπαραρειακές αύλακες, το μέτωπο και το πηγούνι, δηλαδή το " T " του προσώπου, καθώς και ξηρότερες στα μάγουλα, στα μήλα των παρειών γύρω από τα μάτια, στους κροτάφους και το λαιμό.



4. ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ

Είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μια ουσία η οποία εφαρμόζεται τοπικά στο δέρμα απορροφάται. Αυτό περιλαμβάνει διάφορα διαδοχικά φαινόμενα.

1. Τα μόρια της ουσίας θα πρέπει να προσληφθούν στην επιφάνεια της κερατίνης στοιβάδας.
2. Εκ των υστέρων θα πρέπει να διαχυθούν διαμέσου αυτής.
3. Μπορεί να προσληφθούν από τη ζώσα επιδερμίδα.
4. Διαχέονται διαμέσου της επιδερμίδας και του θηλώδους χορίου μέχρι να φτάσουν στο αγγειακό δίκτυο.
5. Να διεισδύσουν στο αίμα.

Ένας από τους πρώτους παράγοντες που πρέπει να ξεπεράσει η ουσία είναι η κερατίνη στιβάδα. Είναι η στιβάδα που συνήθως ρυθμίζει το φαινόμενο της διαδερμικής απορρόφησης.

Από τις υπόλοιπες στιβάδες η απορρόφηση εκ των υστέρων γίνεται ευκολότερα. Εάν για κάποιο λόγο η ταχύτητα διάχυσης στις υπόλοιπες στιβάδες ελαττωθεί σημαντικά, τότε και η διάχυση της κερατίνης επηρεάζεται.

Όταν η ροή του αίματος ελαττώνεται από ψύξη ή από στρες ή από άλλο παράγοντα, εκεί η ικανότητα πρόσληψης της ουσίας σταματάει ή μειώνεται.



5.1 Πώς περνάει η ουσία από την επιφάνεια του δέρματος

Η επιφάνεια του δέρματος καλύπτεται από μια λεπτή στιβάδα λιπιδιακής μορφής και διαφέρει ανάλογα με την περιοχή. Η επόμενη στιβάδα που πρέπει να περάσει η ουσία είναι η επιπολής της κερατίνης στιβάδας.

Επίσης η αρχιτεκτονική δομή του δέρματος που είναι ένα εκτεταμένο σύστημα γραμμώσεων πρέπει να ξεπεραστεί. Το μεγαλύτερο φράγμα του δέρματος αποτελεί η κερατίνη στιβάδα, η οποία αποτελείται από υδατινο υλικό.

Αν για κάποιο λόγο η κερατίνη στιβάδα καταστραφεί (απολέπιση), τότε αυξάνεται η διαπερατότητά της σε διάφορες ουσίες. Η κερατίνη στιβάδα δεν είναι αδρανές υλικό, μπορεί να μαλακώνει, να διαλύεται, να αφυδατώνεται και γενικότερα να μεταβάλλεται με διάφορους τρόπους, οπότε τροποποιείται και η λειτουργία του φραγμού.

5.2 Κερατινοποίηση

Είναι η μεταμόρφωση των κυττάρων της βασικής στιβάδας. Ο χρόνος που χρειάζεται ένα κύτταρο της βασικής στιβάδας για να μεταμορφωθεί σε κύτταρο της κερατίνης είναι 29 ημέρες, ενώ κατά άλλους 40 – 50 ημέρες.

5.3 Διέλευση των διαφόρων ουσιών από την Κερατίνη στιβάδα

Ανάλογα με το είδος των ουσιών, η διέλευση γίνεται :

- Διαμέσου των κερατινοκυττάρων.
- Διαμέσου των εξαρτημάτων.
- Διαμέσου της μεσοκυττάριας ουσίας της κερατίνης στιβάδας.

Επίσης η οδός διέλευσης και ο μηχανισμός εξαρτώνται από το είδος και κυρίως από το αν είναι υδατοδιαλυτή ή λιποδιαλυτή η ουσία. Όταν αυξάνονται οι πολικές ομάδες μιας ουσίας μειώνεται η διαβατότητα της.

5.4 Υδατοδιαλυτές πολικές ουσίες, μη ηλεκτρολύτες

Η διέλευση αυτών των ουσιών γίνεται διαμέσου των κερατινοκυτάρων και από τα τοιχώματα τους. Η ενυδατωμένη ενδοκυττάρια κερατίνη προβάλλει αντίσταση στη διήθηση αυτών των ουσιών. Σε συνθήκες ενυδάτωσης IN VITRO , η κερατίνη στιβάδα διογκώνει ενδοκυτταρίως και διατηρεί στο μεγαλύτερο μέρος της χαμηλής διαβατότητας.

Οι υδατοδιαλυτές ουσίες διαβαίνουν τη κερατίνη στιβάδα διαμέσου των ινιδίων της κερατίνης, ενώ οι λιποδιαλυτές δια της μεσοκυττάριας περιοχής, η οποία είναι πλούσια σε λιποδιαλυτές. Μη ηλεκτρολύτες όπως σαλικυλικό οξύ, μενθόλη διαβαίνουν το δέρμα διαμέσου της κερατίνης.

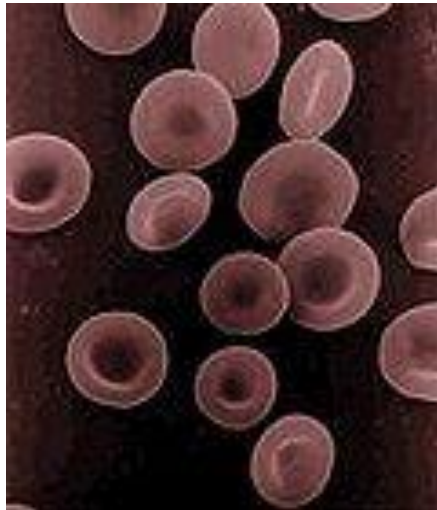
5.5 Λιποδιαλυτές ουσίες

Αυτές διηθούνται διαμέσου των λιποδιαλυτών περιοχών του ιστού και ιδίως διαμέσου της μεσοκυττάριας περιοχής, η οποία είναι πλούσια σε λιποειδή . Το χλωροφόρμιο ή μίγμα χλωροφόρμιου μεθανόλης (2:1), το οποίο διαλύει τα λιπίδια της κερατίνης στιβάδας, αυξάνει τη διαβατότητα της. Παράγοντες που μεταβάλλουν μόνο το μόριο της κερατίνης ουσίας έχουν επίδραση στη λειτουργία του φραγμού της κερατίνης.

Αυτά δείχνουν τη μεγάλη σημασία των λιπιδίων στα φαινόμενα της διαβατότητας. Αν υπάρξουν διαφορές στα λιπίδια υπάρχουν και διαφορές στη διαβατότητα της. Σε πειράματα που έγιναν με δίαιτα κατά την οποία υπήρχε στέρση ουσιωδών λιπαρών οξέων και κυρίως λινολεϊκού οξέος, είχαν σαν αποτέλεσμα μια έντονη διαταραχή της λειτουργίας του φραγμού. Όταν όμως έγινε τοπική εφαρμογή λινολεϊκού οξέος έδειξαν ότι η λειτουργία του φραγμού είναι στα αρχικά της πλαίσια . (Τα πειράματα έγιναν σε ποντικούς). Έτσι αποδείχθηκε ότι η στέρση του λινολεϊκού οξέος επιδρά στη σύνθεση της μεσοκυττάριας ουσίας της κερατίνης στιβάδας και έτσι την κάνει λιγότερο ανθεκτική στη διάβαση αναλόγων ουσιών.

5.6 Ηλεκτρολύτες - πολικά μόρια - μεγάλα μόρια

Οι αναφερόμενες ουσίες, τα αντιβιοτικά και τα κορτικοειδή διαπερνούν το φραγμό της κερατίνης στιβάδας, αυτά κυρίως διαβαίνουν διαμέσου των εξαρτημάτων.





6. ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

6.1 ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΙΣ Ή ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ

1. Κηλίδες.

Κάθε περιγεγραμμένη αλλοίωση του φυσιολογικού χρώματος του δέρματος ονομάζεται κηλίδα. Οι κηλίδες διαιρούνται σε:

I. Υπεραιμικές. Οφείλονται σε πρόσκαιρη διαστολή ή υπεραιμία των αρτηριδίων ή φλεβιδίων του δέρματος, έχουν χρώμα ρόδινο, ερυθρό ή κυανό και εξαφανίζονται με την πίεση του δακτύλου.

II. Αγγειακές. Οφείλονται σε έμμομη διαστολή ή υπερπλασία των μικρών αιμοφόρων αγγείων του δέρματος, έχουν ποικίλο χρώμα, από ρόδινο έως βαθύ ερυθρό. Εξαφανίζονται με την πίεση τελείως ή μερικώς και έχουν μέγεθος από κεφάλι καρφίτσας μέχρι παλάμης. Διακρίνονται σε συγγενείς και επίκτητες.

III. Αιματικές. Οφείλονται σε εξαγγείωση ερυθρών αιμοσφαιρίων, εντός του δέρματος, και αυτό γίνεται λόγω ρήξης του τοιχώματος των αγγείων από μηχανικά αίτια ή παθολογικές καταστάσεις. Δεν εξαφανίζονται με την πίεση. Το χρώμα τους είναι αρχικά ερυθρό, ενώ τις επόμενες μέρες, μεταβάλλεται διαδοχικά, από κυανέρυθρο, πράσινο, κίτρινο και τέλος σε διάστημα δύο περιόδων εβδομάδων εξαφανίζονται. Διακρίνονται στις:

- α. ΠΕΤΕΧΙΕΣ** που προέρχονται από μηχανικά αίτια
- β. ΕΚΧΥΜΩΣΕΙΣ** που οφείλονται σε τραυματικά αίτια και

γ. γραμμοειδείς ακολουθώντας τις πτυχές του δέρματος.

IV. Δυσχρωμικές. Διακρίνονται σε:

α. **Μελανχρωματικές κηλίδες.** Οφείλονται σε τοπική αύξηση της μελανίνης και έχουν χρώμα σκούρο έως μαύρο. Το μέγεθος τους δεν είναι σταθερό και δεν εξαφανίζονται με την πίεση. Διακρίνονται σε μόνιμες, επίκτητες και συγγενείς.

β. **Αχρωμικές ή άχρες.** Έχουν λευκό ή υπόλευκο χρώμα και οφείλονται σε ελάττωση ή πλήρη εξαφάνιση της μελανίνης. Έχουν διαφορετικό κατά περίπτωση σχήμα και δεν εξαφανίζονται με την πίεση. Διακρίνονται σε επίκτητες (κηλίδες λεύκης, παρασιτική αχρωμία) και συγγενείς (αλφινισμός, αχρωματικός σπίλος).

γ. **Τεχνητά χρωσμένες.** Οφείλονται σε εναπόθεση στο δέρμα χρωστικής άλλης εκτός από τη μελανίνη π.χ. κυανές κηλίδες, κηλίδες στίξεως (tatouaze), αργυρίαση κλπ.

δ. **Λευκομελανοδερμία.** Είναι μία μορφή δυσχρωμίας του δέρματος, κατά την οποία έχουμε εναλλαγή **μελανοχρωματικών** και **αχρωμικών** κηλίδων.

2. Βλατίδες.

Είναι περιγεγραμμένα επάρματα του δέρματος, στερεά στη σύσταση, με μέγεθος από κεφάλι καρφίτσας έως μπιζελιού. Έχουν σχήμα στρογγυλό ή πολυγωνικό. Έχουν χρώμα ερυθρό ιώδες χάλκινο ή φυσιολογικό. Δεν είναι μόνιμες και όταν εξαφανίζονται δεν αφήνουν ουλή. Διακρίνονται σε τρεις ομάδες.

I. **Δερματικές** όπου έχουμε κυτταρική διήθηση της θηλώδους στιβάδας του χορίου (στη σύφιλη).

II. **Επιδερμικές** που οφείλονται σε υπερτροφία της επιδερμίδας, και

III. **Μικτές** όπου στην κυτταρική διήθηση συμμετέχει το χόριο μαζί με την επιδερμίδα.

3. Πομφός.

Είναι έπαρμα του δέρματος αποπεπλατισμένο στερεάς σύστασης, με ποικίλο μέγεθος δραχμής και είναι δυνατό να φθάσει μέγεθος παλάμης. Το χρώμα ερυθρό ερυθρορόδινο ή υπόλευκο. Οι πομποί εξελίσσονται γρήγορα. Εμφανίζονται, αναπτύσσονται και εξαφανίζονται σε λιγότερο ή περισσότερο διάστημα ανάλογα με το

αίτιο που τα προκάλεσε. Συνοδεύονται πάντα από κνησμό και αίσθημα καύσου. Προκαλούνται από εξωτερικά αίτια, τσιμπήματα εντόμων, αλλεργικά αίτια.

4. Φύματα.

Είναι περιγεγραμμένα επάρματα του δέρματος, έχουν σχήμα στρογγυλό, είναι σκληρά ή μαλακά στη σύσταση και συνήθως έχουν μέγεθος από κερί μέχρι φουντούκι. Το χρώμα τους είναι ερυθροκίτρινο έως ερυθροχάλκινο.

Ιστολογικά βρίσκονται στο χόριο. Εξελίσσονται αργά και έχουν τάση για έλκυση. Όταν ιαθούν αφήνουν ουλή.

Φύματα συναντούμε στη σύφιλη, τη λέπρα κλπ.

5. Οζοί – Οζίδια.

Είναι βλάβες του δέρματος, σκληρές στη σύσταση και βρίσκονται στην υποδερμίδα. Έχουν σχήμα στρογγυλό ή ωοειδές. Το δέρμα που τις καλύπτει είναι φυσιολογικού ή και διαφορετικού, από το φυσιολογικό, χρώματος. Εξελίσσονται αργά ή παραμένουν μόνιμα. Ορισμένες φορές ελκούνται. Όταν θεραπευθούν, άλλοτε αφήνουν ουλή και άλλοτε όχι.

Οι όζοι διαφέρουν από τα οζίδια μόνο στο μέγεθος. Τα οζίδια έχουν μέγεθος από μπιζέλι έως φουντούκι. Οι όζοι αντίθετα μπορούν να φθάσουν το μέγεθος αυγού. Τους απαντούμε στο ογκώδες ερύθημα.

6. Κομμιώματα.

Εδράζονται στις βαθιές στιβάδες του χορίου και στην υποδερμίδα. Το μέγεθος τους είναι από φουντουκιού έως αυγού. Η σύσταση τους είναι σκληρή στην αρχή στη συνέχεια όμως μαλακώνει. Συνήθως καταλήγουν στην έλκωση και μετά στην ίαση τους. Αφήνουν ουλή. Κομμιώματα συναντούμε στην φυματίωση και σε ορισμένες πυοδερματίτιδες.

Η εξέλιξη του κομμιώματος γίνεται σε τέσσερα στάδια

7. Όγκοι.

Παθολογικές επεξεργασίες με διαφορετικό κατά περίπτωση σχήμα, μέγεθος και σύσταση, έχουν την τάση για αύξηση. Παραμένουν για αρκετό χρόνο, ή είναι μόνιμοι. Παίρνουν την ονομασία τους από τον ιστό από τον οποίο προέρχονται (ίνωμα, σάρκωμα, ινομύωμα, βλάστωμα, αστροκύτωμα, γλοίωμα, θήλωμα κλπ) και είναι καλοήθεις ή κακοήθεις.

8. Φυσαλίδα.

Είναι έπαρμα της επιδερμίδας, στρογγυλό ή σφαιρικό, και το μέγεθος της είναι από κεφαλή καρφίτσας έως μπιζελιού. Περιέχουν συνήθως ορώδες υγρό, μερικές φορές όμως αιματηρό η θολερό. Εμφανίζονται διάσπαρτες (Όπως το έκζεμα) ή κατά ομάδες (όπως στον έρπη).



9. Πομφόλυγες.

Είναι επάρματα της επιδερμίδας, στρογγυλά ή ημισφαιρικού σχήματος ή ωοειδούς. Το μέγεθος τους είναι από μπιζελιού έως αυγού και περιέχουν θολερό ή αιμορραγικό. τις διαιρούμε στις α)επί πολής, β)στις κατά βάθος και γ) στις ακανθωλυτικές. Η επιφάνεια της

πομφόλυγας ανάλογα με την ποσότητα του υγρού που περιέχει είναι τεταμένη ή πλαδαρή.

Οι πομφόλυγες σχηματίζονται από την αποκόλληση της επιδερμίδας η οποία γίνεται είτε μεταξύ των στιβάδων της, είτε μεταξύ αυτής και του χορίου.

10. Φλύκταινες.

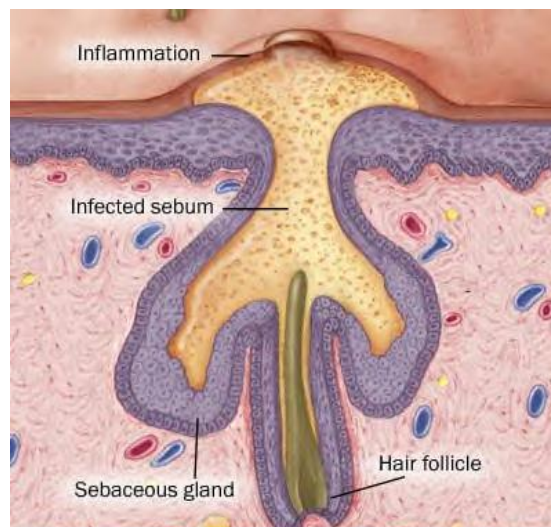
Είναι επάρματα της επιφάνειας του δέρματος, έχουν μέγεθος από κεφάλι καρφίτσας μέχρι ρεβιθιού ή και μεγαλύτερα. Έχουν σχήμα σφαιρικό ή ημισφαιρικό και περιέχουν ευθύς εξ'αρχής πύον. Συνήθως περιβάλλονται από ερύθημα.

Διακρίνονται ανάλογα με το βάθος τους σε:

α) επιδερμικές οι οποίες δεν αφήνουν ουλή, και σε δερματικές που αφήνουν ουλή.

11. Κύστεις.

Είναι κοιλότητες που περιβάλλονται με μεμβράνη από συνδετικό ιστό. Το περιεχόμενο της κύστης, μπορεί να είναι υδαρές (ορός, αίμα) ή πυκνόρρευστο (σμήγμα). Οι κύστεις εκπορεύονται κυρίως από τους αδένες του δέρματος.



6.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΙΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ

1. Διάβρωση.

Είναι η βλάβη η οποία δημιουργείται από την απώλεια των στιβάδων της επιδερμίδας μέχρι και τη βασική στιβάδα.

2. Εξέλκωση.

Είναι η βλάβη κατά την οποία, έχουμε απώλεια και της βασικής στιβάδας της επιδερμίδας (δηλαδή όλων των στιβάδων της επιδερμίδας) και πολλές φορές και την επιφάνεια του θηλώδους στρώματος του χορίου.

3. Εκδορά.

Η επί πολλής λύση (διακοπή) της συνέχειας της επιδερμίδας με διαφορετικό μέγεθος και σχήμα, που προέρχεται από τραυματισμούς.

4. Δρυφάδες.

Είναι γραμμοειδείς λύσεις της συνέχειας της επιδερμίδας οι οποίες προέρχονται από κνησμό.

5. Έλκωση.

Είναι η βαθιά απώλεια ουσίας που μπορεί να επεκταθεί μέχρι την υποδερμίδα. Στην έλκωση διακρίνουμε:

α. την βάση που μπορεί να είναι σκληρή, υπόσκληρη ή μαλακιά,

β. τον πυθμένα που μπορεί να είναι ομαλός, ρυπαρός ή βλαστικός, και γ. τα χείλη που μπορεί να είναι απότομα κολπώδη ή τετμημένα, υπεκαμένα. Το σχήμα των ελκώσεων μπορεί να είναι στρογγυλό, ωοειδές ή ανώμαλο. Το χρώμα τους άλλοτε ερυθρό, υποκόκκινο ή ιώδες. Το μέγεθος από κεφάλι καρφίτσας-μέχρι παλάμης.

6. Τραύματα.

Είναι βαθιές απώλειες ουσίας, που οφείλονται σε μηχανικές κακώσεις ή την επίδραση χημικών ή φυσικών ουσιών.

7. Ραγάδες.

Είναι βαθιές γραμμοειδής σχάσεις του δέρματος που φθάνουν μέχρι το χόριο. Παρουσιάζονται συνήθως στα πέλματα χείλη παλάμες.

8. Εφελκίδες.

Είναι μάζες που σχηματίζονται από την πήξη και την ξήρανση υγρών, όπως πύου, αίματος, ορού, που βγαίνουν από κατεστραμμένες φυσαλίδες, πομφόλυγες και φλύκταινες ή από διαβρωμένες ή ελκόμενες επιφάνειες του δέρματος. Οι εφελκίδες έχουν χρώμα κίτρινο, όταν το αποξηραμένο υγρό προέρχεται από ορό και μελανές όταν προέρχεται από αίμα.

9. Ουλές.

Οι ουλές αποτελούνται από νεόπλαστο συνδετικό ιστό ο οποίος αντικαθιστά το κατεστραμμένο δέρμα. Το χρώμα της ουλής στην αρχή είναι ροδαλό, αργότερα όμως γίνεται λευκό. Η επιφάνεια της είναι λεία. Το δέρμα της είναι λεπτό και δεν έχει τρίχες και αδένες. Οι ουλές χωρίζονται σε ατροφικές και υπερτροφικές οι οποίες ονομάζονται και χηλοειδείς ουλές.

10. Ατροφία.

Είναι η ελάττωση του αριθμού και του όγκου ορισμένων ή και όλων των στοιχείων του δέρματος. Μερικές φορές μάλιστα έχουμε και την ολοκληρωτική εξαφάνιση ορισμένων. Το ατροφικό δέρμα είναι λεπτό και μαλακό και του λείπει η ελαστικότητα. Το χρώμα του είναι λευκό, ερυθρό, κυανό κλπ. η ατροφία του δέρματος οφείλεται σε χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις (όπως ο ερυθηματώδης λύκος) ή σε ιδιοπαθείς νόσους.

11. Σκλήρυνση.

Στη σκλήρυνση το δέρμα γίνεται σκληρότερο του φυσιολογικού και δεν διπλώνεται σε πτυχές εύκολα. Το χρώμα του είναι ή υπερχρωματικό και σε ορισμένες περιπτώσεις αχρωματικό. Ατροφική σκλήρυνση παρατηρείται στη σκληροδερμία, ενώ υπερτροφική στην ελεφαντίαση.

12. Λέπια.

Είναι κεράτινα πετάλια της επιδερμίδας, που πέφτουν από την επιφάνεια του δέρματος φυσιολογικά ή αποσπώνται. Μπορεί να έχουν διάφορα χρώματα, λευκά, λευκόφαια, αργυρόχρωμα, μελανά. Ανάλογα με το μέγεθος και το πάχος τους χωρίζονται σε πιτυρώδη, αλευρώδη, φυλλώδη κλπ. Τα λέπια σε ορισμένες δερματοπάθειες είναι κολλημένα στερεά στην επιφάνεια του δέρματος (ερυθηματώδης λύκος), ενώ άλλοτε αποσπώνται εύκολα (ψωρίαση).

13. Λειχηνοποίηση.

Το δέρμα στην παθολογική αυτή κατάσταση γίνεται σκληρό, διηθημένο, παχύτερο και αλλάζει χρώμα (σκουραίνει). Οι φυσιολογικές του πτυχώσεις, παρουσιάζουν εικόνα μωσαϊκού. Η λειχηνοποίηση, παρουσιάζεται κατά μεγαλύτερη συχνότητα, στον αυχένα στον τράχηλο, στις καμπυλικές επιφάνειες των άκρων, και τους μηρούς. Διαιρείται σε:

α. πρωτογενή που οφείλεται στο στρεπτόκοκκο και

β. δευτερογενή που παρατηρείται σε χρόνιες κνησμώδεις δερματοπάθειες.

7. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΚΜΗΣ



Παθογενετικά, φαίνεται ότι παίζουν καθοριστικό ρόλο τέσσερις παράγοντες, σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα, στην εμφάνιση της ακμής. Οι παράγοντες αυτοί είναι: α) η υπερέκκριση του σμήγματος, β) η απόφραξη από διαταραχή της κερατινοποίησης, του τριχοσμηγματικού πόρου, γ) ο αποικισμός του θυλάκου από το προπιονικό βακτηρίδιο της ακμής και δ) η φλεγμονή. Η γενετική προδιάθεση είναι σαφής, δεν έχει όμως ακόμη διευκρινισθεί επακριβώς ο τύπος της κληρονομικότητας.

Η βασική στοιχειώδης βλάβη της ακμής, ο φαγέσωρας, είναι το αποτέλεσμα της απόφραξης του τριχοσμηγματικού θύλακα από βύσμα, το οποίο δημιουργείται από παθολογικά αυξημένα, συσσωρευμένα κερατινοκύτταρα και του εγκλωβισμού του υπερπαραγωγμένου σμήγματος που διατείνει τον αποφραγμένο πόρο. Η παθολογική αυτή κερατινοποίηση είναι ένα εξαιρετικά πολύπλοκο

φαινόμενο, στο οποίο εμπλέκονται τα ανδρογόνα, που ωθούν σε υπερπαραγωγή σμήγματος και τα λιπαρά οξέα, που απελευθερώνονται από τη δραστηριότητα του προπιονικού βακτηριδίου της ακμής.

Συγκεκριμένα, η αυξημένη παραγωγή σμήγματος προκαλείται εξαιτίας της ενδογενούς υπερευαισθησίας των κυττάρων στόχων – στη προκειμένη περίπτωση των σμηγματογόνων αδένων – έναντι του φυσιολογικού επιπέδου ανδρογόνων ορμονών. Η τεστοστερόνη μετατρέπεται στον ισχυρό μεταβολίτη της στο επίπεδο των αδένων, αυξάνοντας το μέγεθος και την μεταβολική τους δραστηριότητα.

Το προπιονικό βακτήριο της ακμής παράγει λιπάσες, πρωτεάσες, υαλουρονιδάσες και χημειοτακτικούς παράγοντες. Οι λιπάσες υδρολύουν τα τριγλυκερίδια σμήγματος και απελευθερώνουν ελεύθερα λιπαρά οξέα, τα οποία είναι ερεθιστικά και φαγεσωρογόνα. Το σμήγμα και τα ελεύθερα λιπαρά οξέα προκαλούν μια άσηπτη φλεγμονώδη απάντηση στον τριχοσμηγματικό θύλακο που καταλήγει στην υπερκερατινοποίηση του πόρου του θυλάκου και τη δημιουργία βύσματος. Αυτό το βύσμα αποφράσσει, όπως ήδη αναφέραμε, την είσοδο του τριχοσμηγματικού θύλακα, εγκλωβίζει το περιεχόμενο του πόρου, διευρύνει και διατείνει τα τοιχώματά του, με συνέπεια την εμφάνιση βλάβης που κλινικά ονομάζεται ‘κλειστός’ ή ‘λευκός’ φαγέσωρας. Όταν υπάρχει διέξοδος της μάζας προς την επιφάνεια του δέρματος, από το μη πλήρως αποφραγμένο στόμιο του πόρου, αυτή προεξέχει και ονομάζεται ‘ανοιχτός ή μαύρος φαγέσωρας’.

Τελικό αποτέλεσμα της διάτασης του πόρου του τριχοσμηγματικού θύλακα, συχνά, είναι η ρήξη του. Το περιεχόμενο (σμήγμα, λιπαρά οξέα, κερατινοκύτταρα, μικρόβια κ.α.) διαχέεται μέσα στο δέρμα προκαλώντας φλεγμονώδη αντίδραση τύπου ξένου σώματος. Αυτή η αντίδραση εκδηλώνεται κλινικά με την εμφάνιση των υπολοίπων βλαβών της ακμής (βλατίδων, φλυκταινών, κύστεων). Εάν η φλεγμονή είναι ιδιαίτερα εκτεταμένη, καταλήγει στη δημιουργία ουλών.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, ενώ αναμφίβολα το στρες προκαλεί έξαρση της νόσου (πιθανώς μέσω αύξησης της σμηγματόρροιας) δεν υπάρχει καμιά απολύτως απόδειξη σχέσης μεταξύ διατροφής και ακμής. Φάρμακα, καλλυντικά και περιβάλλον μπορεί να προκαλέσουν εξάνθημα παρόμοιο με την ακμή.

8. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΑΚΜΗΣ

Πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στη δημιουργία της ακμής χωρίς ακόμη να είναι γνωστός ο ακριβής αιτιοπαθογενετικός μηχανισμός της νόσου. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να συνοψισθούν στους εξής:

- Γενετικοί
- Μικροβιακοί (Η επιμόλυνση με σταφυλόκοκκο. Ανάπτυξη του προϊονικού βακτηριδίου της ακμής στο σμηγματογόνο.)
- Κερατινοποίηση του τριχοσμηγματογόνου θυλάκου (ταχύτερη λόγω διαταραχής της κερατινοποίησης, εντονότερη αλλά ατελής κερατινοποίηση).
- Αυξημένη παραγωγή σμήγματος, το οποίο είναι πλούσιο σε ελεύθερα λιπαρά οξέα, τριγλυκερίδια, ακουαλένιο κ.α.
- Βιοχημικές μεταβολές στη σύσταση των λιπιδίων της επιφάνειας του δέρματος.
- Δημιουργία φλεγμονής με ανοσολογικό μηχανισμό.

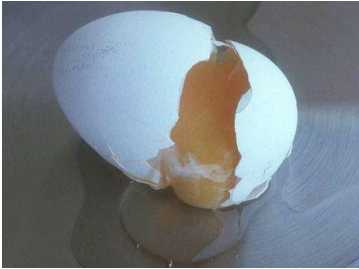
Κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την αύξηση του σμήγματος στους αδένες είναι:

Ορμονικοί. Οι γεννητικοί αδένες υπερλειτουργούν κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Έτσι παρατηρείται αύξηση της έκκρισης του σμήγματος λόγω υπερπαραγωγής στους μεν άνδρες της τεστοστερόνης στις δε γυναίκες της ανδροστενδιόνης.

Κληρονομικοί. Το λιπαρό δέρμα κληρονομείται.

Κλιματολογικοί. Στα εύκρατα κλίματα η ακμή επιδεινώνεται στους ψυχρούς μήνες και βελτιώνεται κατά τους θερινούς μήνες (υπεριώδεις). Σε κλίματα θερμά η ακμή επιδεινώνεται τις υγρές και θερμές εποχές του έτους.

Διατροφικοί. Πολλές τροφές αυξάνουν την έκκριση σμήγματος ιδιαίτερα οι πλούσιες σε υδατάνθρακες όπως αυγό, λίπη, καρυκεύματα.



Φαρμακευτικοί ή χημικοί. Φάρμακα που λαμβάνονται εσωτερικά ή χημικές ουσίες που έρχονται σε επαφή με το δέρμα εξωτερικά επιδεινώνουν την υπάρχουσα κοινή ακμή. Τα ανδρογόνα, τα αναβολικά, οι γοναδοτροπίνες, τα κορτικοστεροειδή, τα ιωδιούχα, τα βρομιούχα χημικά όπως τα ορυκτέλαια. Έχουμε μεταβολή της χημικής σύστασης του δέρματος μέσα στο ακροκόλπωμα.

Ψυχολογικοί. Στρες, περίοδος ψυχικής υπερέντασης.

9. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΑΚΜΗΣ

- Ανδρογόνα
- Επίδραση στην κερατινοποίηση
- Απόφραξη ενδοκολπώματος λιπαρών
- Αύξηση παραγωγής τριγλυκεριδίων δέρματος
- Λιπόλυση
- Σχηματισμός ελεύθερων οξέων σκουαλενίου
- Πρωτοπαθής ερεθιστική δερματίτις ενδοκολπώματος

9.1 Η σμηγματόρροια και η δευτερογενής μόλυνση των φαγεσώρων

Το πρώτο στάδιο της ακμής είναι οι γνωστοί φαγέσωρες, δηλαδή τα μελανά στίγματα (κεράτινα βύσματα) που βρίσκονται στο στόμιο των τριχοσμηγματογόνων θυλάκων και αποτελούνται από κερατίνη οξειδωση.

Σε όσα περιστατικά έχουν παρακολουθήσει στην κρατική κλινική του Αφροδισίου Δερματολογικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης διαπιστώθηκε ότι πρωταρχικό ρόλο σύμφωνα με το ιστορικό του ατόμου παίζει το στρες. Εννέα στα δέκα άτομα που επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία έχουν πολύ άγχος, γιατί έκαναν πολλά πράγματα μαζί π.χ. διάβασμα, σχολείο, μουσική, ξένες γλώσσες.

Έρευνες σε ασθενείς με ακμή φανέρωσαν ένα κοινό χαρακτηριστικό συναισθηματικό παράδειγμα που αποτελείται από επεισόδια θυμού που ακολουθούνται από τύψεις συνείδησης. Επίσης βρέθηκε αυξημένη παραγωγή έκκρισης σε στιγμές θυμού. Τέλος πρότειναν ότι η εναλλαγή της δραστηριότητας του λιπώδους αδένου παίζει σπουδαίο ρόλο στην παθογένεια της ακμής.

Έρευνες έδειξαν ότι μια ομάδα φοιτητών που αποτελείται από περισσότερους άνδρες και λιγότερες γυναίκες σε περίοδο εξετάσεων έχοντας στρες εμφάνισαν ακμή. Ανέφερε επίσης ότι τα λιπαρά δέρματα με λιπαρά οξέα αφορούν πιθανόν και τα δύο στην απόφραξη του σμηγματογόνου αδένου. Παρατήρησε το λόγο που τα ελεύθερα λιπαρά οξέα μπορούν να παίξουν στην παθογένεση της ακμής.

Λέγοντας σμηγματόρροια εννοούμε την αυξημένη έκκριση

σμήγματος από τους αδένες. Κατά την σμηγματόρροια βλέπουμε διεύρυνση των πόρων και ελαφρά υπερκεράτωση της επιδερμίδας.

Αν γίνει η απόφραξη των εκφορητικών πόρων του τριχοσμηγματογόνου συστήματος το σμήγμα μαζεύεται μέσα σ' αυτούς και δημιουργεί φαγέσωρες.

Η έκκριση του σμήγματος και η λειτουργία των αδένων εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Οι κυριότεροι παράγοντες είναι οι γεννητικές ορμόνες που υπεισέρχονται κατευθείαν διαμέσου των γοναδοτρόπων ορμονών της υπόφυσης ή των επινεφριδίων.

Πράγματι εμφανίζουν ιατρογενή ακμή άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία με κορτιζόνη ή A.C.T.H., σε παθολογικές υπερλειτουργίες (υπερφαλλικουρία) που ευνοούν τη σμηγματόρροια και την κοινή ακμή σε υπέρχολη στεριναιμία.

9.2 Δευτερογενείς μολύνσεις

Η νόσος απεδόθη στο *Demodex Folliculorum* παράσιτο του σμήγματος. Στους τριχοσμηγματικούς θύλακες νέων ατόμων που πάσχουν από κοινή ακμή βρίσκεται σε μεγάλη ποσότητα το αναερόβιο πλειομορφικό διφθεροειδές προπριονικό βακτηρίδιο της ακμής που μέχρι πριν λίγο ονομάζονταν κορυνοβακτηρίδιο της ακμής και το προπριονικό βακτηρίδιο το κοκκώδες.

Πειραματικές έρευνες έδειξαν ότι οι δύο αυτές μορφές του προπριονικού βακτηριδίου της ακμής, με την λιπάση που παράγεται από αυτά προκαλούν διάσπαση των τριγλυκεριδίων του σμήγματος και παράγουν ελεύθερα λιπαρά οξέα, τα οποία προκαλούν φλεγμονή των τριχοσμηγματικών θυλάκων και της γύρω περιοχής.

Έτσι για την εμφάνιση της κοινής ακμής ενοχοποιείται το προπριονικό βακτηρίδιο της ακμής γιατί παράγει λιπαντικά οξέα, χημιτακτικούς παράγοντες που προσελκύουν ουδετερόφιλα λευκοκύτταρα στο τοίχωμα των θυλάκων. Αυτά εξαπολύουν υδρολυτικά ένζυμα που καταστρέφουν το τοίχωμα με αποτελέσματα να ελευθερώνονται στο χόριο τα ερεθιστικά συστατικά του φαγέσωρα και προκαλείται φλεγμονή.

10. ΤΟ ΣΜΗΓΜΑ

10.1 Προστασία για την επιδερμίδα

Το σμήγμα είναι μια λιπαρή έκκριση που παράγεται από τους σμηγματογόνους αδένες. Μεταφέρεται στην επιφάνεια της επιδερμίδας μέσω των τριχικών θυλάκων (πόρων) και διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο. Σε συνδυασμό με τον ιδρώτα, προστατεύει την επιδερμίδα από την ξηρότητα, σχηματίζοντας ένα υδρολιπιδικό φιλμ. Επιπλέον, προσφέρει στην επιδερμίδα λιπίδια, τα οποία ενδυναμώνουν τη δομή της και της χαρίζουν ελαστικότητα και συνοχή.

10.2 Στο σώμα και κυρίως στο πρόσωπο

Οι σμηγματογόνοι αδένες βρίσκονται μέσα στο δέρμα και είναι διαμοιρασμένοι με δυσανάλογο τρόπο σε όλη την επιφάνεια του σώματος (εκτός από τις παλάμες και τις πατούσες). Είναι περισσότεροι και μεγαλύτεροι στο πρόσωπο, ιδιαίτερα στο μέτωπο, καθώς και στο άνω μέρος της πλάτης. Επομένως, η ποσότητα του παραγόμενου σμήγματος είναι μεγαλύτερη στο πρόσωπο απ'ότι στο υπόλοιπο σώμα.

10.3 Σμηγματογόνα θυλάκια

Σύμφωνα με τον Kligman αυτά φέρουν το περισσότερο βάρος της ακμής και έχουν τόσο μεγάλους πόρους ώστε συχνά είναι ορατά.

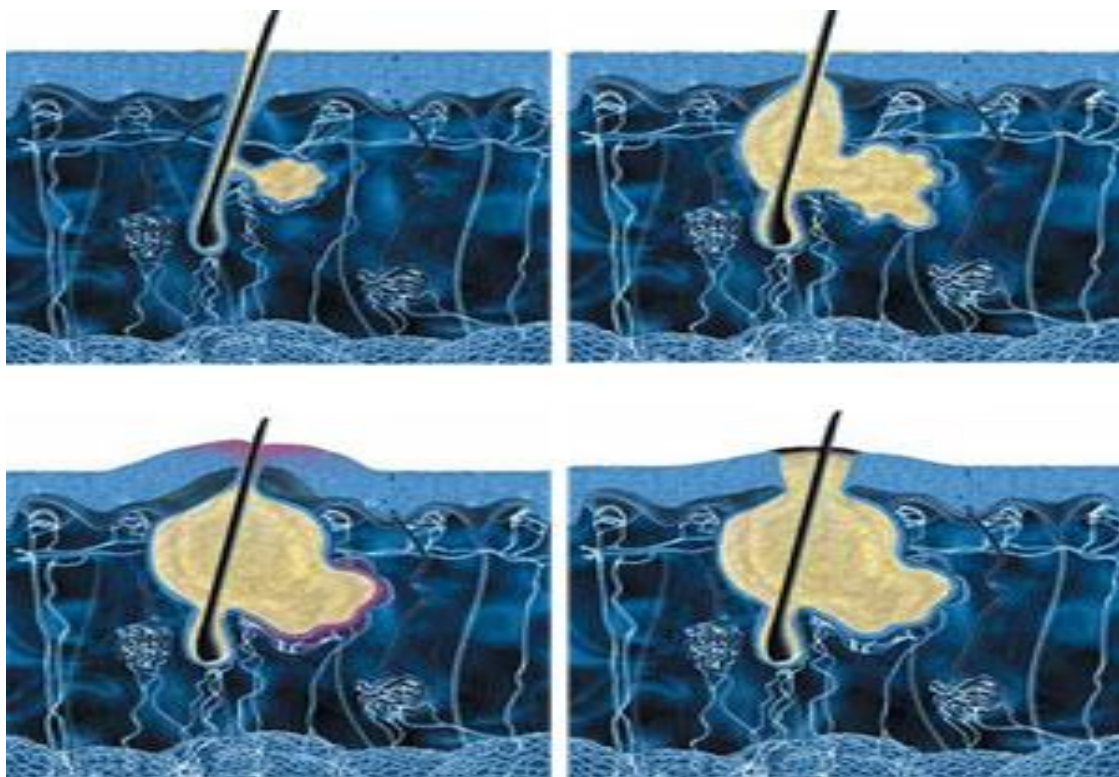
Οι σμηγματογόνοι αδένες του σμηγματογόνου θυλακίου είναι μεγάλοι και με πολλούς λοβούς και άδειοι στη βάση του αδένος διαμέσου δύο ή τριών σμηγματογόνων πόρων. Η εντόπιση της ακμής στο πρόσωπο ή στον κορμό είναι αποφασισμένη από τη διανομή των σμηγματογόνων θυλακίων.

Τα στόμια των σμηγματογόνων θυλακίων στο πρόσωπο και στο στήθος δεν δείχνουν καμία ένδειξη συρροής, αντίθετα με την πλάτη όπου ομάδες από δύο τρία ή τέσσερα στόμια κοινά αναφέρονται στην επιφάνεια. Το επιθήλιο που καλύπτει εσωτερικά τον μακρύ αδένος είναι δομικά και λειτουργικά διαφορετικό.

10.4 Σμήγμα και ακμή

Η έκκριση του σμήγματος χωρίς αμφιβολία επιδεινώνει την ακμή. Παράλληλα θεωρείται σωστή η άποψη ότι όσο σοβαρότερη είναι η μορφή της ακμής, τόσο μεγαλύτερη είναι η παραγωγή σμήγματος. Επίσης, η κοινή ακμή συνήθως υποχωρεί μετά την ηλικία των 20 χρόνων, ενώ η έκκριση σμήγματος εξακολουθεί να υφίσταται.

Οι φλύκταινες της ακμής αποτελούνται από συλλογή σμήγματος και είναι τελείως άσηπτες. Το σμήγμα σχηματίζεται από τον σμηγματογόνο αδένα μέσω μιας ολοκρινούς διαδικασίας, στη διάρκεια της οποίας τα κύτταρα του διασπώνται και μετατρέπονται σε λιπίδια (γλυκερίδια, ελεύθερα λιπαρά οξέα, κηροεστέρες, σκουαλένια, χοληστερόλη και εστέρες χοληστερόλης). Οι σμηγματογόνοι αδένες είναι συνεχώς λειτουργικά ενεργείς και πιθανόν φθάνουν σε ωριμότητα έκκρισης σε διάστημα ενός μηνός. Αυτό το γεγονός εξηγεί το γιατί η θεραπευτική αγωγή χρειάζεται περίπου ένα μήνα για να αρχίσει να δρα. Τα ελεύθερα λιπαρά οξέα, που αποτελούν προϊόντα διάσπασης του σμήγματος, είναι ερεθιστικές ουσίες και θεωρούνται φαγεσσωρόγνα. Εάν αινεθούν στο δέρμα, παράγεται μία άσηπτη φλεγμονώδης αντίδραση στην οποία μετέχουν πολυμορφοπύρρηνα και λεμφοκύτταρα. Αυτό μπορεί να παρατηρηθεί σε περίπτωση που το σμήγμα διαχυθεί στο δέρμα που περιβάλλει τον αδένα.



11. Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΑΚΜΗΣ

Το εξάνθημα της ακμής είναι συνήθως πολύμορφο και αποτελείται από φαγέσωρες, βλατίδες, φλύκταινες, κύστει και, ίσως, ατροφικές ή υπερτροφικές ουλές. Οι φαγέσωρες, ανοικτοί ή κλειστοί, αποτελούν τις πρώτες βλάβες της νόσου, μερικές φορές δε και τις μοναδικές. Βλατίδες και φλύκταινες είναι οι συνήθεις φλεγμονώδεις βλάβες που μαζί με τους φαγέσωρες απαντώνται στη συντριπτική πλειοψηφία ασθενών με ακμή. Οι κύστει και οι ουλές είναι σπανιότερες.

Η εντόπιση του εξανθήματος είναι χαρακτηριστική: πρόσωπο (αρχικά στο μέτωπο, στην μέση μοίρα και τον πώγωνα, αργότερα στις παρειές και την υπογνάθιο περιοχή), ώμοι, άνω τμήμα της ράχης, προστερνική και μεσομαζική χώρα, είναι οι περιοχές που κυρίως προσβάλλονται. Σε βαριές περιπτώσεις εν ενεργεία βλάβες και υπολειμματικές ουλές υπάρχουν ακόμη σε όλη τη ράχη, τους γλουτούς και τους βραχίονες.

Ανάλογα με τη μορφολογία των βλαβών που υπερέχουν, η ακμή χαρακτηρίζεται ως φαγεσωρική, βλατιδώδης ή βλατιδοφλυκταινώδης. Όλες αυτές οι μορφές συνιστούν την ‘κοινή’ ή ‘πολύμορφη’ ακμή. Εάν υπάρχουν κύστει, ανεξάρτητα του αριθμού, η ακμή χαρακτηρίζεται ‘κυστική’ και βαριά’, η δε εξέλιξη και η πρόγνυσή της είναι επιφυλακτική, όσον αφορά στη χρονική διάρκεια και το αισθητικό αποτέλεσμα.

Παρακάτω αναφέρονται αναλυτικά όσα αφορούν την κλινική εικόνα της ακμής.

11.1 Φαγέσωρες

Είναι κεράτινοι σχηματισμοί, βύσματα από διαταραχή κερατινοποίησης και εντοπίζονται κυρίως στη μύτη, το μέτωπο, τα αυτιά ή οποιαδήποτε έντριχη περιοχή. Οι φαγέσωρες κλινικώς διακρίνονται σε κλειστούς και ανοικτούς.

A. Κλειστοί φαγέσωρες

Εμφανίζονται κλινικά σε μορφή λευκών επαρμάτων του δέρματος, δεν διακρίνονται με γυμνό μάτι όταν όμως η κερατίνη που αθροίζεται μέσα στο ενδοκόλπωμα αυξηθεί πολύ,

διευρύνει το στόμιο του τριχοσμηγματογόνου πόρου και έτσι δημιουργείται ο ανοικτός φαγέσωρας και τότε διακρίνουμε το μελανό στίγμα. Αν δεν επιτευχθεί η εξέλιξη του κλειστού φαγέσωρα σε ανοικτό, τότε προκαλείται ρήξη αυτού με αποτέλεσμα την ανάπτυξη φλεγμονώδους βλάβης όπως φλύκταινας. Οι κλειστοί φαγέσωρες αποτελούν την πρώτη εκδήλωση της κοινής ακμής, εμφανίζεται δε κατά την έναρξη της εφηβείας.

B. Ανοικτοί φαγέσωρες

Αν τους πιέσουμε από το πλάι βγαίνουν με μαύρο κεφάλι.

11.2 Βλατίδες

Αναπτύσσονται από τους φλεγμονώδεις κλειστούς φαγέσωρες, σχηματίζουν επάρματα ερυθρά, κωνικά, επώδυνα μεγέθους κεφαλής καρφίτσας ως φακής. Η φλεγμονή οφείλεται στο σμήγμα που εισέρχεται στο χόριο κατόπιν ρήξεως του τοιχώματος των τριχοσμηγματικών θυλάκων και των ελεύθερων λιπαρών οξέων. Δεν αφήνουν ουλή διαρκούν 1 - 3 εβδομάδες.

11.3 Φλύκταινες

Είναι επάρματα της επιφάνειας του δέρματος μεγέθους κεφαλής καρφίτσας ως ρεβιθιού. Αν τα φλυκταινίδια έχουν μέγεθος φακής με επαρμένη και διηθημένη βάση σχηματίζονται βλατιδοφλύκταινες.

11.4 Κύστεις

Είναι κοιλότητες που περιβάλλονται από μεμβράνη συνδετικού ιστού και σχηματίζονται από απόφραξη του στομίου του τριχοσμηματικού θύλακα και κατακράτησης μέσα σε αυτό παραγόμενου σμήγματος. Το δέρμα που καλύπτει την κύστη παίρνει χρώμα ερυθροϊώδες. Αν η κύστη σπάσει, βγαίνει οροπυώδες παχύρρευστο υγρό.

11.5 Οζίδια

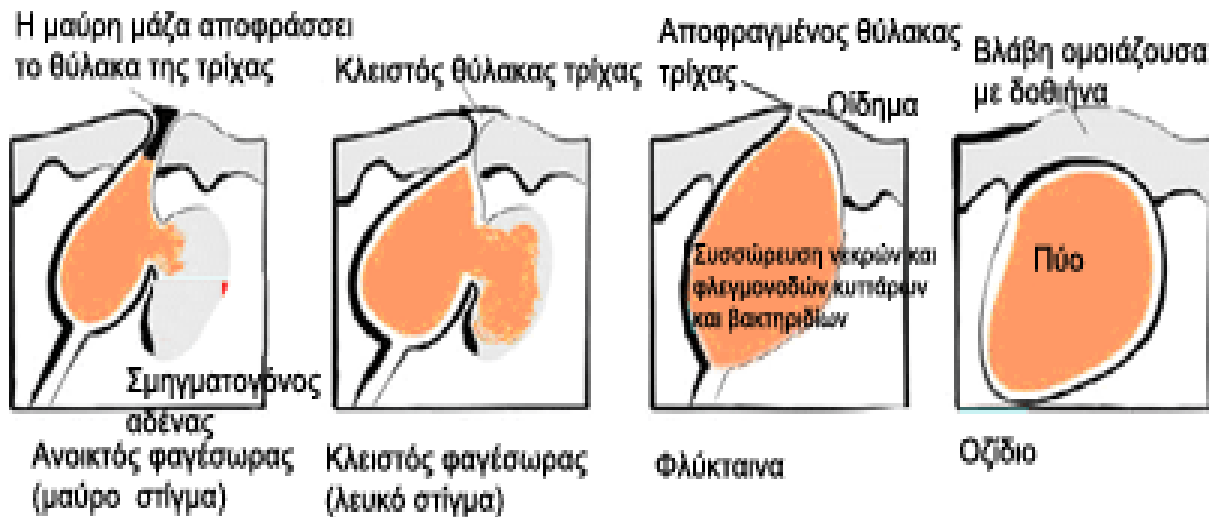
Είναι βλάβες στρογγυλές ή ωοειδείς, σαφώς ή ασαφώς περιγεγραμμένες, σκληρές, δημιουργούνται όταν η φλεγμονώδης διήθηση προχωρήσει στο βάθος του χόριου. Είναι επώδυνα. Είναι δυνατόν να υποχωρήσουν αυτόματα και να απορροφηθούν αργά ή να διαπιστωθούν και να εξελιχθούν σε κύστεις.

11.6 Εφελκίδες

Δημιουργούνται όταν σπάσουν οι φλύκταινες και οι κύστεις έχουν χρώμα μελιού.

11.7 Ουλές

Είναι νεόπλαστος ιστός που αντικαθιστά βαθιά αλλοιωμένο δέρμα. Η επιφάνεια της ουλής είναι λεία στερείται αδένων και τριχών



12. ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΑΚΜΗΣ

Ανάλογα με τη μορφή και τον βαθμό φλεγμονής των στιγμάτων διακρίνονται πέντε βασικοί κλινικοί τύποι κοινής ακμής:

α) Φαγεσωρική ακμή: Σε αυτόν τον τύπο ανευρίσκονται κλινικά μόνο φαγέσωρες είτε «ανοικτοί» (μαύρα κεράτινα βύσματα που πληρούν τους πόρους των θυλάκων και αποτελούνται από σμήγμα, κεράτινη, τμήμα τριχών και υπολείμματα σμηγματογόνων αδένων) είτε «κλειστοί» (μικρά λευκά κεράτινα επάρματα).

β) Βλατιδοφλυκταινώδης ακμή: Εδώ επικρατούν οι βλατίδες (μικρά ερυθρά επάρματα που σχηματίζονται από τη φλεγμονή των φαγεσώρων) και τα φλυκταινίδια (πολύ μικρά επάρματα που περιέχουν πυώδες υγρό).

γ) Βλατιδοοζώδης ακμή: Εκτός από τις βλατίδες συνυπάρχουν οζίδια (επώδυνοι σχηματισμοί που είναι το αποτέλεσμα έντονης φλεγμονώδους επεξεργασίας μέσα στο χόριο).

δ) Κυστική ακμή: Με την κλινική υπεροχή των κύστεων που σχηματίζονται μετά από απόφραξη του τριχοσμηγματογόνου πόρου, με αποτέλεσμα κατακράτηση μεγάλης ποσότητας σμήγματος και κεράτινης ουσίας.

ε) Ουλωτική ακμή: Εδώ, μετά την αποδρομή των φλεγμονωδών βλαβών δημιουργούνται πολλές ουλές, άλλοτε ατροφικές (πρόσωπο) και άλλοτε υπερτροφικές (χηλοειδή, ράχη – στήθος – ώμοι).



Cystic Acne of Face



Subsiding Acne of Trunk



Extensive acne of chest and shoulders

4to40

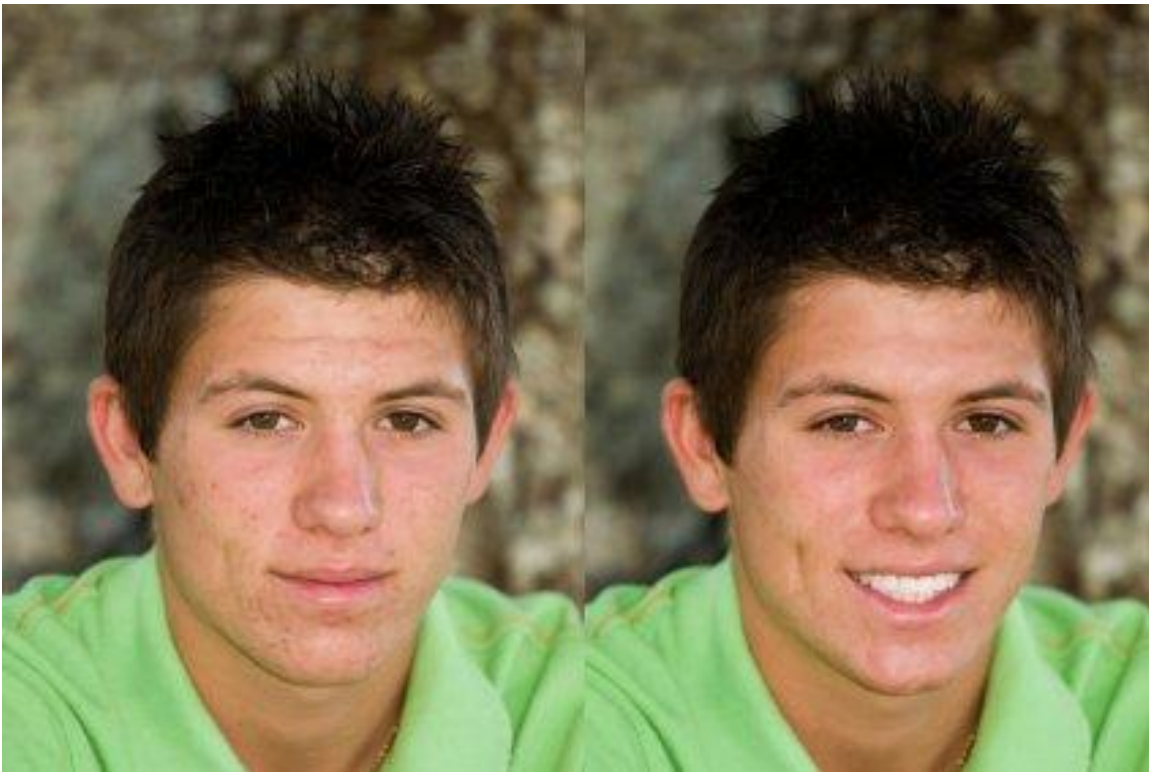
13. ΜΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΜΟΡΦΕΣ ΑΚΜΗΣ

13.1 Φαγεσωρική ακμή

Είναι ήπιας μορφής ακμή και χαρακτηρίζεται, από την παρουσία φαγεσώρων, συνήθως στην μύτη στο μέτωπο και τα αυτιά. Μπορεί να συνυπάρχει με σμηγματόρροια. Οι φαγέσωρες είναι συνήθως ανοικτοί ή κλειστοί, μονοί ή διπλοί, μαύροι ή λευκοί. Οι λευκοί παίρνουν πολλές φορές την μορφή επιπεδοποιημένων βλατίδων και είναι πιο συχνοί στα μάγουλα και στο μέτωπο.

13.2 Επιφανειακή ακμή

Βρίσκεται σε ποσοστό 25% περίπου και κατατάσσεται στις ήπιες μορφές ακμής. Οι φαγέσωρες μπορούν να συνυπάρχουν με τις λίγες φλεγμονώδεις βλάβες και με μικρές ουλές από προηγούμενες βλάβες. Συνήθως διαρκεί 1 έως 2 μήνες και συνοδεύεται από σμηγματόρροια.



13.3 Νεογνική ακμή – Βρεφική ακμή

Πρόκειται για συνηθισμένη μορφή ακμής που μπορεί να παρατηρηθεί σε νεογνά ή βρέφη. Εμφανίζεται σε ηλικία 2 έως 3 μηνών και νωρίτερα. Είναι το ίδιο συχνή στα αγόρια και στα κορίτσια. Η εμφάνιση νεογνικής ακμής αποδίδεται στη διέγερση των σμηγματογόνων αδένων από τα ανδρογόνα της μητέρας μέσω της πλακούντιας κυκλοφορίας. Οι βλάβες αποτελούνται από φαγέσωρες και σπάνια από βλατιδοφλυκταινίδια που εντοπίζονται στα μάγουλα, στο μέτωπο ή στο πιγούνι, ποτέ όμως σε περιοχή εκτός προσώπου, τα οποία υποχωρούν, συνήθως χωρίς θεραπεία, εντός λίγων εβδομάδων έως 3 μηνών.

Στην περίπτωση της βρεφικής ακμής, η οποία εμφανίζεται μεταξύ 6ου και 16ου μήνα, το εξάνθημα είναι περισσότερο φλεγμονώδες, η διάρκειά του μεγαλύτερη και ίσως απαιτηθεί τοπική θεραπεία για την αντιμετώπισή του.



14. ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΜΟΡΦΕΣ ΑΚΜΗΣ

Οι φλεγμονώδεις μορφές ακμής χαρακτηρίζονται από την παρουσία φλυκταινιδίων, βλατιδοφλυκταινιδίων και κύστεων. Οι διαβρώσεις που δημιουργούνται είναι αποτέλεσμα της ρήξεως του θυλακικού επιθηλίου. Οι μορφές αυτές επιπλέκονται συχνά από βακτηρίδια, τα οποία με τη λιπάση που περιέχουν διασπούν τα τριγλυκερίδια του σμήγματος σε ελεύθερα λιπαρά οξέα με αποτέλεσμα την δημιουργία φλεγμονής.

14.1 Βλατιδώδης ακμή πιγουνιού γυναικών ή προεμμηνορρυσιακή ακμή ενηλίκων γυναικών

Είναι η ακμή που εμφανίζεται συχνά σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας με εντόπιση στο πηγούνι λίγες ημέρες πριν από την έμμηνο ρύση και βελτιώνεται μετά από αυτήν. Οι βλάβες αποτελούνται κυρίως από βλατίδες και φλύκταινες. Η βαρύτητα της επηρεάζεται από συγκινησιακούς παράγοντες και μπορεί υποτροπιάζει για ορισμένα χρόνια.

14.2 Βλατιδοφλυκταινώδης ακμή

Είναι η πιο συχνή μορφή ακμής στον τόπο μας. Εντοπίζεται συνήθως στο πρόσωπο, στο λαιμό, στους ώμους, στο στήρνο και στην πλάτη. Παρουσιάζει μεγάλη πολυμορφία βλαβών, όπως φαγέσωρες, βλατίδες, φλυκταινίδια, διαβρώσεις και ουλές. Υποτροπιάζει συχνά, ακόμη και όταν το άτομο ακολουθεί θεραπεία, και έχει απρόβλεπτη διαδρομή. Μπορεί να μεταπέσει στη μορφή, δημιουργώντας σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα στον άρρωστο και το περιβάλλον του.

14.3 Κυστική ακμή

Επίμονη, βαριά ακμή, που υποτροπιάζει. Αρχίζει γύρω στην ηλικία των 18 προσβάλλει περισσότερο τους άνδρες. Εντοπίζεται κυρίως στο πρόσωπο, στην πλάτη, στους ώμους και στο στήρνο.

Εδώ έχουμε την παρουσία φαγεσώρων και κύστεων. Οι κύστεις έχουν μαλακή ή σκληρή σύσταση, πονούν και όταν τις πιέσουμε, εκκρίνουν το έλαιο-πυώδες περιεχόμενο τους. Πολλές από αυτές επικοινωνούν ταυτόχρονα μεταξύ τους με σήραγγες και δημιουργούν αποστήματα. Κατά την ρήξη των κύστεων ακολουθούν σχάσεις ή ελκώσεις, ουλές ακανόνιστες, υπερτροφικές, ακόμη και χηλοειδή ακμή. Σε σπάνιες περιπτώσεις υπάρχει δεκατική πυρετική κίνηση ή διόγκωση των λεμφαδένων.

14.4 Πυόδερμα προσώπου

Βαριά επιπλοκή της ακμής, που μοιάζει με την κυστική ακμή. Οι βλάβες οι οποίες εντοπίζονται κυρίως στα μάγουλα, πυορροούν. Παρατηρούνται κύστεις αποστήματα και ουλές.

14.5 Gram (-) θυλακίτιδα

Είναι ασυνήθιστη εκδήλωση ακμής και παρατηρείται στο πρόσωπο αρρώστων που λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή με αντιβιοτικά το στόμα ή τοπικά. Από τις φλεγμονώδεις βλάβες έχουν απομονωθεί τα μικρόβια: *κολοβακτηρίδια*, *κλεμπσιέλα*, *καθώς και βακτηρίδια αρνητικό, κατά Gram*. Από τις κυστικές βλάβες έχει απομονωθεί και το μικρόβιο *πρωτέας*. Υπάρχει πιθανότητα ο βλεννογόνος της μύτης να αποτελεί πύλη εισόδου των βακτηριδίων που στη συνέχεια, εγκαθίστανται στο πρόσωπο.

14.6 Ακμή συρρέουσα

Είναι μια χρόνια, ιδιαίτερα φλεγμονώδης μορφή κυστικής ακμής, με έντονη παρουσία μεγάλων, πολύπορων φαγεσώρων, φλυκταινών, οζιδίων, αποστημάτων και συριγγίων που επικοινωνούν μεταξύ τους σχηματίζοντας διαπλεκόμενο δίκτυο (από τη συρροή των βλαβών), χωρίς όμως συστηματικά συμπτώματα. Μετά την αποκατάσταση παραμένουν δύσμορφες ουλές, συχνά χηλοειδείς. Η μορφή αυτή της ακμής είναι σπάνια, προσβάλλει κυρίως άνδρες και εμφανίζεται σε ενήλικες. Οι βλάβες εντοπίζονται στη ράχη, τους γλουτούς και το στήθος, ενώ λιγότερο συχνά στην κοιλιακή χώρα,

τους ώμους, το στέρνο, το λαιμό, το πρόσωπο, τους βραχίονες και τους μηρούς.

Η διαφορική διάγνωση από την κυστική μορφή της κοινής ακμής θα γίνει κυρίως από την ηλικία έναρξης, την κατανομή των βλαβών και την χαρακτηριστική συρροή που δημιουργεί πολύχωρα αποστήματα. Επίσης πολύ συχνά συγχέεται και με την κεραυνοβόλο ακμή, αλλά στην κεραυνοβόλο η έναρξη είναι πολύ περισσότερο εκρηκτική, οι ελκωτικές βλάβες είναι μεμονωμένες και φυσικά υπάρχουν τα γενικά συμπτώματα. Η συρρέουσα ακμή, η διαπυούμενη ιδρωταδενίτιδα και η υπεσκαμμένη θυλακίτιδα του τριχωτού της κεφαλής ανήκουν στην λεγόμενη 'τριάδα θυλακικής απόφραξης' και παρατηρούνται συχνά στον ίδιο ασθενή.

14.7 Κεραυνοβόλος ακμή (οξεία εμπύρετος ελκωτική ακμή)

Είναι η πιο σοβαρή μορφή κυστικής ακμής με καταστροφικά αποτελέσματα στο δέρμα που προσβάλλεται. Χαρακτηρίζεται από την απότομη εμφάνιση, κυρίως στη ράχη και το στήθος, φλεγμονωδών οζιδίων, τα οποία ταχύτατα ελκώνονται και δημιουργούν δύσμορφες ουλές. Ταυτόχρονα με τις δερματικές βλάβες υπάρχει υψηλός πυρετός, λευκοκυττάρωση, αρθραλγίες, μυαλγίες, ηπατοσπληνομεγαλία και εξάντληση, ενώ ακτινολογικά διαπιστώνονται οστεολυτικές αλλοιώσεις στην κλείδα και το στέρνο. Η κεραυνοβόλος ακμή προσβάλλει συνήθως νεαρά αγόρια, ηλικίας 13-16 ετών, στα οποία προϋπήρχε τυπική, μέτρια ή σοβαρή ακμή. Η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι δύσκολη και η πρόγνωση είναι επιφυλακτική λόγω των υπολειμματικών ουλών.

14.8 Ανδρογενετική ακμή

Αυτή η μορφή συναντάται μόνο σε γυναίκες και χαρακτηρίζεται από βλατιδυφλύκταινες στο πρόσωπο και αραίωση τριχών, κυρίως στη μετωπιαία ή μετωποβρεγματική χώρα του τριχωτού της κεφαλής, καθώς και από υπερτρίχωση στο πρόσωπο.

14.9 Επαγγελματική ακμή

Η χρόνια έκθεση κατά την εργασία σε διάφορα υλικά όπως μηχανέλαια, πετρελαιοειδή, αρωματικούς υδρογονάνθρακες, πίσσα κ.ά., δημιουργεί βλάβες ακμής, με κυρίαρχο κλινικό στοιχείο τους μεγάλους φαγέσωρες και ποικίλο αριθμό βλατίδων, φλυκταινών και κύστεων. Το εξάνθημα εντοπίζεται χαρακτηριστικά στα καλυμμένα από ενδύματα σημεία του σώματος.

14.10 Τροπική ακμή

Αρκετές φορές η ακμή επιδεινώνεται και εμφανίζονται έντονες θυλακικές βλάβες σε άτομα που πηγαίνουν σε χώρες με τροπικό κλίμα ή σε εργαζόμενους σε εξαιρετικά υψηλές θερμοκρασίες λόγω χάρη σε ναυτικούς που εργάζονται σε ζεστούς και υγρούς χώρους, όπως είναι τα μηχανοστάσια. Το εξάνθημα εντοπίζεται συνήθως στον κορμό και τους γλουτούς και συνίσταται κυρίως από μεγάλες βλατίδες και οζίδια. Η αιτιολογία της τροπικής ακμής είναι άγνωστη, στη φλεγμονώδη όμως αντίδραση συμμετέχει δευτεροπαθώς και ο πηκτάση (+) σταφυλόκοκκος.

14.11 Ακμή από φάρμακα

Τα κορτικοστεροειδή, τα ανδρογόνα, τα αναβολικά, το λίθιο, τα αντιφυματικά κ.ά. μπορεί να προκαλέσουν ακμοειδές εξάνθημα. Το ιστορικό επιβεβαιώνει τη διάγνωση.



14.12 Ακμή από καλλυντικά

Η ακμή αυτή είναι συχνότερη στους νέγρους και τις ώριμες γυναίκες. Συνίσταται από ομοιόμορφους κλειστούς φαγέσωρες και λίγες βλατίδες ή φλύκταινες στο μέτωπο και στους κροτάφους. Η ακμή αυτή οφείλεται στη χρήση διαφόρων καλλυντικών και μάλιστα στις πρώτες ύλες των βάσεων οι οποίες όπως αποδείχτηκε είναι φαγεσωρογόνες (λανολίνη, βαζελίνη, ορισμένα φυτικά έλαια και χημικά όπως βουτυλστεαρικό, lauryl alcohol, ίσο-στεατικό, oleic acid) και μπορούν να προκαλέσουν ακμοειδή εξανθήματα. Ανάλογα αποτελέσματα μπορούν να προκαλέσουν και οι λιπαρές κρέμες τροφής. Τα τελευταία χρόνια, το ποσοστό της ακμής από αυτήν την αιτία μειώνεται συνεχώς, καθώς τα δερμοκαλλυντικά ελέγχονται για τη φαγεσωρογόνο δράση τους.



14.13 Ακμή από πομάδες

Η πομάδα είναι είδος καλλυντικού, άνυδρο, στερεό μίγμα που αποτελείται από κεριά, λίπη, λάδια. Η ακμή αναγνωρίζεται σε ενήλικες και οι βλάβες εντοπίζονται συγκεντρωτικά γειτονικά. Χαρακτηριστικό γνώρισμα για να την ξεχωρίσουμε από την κοινή ακμή είναι η πολύ μεγάλη πυκνότητα των κλειστών φαγεσώρων. Το μαύρο δέρμα είναι πιο ευαίσθητο από το λευκό.

15. ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΑΚΜΗΣ

Παρά το νεανικό χαρακτήρα της ακμής, δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που εμφανίζεται και σε ενήλικες άνδρες ή γυναίκες. Πέρα, λοιπόν, από την κοινή ακμή, που είναι και η πιο διαδεδομένη μορφή, συναντούμε και άλλες κατηγορίες της συγκεκριμένης νόσου, με κυριότερες τις εξής:

15.1 Τραυματική ακμή των νεαρών κοριτσιών

Πρόκειται για μια μορφή ακμής η οποία παρατηρείται σχεδόν αποκλειστικά σε νεαρά κορίτσια και χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολυάριθμων μικρών και μεγάλων ουλών, εξαιτίας του συνεχούς αυτοτραυματισμού των βλαβών. Οι πάσχουσες είναι άτομα αγχώδη ή καταθλιπτικά και η ψυχολογική ή ψυχιατρική υποστήριξη είναι πολλές φορές απαραίτητη για την αντιμετώπιση αυτής της δυσάρεστης κατάστασης.

15.2 Μηχανική ακμή

Παρατηρείται από τη συνεχή τριβή που δέχεται το δέρμα από κάποιο ύφασμα, πιθανώς λόγω υπερκεράτωσης από την τριβή ή τοπικής υπερενυδάτωσης της κερατίνης. Εμφανίζεται στις γυναίκες γύρω από το στενό στηθόδεσμο και στους άντρες που φορούν καπέλο.

15.3 Επιμένουσα ακμή σε ενήλικες γυναίκες

Όταν η ακμή επιμένει και παρατείνεται επί χρόνια, συνοδεύεται δε ίσος από δασυτριχισμό και ανδρογενετικού τύπου αλωπεκία, με ή χωρίς διαταραχές στην έμμηνο ρύση, πρέπει να πιθανολογηθεί παθολογικό πρόβλημα στις ωοθήκες ή τα επινεφρίδια και να συστηθεί ενδοκρινολογικός έλεγχος.

15.4 Θερινή ακμή

Πρόκειται για μια αρκετά συχνή μορφή ακμής με μονόμορφο, συνιστάμενο από πολλαπλές, ερυθρές βλατίδες εξάνθημα, κυρίως εντοπιζόμενο στους ώμους, τους βραχίονες και την προστερνική χώρα. Το εξάνθημα εμφανίζεται μετά από έκθεση στον ήλιο και αφορά, στην συντριπτική πλειοψηφία, γυναίκες ηλικίας από 20 έως 30 ετών.

15.5 Ακμή από καθαριστικά

Οι ακνεϊκοί, τις περισσότερες φορές πλένονται πάρα πολύ, πάνω από τέσσερις φορές την ημέρα, ελπίζοντας να βελτιώσουν την κατάσταση, αφαιρώντας το σμήγμα. Στην προσπάθειά τους αυτή χρησιμοποιούν συχνά είτε κοινά σαπούνια που περιέχουν φαγесωρογόνα συστατικά (πίσσεσ ή θείο) με αποτέλεσμα, όταν κάνουν κατάχρηση για μεγάλο χρονικό διάστημα να επιδεινώσουν την ακμή τους. Η ακμή αυτή είναι κύρια *φαγесωρική*. Για την διάγνωση της, όπως και στην ακμή από καλλυντικά και αλοιφές βοηθά το ιστορικό.

15.6 Μετεφηβική ακμή

Εμφανίζεται συνήθως στην ηλικία από 20 έως 30 ετών σε γυναίκες που δεν είχαν προβλήματα ακμής στην εφηβεία. Εντοπίζεται στο πιγούνι και καταλήγει στη δημιουργία επώδυνων οζιδίων που επιδεινώνονται πριν την εμμηνορρυσία. Υποχωρεί στην ηλικία 30 - 40 ετών.

15.7 Ορμονική ακμή

Η εμφάνισή της επηρεάζεται άμεσα από κάθε ορμονική διακύμανση, όπως προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο, κλιμακτήριος, διακοπή αντισυλληπτικού χαπιού, εγκυμοσύνη. Τα συμπτώματα υποχωρούν συνήθως κατά την ομαλοποίηση του επιπέδου ορμονών.

15.8 Ιατρογενής ακμή

Προκαλείται από φαρμακευτικούς παράγοντες, είτε δίδοντας από το στόμα ή με επάλειψη τοπικά. Εκδηλώνεται έπειτα από χορήγηση φαρμάκων, όπως τα ανδρογόνα, τα αναβολικά, η κορτιζόνη, αντιφυματικά, τα αντιεπιληπτικά, οι ορμόνες, καθώς και σε άτομα που έπαιρναν ενδοφλέβια υπερσίτιση.

15.9 Ροδόχρους ακμή

Αναπτύσσεται σε ηλικία από 30 έως 50 ετών και συνδέεται συχνά με την εμμηνόπαυση. Είναι τυπικά ασθένεια των ενηλίκων γυναικών. Οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα και όταν η εμφάνιση είναι ασυνήθιστα νωρίς, γύρω στα 20 με 30 χρόνια. Χαρακτηρίζεται από ερυθρότητα του προσώπου και εκδηλώνεται με σπυράκια που μπορεί να περιέχουν πύον. Μπορούν να συνυπάρχουν ακμή και ροδόχρους ακμή. Δεν είναι γνωστή η αιτιολογία της. Πιστεύεται ότι υπάρχει μια προδιάθεση οργανική. Οι ερεθισμοί είναι οι μόνοι που κανονικά προκαλούν αγγειοδιάσταση.

Τα ερυθρήματα της ροδόχρους ακμής αντιδρούν με μεγαλύτερη ένταση και για περισσότερο χρόνο. Αρχικά είναι παροδικά μετά μόνιμα αποτελούν στρώμα όπου εμφανίζονται τα χαρακτηριστικά της ασθένειας. Εντοπίζονται χαρακτηριστικά στα μάγουλα, πηγούνι, μέτωπο και μύτη.

Η ροδόχρους ακμή είναι το τελικό στάδιο της ερυθρώσεως του προσώπου ή της ροδόχρου νόσου (Rosacee ή Couperose).

Στην αρχή εμφανίζεται με μορφή υπεραιμικών πλακών με ασφαλή όρια. Ο όρος ροδόχρους ακμή είναι ακατάλληλος γιατί στην πραγματικότητα οι κοινές ενδείξεις δεν είναι ούτε δευτέρου βαθμού συγγενείς. Οι υπεραιμικές πλάκες της ροδόχρου ακμής γίνονται άλλοτε πολύ κόκκινες και άλλοτε λιγότερο. Η νόσος εκδηλώνεται στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση και κατά τους Moschelle και Hurvey χαρακτηρίζεται σαν μια χρόνια υπεραιμική ασθένεια του δέρματος.

15.10 Εποχική – Κλιματική ακμή

Ο κρύος καιρός τον χειμώνα επιτείνει το πρόβλημα της ακμής. Οι χαμηλές θερμοκρασίες, ο χαμηλός βαθμός υγρασίας του περιβαλλοντικού αέρα, οι άνεμοι και η θέρμανση των εσωτερικών χώρων κάνουν το δέρμα ξηρότερο και προκαλούν ραγίσματα, σπασίματα και ερεθισμό της επιδερμίδας.

15.11 Ακμή από το στρες

Οι ορμόνες του στρες, σε συνδυασμό με την τεστοστερόνη, προκαλούν αύξηση της παραγωγής σμήγματος από τους σμηγματογόνους αδένες.

15.12 Κληρονομική

Βασίζεται στη γενετική προδιάθεση και την κληρονομικότητα συγκεκριμένων γονιδίων.



16. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΚΜΗΣ

16.1 Γενικές αρχές

Σε κάθε περίπτωση ασθενούς με ακμή θα πρέπει να αφιερωθεί χρόνος για συζήτηση μαζί του, προκειμένου να εξηγηθούν απαραίτητες αρχές της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Θα πρέπει να γίνει σαφές ότι δεν υπάρχει μέθοδος που να εγγυάται οριστική και μόνιμη απαλλαγή από το πρόβλημα, υπάρχουν όμως πολλοί τρόποι για να βελτιωθεί η κατάσταση, να περιορισθούν οι εξάρσεις και, σε κάποιο βαθμό, υπολειμματικές βλάβες. Προϋπόθεση για τα παραπάνω είναι η πιστή εφαρμογή της αγωγής που θα συστηθεί και η μακροχρόνια, συνεχής εφαρμογή της, με τις όποιες φυσικά τροποποιήσεις θα επιφέρει κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης ο θεράπων δερματολόγος.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η ψυχολογική τόνωση των ασθενών με ακμή. Πρέπει να κατανοηθεί ο βαθμός επίδρασης του προβλήματος στην ψυχική ισορροπία του κάθε ατόμου, έτσι ώστε η αγωγή που θα συστηθεί να ταιριάζει στην ψυχοσύνθεσή του, να είναι όσο το δυνατόν απλή στην εφαρμογή της και αποτελεσματική σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα. Οι πολύπλοκες, χρονοβόρες και εξαιρετικά ερεθιστικές θεραπείες, οδηγούν στα αντίθετα από τα επιθυμητά αποτελέσματα.

16.2 Μύθοι

Ο υπερτονισμός των καθαριστικών μέσων (ειδικά σαπούνια), σαν να πρόκειται για νόσο των "ακαθάρτων", οι δίαιτες που συστήνονται, ενώ είναι γνωστό ότι δεν υπάρχει αιτιολογική σχέση διατροφής και ακμής και η ψευδής δια-βεβαίωση ότι "όλα θα τελειώσουν μετά την εφηβεία", είναι τρία βασικά σφάλματα, τα οποία ακόμη γίνονται και εξαιτίας των οποίων, πολλές φορές, η θεραπεία αποτυγχάνει, διότι κλονίζεται η εμπιστοσύνη ασθενούς - δερματολόγου.

16.3 Επιλογής της αγωγής

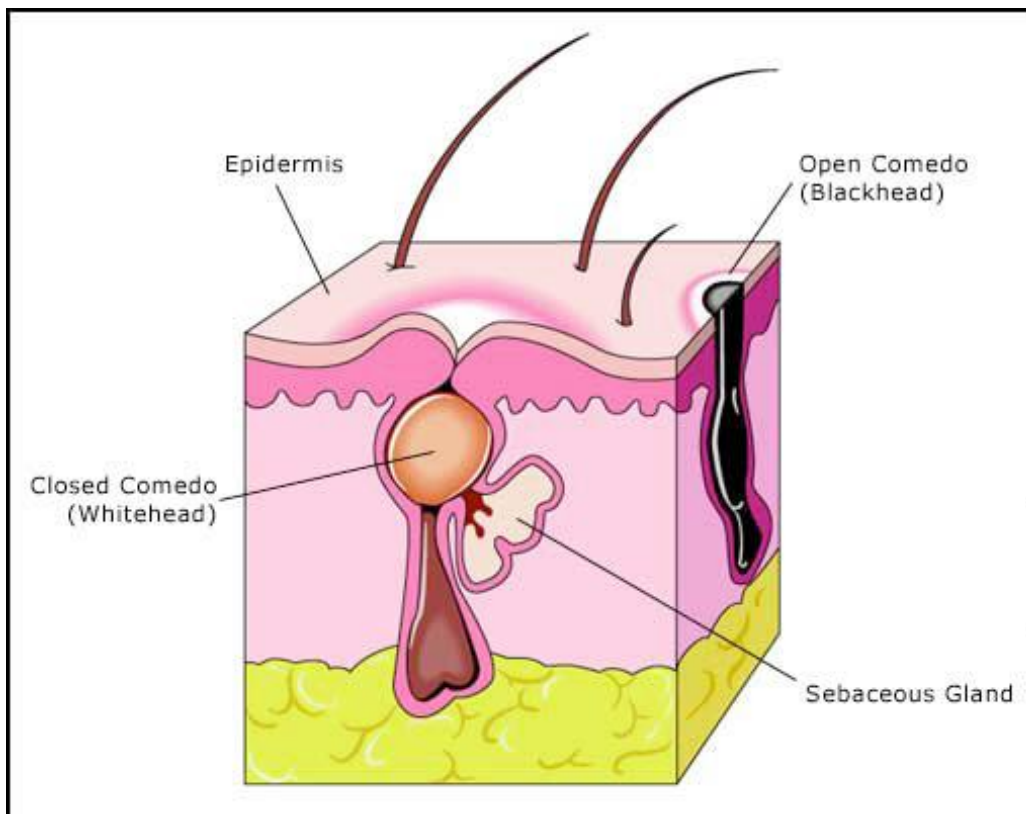
Είναι σαφές ότι θα γίνει με βάση τη βαρύτητα της νόσου, την ηλικία, το φύλο, την εποχή, την εμπειρία από τις προηγηθείσες θεραπείες και το βαθμό επίδρασης του αισθητικού προβλήματος στη ζωή του ασθενούς.

Ήπια και μέτρια ακμή, ανταποκρίνονται σε τοπική θεραπεία. Σοβαρή, συχνά υποτροπιάζουσα ακμή θα χρειασθεί το συνδυασμό συστηματικής και τοπικής αγωγής ενώ, αν υπάρχουν κύστει ή τάση να δημιουργούνται εύκολα ουλές, θα επιλεγεί η από του στόματος ισοτρετινοΐνη.



17. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΚΜΗΣ ΑΠΟ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ ΙΑΤΡΟ

Η θεραπεία της ακμής διακρίνεται σε συστηματική και τοπική. Ανάλογα με την μορφή της ακμής επιλέγεται και το είδος θεραπείας. Η πιο συνήθης είναι η τοπική θεραπεία. Στην περίπτωση αυτή προτείνεται ο καθαρισμός του δέρματος με ειδικά σαπούνια σε στερεή ή υγρή μορφή, χωρίς αντισηπτικό που προκαλεί ερεθισμό. Αν κριθεί ότι ο ασθενής χρειάζεται και φαρμακευτική αγωγή, τότε ο δερματολόγος, ανάλογα με την περίπτωση, θα δώσει και την κατάλληλη αγωγή. Κλασικά φάρμακα θεωρούνται το θείο, η ρεζορκινόλη, τα αντιβιοτικά (τετρακυκλίνη, ερυθρομυκίνη, κλινδαμυκίνη), το υπεροξειδίο του βενζοϋλίου και η τρετινοΐνη. Επιπλέον, στις περιπτώσεις ορμονικών δυσλειτουργιών μπορούν να χρησιμοποιηθούν και γεννητικές ορμόνες (οιστρογόνα κ.ά.).



Ένα επίσης φάρμακο το οποίο έχει συζητηθεί πολύ για την ακμή είναι το Roaccutan, το οποίο είναι ένα παράγωγο της βιταμίνης A, μορφής του ριπτινοϊκού οξέος, και έχει πολύ θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπισή της διότι:

1. Ελαττώνει την έκκριση του σμήγματος κατά 90% μέσα σε ένα μήνα.
2. Μειώνει τους μικροοργανισμούς και ειδικά το προπιονικό βακτηρίδιο της ακμής στο ύψος του θύλακα.
3. Περιορίζει την απόφραξη του θύλακα από τα βύσματα.
4. Ελαττώνει τη φλεγμονή.

Το φάρμακο χορηγείται ιδιαίτερα στην οζοκυστική ακμή, η οποία δεν ανταποκρίνεται σε άλλη θεραπεία, αλλά και σε άλλες επίμονες και αντιαισθητικές μορφές. Η διάρκεια χορήγησης είναι τέσσερις μήνες και τα πρώτα αποτελέσματα φαίνονται σε έξι εβδομάδες. Το πρόσωπο ανταποκρίνεται καλύτερα από το θώρακα και την πλάτη. Κατά τη διάρκεια της χορήγησης, πολλοί ασθενείς εμφανίζουν ξηρότητα στο δέρμα (χείλη, χέρια, κ.λπ.), η οποία όμως είναι παροδική και αντιμετωπίζεται εύκολα. Επειδή μπορεί να προκαλέσει προσωρινή αύξηση των λιπιδίων (χοληστερίνη, τριγλυκερίδια) στο αίμα, είναι απαραίτητο να ελέγχονται η ηπατική λειτουργία και οι τιμές των λιπιδίων κάθε μήνα. Η σημαντικότερη παρενέργεια του φαρμάκου είναι η τερατογένεση. Αυτό ισχύει κατά την περίοδο που το φάρμακο λαμβάνεται από το στόμα και μέχρι τρεις έως έξι μήνες μετά τη διακοπή της αγωγής. Πρέπει να αποκλειστεί η πιθανότητα εγκυμοσύνης στην παραπάνω περίοδο και ίσως χρειαστούν αντισυλληπτικά.

17.1 Μέτριας βαρύτητας ακμή

Για αυτήν την μορφή της ακμής τα συστηματικά χορηγούμενα φάρμακα αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της θεραπείας.

Η συστηματική θεραπεία πρέπει να πάντοτε να θεωρείται υποψήφια για νόσο που εγκυμονεί τον κίνδυνο ουλοποίησης, μεταφλεγμονώδους υπερμελάγχρωσης ή ψυχολογικού τραύματος, καθώς και για εκτεταμένη νόσο που προσβάλλει τους ώμους, τη ράχη και τον θώρακα και για νόσο ανθεκτική στην τοπική αγωγή. Ο γιατρός έχει να επιλέξει ανάμεσα σε αντιβιοτικά όπως η ερυθρομυκίνη και οι τετρακυκλίνες (δοξυκυκλίνη και μινοκυκλίνη), σε ορμονικά σκευάσματα και σε συστηματικά χορηγούμενα ρετινοειδή.

Τα συστηματικά χορηγούμενα αντιβιοτικά εκτός του ότι καταστέλλουν την ανάπτυξη του *Propionobacterium acnes* ασκούν και αντιφλεγμονώδη δράση. Η αυξημένη σμηγματόρροια απαιτεί μεγαλύτερες δόσεις του αντιβιοτικού προκειμένου να επιτευχθούν επαρκή θεραπευτικά επίπεδα στον τριχοθύλακο. Τα αντιβιοτικά πρέπει να χορηγούνται τουλάχιστον για 6-8 εβδομάδες μέχρι 4 μήνες ή και περισσότερο και πρέπει πάντα να συνδυάζονται με τοπική αγωγή. Ιδιαίτερα χρήσιμος είναι ο συνδυασμός των συστηματικά χορηγούμενων αντιβιοτικών και του υπεροξειδίου του βενζολίου, καθώς ελαττώνεται η πιθανότητα ανάπτυξης ανθεκτικότητας του *Propionobacterium acnes*.

Το *Propionobacterium acnes* παρουσιάζει συχνότερα ανθεκτικότητα στην ερυθρομυκίνη και λιγότερο συχνά στις τετρακυκλίνες. Συνήθως ανθεκτικά στελέχη εμφανίζονται 12-24 εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας. Σε περιπτώσεις όπου, μετά από παροδική επιτυχή ανταπόκριση στα αντιβιοτικά, παρατηρείται ξαφνική επιδείνωση ο γιατρός πρέπει να υποπτεύεται την Gram αρνητική θυλακίτιδα και την ανθεκτικότητα έναντι στο *Propionobacterium acnes*.

Η ορμονική θεραπεία αποτελεί εξαιρετική επιλογή για κορίτσια στην εφηβική ηλικία που επιθυμούν αντισύλληψη, καθώς και για κορίτσια που παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα ανδρογόνων επινεφριδιακής ή ωθηκικής προέλευσης, δασυτριχισμό και σοβαρή σμηγματόρροια ή που δεν ανταποκρίθηκαν στις άλλες αγωγές.

Τα ορμονικά σκευάσματα που χορηγούνται για την ακμή αναστέλλουν την παραγωγή ανδρογόνων από τις ωθήκες ή τα επινεφρίδια και περιλαμβάνουν αντισυλληπτικά και αντιανδρογόνα. Στα αντισυλληπτικά, οιστρογόνα συνδυάζονται με προγεστίνες κατά προτίμηση της 2ης γενιάς ή της 3ης γενιάς και έτσι αναστέλλεται η έκκριση των ωθηκικών ανδρογόνων. Οι προγεστίνες της 3ης γενιάς έχουν χαμηλή ανδρογενετική δραστηριότητα.

Τα αντιανδρογόνα περιλαμβάνουν την οξεική κυπροτερόνη, την σπειρονολακτόνη και την φλουταμίδη. Η οξεική κυπροτερόνη αναστέλλει την ωθυλακιορρηξία και συνδέεται με τον υποδοχέα των ανδρογόνων. Συνδυάζεται σε χαμηλές δόσεις με οιστραδιόλη σε αντισυλληπτικό σκεύασμα. Σε γυναίκες με υπερανδρογοναιμία μπορεί να χορηγηθούν, σε συνδυασμό με το προαναφερόμενο σκεύασμα, 10-100mg οξεικής κυπροτερόνης την 5η με 14η ημέρα του κύκλου. Λιγότερο συχνά χρησιμοποιούμενα αντιανδρογόνα είναι η σπειρονολακτόνη και η φλουταμίδη.

Τα γλυκοκορτικοειδή σε χαμηλές δόσεις χορηγούμενα το βράδυ εμποδίζουν την παραγωγή των ενδογενών επινεφριδιακών ανδρογόνων και χορηγούνται σε περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από συγγενή υπερπλασία των επινεφριδίων.

Αν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί στις παραπάνω αγωγές ή σε περιπτώσεις που η ακμή υποτροπιάζει μετά από παροδικό έλεγχο συνιστάται η χορήγηση ισοτρετινοΐνης.

Η ισοτρετινοΐνη αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για περιπτώσεις σοβαρής ακμής με προεξάρχοντα τα οζιδιοκυστικά στοιχεία. Επίσης ενδείκνυται και για ασθενείς με σοβαρή σμηγματόρροια, ουλοποίηση, Gram αρνητική θυλακίτιδα και σοβαρές ψυχολογικές επιπλοκές. Το φάρμακο χορηγείται για 4-6 μήνες μέχρι συνολικής δόσεως Το φάρμακο διακόπτεται όταν επιτευχθεί ικανοποιητικός έλεγχος της νόσου. Τον πρώτο μήνα της θεραπείας μπορεί να παρατηρηθεί επιδείνωση της νόσου, που μπορεί να προληφθεί με την αρχική χορήγηση μικρότερων δόσεων και με διάνοιξη των μακροφαγεσώρων πριν την έναρξη της αγωγής. Σε περιπτώσεις μεγάλης επιδείνωσης μπορεί να χορηγηθεί prednisolone για 4-6 εβδομάδες.

Παλιότερα το φάρμακο χορηγούνταν όταν είχε ολοκληρωθεί η σωματική ανάπτυξη του ασθενούς, νεώτερα δεδομένα όμως έδειξαν ότι είναι ασφαλής η χορήγηση του και νωρίτερα, επομένως και στην εφηβική ηλικία. Χρειάζεται εργαστηριακός έλεγχος που να περιλαμβάνει γενική αίματος, έλεγχο της ηπατικής λειτουργίας και των λιπιδίων πριν τη χορήγηση του φαρμάκου και τους πρώτους μήνες μετά την έναρξη της αγωγής. Αν παρατηρηθούν ήπιες μεταβολές των εργαστηριακών παραμέτρων, η ελάττωση της δόσης μπορεί να τις επαναφέρει στα φυσιολογικά επίπεδα, αν όμως οι αλλαγές είναι σοβαρές τότε μπορεί να χρειαστεί και διακοπή της αγωγής. Το φάρμακο αντενδείκνυται στην εγκυμοσύνη, και σε σοβαρή ηπατική και νεφρική δυσλειτουργία. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να προκύψει κατάθλιψη με τάσεις αυτοκτονίας. Το φάρμακο προκαλεί φωτοευαισθησία.

Περίπου το ένα τρίτο των ασθενών υποτροπιάζουν μετά από επιτυχημένη αγωγή με ισοτρετινοΐνη. Στις περιπτώσεις αυτές το φάρμακο μπορεί να επαναχορηγηθεί ή να θεραπευθεί η ακμή ανάλογα με την βαρύτητα.

Σε όλες τις περιπτώσεις μετά από επιτυχημένη αντιμετώπιση της ακμής απαιτείται θεραπεία συντήρησης με σκοπό την πρόληψη των υποτροπών.

17.2 Συστηματική θεραπεία

Χορηγούνται κατά κατηγορίες:

1. Αντιβιοτικά και αντιφλεγμονώδη.

Τα αντιβιοτικά δίδονται σε περιπτώσεις σοβαρής φλεγμονώδους ακμής. Είναι τα πιο συχνά παγκοσμίως (και με διαφορά) συνταγογραφούμενα φάρμακα για τη θεραπεία της ακμής. Δρουν μειώνοντας τον πληθυσμό του προπιονικού βακτηριδίου της ακμής, αναστέλλοντας την παραγωγή λιπάσης και επομένως μειώνοντας τα ελεύθερα λιπαρά οξέα. Επίσης δρουν άμεσα και στη φλεγμονή, καταστέλλοντας τη χημειοταξία των λευκοκυττάρων.

Σε ορισμένες, όμως, περιπτώσεις έχουμε ανεπιθύμητες ενέργειες και ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών από τη συνεχή χρήση των αντιβιοτικών.

Τα αντιφλεγμονώδη δίδονται για τη μείωση της φλεγμονής.

2. Αντιανδρογόνα.

Χορηγούνται από το στόμα στις γυναίκες, έχουν κεντρική ρυθμιστική δράση, ρυθμίζουν την κυκλοφορία των ανδρογόνων στο αίμα, και κατά συνέπεια μειώνουν τον όγκο των εκκρίσεων των σμηγματογόνων αδένων.

3. Βιταμίνη Α.

Χορηγείται βιταμίνη Α η οποία βοηθά την ταχύτερη αποκατάσταση του δέρματος. Πολλές φορές κάνουμε συνδυασμό της βιταμίνης Α με την βιταμίνη για καλύτερα αποτελέσματα.

4. Ισοτρετινοΐνη

Χορηγείται μόνο σε βαριές περιπτώσεις κυστικής ακμής, ευκολότερα στους ενήλικες άνδρες και μόνο από δερματολόγο, με συνεχή παρακολούθηση. Πρέπει γίνεται έλεγχος των λιπιδίων και της χοληστερίνης κατά τη διάρκεια της χορήγησης της ισοτρετινοΐνης.

5. Κορτικοστεροειδή

Χορηγούνται σε ειδικές περιπτώσεις και με σύνεση.

6. Ηρεμιστικά

Δίδονται σε περιπτώσεις όπου η ψυχική κατάσταση του ασθενή δρα αρνητικά στη διεξαγωγή της θεραπείας.



Ειδικότερα: Κατά τη συστηματική θεραπεία είτε γίνει σε συνδυασμό με τοπική, είτε γίνει μόνη της τα συχνότερα χορηγούμενα αντιβιοτικά είναι:

A) *Τετρακυκλίνη - Οξυτετρακυκλίνη:* Χορηγείται αρχικά σε δόση 500-1.000 mg/ημ και στη συνέχεια 250-500 mg/ημ ως συντήρηση, για

χρονικό διάστημα αρκετών μηνών. Παρά τη μακρόχρονη χρησιμοποίησή τους, οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι σπάνιες.

Όμως οι τετρακυκλίνες γενικά δεν πρέπει να χορηγούνται σε γυναίκες που δεν λαμβάνουν μέτρα αντισύλληψης, όπως και σε παιδιά κάτω των 10-12 ετών.

Β) Μινοκυκλίνη: Η δοσολογία της είναι 50-200 mg/ημ και θεωρείται ότι επιτυγχάνει καλύτερα αποτελέσματα από την τετρακυκλίνη αφού είναι περισσότερο λιπόφιλη. Επιπλέον έχουν αναπτυχθεί λιγότερα ανθεκτικά στελέχη του *p.acnes* έναντι της μινοκυκλίνης και μπορεί να προσφέρει σε περιπτώσεις όπου απέτυχε η τετρακυκλίνη. Έχει όμως πιο συχνές και σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Γ) Δοξυκυκλίνη: Αποτελεί καλή επιλογή. Είναι περίπου το ίδιο δραστική με τη μινοκυκλίνη αλλά σημαντικά φθηνότερη. Η δοσολογία της είναι 50-200 mg/ημ και το σημαντικότερο μειονέκτημά της είναι ότι προκαλεί συχνά φωτοτοξικές αντιδράσεις.

Δ) Ερυθρομυκίνη: Είναι η δεύτερη επιλογή στη θεραπεία με αντιβιοτικά. Η ημερήσια δόση κυμαίνεται μεταξύ 250-1.000 mg. Συστήνεται λιγότερο τα τελευταία χρόνια διότι ε'χουν αναπτυχθεί σε μεγάλο βαθμό ανθεκτικά στελέχη του *p.acnes*. Παραμένει πρώτη επιλογή σε γυναίκες που θέλουν να τεκνοποιήσουν και σε παιδιά.

Ε) Τριμεθοπρίμη: Έχει παρόμοια δράση με την τετρακυκλίνη, αποτελεί όμως, λόγω της συχνότητας και της σοβαρότητας των ανεπιθύμητων ενεργειών της, φάρμακο τρίτης επιλογής.

Ο χρόνος που πρέπει να χορηγηθούν τα αντιβιοτικά ώστε να υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι 6-12 μήνες. Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν γαστρεντερικά προβλήματα, κολπική καντιντίαση, ζάλη, οισοφαγίτιδα (δοξυκυκλίνη), ονυχόλυση και δυσχρωμία των ονύχων, φωτοτοξικές ή φωτοαλλεργικές αντιδράσεις.

17.2 Τοπική θεραπεία (Τοπικά φάρμακα κατά της ακμής και άλλα " μέσα και μέθοδοι" για την θεραπεία της ακμής)

Τοπικά εφαρμόζονται:

1. Φαγесωρολυτικά ή κερατολυτικά ή απολεπιστικά:

(Θείο, ρεσορσινόλη, σαλικυλικό οξύ, ρετινοϊκό οξύ, υπεροξειδίο του βενζόλιου).

2. Αντιμικροβιακά, βακτηριοστατικά ή βακτηριοκτόνα:

(Τοπικά αντιβιοτικά, Υπεροξειδίο του βενζόλιου). Για την τοπική εφαρμογή των αντιβιοτικών στις φλεγμονώδεις βλάβες της ακμής κυκλοφορούν σκευάσματα των εξής αντιβιοτικών : Κλινταμυκίνης (DELACIN-C 2% SOLUTION), Ερυθρομυκίνης, Τετρακυκλίνης, ισοτρετινοΐνης, Τετρίνοΐνης Νεομυκίνης σε συνδυασμό με κορτικοστεροειδές (NEOMEDROL ACNE LOTION), σαλικυλικού οξέος, αζελαϊκού οξέος, βιταμίνης Α.

Η χρήση των τοπικών σκευασμάτων των αντιβιοτικών είναι αντιφλεγμονώδη καθώς από τη μία προκαλούν σημαντική ελάττωση του προπιονικού βακτηριδίου της ακμής αλλά από την άλλη προκαλούν ανεπιθύμητες αντιδράσεις.

3. Τοπικά κορτικοστεροειδή (αντιφλεγμονώδη)

4. Άλλες μέθοδοι

- Μηχανικές (Εξαγωγή φαγесώρων)
- Φυσικές (ΗΛΙΟΣ - UVB)
- Χημικές (PEELING)
- Χειρουργικές (Δερμοαπόξεση-Dermabrasion)
- Εμφυτεύματα κολλαγόνου
- Διήθηση με κορτικοστεροειδή
- Στεροειδή
- Δίαιτα

17.3 Τοπική θεραπεία

Προηγείται πάντοτε καθαρισμός της περιοχής, ώστε να απομακρυνθεί το σμήγμα και ακολουθεί καλό στέγνωμα.

Χρησιμοποιούνται:

α) Τοπικά αντιβιοτικά. Κλινδαμυκίνη ή ερυθρομυκίνη μία ή δύο φορές την ημέρα, με σκοπό τη μείωση του προπιονικού βακτηριδίου της ακμής.

β) Υπεροξειδίο τον βενζουλίου, 2,5%, 5%, 10%. Επαλείφεται συνήθως το βράδυ και ασκεί βακτηριοστατική δράση, με συνέπεια τον περιορισμό της υδρόλυσης των τριγλυκεριδίων και την καταστολή της φλεγμονής. Έχει επίσης κερατολυτικές ιδιότητες. Αρκετές φορές ερεθίζει και ξηραίνει σημαντικά το δέρμα.

γ) Αζελαϊκό οξύ. Ασκεί αντιφλεγμονώδη και κερατολυτική δράση, επαλειφόμενο μία ή δύο φορές την ημέρα. Βοηθά και στη μείωση των μεταφλεγμονωδών μελαγχρωματικών βλαβών.

δ) Ρετινοϊκό οξύ (τρετινοΐνη, ανταπαλένη, ταζαροτένη): Αποτελεί το ισχυρότερο τοπικό θεραπευτικό μέσο. Έχει φαγεσωρολυτική δράση και ομαλοποιεί την κερατινοποίηση, με συνέπεια να μη δημιουργούνται τα βύσματα που αποφράσσουν τον τριχοσμηγματικό θύλακο. Χρησιμοποιείται υπό μορφή διαλύματος, γέλης ή κρέμας, με περιεκτικότητα από 0,025% έως 0,1%, συνήθως το βράδυ, διότι είναι φωτοευαίσθητο ουσία. Είναι αρκετά ερεθιστικό και απαιτεί πολλές φορές εξατομίκευση της πυκνότητας του σκευάσματος και του ρυθμού εφαρμογής του.

ε) Χρησιμοποιούνται ακόμη συνδυασμοί των φαρμάκων που αναφέρθηκαν (π.χ. υπεροξειδίο του βενζουλίου με ερυθρομυκίνη), καθώς και άλλες ουσίες, όπως το σαλικυλικό οξύ, η ρετιναλδεΐδη και τα α-υδροξυοξέα. Στη θεραπεία συνεισφέρουν τα αντηλιακά προϊόντα, για την αντιμετώπιση της φαγεσωρογόνου δράσης της ηλιακής ακτινοβολίας, αλλά και την πρόληψη των φωτοτοξικών ή φωτοαλλεργικών αντιδράσεων από τα τοπικά φάρμακα, καθώς επίσης και τα μη φαγεσωρογόνα, ειδικά καλλυντικά προϊόντα, που προσφέρουν κάλυψη των βλαβών.

18. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΚΜΗΣ ΑΠΟ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟ

Τα ακνεϊκά άτομα πρέπει να υποβάλλονται πρώτα σε συστηματική αγωγή προκειμένου να αναχαιτισθεί η φλεγμονώδης φάση της νόσου προϋπόθεση απαραίτητη για την επέμβαση του/της αισθητικού. Ο/η αισθητικός αναλαμβάνει μη φλεγμονώδεις μορφές ακμής. Η συμπτωματική αντιμετώπιση της ακμής από τον/την αισθητικό πρέπει να περιλαμβάνει πέντε στάδια.

Ο κύριος στόχος των περιποιήσεων του λιπαρού και ακνεϊκού δέρματος είναι η ελαχιστοποίηση της υπερβολικής έκκρισης σμήγματος ή τουλάχιστον η αποφυγή των δυσάρεστων συνεπειών από αυτήν. Το λιπαρό και ακνεϊκό δέρμα πρέπει να καθαρίζεται τουλάχιστον μια φορά τη μέρα.

Τα καθαριστικά προϊόντα, που συστήνονται, μπορεί να είναι ιδιαίτερα δραστικά. Υγρά σαπούνια, κρέμες καθαρισμού και, στυπτικές λοσιόν καθαρισμού είναι οι συνήθεις επιλογές. Βέβαια, τα προϊόντα αυτά και ιδιαίτερα τα σαπούνια, είναι πολύ πιθανό να αφυδατώσουν την επιδερμίδα, αφού το ΡΗ τους είναι υψηλό και δεν συμβαδίζει με αυτό του δέρματος. Η αφυδάτωση είναι πολλές φορές προτιμότερη από τις διάφορες βλάβες που προκύπτουν από την έντονη λιπαρότητα. Επιπλέον, η αντιμετώπιση της αφυδάτωσης είναι ευκολότερη από την αντιμετώπιση των βλαβών.

Τα λιπαρά και ακνεϊκά δέρματα εξαιτίας του πάχους της επιδερμίδας τους και της λιπαρότητας που περισσότερο εμφανίζουν, είναι αναγκαίο να δέχονται εξειδικευμένες περιποιήσεις. Οι απλούστερες από αυτές περιλαμβάνουν απομάκρυνση των νεκρών κερατινοκυττάρων με απολεπιστικά προϊόντα. Η χρήση масκών με καθαριστικές ιδιότητες βελτιώνει ακόμα περισσότερο την εικόνα.

Τέλος, σημαντική βοήθεια στην προσπάθεια ελέγχου της σμηγματόρροιας και της ανεπιθύμητης παρουσίας βλαβών παρέχει ο βαθύς καθαρισμός. Πρόκειται για μια διαδικασία κατά την οποία γίνεται προσπάθεια αφαίρεσης του εγκλωβισμένου σμήγματος μέσα από τους πόρους, η οποία είναι η εξής:

18.1 ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΚΜΗΣ

Απλός καθαρισμός προσώπου - Αφαίρεση φαγεσώρων

Στο στάδιο αυτό, ο/η αισθητικός θα πρέπει να καθαρίσει το δέρμα του ακνεϊκού αφαιρώντας τις πρωτογενείς βλάβες που είναι οι φαγέσωρες και μόνο, προκειμένου να δοθεί η ευκαιρία στον/στην αισθητικό να γνωρίσει το δέρμα και να αξιολογήσει τον βαθμό της ευαισθησίας του. Δεν είναι απαραίτητη η ολική αφαίρεση των φαγεσώρων σε μία μόνο συνεδρία, αντίθετα επιβάλλεται η σταδιακή αφαίρεση τους με την επανάληψη των συνεδριών ανά δύο έως επτά ημέρες, ανάλογα με το πλήθος τους και τον βαθμό ευαισθησίας του δέρματος του ακνεϊκού. Η αφαίρεση των φαγεσώρων θα γίνει με την εφαρμογή πάνω στο δέρμα συνδυασμού ατμού και όζοντος σε χρόνο που δεν θα ξεπερνά τα δέκα λεπτά, σε μικρό αριθμό φαγεσώρων και κατά προτίμηση αυτών που βρίσκονται μακριά από φλύκταινες ή από άλλες φλεγμονώδεις αλλοιώσεις.

Ο συνδυασμός ατμού – Όζοντος (Varosone) προκαλεί ιονισμό του ατμού που παράγεται στη συσκευή του ατμόλουτρου. Αυξάνει την εφίδρωση και το στρώμα της κερατίνης αρχίζει να ενυδατώνεται και να μαλακώνει έτσι που η εξαγωγή του σμήγματος να γίνεται ευκολότερα. Το όζον και το ενεργό οξυγόνο που παράγεται κατά την αποσύνθεσή του, καταστρέφει οργανικές ύλες και βακτήρια. Με την αύξηση της αιματικής κυκλοφορίας που προκαλείται το όζον δεν ενεργεί μόνο επιφανειακά, αλλά και στα βαθύτερα στρώματα της επιδερμίδας.



Διαδικασία αφαίρεσης φαγεσώρων

A. Με τα χέρια

Τυλίγουμε τους αντίχειρες ή τους δείκτες και των δύο χεριών με αποστειρωμένα χαρτομάντιλα. Τοποθετούμε τα δύο δάκτυλα εκατέρωθεν του πόρου του σμηγματογόνου αδένος και πιέζουμε σταθερά από κάτω προς τα πάνω μέχρι να αδειάσει τελείως ο αδένος.

Αρχίζουμε την εξαγωγή του σμήγματος από τη μύτη, προχωρούμε στο πιγούνι, μετά στο μέτωπο και τελειώνουμε στις παρειές. Σε κάθε περιοχή δουλεύουμε προσεκτικά και σχολαστικά για να καθαρίσουμε όσο το δυνατόν πιο τέλεια όλο το πρόσωπο. Σε κάθε περιοχή που καθαρίζουμε τοποθετούμε μια αντισηπτική κρέμα για να αποφύγουμε μολύνσεις. Κατά την διάρκεια της εξαγωγής του σμήγματος μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε μεγενθυτικό φακό, για να γίνουν πιο ευδιάκριτοι οι πόροι. Είναι αναγκαίο επίσης να αλλάζουμε τα χαρτομάντιλα από τα χέρια πολύ συχνά.



B. Με τον εξαγωγέα σμήγματος tirecomedone

Το tirecomedone είναι ένα μεταλλικό εργαλείο, που στην άκρη του έχει μια οπή. Την οπή του tirecomedone την τοποθετούμε πάνω ακριβώς στον πόρο του σμηγματογόνου αδένου και πιέζουμε προς τα κάτω μέχρι να αδειάσουμε τον αδένου.

Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε το tirecomedone σε όλο το πρόσωπο, όμως το αποφεύγουμε, γιατί προκαλεί ερεθισμό και πιθανόν σημάδια στο σημείο που πιέζουμε. Γι' αυτό το χρησιμοποιούμε σε περιοχές όπου τα χέρια δεν μπορούν να δουλέψουν με ευκολία, όπως στα πτερύγια της μύτης και το πιγούνι.



Η άμεση εφαρμογή υψισύχνων ρευμάτων

Η εφαρμογή των υψισύχνων ρευμάτων θεωρείται επιβεβλημένη και μάλιστα σε εντάσεις, υψηλότερες αυτών που χρησιμοποιούμε στα φυσιολογικά ή ξηρά δέρματα. Τα υψίσυχνα ρεύματα μπορούν να εφαρμοστούν για μικροβιοκτόνα και αντισηπτικά αποτελέσματα. Το ρεύμα περνά δια μέσου της επιδερμίδας και προκαλεί ένα διεγερτικό, αντισυμφορητικό αποτέλεσμα, χωρίς χημικούς σχηματισμούς σ' αυτή.

Η άμεση εφαρμογή των υψισύχνων είναι μια εξωτερική εφαρμογή η οποία καθαρίζει και θεραπεύει το δέρμα. Έχει μικροβιοκτόνο δράση λόγω του σχηματιζόμενου όζοντος στην επιφάνεια του δέρματος, δια μέσου του εφαρμοζόμενου υάλινου ηλεκτροδίου



Τοποθέτηση μάσκας

Το προϊόν που θα τοποθετηθεί θα πρέπει να είναι κατάλληλο για τα ακνεϊκά δέρματα.



Τοποθέτηση υδατικού καλλυντικού προϊόντος

Το προϊόν που θα χρησιμοποιήσουμε θα πρέπει να είναι υδατικό και καλμαντικό και όχι λιπαρό.

Σ' αυτό το σημείο θα ήταν παράλειψη πρώτον να μην υπενθυμίσουμε στο ακνεϊκό άτομο πως οποιαδήποτε αυθαίρετη παρέμβαση στο δέρμα του θα επιδεινώσει την κατάσταση του και θα δυσχεράνει το έργο του/της αισθητικού και δεύτερον να του υποδείξουμε την αγωγή που θα ακολουθήσει μέχρι την επόμενη συνεδρία. Θα συστήσουμε σχολαστική καθαριότητα του δέρματος με προϊόντα καθαρισμού ειδικά για την ακμή τα οποία δεν επηρεάζουν τον φυσικό παράγοντα υδατώδης του δέρματος (N.M.F.) υπενθυμίζοντας ακόμη ότι η κατάχρηση αυτών των προϊόντων μπορεί να επιφέρει ανεπιθύμητα αποτελέσματα όπως υπερέκκριση σμήγματος και αφυδάτωση. Η χρήση καλμαντικής και όχι στυπτικής λοσιόν είναι απαραίτητη ενώ είναι ενδεδειγμένη η αντικατάσταση της πετσέτας από χαρτομάντιλα μιας χρήσης.

Η εφαρμογή μακιγιάζ αντενδείκνυται, εάν όμως αυτό δεν είναι δυνατόν να αποφευχθεί λόγω της κακής ψυχολογικής κατάστασης των ακνεϊκών τότε πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην σύνθεση των καλλυντικών προϊόντων η οποία πρέπει να είναι κατάλληλη και να περιέχει όσο το δυνατόν λιγότερα φαγεσωρογενή στοιχεία.



18.2 ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΚΜΗΣ - ΔΙΑΝΟΙΞΗ ΦΛΥΚΤΑΙΝΩΝ

Συνήθως, ο/η αισθητικός καλείται να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της ακμής όταν έχει υποχωρήσει η φλεγμονώδης φάση της νόσου μετά από την συστηματική λήψη των φαρμάκων που θα υποδείξει ο δερματολόγος, πράγμα που σημαίνει πως δεν υπάρχουν φλεγμονώδεις αλλοιώσεις στο δέρμα όπως φλύκταινες, κύστεις, βλατίδες, οζίδια κλπ. Η εμφάνιση όμως φλεγμονωδών αλλοιώσεων ακόμη και μετά την πετυχημένη χορήγηση συστηματικών φαρμάκων είναι αναπόφευκτη και ειδικότερα φλυκταινών.

Ο/η αισθητικός μετά από σύμφωνη γνώμη του δερματολόγου μπορεί να καταφύγει ατή διάνοιξη τυχόν εμφανιζόμενων φλυκταινών ακολουθώντας την διαδικασία που αναφέρεται παρακάτω:

Απλός καθαρισμός προσώπου - Αφαίρεση φαγεσώρων

Ο/η αισθητικός θα καθαρίσει το δέρμα του ακνεϊκού αφαιρώντας τους φαγέσωρες που βρίσκονται πολύ κοντά στις φλύκταινες. Η αφαίρεση θα γίνει αφού προηγηθεί εφαρμογή συνδυασμού ατμού και όζοντος για δέκα λεπτά όπως αναφέρθηκε στο πρώτο στάδιο της συμπτωματικής αντιμετώπισης της ακμής.

Διάνοιξη φλύκταινας

Η διάνοιξη θα γίνει με λεπτή αποστειρωμένη βελόνα ή με βελόνα μίας χρήσης σε φλύκταινα που θα χαρακτηριστεί σαν 'ώριμη', θα τρυπήσουμε το κέντρο της, ακολούθως θα πιέσουμε προς τα κάτω και έξω προκειμένου να αφαιρεθεί το περιεχόμενο πύον και κατόπιν προς τα πάνω και μέσα για να αφαιρεθεί το σμήγμα του σμηγματογόνου αδένου. Θα τοποθετήσουμε αντισηπτική κρέμα και θα προχωρήσουμε στη διάνοιξη της επόμενης. Η διάνοιξη θα γίνει σε περιορισμένο αριθμό φλυκταινών και η επανάληψη της συνεδρίας θα γίνεται κάθε δύο έως τέσσερις ημέρες μέχρις ότου αφαιρεθούν όλες οι φλύκταινες.

Εφαρμογή υψίσυχνων ρευμάτων

Θα εφαρμόσουμε τα υψίσυχνα ρεύματα με την χρησιμοποίηση του εξαρτήματος των υψίσυχνων που έχει σχήμα ράβδου σε μεγάλη ένταση, σε απόσταση και χρόνο που θα εκτιμηθούν από την αισθητικό ανάλογα με το μέγεθος της φλύκταινας και την ευαισθησία του ακνεϊκού δέρματος.

Τοποθέτηση μάσκας - Τοποθέτηση υδατικού καλμαντικού προϊόντος

Ότι αφορά την τοποθέτηση της μάσκας, του υδατικού προϊόντος καθώς και της αγωγής που θα ακολουθήσει το ακνεϊκό άτομο στο σπίτι ισχύει ότι αναφέρθηκε στο πρώτο στάδιο της συμπτωματικής αντιμετώπισης της ακμής.



18.3 ΤΡΙΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΚΜΗΣ – ΕΦΑΡΜΟΓΗ PEELING

Στο στάδιο αυτό επιχειρείται η επαναφορά του δέρματος στην αρχική φυσιολογική του κατάσταση σε ότι αφορά το πάχος της κεράτινης στιβάδας, το μέγεθος των εκφορητικών πόρων των σμηγματογόνων αδένων του βαθμού υδάτωσης, των δυσχρωμιών και των ουλών που έχουν απομείνει στο δέρμα του ακνεϊκού.

Η επαναφορά του δέρματος επιτυγχάνεται με την χρησιμοποίηση κερατολυτικών απολεπιστικών προϊόντων (peeling). Η συχνότητα, εφαρμογής τους εξαρτάται από την ποιοτική και την ποσοτική σύσταση του προϊόντος καθώς και από την κατάσταση του δέρματος. Ο τρόπος εφαρμογής πρέπει να είναι σύμφωνος προς τις προσαγές του παρασκευαστή του προϊόντος.

Τα κλασικά peeling τριβής ή αποσπάσεως που περιέχουν ρεσορκίνη, εκχυλίσματα φυτών, ρετινόλη κ.λ.π. μπορούν να εφαρμοσθούν μέχρι και δύο φορές την εβδομάδα. Επίσης υπάρχουν και άλλα πιο σύγχρονα πίνινγκ που παρότι δεν είναι εφικτό να εξαφανίσουν πλήρως τις ουλές επειδή είναι βλάβες μόνιμες, έχουν όμως τη δυνατότητα για την βελτίωση τους τόσο που σε πολλές περιπτώσεις γίνονται σχεδόν αόρατες. Τέτοιες είναι :

Χημική απολέπιση:

A. Ένζυμα

Τα ενζυμικά πίνινγκ είναι πιο απαλά. Η δράση τους έγκειται στο να διαλύουν με ένζυμα τους δεσμούς με τους οποίους συγκρατούνται τα κερατινοκύτταρα μεταξύ τους. Χαρακτηριστικό των ενζυμικών peeling είναι ότι είναι πολύ δύσκολη η ολική αφαίρεσή τους με αποτέλεσμα τα ένζυμα να εξακολουθούν να δρουν στα βαθύτερα στρώματα του δέρματος.

B. ΑΗΑ

Το πρωταγωνιστικό ρόλο στη χημική απολέπιση έχουν τα ΑΗΑ's (α υδροξυοξέα) τα οποία προκαλούν απολέπιση των κυττάρων της κερατίνης στιβάδας, αύξηση του κυτταρικού μεταβολισμού, ενυδάτωση και βελτίωση της δερματικής δομής.

Τα ΑΗΑ ενισχύουν την ανάπτυξη των κυττάρων του δέρματος μέσω της πρόκλησης ερεθισμού του δέρματος και όχι μέσω της επίδρασης στο μεταβολισμό των κυττάρων. Σημαντικό είναι επίσης ότι ενισχύουν τη διαδικασία ανάπτυξης των υγιών κυττάρων τα οποία είναι ανθεκτικά στα οξέα. Ενώ τα μη υγιή κύτταρα είναι ευαίσθητα στα οξέα και απομακρύνονται.

Το πιο κοινό και συνήθως χρησιμοποιούμενο α-υδροξυοξύ είναι το Γλυκολικό οξύ. Το Γλυκολικό οξύ έχει μεγάλη διείσδυση και απορρόφηση από το δέρμα λόγω του χαμηλού μοριακού του βάρους.

Κατά την έναρξη της θεραπείας απαιτείται η χρήση χαμηλών συγκεντρώσεων οξέων και η προοδευτική αύξηση της συγκέντρωσής τους.

Πολύ σημαντικό επίσης είναι κατά τη διάρκεια της θεραπείας με α-υδροξυοξέα να συστήνεται συχνή χρήση μικρών συγκεντρώσεων καθημερινά παράλληλα με την εφαρμογή ειδικών θεραπειών με μεγαλύτερη συγκέντρωση.

Εκτός από τη συγκέντρωση, άλλος ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των ΑΗΑ, είναι το pH. Όσο πιο χαμηλό είναι το pH τόσο πιο αποτελεσματικό είναι το ΑΗΑ. Αντιθέτως όσο πιο υψηλό είναι το pH τόσο πιο ασφαλές είναι το ΑΗΑ. Η ενδεικνυόμενη τιμή pH για αποτελεσματικότητα και ασφάλεια των ΑΗΑ είναι pH 3,5 περίπου.

Επίσης σύμφωνα με μελέτες η αποτελεσματικότητα των ΑΗΑ αυξάνει κατά το συνδυασμό τους με τοπική εφαρμογή βιταμίνης Α. Τα α-υδροξυοξέα τα συναντάμε σε διάφορες καλλυντικοτεχνικές μορφές όπως μέσα σε κρέμες, σε μάσκες, σε λοσιόν. Μία εβδομάδα πριν την εφαρμογή θεραπείας με α-υδροξυοξέα συνιστάται η καθημερινή χρήση από τον πελάτη προϊόντος με μικρή περιεκτικότητα σε οξέα φρούτων. Η χρήση του προϊόντος θα λειτουργήσει σαν τεστ ανεκτικότητας – ευαισθησίας, αλλά θα βοηθήσει και το δέρμα να συνηθίσει στην χρήση των οξέων. Πριν την εφαρμογή των ΑΗΑ στο δέρμα απαιτείται ο καθαρισμός και η τόνωσή του.

Όταν το δέρμα είναι αφυδατωμένο κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή ενυδατικής μάσκας προηγουμένως. Ελέγχουμε όμως πάντα την αντίδραση του δέρματος και αυξομειώνουμε το χρόνο ανάλογα.

Επάνω στις μεταφλεγμονώδεις βλάβες της ακμής εφαρμόζουμε τοπικά ΑΗΑ με μεγαλύτερη συγκέντρωση. Αποφεύγουμε την εφαρμογή των οξέων στην γύρω από τα μάτια και γενικότερα στους βλεννογόνους.

Γ. Φυτικό PEELING

σε μορφή σκόνης : αποτελείται από ειδικά βότανα θαλάσσια φυτά και σπόγγους. Αναμειγνύεται πρώτα με τη λοσιόν (οξυζενέ). Το δέρμα με την εφαρμογή των peeling υποκείνται πολλές αλλαγές και διέρχεται από διάφορα στάδια ανάλογα με την συγκέντρωση της δραστικής ουσίας. Σε γενικές γραμμές αρχικά παρουσιάζει χαρακτηριστικά ηλιακού ερυθρήματος, αργότερα εγκαύματος και μαυρίσματος από τον ήλιο. Είναι σφικτό και τεντωμένο. Έπειτα ξεκινά η απολέπιση που διαρκεί για λίγες μέρες έως να ολοκληρωθεί η απολέπιση.

Μηχανική απολέπιση:

A. Μικροδερμοαπόξεση (microdermabrasion).

Η μικροδερμοαπόξεση είναι μια θεραπεία επιδερμικής απολέπισης, κατά την οποία εκπέμπονται μικροκρύσταλλοι αργιλίου στην επιδερμίδα επιτυγχάνοντας προοδευτική απολέπισή της

Η απολέπιση μπορεί να γίνει είτε πολύ επιφανειακή είτε βαθύτερη ανάλογα με το μέγεθος της βλάβης που θέλουμε να αποκαταστήσουμε. Για την αποκατάσταση ουλών ακμής εργαζόμαστε βαθύτερα.

Κατά την εφαρμογή της μικροαπόξεσης εξακοντίζονται μικροκρύσταλλοι στην επιδερμίδα μέσω ενός διαχυτήρα συνήθως σε μορφή στυλό και ταυτόχρονα αναρροφούνται μαζί με νεκρά κύτταρα. Έτσι δημιουργούνται μικροοπές στην επιδερμίδα αόρατες στο γυμνό μάτι.

Είναι αναίμακτη διαδικασία χωρίς πόνο και χωρίς τοπική αναισθησία.

Στόχος της μικροαπόξεσης είναι να προκαλέσει την αποκατάσταση των ουλών σταδιακά, με μεγάλα διαστήματα μεταξύ των θεραπειών ώστε να δώσει την ευκαιρία στο δέρμα να αναπτύξει νέο υγιή ιστό.

Ο αριθμός και η συχνότητα των θεραπειών εξαρτάται από τον τύπο του δέρματος, την ευαισθησία του, την ένταση και το βάθος της μικροαπόξεσης καθώς και την ενίσχυση του δέρματος με τα κατάλληλα αναπλαστικά και ενυδατικά καλλυντικά. Μετά την εφαρμογή παρατηρείται ένας μικρός ερεθισμός για τρεις με τέσσερις ώρες.

Κατά το στάδιο αυτό και έπειτα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην υγιεινή του δέρματος για να εξαλειφθεί η πιθανότητα επιμόλυνσής του από μικροοργανισμούς.

18.4 ΤΕΤΑΡΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΚΜΗΣ – ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΥΠΕΡΙΩΔΟΥΣ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑΣ

Μετά από κλινικές έρευνες διαπιστώθηκε πως τα περισσότερα είδη ακμής παρουσιάζουν βελτίωση μετά από έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία είτε αυτή προέρχεται από φυσικές πηγές (ήλιος) είτε από τεχνητές πηγές (λυχνίες υπεριωδών ακτίνων). Για το λόγο αυτό χρησιμοποιούμε υπεριώδη ακτινοβολία της περιοχής UVA ακτινοβολία μήκους κύματος 320 - 400 nm.

Οι βιολογικές δράσεις της υπεριώδους ακτινοβολίας UVA είναι οι παρακάτω:

- Προκαλεί άμεση μελάγχρωση και μελάγχρωση επιβραδυνόμενου τύπου.
- Έχει ασθενή ικανότητα πρόκλησης ερυθρήματος.
- Προκαλεί εκφύλιση των ελαστικών ινών του δέρματος σε παρατεταμένη έκθεση και γήρανση του δέρματος.
- Απορροφάται από το κοινό τζάμι και εισχωρεί βαθιά στο χόριο και ίσως και στο υπόδερμα.
- Είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση φωτοαλλεργικής και φωτοτοξικής δερματίτιδας.
- Έχει μικροβιοκτόνο δράση.
- Έχει την ικανότητα να αυξάνει την αντίσταση του οργανισμού στις μικροβιακές μολύνσεις.
- Έχει τονωτική δράση στο δέρμα.
- Επιφέρει βελτίωση στην ισορροπία των σμηγματογόνων αδένων.
- Προκαλεί ενεργητική πάχυνση της επιδερμίδας (κερατινοποίηση).
- Είναι απαραίτητη για την σύνθεση της βιταμίνης D από την προβιταμίνη της.

Μπορούμε να εκθέσουμε όλα τα ακνεϊκά άτομα στην UVA ακτινοβολία εκτός εάν:

- Το έχει απαγορεύσει ο γιατρός (ιστορικό πορφυρίας).
- Εάν υπάρχει ιστορικό φωτοευαισθησίας.
- Εάν υπάρχουν διαταραχές σε ότι αφορά την έκκριση της μελανίνης.

- Εάν έχουμε καρδιακά νοσήματα, νοσήματα πνευμόνων και σε εμπύρετες καταστάσεις.

Η εφαρμογή της υπεριώδους ακτινοβολίας UVA απαιτεί μεγάλη προσοχή στη χρήση της γιατί περικλείει κινδύνους και για τα άτομα πάνω στα οποία θα επιδράσει και για τα άτομα που θα τις εφαρμόσουν.

Μπορούμε να κάνουμε το πολύ δεκαπέντε εφαρμογές. Η απόσταση της λυχνίας UVA από το δέρμα καθώς και ο χρόνος έκθεσης ρυθμίζονται σταδιακά, έτσι ώστε αρχίζουμε την πρώτη συνεδρία από το ένα μέτρο για να φθάσουμε στα εξήντα εκατοστά, ενώ ο χρόνος έκθεσης από 1-3 min για να φθάσουμε τα 10'. Η συνεδρία επαναλαμβάνεται κάθε δύο ημέρες, σε δέρμα καθαρισμένο με ουδέτερο σαπούνι. Τα μάτια του ακνεϊκού καθώς και του αισθητικού πρέπει να προστατεύονται από ειδικά γυαλιά τα οποία είναι αδιαπέραστα από τις υπεριώδεις ακτίνες.



18.5 ΠΕΜΠΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΚΜΗΣ – ΕΝΥΔΑΤΩΣΗ

Ενυδάτωση

Το τέταρτο και τελικό στάδιο αποτελεί η ενυδάτωση δηλαδή η προσπάθεια εξισορρόπησης του ύδατος στο δέρμα. Η ενυδάτωση γίνεται με διάφορες μεθόδους που στόχο έχουν να αποκαταστήσουν τη απώλεια υγρασίας στο δέρμα.

Στις μεθόδους αυτές συμπεριλαμβάνονται:

Η τοπική εφαρμογή προϊόντων με ενυδατικά συστατικά στις κατάλληλες καλυντικοτεχνικές μορφές,

αλλά και η ενίσχυση της διαδερματικής απορρόφησης των συστατικών αυτών με διάφορες μεθόδους όπως η ιοντοφόρηση.

Συστατικά με ενυδατικές ιδιότητες

Για την αποκατάσταση του αφυδατωμένου δέρματος χρησιμοποιούνται μαλακτικές ουσίες οι οποίες έχουν την ιδιότητα να :

Να δημιουργούν ένα συνεχές στρώμα στην επιφάνεια του δέρματος εμποδίζοντας την διάχυση της υγρασίας από την κεράτινη στιβάδα, είτε δρώντας πιο άμεσα μεταφέροντας μόρια νερού από την ατμόσφαιρα στην κεράτινη στιβάδα. Στην δεύτερη περίπτωση ονομάζονται υγραντικές ουσίες, υγροσκοπικές ουσίες.

Στην αποκατάσταση της αφυδάτωσης του δέρματος που προέρχεται από ακμή ενδείκνυται καλύτερα η χρήση υγραντικών ουσιών ή ο συνδυασμός τους με μη φαγεσωρογόνες μαλακτικές ουσίες.



18.6 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΠΛΑΣΗΣ

Τις περισσότερες φορές και ανάλογα με το μέγεθος της βλάβης, η ενεργοποίηση των ενδογενών μηχανισμών επούλωσης του δέρματος δεν είναι επαρκής. Όποτε καλούμαστε να ενισχύσουμε την επούλωση του δέρματος και με άλλους μηχανισμούς, όπως την εφαρμογή τοπικών επουλωτικών και αναπλαστικών σκευασμάτων αλλά και τη χρήση θεραπευτικών μεθόδων όπως I.a.s.e.r., μικρορευμάτων, υπερήχων και κρυοθεραπείας.

Συστατικά που προάγουν την επούλωση

Η τοπική εφαρμογή προϊόντων που περιέχουν συστατικά με επουλωτικές ιδιότητες προάγουν την επούλωση βοηθώντας τη παραγωγή νέων κυττάρων. Τα συστατικά αυτά συνήθως απορροφούνται εύκολα από το δέρμα και εκδηλώνουν επουλωτική δράση.

Η δράση τους επιτυγχάνεται:

- αυξάνοντας τη μιτωτική δραστηριότητα
- αυξάνοντας τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων και κατά συνέπεια το πάχος της κερατίνης στιβάδας
- ρυθμίζοντας το σχηματισμό κερατίνης
- αυξάνοντας την ενζυμική δραστηριότητα και διεγείροντας τον σχηματισμό της δομικής πρωτεΐνης κολλαγόνο.

Θεραπευτικές μέθοδοι

A. L.A.S.E.R.

Η ανάπλαση του δέρματος μπορεί να πραγματοποιηθεί με τα laser χαμηλής ισχύος μέσω της βιοδιαμόρφωσης.

Τα laser χαμηλής ισχύος είναι τα laser που χρησιμοποιούνται στην αισθητική. Η βάση της θεραπείας των laser χαμηλής ισχύος είναι η βιοδιαμόρφωση. Δηλαδή η ικανότητα των laser να προσφέρουν ενέργεια σε κυτταρικό επίπεδο και να ερεθίζουν τις βιοχημικές αντιδράσεις των κυττάρων και τον μεταβολισμό τους γενικότερα, ενώ τα αποτελέσματά τους είναι αντιστρεπτά. Δηλαδή με άλλα λόγια με την ακτινοβολία των laser χαμηλής ισχύος προσφέρουμε ενέργεια εξωγενώς και επιταχύνουμε έτσι κάποιες μεταβολικές διαδικασίες του κυττάρου.

Τα laser χαμηλής ισχύος ενισχύουν την ανάπλαση και επούλωση του δέρματος προκαλώντας:

- Διευκόλυνση της σύνθεσης κολλαγόνου
- Αύξηση της αγγειοβρίθειας των ιστών που βρίσκονται στο στάδιο της επούλωσης
- Αύξηση της μεσοκυττάριας ουσίας
- Αύξηση της έκκρισης μονοκινών επιταχύνοντας την επούλωση (δυσδικά laser και σε συγκεκριμένα μήκη κύματος).

(δυσδικά laser χαμηλής ισχύος σε μήκη κύματος 660nm, 820 nm και 870nm(Ga, Al, As) αυξάνουν την έκκριση μονοκινών επιταχύνοντας την επούλωση)

Τα αποτελέσματα της βιοδιαμόρφωσης δεν είναι άμεσα ορατά αλλά παρατηρούνται σε μεταγενέστερο στάδιο.

Για επούλωση ουλών ακμής η ενδεικνυόμενη κίνηση είναι να ανασηκώσουμε ελαφρά με τα ηλεκτρόδια την γύρω από την ουλή περιοχή. Η κίνηση αυτή επαναλαμβάνεται μέχρι να καλύψει κυκλικά όλη την ουλή και το δέρμα γύρω από αυτή.

B. Μέθοδος αποκατάστασης με χρήση μικρορευμάτων

Η μέθοδος αποκατάστασης με τη χρήση μικρορευμάτων συνίσταται στη χρησιμοποίηση πολύ μικρής ποσότητας ρεύματος δηλαδή τη συχνότητα ρεύματος που χρησιμοποιεί ο ίδιος ο ανθρώπινος οργανισμός κατά τις βιολογικές λειτουργίες του.

Με τη χρήση των ρευμάτων αυτών δίνουμε ερεθίσματα πολύ χαμηλής έντασης στους ιστούς «μιμούμενα» τα φυσικά ερεθίσματα του ίδιου του οργανισμού και επιταχύνουμε ή ενεργοποιούμε τις φυσιολογικές λειτουργίες των ιστών.



Η εφαρμογή των μικρορευμάτων γίνεται μέσω δύο ηλεκτροδίων που εφαρμόζονται στο δέρμα τα οποία μετακινούνται πάνω σε αυτό. Ανάλογα με το λόγο εφαρμογής των μικρορευμάτων και το προσδοκώμενο αποτέλεσμα, διαφέρουν οι κινήσεις των ηλεκτροδίων πάνω στο δέρμα. Για επούλωση ουλών ακμής η ενδεικνυόμενη κίνηση είναι να ανασηκώνουμε ελαφρά με τα ηλεκτρόδια την γύρω από την ουλή περιοχή. Η κίνηση αυτή επαναλαμβάνεται μέχρι να καλύψει κυκλικά όλη την ουλή και το δέρμα γύρω από αυτή.

Γ. Κρυοθεραπεία

Η κρυοθεραπεία είναι μια μέθοδος κατά την οποία με διάφορες τεχνικές, επιτυγχάνεται μείωση της θερμοκρασίας της περιοχής για θεραπευτικούς σκοπούς. Τέτοιες τεχνικές είναι η τεχνική των ψυχρών επιθεμάτων, η εφαρμογή κρυοδραστικής γέλης, η τεχνική της μάλαξης με πάγο κ.α. Συγκεκριμένα τα αποτελέσματα της αγγειοδιαστολής είναι η τοπική αύξηση της θερμοκρασίας με τα γνωστά ευεργετικά αποτελέσματα της θερμοθεραπείας στην ενεργοποίηση του κυτταρικού μεταβολισμού.

Η εφαρμογή κρυοθεραπείας αντενδείκνυται:

- Σε άτομα με υπερευαίσθησία στο κρύο,
- Σε περιοχές με υπαισθησία γι αυτό προηγείται τεστ ευαισθησίας.
- Σε ανοικτά τραύματα.
- Σε δερματικές παθήσεις και κακοήθεις όγκους
- Σε άτομα με αναπνευστικά, καρδιαγγειακά και κυκλοφορικά προβλήματα.
- Σε ψύξεις
- Σε άτομα με γενικές νόσους.



Δ. Υπέρηχοι

Οι υπέρηχοι είναι κύματα που εκπέμπονται σε πολύ μεγαλύτερες συχνότητες από αυτές που μπορεί αντιληφθεί το αυτί μας. Τα αποτελέσματά τους στους ιστούς διακρίνονται σε θερμικά και σε μη θερμικά.

Όσον αφορά τα θερμικά αποτελέσματα των υπερήχων εκμεταλλευόμαστε την ικανότητά τους να θερμαίνουν εκλεκτικά

καθορισμένες περιοχές. Κατά την απορρόφηση της ενέργειας, που εκπέμπεται από την πηγή των υπερήχων, από τους ιστούς παρατηρείται μετατροπή της ενέργειας από μηχανική σε θερμότητα. Μάλιστα η θερμότητα αυτή αναπτύσσεται περισσότερο στην περιοχή εφαρμογής και στις επιφάνειες που διαχωρίζουν τα διάφορα στρώματα των ιστών όπως είναι το δέρμα.

Στα μη θερμικά αποτελέσματα των υπερήχων μεταξύ των άλλων παρατηρείται:

- Διαχωρισμός των ινών του κολλαγόνου.
- Μικρομάλαξη μέσω των δονήσεων.
- Επίδραση στην πρωτεϊνοσύνθεση.

Συνδυαστικά τα αποτελέσματα των υπερήχων στους ιστούς τόσο τα θερμικά όσο και τα μη θερμικά είναι:

Αγγειοδιαστολή, Υπεραιμία, Αύξηση του τοπικού μεταβολισμού.



19. ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΚΜΗΣ

19.1 Ενημέρωση αρρώστου

Ο Δερματολόγος κατά την πρώτη επαφή με τον ασθενή θα πρέπει να εξηγήσει σ' αυτόν περί της νόσου, όσον αφορά την αιτιολογία, την πορεία αυτής, τους παράγοντες που μπορεί να επιδρούν δυσμενώς ή ευμενώς, το ότι η θεραπεία είναι σε θέση να ελέγχει περισσότερο τις εξάρσεις και γενικότερα τη νόσο παρά να επιφέρει τη ριζική ίαση αυτής. Με αυτή την τακτική ο ασθενής θα συνεργαστεί καλύτερα για την αντιμετώπιση του προβλήματός του.

19.2 Καλλυντικά

Η χρήση ορισμένων καλλυντικών θεωρείται ότι μπορεί να προσφέρει βοήθεια, δεδομένου ότι βελτιώνει την αισθητική εμφάνιση του ατόμου, ιδίως κατά την αρχική φάση (ψυχολογική βοήθεια). Τα καλλυντικά βελτιώνουν επίσης ορισμένες παρενέργειες των τοπικών φαρμάκων, λόγω χάρη την ξηρότητα (χρήση μαλακτικών αλοιφών) κλπ. Θα πρέπει όμως να έχουμε υπόψη ότι τα καλλυντικά μπορεί να αποτελούν και μια αιτία πρόκλησης και διατήρησης της ακμής ιδιαίτερα στις ενήλικες γυναίκες (ακμή από καλλυντικά).

Η ασθενής με ακμή θα πρέπει να αποφεύγει τα βαριά παρασκευάσματα τύπου αλοιφής ελαιώδους βάσεως (w/o - γαλακτώματα νερό σε λάδι) και να χρησιμοποιεί λεπτά παρασκευάσματα τύπου λοσιόν ή με υδατική βάση παρασκευάσματα (o/w γαλακτώματα λάδι σε νερό). Τα μαλακτικά παρασκευάσματα σε ελαιώδη βάση (λιπαρές αλοιφές) αποτελούν τα πλέον προβληματικά προϊόντα, για τα άτομα με ακμή. Αντίθετα τα κραγιόν χειλιών, σκιές ματιών, eyeliner και μολύβια ματιών φαίνεται ότι είναι σχετικά ακίνδυνα. Οι νεώτερες πούδρες πρόσωπου θεωρείται ότι παρουσιάζουν μικρή σχετικά φαγεσωρογόνο ικανότητα.

19.3 Πλύσιμο

Το πλύσιμο με νερό και σαπούνι αποτελεί μία διαδικασία, η οποία συνιστάται με μέτρο κατά τη θεραπεία της ακμής. Η απομάκρυνση του σμήγματος από το πρόσωπο και το κεφάλι βελτιώνει την κατάσταση, υποκειμενικά και αντικειμενικά.

Η χρήση των διαφόρων αντισηπτικών σαπώνων έχει αποδειχθεί ότι δεν προσφέρει καμμία βοήθεια δεδομένου ότι μικροβιακό αίτιο βρίσκεται βαθιά στους τριχοσμηγματογόνους αδένες. Αντίθετα η χρήση των αντισηπτικών σαπώνων μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την υπερβολική ξήρανση του δέρματος ενώ παράλληλα εγκυμονεί και κινδύνους ανάπτυξης δερματίτιδας εξ επαφής. Εξαίρεση αποτελεί η χρήση παρασκευασμάτων ιωδίου τα οποία συζητούνται για ελαφρές μορφές ακμής.

19.4 Μηχανικός ερεθισμός κακοποίηση των στοιχείων της ακμής

Τα μάλλινα ρούχα ή άλλα τραχιά υφάσματα ερχόμενα σε επαφή με τα στοιχεία της ακμής μπορεί να τα επιδεινώσουν. Η σύνθλιψη, πίεση, ξύσιμο, κλπ. των στοιχείων της ακμής μπορεί να μετατρέψουν τις βλάβες από μη φλεγμονώδεις ή ελαφρώς φλεγμονώδεις σε βαριές ουλοποιημένες βλάβες διότι με τους παραπάνω χειρισμούς γίνεται ρήξη της τριχοσμηγματογόνου μονάδας και έγχυση του περιεχομένου αυτής στο χόριο.

19.5 Έκθεση σε θερμότητα και υγρασία

Η έκθεση σε τέτοιο περιβάλλον μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την επιδείνωση της ακμής. Τα ρούχα που κάνουν μια περικλείση (όπως τα συνθετικά) μπορεί να παίζουν επίσης ένα ρόλο επιδεινωτικό της ακμής. Σε ορισμένα άτομα μπορεί να συστήσουμε την αποφυγή ορισμένων αθλημάτων όπως το ποδόσφαιρο, την πάλη, όπου η υπερβολική εφίδρωση παίζει ένα ρόλο επιδείνωσης.

19.6 Stress

Το ψυχολογικό stress έχει παρατηρηθεί ότι επιδεινώνει την ακμή. Συχνά τα άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση stress κακοποιούν περισσότερο τα στοιχεία της ακμής τους, πράγμα που παίζει ένα επί πλέον επιδεινωτικό ρόλο στην ακμή τους.

19.7 Ακμή και ήλιος

Η έκθεση στον ήλιο έχει σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση της ακμής στο 60% των περιπτώσεων. Για τους ασθενείς αυτούς ενδεικνύεται η έκθεσή τους θερινούς μήνες στον ήλιο, με την προϋπόθεση όμως ότι δεν θα γίνεται υπερβολική έκθεση για τις γνωστές παρενέργειες από μια τέτοια χρήση (έγκαυμα, γήρανση, καρκινογένεση). Η έκθεση στον ήλιο βελτιώνει και τις ατροφικές μικροουλές της ακμής.



19.8 Δίαιτα

Θεωρείται ότι δεν παίζει ιδιαίτερο ρόλο στην ακμή. Στη περίπτωση που ο ασθενής διαπιστώνει έξαρση της νόσου μετά από λήψη συγκεκριμένου είδους τροφής, συνιστούμε την αποφυγή αυτής για ορισμένο χρονικό διάστημα προκειμένου να επιβεβαιωθεί η σχέση. Από ορισμένους συγγραφείς συστήνεται αποφυγή βαριάς κουζίνας και λιπαρών φαγητών. Κάποια επίσης φυτά θεωρείται ότι παίζουν θετικό ρόλο στην ακμή, όπως: Το γεράνι, το μαρούλι, η λεβάντα, το καλαμπόκι, ο μαϊντανός, το πράσο και η ντομάτα.



20. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Με όλα όσα εκτέθηκαν στην παρούσα εργασία, παρουσιάζεται το πρόβλημα της ακμής και η αντιμετώπισή του από αισθητικό.

Γίνεται σαφής η διάκριση ανάμεσα στην παρέμβαση του αισθητικού και σε αυτήν του γιατρού δερματολόγου, όσον αφορά την αντιμετώπιση της ακμής.

Η συνεργασία, όταν απαιτηθεί, των δύο αυτών εμπλεκόμενων ειδικοτήτων, θα επιφέρει το καλύτερο κατά το δυνατόν αποτέλεσμα, περιορίζοντας την πιθανότητα λανθασμένης αγωγής και αρνητικού αποτελέσματος.

Όπως συμβαίνει σε όλα τα επαγγέλματα και ιδιαίτερα σε αυτά που σχετίζονται με την υγεία και την καλή εμφάνιση των ανθρώπων, η συνεχής και εμπειριστατωμένη ενημέρωση είναι απαραίτητη.

Η καλή γνώση των δερματικών νοσημάτων, θα οδηγήσει τον/την αισθητικό στην λήψη της κατάλληλης απόφασης όχι μόνο για τον τρόπο αντιμετώπισης αλλά ενδεχομένως και στην αναζήτηση συνδρομής από δερματολόγο ιατρό, τον οποίο σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να υποκαταστήσει. Η αναζήτηση του «ιστορικού» του «ασθενή» θα παίξει σπουδαίο ρόλο για την λήψη των σωστών αποφάσεων και των σωστών παρεμβάσεων.

Κατά την αντιμετώπιση του προβλήματος της ακμής, δίδεται έμφαση στους κανόνες υγιεινής, ώστε να αποφεύγεται η περίπτωση της επιμόλυνσης του δέρματος.

Η ακμή, όπως ασφαλώς και άλλα δερματικά νοσήματα που επηρεάζουν την εξωτερική εμφάνιση, μπορεί να αλλοιώσει την συμπεριφορά των ατόμων και να δημιουργήσει ανασφάλειες και ψυχολογικά προβλήματα. Είναι απαραίτητο για τον/την αισθητικό να μπορεί να διαγνώσει ένα τέτοιο πιθανό σοβαρό πρόβλημα και να προσπαθήσει να μεταδώσει αυτοπεποίθηση στον πάσχοντα. Η ειλικρίνεια και η ψυχολογική υποστήριξη είναι απαραίτητα στοιχεία για να ασκήσει κάποιος το επάγγελμα του αισθητικού. Πολλά από τα άτομα με τα οποία θα ασχοληθεί, θα έχουν ανάγκη από τόνωση ηθικού και ενδυνάμωση της προσωπικότητάς τους. Ιδιαίτερα αν αυτοί είναι έφηβοι και η ακμή τους δημιουργεί εμφανισιακό πρόβλημα.

Όπως όλα τα επαγγέλματα, έτσι και αυτό του/της αισθητικού, πρέπει να γίνεται με αξιοπρέπεια, ήθος, επαγγελματισμό, αφοσίωση και ηθική ώστε να αποκτή στην κοινωνική συνείδηση την βαρύτητα που του αξίζει.

21. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Δερβίσογλου Κυριακή. Αισθητική Προσώπου III, Αισθητική προσώπου I . Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (ΑΤΕΙ) Θεσσαλονίκης. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και πρόνοιας. Τμήμα Αισθητικής και κοσμητολογίας.
- Πέπα Μαρία. Αισθητική προσώπου I. Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (ΑΤΕΙ) Θεσσαλονίκης. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και πρόνοιας. Τμήμα Αισθητικής και κοσμητολογίας.
- Λεονταρίδου Ιωάννα. Αποτρίχωση με Laser και IPL. Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (ΑΤΕΙ) Θεσσαλονίκης. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και πρόνοιας, Τμήμα Αισθητικής και κοσμητολογίας.
- Ηλίου Αλεξάνδρα. Δερματολογία I . Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (ΑΤΕΙ) Θεσσαλονίκης. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και πρόνοιας, Τμήμα Αισθητικής και κοσμητολογίας.
- Σημειώσεις Δερματολογίας III από παραδόσεις του καθηγητή Γραμματικόπουλου στο Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (ΑΤΕΙ) Θεσσαλονίκης. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και πρόνοιας, Τμήμα Αισθητικής και κοσμητολογίας.
- Σωτηριάδης Δημήτριος, Παθήσεις αδένων. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Σχολή επιστημών υγείας Τμήμα Ιατρικής. Προεδρία Καθηγητού Ιωάννη Μπόντη
- Μαρία Ρήγα, Τα I.a.s.e.r. στην αισθητική και τη φυσικοθεραπεία. Εκδόσεις Zymel
- Δρ Βασιλική Κεφαλά, Η θεραπευτική της ακμής και η συμπτωματική αντιμετώπιση της ακμής από τον αισθητικό
- Prof. Ronald Marks, ΑΚΜΗ υγεία και ζωή. Εκδόσεις Ψυχογιός