

facija.com

Dermatovenerologija tabelarna skripta

broj strana: 186

1. Reaktivni eritemi

I Urticaria

Polietiološko oboljenje posredovano hemijskim medijatorima, među kojima je najznačajniji *histamin*

Etiologija	<p>Različiti faktori --> dovode do oslobađanja medijatora: <i>histamin, kinini, serotonin, Ach, prostanglandini, leukotrijeni</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Histamin</i> : najznačajniji među ovim medijatorima; on dovodi do: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vazodilatacije ○ Povećanja propustljivosti krvnih sudova --> edem <i>derma</i> ili/i <i>hipoderma</i> ○ Pruritusa – tako što se vezuje za nervne završetke ○ Kontrakcije glatkih mišića ○ Hipersekrecije sluzokoža 																
	<p>Zbog njih nastaju karakteristične promene na koži</p>																
Etiološka podela	Imunološke urtikarije	a.	I tip preosetljivosti (anafilaksa, rana preosetljivost)	<ul style="list-style-type: none"> a. <u>Faza senzibilizacije</u>: specifičan antigen aktivira imunski sistem --> dolazi do stvaranja IgE antitela --> ti imunoglobulini se vezuju za <i>mastocite</i> i <i>bazofile</i> i tu se završava senzibilizacija. b. <u>Ponovni kontakt sa istim antigenom</u>: dolazi do vezivanja antiga za IgE koji su vezani za mastocite --> dolazi do <i>degranulacije mastocita</i> --> oslobađaju se medijatori --> pojava urtikarije – Ovi oblici urtikarije obično nastaju <i>nekoliko minuta</i> posle kontakta sa uzročnikom; izuzetak su medikamenti koji mogu dati promene i posle <i>više dana i nedelja</i>! – Antigeni koji najčešće izazivaju ovakav tip urtikarije: <table border="1"> <tr> <td>Lekovi</td><td>Penicilin, sulfonamidi, laksativi</td></tr> <tr> <td>Hrana</td><td>Ribe, čokolada, orasi, aditivi</td></tr> <tr> <td>Drugi</td><td>Aeroalergeni, virusne infekcije (hepatitis), infestacije (scabies, helminti)</td></tr> </table>	Lekovi	Penicilin, sulfonamidi, laksativi	Hrana	Ribe, čokolada, orasi, aditivi	Drugi	Aeroalergeni, virusne infekcije (hepatitis), infestacije (scabies, helminti)							
Lekovi	Penicilin, sulfonamidi, laksativi																
Hrana	Ribe, čokolada, orasi, aditivi																
Drugi	Aeroalergeni, virusne infekcije (hepatitis), infestacije (scabies, helminti)																
b.	III tip preosetljivosti (vasculitis urticarialis, serumska bolest)	<ul style="list-style-type: none"> – U ovom tipu dolazi do <i>aktivacije komplementa</i> – Antitela pripadaju IgG i IgM klasi 															
	Neimunološke urtikarije	<ul style="list-style-type: none"> – Anafilaktoidna reakcija- direktno oslobađanje medijatora iz mastocita, bez učešća antigen-antitelo reakcije! <ul style="list-style-type: none"> ○ Ovako nastaju neimunološke urtikarije ○ Smatra se da postoji <i>povišena sklonost mastocita ka oslobađanju medijatora</i> – Indukujući agensi (<i>histaminoliberatori</i>) za ovaj tip urtikarije su: <table border="1"> <tr> <td>Lekovi</td><td>Opijati, intravenski anestetici</td></tr> <tr> <td>Hemikalije</td><td>Radiokontrastna sredstva</td></tr> <tr> <td>Hrana , Aditivi</td><td>Školjke, jagode i limun</td></tr> <tr> <td>Okultne infekcije</td><td></td></tr> <tr> <td>Endogeni faktori</td><td>* <i>Abnormalni metabolizam arahidonske kiseline</i> – ključan je za nastanak intolerancije anafilaktoidnog tipa usled uzimanja <i>aspirina, NSAIL i aditiva</i></td></tr> <tr> <td>Emocionalni stres</td><td></td></tr> </table> 				Lekovi	Opijati, intravenski anestetici	Hemikalije	Radiokontrastna sredstva	Hrana , Aditivi	Školjke, jagode i limun	Okultne infekcije		Endogeni faktori	* <i>Abnormalni metabolizam arahidonske kiseline</i> – ključan je za nastanak intolerancije anafilaktoidnog tipa usled uzimanja <i>aspirina, NSAIL i aditiva</i>	Emocionalni stres	
Lekovi	Opijati, intravenski anestetici																
Hemikalije	Radiokontrastna sredstva																
Hrana , Aditivi	Školjke, jagode i limun																
Okultne infekcije																	
Endogeni faktori	* <i>Abnormalni metabolizam arahidonske kiseline</i> – ključan je za nastanak intolerancije anafilaktoidnog tipa usled uzimanja <i>aspirina, NSAIL i aditiva</i>																
Emocionalni stres																	
Idiopatske	One kod kojih uzročnik i mehanizam nastanka ne mogu biti otkriveni																
Autoimune																	
* Mogu je uzrokovati fizički faktori , a u redim slučajevima se može javiti i kod sistemskih bolesti kolagenog tkiva, hipertireoidizma i malignih tumora																	
Etiologija	<p>Različiti faktori --> dovode do oslobađanja medijatora: <i>histamin, kinini, serotonin, Ach, prostanglandini, leukotrijeni</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Histamin</i> : najznačajniji među ovim medijatorima; on dovodi do: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vazodilatacije ○ Povećanja propustljivosti krvnih sudova --> edem <i>derma</i> ili/i <i>hipoderma</i> ○ Pruritusa – tako što se vezuje za nervne završetke ○ Kontrakcije glatkih mišića ○ Hipersekrecije sluzokoža 																
	<p>Zbog njih nastaju karakteristične promene na koži</p>																
Etiološka podela	Imunološke urtikarije	a.	I tip preosetljivosti (anafilaksa, rana preosetljivost)	<ul style="list-style-type: none"> a. <u>Faza senzibilizacije</u>: specifičan antigen aktivira imunski sistem --> dolazi do stvaranja IgE antitela --> ti imunoglobulini se vezuju za <i>mastocite</i> i <i>bazofile</i> i tu se završava senzibilizacija. b. <u>Ponovni kontakt sa istim antigenom</u>: dolazi do vezivanja antiga za IgE koji su vezani za mastocite --> dolazi do <i>degranulacije mastocita</i> --> oslobađaju se medijatori --> pojava urtikarije – Ovi oblici urtikarije obično nastaju <i>nekoliko minuta</i> posle kontakta sa uzročnikom; izuzetak su medikamenti koji mogu dati promene i posle <i>više dana i nedelja</i>! – Antigeni koji najčešće izazivaju ovakav tip urtikarije: <table border="1"> <tr> <td>Lekovi</td><td>Penicilin, sulfonamidi, laksativi</td></tr> <tr> <td>Hrana</td><td>Ribe, čokolada, orasi, aditivi</td></tr> <tr> <td>Drugi</td><td>Aeroalergeni, virusne infekcije (hepatitis), infestacije (scabies, helminti)</td></tr> </table>	Lekovi	Penicilin, sulfonamidi, laksativi	Hrana	Ribe, čokolada, orasi, aditivi	Drugi	Aeroalergeni, virusne infekcije (hepatitis), infestacije (scabies, helminti)							
Lekovi	Penicilin, sulfonamidi, laksativi																
Hrana	Ribe, čokolada, orasi, aditivi																
Drugi	Aeroalergeni, virusne infekcije (hepatitis), infestacije (scabies, helminti)																
b.	III tip preosetljivosti (vasculitis urticarialis, serumska bolest)	<ul style="list-style-type: none"> – U ovom tipu dolazi do <i>aktivacije komplementa</i> – Antitela pripadaju IgG i IgM klasi 															
	Neimunološke urtikarije	<ul style="list-style-type: none"> – Anafilaktoidna reakcija- direktno oslobađanje medijatora iz mastocita, bez učešća antigen-antitelo reakcije! <ul style="list-style-type: none"> ○ Ovako nastaju neimunološke urtikarije ○ Smatra se da postoji <i>povišena sklonost mastocita ka oslobađanju medijatora</i> – Indukujući agensi (<i>histaminoliberatori</i>) za ovaj tip urtikarije su: <table border="1"> <tr> <td>Lekovi</td><td>Opijati, intravenski anestetici</td></tr> <tr> <td>Hemikalije</td><td>Radiokontrastna sredstva</td></tr> <tr> <td>Hrana , Aditivi</td><td>Školjke, jagode i limun</td></tr> <tr> <td>Okultne infekcije</td><td></td></tr> <tr> <td>Endogeni faktori</td><td>* <i>Abnormalni metabolizam arahidonske kiseline</i> – ključan je za nastanak intolerancije anafilaktoidnog tipa usled uzimanja <i>aspirina, NSAIL i aditiva</i></td></tr> <tr> <td>Emocionalni stres</td><td></td></tr> </table> 				Lekovi	Opijati, intravenski anestetici	Hemikalije	Radiokontrastna sredstva	Hrana , Aditivi	Školjke, jagode i limun	Okultne infekcije		Endogeni faktori	* <i>Abnormalni metabolizam arahidonske kiseline</i> – ključan je za nastanak intolerancije anafilaktoidnog tipa usled uzimanja <i>aspirina, NSAIL i aditiva</i>	Emocionalni stres	
Lekovi	Opijati, intravenski anestetici																
Hemikalije	Radiokontrastna sredstva																
Hrana , Aditivi	Školjke, jagode i limun																
Okultne infekcije																	
Endogeni faktori	* <i>Abnormalni metabolizam arahidonske kiseline</i> – ključan je za nastanak intolerancije anafilaktoidnog tipa usled uzimanja <i>aspirina, NSAIL i aditiva</i>																
Emocionalni stres																	
Idiopatske	One kod kojih uzročnik i mehanizam nastanka ne mogu biti otkriveni																
Autoimune																	
* Mogu je uzrokovati fizički faktori , a u redim slučajevima se može javiti i kod sistemskih bolesti kolagenog tkiva, hipertireoidizma i malignih tumora																	

Učestalost	<p>Često oboljenje</p> <p>*Javlja se u oko 25% populacije u nekom periodu života, i može nastati u <i>svim uzrastima</i></p>				
Izgled	<p>Urtika = prototip eksudativne papule</p>				
	1. Normalna urtika	<p>Javlja se kao <i>cirkumskriptni edem površnog dela derma</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * Ograničene, eritematozne, elastične papule ili plakovi veličine do 10 cm * Mogu biti u vidu <i>circinarnih ili anularnih elemenata</i> 			
	2. Porcelanska urtika	<p>Ukoliko je izrazito velik edem doći će do <i>kompresije krvnih sudova</i> --> urtika postaje <i>bleda i čvrsta</i> (zato se zove porcelanska)</p>			
	3. Hemoragična urtika	<p>Nastaje ukoliko dođe do <i>ekstravazacije eritrocita</i> u derm</p>			
	<ul style="list-style-type: none"> - Pruritus je redovno prisutan - Promene se povlače posle <i>par sati</i>; nikada ne traju > 24h - Dalji tok oboljenja protiče u sukcesivnim naletima 				
Podela u odnosu na trajanje		Akutna urtikarija	Hronična urtikarija		
	Trajanje naleta	do 6 nedelja	duže od 6 nedelja, (može trajati mesecima i godinama)		
	Češće oboljevaju	Deca i mlade osobe	Sredovečne osobe, pretežno žene		
	Mehanizam nastanka	Najčešće imunološke prirode: I tip preosetljivosti	<p>Češće neimunološke prirode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Opšta oboljenja: sistemske kolagenoze, infektivna mononukleoza, hepatitis, neoplazma</u> • <u>Lekovi</u>: oni koji se često uzimaju zbog hronične bolesti ili tegoba, posebno <i>aspirin</i> • <u>Hrana i piće</u>: veštačka pića; najpouzdano je uraditi provokativni test po suspektnu namirnicu <p>Najčešće nepoznate etiologije = idiopatska urtikarija</p> <p>*Izazvane nepoznatim neimunološkim mehanizmom; Ovde takođe spadaju i autoimune urtikarije</p>		
		<p>Nastaje kade edem zhvati <i>duboki derm, hipoderm i subkutano ili submukozno tkivo</i></p>			
Angioedem (Oedema Quincke)	Lokalizacija	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zone sa rastresitim vezivnim tkivom: <ul style="list-style-type: none"> • Lice – kapci i usne • Šake, stopala • Peiris, skrotum • Farinks, jednjak --> <i>otežano gutanje</i> • Larinks --> <i>kašalj, gušenje</i> <p>} Životno ugrožavajuće!</p>			
	Izgled	<p><i>Nejasno ograničen, elastičan edem</i>, normalne boje kože</p>			
	Promene	<p>Više bolne nego pruriginozne!</p>			
	Trajanje	<p>do 72h</p>			
	<p>Može se javiti kao <i>izolovan oblik oboljenja</i> ili <i>zajedno</i> sa akutnom/hroničnom urtikrijom</p>				
	<p>Javlja se u najtežim slučajevima; zahvata:</p>				
Anafilaktički šok	Respiratorični trakt	<p>Gušenje</p>			
	Git	<p><i>Abdominalni bolovi, povraćanje, dijareja, pseudookluzivne krize</i></p>			
	KVS	<p>Kolaps</p>			
	Nervni sistem	<p><i>Migrena, vertigo</i></p>			

Urtikarije izazvane fizičkim faktorima

*Fizički faktori imaju direktnu inicirajuću ulogu u degranulaciji mastocita

	Urticaria factitia (urtikarialni dermografizam)	Urticaria cholinergica "Effort urticaria"	Urticaria e frigore	Urticaria solaris
Uzrok	Češanje kože Trljanje Povlačenje špatulom	Posle fizičkog zamora, ekstremnog zagrevanja znojenja	Hladnoća * Kritična temperatura varira od osobe do osobe	Izlaganje suncu
Izgled	Linearne, eritematozne promene s eritematoznim haloom	Tačkaste papule sa eritematoznim haloom	eksudativne papule različitih veličina *Regije izloženi hladnoći (lice, šake)	Papule * na otkrivenim predelima
Dodatno	Promene iščezavaju posle 30 minuta ili kasinje	Promene predstavljaju vaskularni odgovor na acetilholin koji je osloboden na autonomnim nervima kože	Dijagnoza: Postavlja se tako što se led drži na koži 2 minuta; <u>Pozitivan test:</u> urtikarija se na tom mestu javi u narednih 15 minuta.	*Postoji više tipova, u zavisnosti od <i>talasne dućine svetlosti</i> koja izaziva promene

Dijagnoza	Akutna urtikarija		Detaljna anamneza		
	Hronična urtikarija		Treba sprovesti detaljna ispitivanja		
DD	Oboljenja sa eksudativnim papulama i plakovima: <i>Erythema exudativum multiforme, eksudativna faza buloznog pemfigoida, ujedi insekata</i>				
	Opšte mere	<ul style="list-style-type: none"> Akutne urtikarije – spontano će se povući u toku nekoliko nedelja Hronične urtikarije – u 50% slučajeva će se povući posle 6 meseci, dok će kod nekih duže trajati 			Češće se koriste jer <i>nemaju</i> sedirajući efekat: <ul style="list-style-type: none"> Terfenadin: 60mg, 2 x dnevno Astemizol: 10mg, 1 x dnevno Cetirizin: 10mg, 1 x dnevno
Lečenje	Opšte lečenje	<i>Lakši oblici akutnih i hroničnih urtikarija</i>	H1 antihistaminici (H1AH)	II generacija	Daju se kada je potreban I sedirajući efekat: <ul style="list-style-type: none"> Hidroksizin: 25mg, 1-4 x dnevno Difenhidramin: 25-50mg na 4h Prometazin: 10-20mg, 2 c dnevno
			H2 antihistaminici (H2AH)	I generacija	Imaju samo <i>adjuvantni efekat</i> I mogu se kombinovati sa H1AH
			Sistemski glukokortikoidi		Deluju samo simptomatski, pa se izbegavaju, sem kod generalizovanih oblika bolesti!
	<i>Hronične urtikarije</i>		* I pored primene savremenih lekova, promene mogu perzistirati mesecima I godinama I zato se preduzimaju sledeće mere: <ol style="list-style-type: none"> Eliminisanje uzročnika I provočirajućih faktora Medikamentozna terapija: <ul style="list-style-type: none"> Antihistaminici – osnova, trebaju se davati duži vremenski period Benzodiazepini I antidepresivi – preporučuju se istovremeno sa antihistaminicima 		
	<i>Anafilaktički šok i Angioedema quincke</i>		<ul style="list-style-type: none"> Adrenalin: 0.2-1ml, <i>intramuskularno</i>, ali može I <i>intravenski</i> Antihistaminici: parenteralno Kortikosteroidi (metilprednizolon): u visokim dozama! 		

	II Urticaria-like vasculitis	III Serumska bolest
Mehanizam	<i>Leukocitoklazični vaskulitis</i> koji je indukovan <i>imunskim kompleksima</i> i aktivacijom komplementa	<i>Leukocitoklazični vaskulitis</i> koji je indukovan <i>imunskim kompleksima</i> i aktivacijom komplementa
Etiologija	Javlja se kod: <ul style="list-style-type: none"> • Kolagenih i vaskularnih bolesti • Infekcija • Fizičke ortikarije • Idiopatski 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Pre:</u> nastajao usled davanja životinjskog seruma (npr. <i>antitetanusni serum</i>) --> odatle i vodi naziv ▪ <u>Danas:</u> najčešći uzrolnici su lekovi: penicilin, insulin
Oboleli	Obično mlade žene	/
Promene na koži	Čvrste pruriginozne urtike koje mogu biti udružene sa purpurom, nodulusima i bulama	Urtikarialne promene
Propratni simptomi	<i>Povišena temperatura, malakslost, artralgije, arthritis, glomerulonefritis</i>	<i>Groznica, mijalgije, artralgije, arthritis i proteinurija</i>
Trajanje	Traju 2-3 dana * Dok se kod obične urtikarije promene povlače u toku 24h	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Početak:</u> 7-21 dan nakon kontakta sa etiološkim agensom ▪ <u>Završetak:</u> Oboljenje je ograničenog trajanja – znaci se povlače nakon 3 nedelje, kada se iz organizma eliminišu imunski kompleksi.
Lečenje	Leči se osnovno oboljenje	Lokalni i sistemski kortikosteroidi

IV Erythema exudativum multiforme

Polietiološko oboljenje s karakterističnim promenama *tipa "kokarde"* ili *"mete"*

Etiologija	Nepoznata	u 30-50% slučajeva				
	Poznata	Virusi	<i>Herpes simplex, influenca tip A i B</i>			
		Bakterije	<i>Mycoplasma pneumoniae, infekcija streptokokama i stafilokokama</i>			
		Mikoze	<i>Dermatofiti</i>			
		Lekovi	<i>Sulfonamidi, NSAID, antibiotici, parbiturati</i>			
		Fizički agensi	<i>Sunce, hladnoća, X-zraci</i>			
		Malignitet	/			
Mehanizam	Promene nastaju posredstvom <i>nedovoljno razjašnjenih imunoloških mehanizama</i>					
Klinička slika	Promene nastaju posle <i>opštih prodroma</i> i javljaju se u naletima		EEM minor			
Oblik	<i>Lakši</i>		<i>Teži</i>			
Uzroci	Često nastaje uz <i>infekciju h.simplex virusom</i> * Provokativni faktor može biti <i>sunce</i>		Često izazvan lekovima			
Lokalizacija	Šake i Stopala * Uključujući <i>dlanove, tabana, laktove, kolena; mogu se naći i na drugim delovima kože</i>		Sluzokoža: <i>Genitalna, bukalna, konjuktice, larinks, farinks, ezofagus.</i>	Koža		
Izgled	<p>"Kokarda" – tipična lezija, može se javiti kao:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Erythema iris – eritematozna pločica, veličine 2 cm, ugnutog i lividnog centra B. Herpes iris – javlja se kod težih oblika; <ul style="list-style-type: none"> • Oblika i veličine <i>metalnog novca</i> • Na njemu su <i>koncentrično raspoređeni</i>: <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>Vezikula</i> – centralno ◦ <i>Tamno-eritematozan pristen</i> ◦ <i>Eritem ili venac mikrovezikula</i> – na ivici 	Erozije i Bule * <i>Bolne i profuzne, dominiraju kliničkom slikom i otežavaju ishranu</i>	"kokarde" i bule * Manje ili više proširene			
Opšti simptomi	Često prisutni: <i>Malaksalost, povišena temperatura, artralgije, otok zglobova, bronhopneumonija i glomerulonefritis</i> – prisutni u težim slučajevima					
Tok	Povlači se <i>spontano</i> posle 2-4 nedelje, osim u retkim slučajevima EEM major koji mogu preći u <i>Sy Lyell</i>					
Recidivi	Mogući, posebno kada je uzročnik <i>h. simplex virus</i>					
Laboratorija	Nalazi su <i>često normalni</i> ; moguća leukocitoza, ↑ sedimentacija, ↑ imunski kompleksi					
Histologija	Epiderm	<i>Vakuolna degeneracija ćelija</i> u donjim slojevima, sa <i>pojedinačnim ili brojnim nekrotičnim ćelijama</i>				
	Derm	<i>Limfo-histiocitni infiltrat</i> prisutan oko krvnih sudova				
DD	<p>Bulozni oblici – pemfigoid Promene na sluzokožama – pemfigus, herpetični gingivo-stomatitis</p>					
Lečenje	EEM minor	Blaži oblici	Sedirajući antihistaminici + lokalni kortikosteroidi			
		Teži oblici	Nesteroidna antiinflamatorna sredstva			
	EEM major	Sistemski kortikosteroidi				
		Mukozne lezije	<ul style="list-style-type: none"> • Ispiranje 3% rastvorom vodonik peroksida (ili neki dr. antisептик) • Lokalni anestetici - viskozni lidokain • Lokalni kortikosteroidi za sluzokožu • Ishrana treba biti tečna i blaga 			
	Rekurentni EEM	Aciklovir: 400 mg, 2x dnevno, više meseci				

V Livedo reticularis

Promene na koži	U vidu <i>eritematozne i ljubičaste mreže</i> (površni venski sudovi) koja okružuje okca normalne kože (površni arterijki sudovi); može biti <i>ograničen</i> ili <i>generalizovan</i>	
Podela	Fiziološki oblici	Inflamatorni oblik
Okca mreže	<i>Pravilna</i>	<i>Nepравилна</i>
Izgled	Veće i neoštro ograničene površine	Pojedinačne i sливене плоће различитих димензија
Tok	Prolazan	Petzistentan i često progresivan
Vitropresija	Iščezava	Delimično se povlači
Elevacija ekstremiteta	Iščezava	Delimično se povlači
Palpacija	Nema rezistencije	Rezistencija
Ostalo	<ul style="list-style-type: none"> • Sreće se kod dece i mladih žena s <i>akrocijanozom</i> • lokalizuje se na <i>ekstenzornim stranama ekstremiteta i glutealnoj regiji</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Može biti znak <i>ozbiljnog oboljenja</i>: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Ateroskleroza</i> ▪ <i>Kolagene bolesti</i> ▪ <i>Okluzivne vaskularne bolesti: krioglobulinemija, trombocitoza, poliglobulinija</i> ▪ <i>Antifosfolipidni sindrom: livedo reticularis + tromboza arterijskih i venskih k.s. + trombocitopenija + spontani abortus</i>
Lečenje	Ne treba lečiti	Terapija osnovnog oboljenja

VI Toksični i alergijski egzantemi

VII Syndroma Lyell (toksična epidermalna nekroliza)

2. Purpure

Nastaju usled <i>ekstravazacije krvi</i> u kožu ili sluzokože; ovde spadaju:		
1. Abnormalnosti trombocita	Oštećena funkcija trombocita: <i>Snižena proizvodnja trombocita</i> <i>Povećana destrukcija trombocita</i>	
2. Koagulacioni poremećaji	<i>Hematološki sindromi</i>	
3. Vaskularne purpure	Povećana fragilnost krvnih sudova	<i>Purpura senilis</i> <i>Skorbut</i>
	Hronični purpurični kapilaritisi	<i>Purpura pigmentosa progresiva (mb. Schamberg)</i> <i>Eczematid-like purpura (Doukas-Kapetanakis)</i>
		<i>Purpura Henoch-Schoenlein</i>
		<i>Toksična medikamentozna purpura</i>

	I Purpura senilis	II Scorbust		
Mehanizam	Stare osobe --> <i>redukcija vezivnog tkiva</i> --> krvni sudovi gube potporu --> postaju <i>fragilni</i> --> minimalna trauma --> pucanje krvnih sudova --> purpura	Poremećaji u ishrani, alkoholizam, starost, prošireno oboljenje tankog creva, proširene opeketine, odmakli maligniteti: Nedostatak vitamina C --> poremećaj u biosintezi kolagena, metabolizmu Fe, S, tirozina i folne kiseline --> krvni sudovi postaju <i>fragilni</i> --> pucanje k.s. --> purpura		
Lokalizacija	Koža izložena suncu: <i>Dorzum šaka, ekstenzorne strane podlaktica, dekolte</i>	Koža: Pretežno donji ekstremiteti i trbuš	Nokti	Desni
Izgled	Ekhimoze <i>Ljubičasto-crvene boje, različitog oblika i veličine;</i> prolaze bez ožiljaka! * Do slične slike može dovesti i dugotrajna upotreba kortikosteroida	Folikularna hiperkeratoza sa perifolikularnim petehijama	Subungvalni hematomi i edem	Krvarenje i Ulceracije
Lečenje	Zaštita od traume!	Vitamin C: 500-1000 mg/dan, <i>per os</i> ili <i>intravenski</i> * Takođe se javljaju: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Umor, uz nemirenost</i> • <i>Mialgije i artralije</i> – usled hemoragije u mišićima i zglobovima 		

III Hronični purpurični kapilaritisi

Mehanizam	Nepoznat uzrok (mada mogu medikamenti) --> <i>kapilaritis</i> --> dugotrajna ekstravazacija krvi --> purpura --> vremenom se deponuje veća količina <i>hemosiderina u derm</i>	
Lokalizacija	Područja sa <i>povišenim hidrostatskim pritiskom</i>	
Rumpel-Leedor fenomen	Pozitivan – znak generalizovanog oštećenja kapilara kože	
	Purpura pigmentosa progressiva (morbus Schamberg)	Eczematid-like purpura (Doukas-Kapetanakis)
Oboleli	Odrasli	Svi uzrasti
Lokalizacija	<i>Donji ekstremiteti</i>	<i>Donji ekstremiteti</i> --> odavde se progresivno šire pa mogu preći i na <i>trup</i>
Izgled	<p>Sitne purpurične papule koje se slijavaju u Plakove</p> <p><u>Centar plaka</u>: promene starije --> nakuplja se <i>hemosiderin</i> --> dominira <i>boja rđe</i></p> <p><u>Periferija plaka</u>: svežije promene --> nakupljaju se eritrociti --> dominiraju <i>sveži purpurični elementi</i></p>	Plakovi <i>Pojedinačni i sliveni, žučkaste boje; na njima se vide petehije i psorijaziformna deskvamacija</i>
Tok	Hroničan tok <i>Centrifugalno širenje lezija</i>	Akutnog toka <i>Skloni su regresiji!</i>
Lečenje	<ul style="list-style-type: none"> – Ukoliko se sumnja da su lekovi uzrok --> treba ih odstraniti – <u>Lokalna terapija</u>: kortikosteroidni kremovi – <u>Opšta terapija</u>: pentoksifilin 300 mg/dnevno 	

IV Purpura Henoch-Schoenlein

Sistemski vaskulitis malih krvnih sudova

Uzroci:		
Infekcija	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bakterije</i> - u 60-75% slučajeva javlja se uz <i>streptokoknu infekciju</i> • <i>Virusi</i> 	
Lekovi	<i>Antibiotici, sulfonamidi, NSAID</i>	
Strani proteini	<i>Serumi</i>	
Druga oboljenja	<i>Kolagenoze, malignitet</i>	
Oboleli	od 4. meseca do 89. godine života, kod 75% obolelih se ispoljava u uzrastu između 2-11 godina; <i>Ovo je najčešći vaskulitis kod dece</i>	
Klinički	Javlja se u proleće i zimu ; Početak joj može biti <i>akutan ili postepen</i>	
	Prodromi	Javljuju se u 40% slučajeva: <i>groznica, glavobolja, artralgije</i>
	Kutane promene	Dominiraju kliničkom slikom
		<i>Noge; ređe na rukama (laktovi) i trupu</i>
		Palpabilne purpure * <i>Simetrične, diseminovane</i> ; uz njih se mogu javiti i petehije, ekhimoze, bule i nekroza
	Ostali organi	Hipopigmentacija i Atrofični ožiljci * Nastaju na koži nakon spontanog povlačenja promena (posle 2-4 ned.)
		Zglobovi <i>Artralgije, artritis</i>
		GiT <i>Tup abdominalni bol u predelu umbilikusa, melena, hematemese</i>
		Bubreg <i>Promene se javljaju 3 meseca posle početka bolesti i to u vidu: mikroskopske hematurije sa/bez proteinurije, nefrotski Sy, nefritički Sy, ABI, HBI</i>
	Pluća	<i>oštećenje difuznog kapaciteta</i>

Tok	Recidivira kod 1/3 obolelih		
Prognoza	Dobra , osim u slučajevima s težim oštećenjem bubrega (postoje slučajevi potpunog oporavka i kod bolesnika koji su bili na hemodializi)		
Laboratorijski	Krvne analize	<i>Leukocitoza i povišena sedimentacija</i> Er prisutni ali nisu specifični <i>povišeni serumski IgA</i>	
	Serum		
	Renalna biopsija	Potrebna samo kod nefrotskih, nefritičkih Sy i naglog pogoršanja glomerularne filtracije	
Histologija	Ultrazvuk	Uraditi ultrazvuk abdomen	
	Mikroskop	<i>leukocitoklazični vaskulitis</i>	
Lečenje	DIF	IgAdepoziti u zidovima krvnih sudova	
	Opšte lečenje	NSAIL	Kontrolišu tegobe na zglobovima; dobri su i kod nekrotskih lezija 60-80 mg/dan 10-15 dana
		Kortikosteroidi	Daju se kod akutnih tegoba i gastrointestinalnih poremećaja
		Antihistaminici H1	Zbog svraba i radi smanjenja propustljivosti zida krvnih sudova
		Penicilin	Daje se profilaktički kod recidiva posle streptokoknih infekcija
	Lokalno lečenje	kortikosteroidni kremovi i unguenti	

V Medikamentozna purpura			
Uzročnici:			
<i>Sulfonamidi i njihovi derivati, antimalarici, kinin, hlortiazid, zlato, zmijski otrov, aditivi iz hrane</i>			Uzimanje leka --> u roku od 6-24h može doći do toksičnog oštećenja zidova krvnog suda --> purpura
* Izlaganje ovim supstancama može biti: industrijsko, terapijsko ili slučajno			
Promene	Koža - Petehije i ekhimoze Sluzokoža usta – hemoragične bule Git i genito-urinarni trakt – krvarenje		
Lečenje	Kortikosteroidi korisni u akutnoj fazi		

VI Purpure udružene s infekcijom			
Purpura se viđa kod:	* Ove infekcije mogu izazvati purpuru:		
<i>Epidemičnog tifusa, meningokokcemije, diseminovane gonoreje, piogenog streptokoka itd.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Direktno</u>: tako što <i>toksinima</i> oštećuju zid krvnog suda • <u>Indirektno</u>: tako što izazivaju <i>trombocitopeniju, imunološki vaskulitis, remete aktivaciju koagulacijone kaskade</i> 		
Purpura fulminans			
Mehanizam	Nastaje usled <i>neadekvatne aktivacije koagulacijske kaskade</i>		
Tri klinička oblika:	<ul style="list-style-type: none"> • U <i>neonatalnom periodu</i> usled deficijencije proteina C i S • U toku <i>teških bakterijskih sepsa</i> • <i>Idiopatska forma</i> – u toku rekonvalescencije relativno benignih infektivnih bolesti kože 		
Izgled	ekstenzivne i konfluentne purpurične i ekhimotične ploče <i>Indurovane, bolne lezije</i> , na njima su prisutne i bule i nekroza kože * Sluzokoža i unutrašnji organi NISU zahvaćeni!! Može ugroziti život bolesnika		
Laboratorijski	<i>Povišeni degradacioni proizvodi fibrina, hipofibrinogenemija, trombocitopenija</i>		
Lečenje	Neophodna hospitalizacija! Odgovarajući antibiotik, heparin, "exchange" transfuzije		

3. Grupa ekcema

Termin "dermatitis" i "ekcem" se obično smatraju <i>sinonimima</i>	
Dermatitis	Širi i obuhvata različite tipove kutanih inflamacija
Ekcem	Primenjuje se kod klinički i etiološki bliže određenih oblika bolesti
Ekcemi su grupa <i>pruriginoznih dermatoz</i> , koje se karakterišu pojmom <i>vezikula, vlaženjem i deskvamacijom</i>	

I Dermatitis e contactu allergica																					
	Ovo je prototip IV tipa preosetljivosti (pozna reakcija preosetljivosti) i sastoji se iz dve faze:																				
Etiologija	Indukciona faza (faza aktivne senzibilizacije) <p>Haptensi (niskomolekularne supstance < 1000 Da) se unose iz spoljašnje sredine --> kada dospeju u kožu reaguju sa autologim proteinom (nosač) --> Hapten+ autologi protein = pravi alergen Tako nastao pravi alergen prepoznaju Langerhansove ćelije (makrofagi epiderma) --> preuzimaju ga --> u svojoj citoplazmi ga obrađuju --> eksprimiraju ga na svojoj površini u vidu MHC molekula --> ovako aktivirane langerhansove ćelije odlaze do limfnih žlezda Dospevaju do parakortikalnih zona regionalnih limfnih žlezda i ovde stupaju u kontakt sa Th1-limfocitima koji prepoznaju obrađeni antigen u sklopu MHC molekula --> ovo indukuje proliferaciju ovih T-limfocita --> došlo je do senzibilizacije * Ovaj proces traje 5-7 dana, posle čega je osoba senzibilisana na hapten </p>																				
	Elicitaciona faza <p>Ponovni kontakt sa haptenom --> opet se stvara kompleks hapten-nosač --> prethodno senzibilisani limfociti se aktiviraju --> dolaze u kožu --> preko svojih specifičnih receptora prepoznaju kompleks hapten-nosač --> oslobođaju se citokini: IL-1, IL-2, IL-4 itd. --> oni privlače i druge medijatore zapaljenja --> dolazi do lokalnog inflamatornog odgovora i oboljenja</p>																				
Oboleli	Svi, jer uzrast i pol ne utiču značajno na sposobnost senzibilizacije																				
Lokalizacija	Područje koje je izloženo kontaktu s alergenom : dorzalne strane žaka i stopala, lice, ali mogu i dr. delovi kože * Promene započinju na mestu okntakta, ali značajno prelaze granice kontaktne površine!																				
Klinički	Akutni oblik <table border="1"> <tr> <td>1.</td> <td>Eritematozna faza</td> <td>Eritem i Edem; koža je <i>sitnozrnasta</i> (histološki= spongioza)</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Vezikulozna faza</td> <td>Pojava sitnih Vezikula na eritematoznoj podlozi</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Faza vlaženja ili madidacije</td> <td>Javlja se posle prskanja vezikula</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Krustozna faza</td> <td>Nastaje sasušivanjem vezikula; Kruste: tanke, prozračne i žučkaste</td> </tr> </table> Hroničan <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Lihenifikacija sa deskvamacijom</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Razvija se ukoliko bolest duže traje Ovo je hronični deratitis tj. <i>eczema chronicum</i> Na ovim površinama često nastaju naleti akutnih znakova što stvara polimorfnu sliku! </td></tr> <tr> <td colspan="2">Diseminacija oboljenja</td><td> <ul style="list-style-type: none"> Duze i intenzivnije izlaganje alergenu --> <i>hematogeno i limfogeno rasipanje antiga i citokina</i> Najčešće počinje s promenama na donjim delovima nogu Prvenstveno se viđa na licu (periorbitalno), fleksornim stranama ekstremiteta </td><td></td></tr> </table>	1.	Eritematozna faza	Eritem i Edem ; koža je <i>sitnozrnasta</i> (histološki= spongioza)	2.	Vezikulozna faza	Pojava sitnih Vezikula na eritematoznoj podlozi	3.	Faza vlaženja ili madidacije	Javlja se posle prskanja vezikula	4.	Krustozna faza	Nastaje sasušivanjem vezikula; Kruste: tanke, prozračne i žučkaste	Lihenifikacija sa deskvamacijom		<ul style="list-style-type: none"> Razvija se ukoliko bolest duže traje Ovo je hronični deratitis tj. <i>eczema chronicum</i> Na ovim površinama često nastaju naleti akutnih znakova što stvara polimorfnu sliku! 	Diseminacija oboljenja		<ul style="list-style-type: none"> Duze i intenzivnije izlaganje alergenu --> <i>hematogeno i limfogeno rasipanje antiga i citokina</i> Najčešće počinje s promenama na donjim delovima nogu Prvenstveno se viđa na licu (periorbitalno), fleksornim stranama ekstremiteta 		
1.	Eritematozna faza	Eritem i Edem ; koža je <i>sitnozrnasta</i> (histološki= spongioza)																			
2.	Vezikulozna faza	Pojava sitnih Vezikula na eritematoznoj podlozi																			
3.	Faza vlaženja ili madidacije	Javlja se posle prskanja vezikula																			
4.	Krustozna faza	Nastaje sasušivanjem vezikula; Kruste: tanke, prozračne i žučkaste																			
Lihenifikacija sa deskvamacijom		<ul style="list-style-type: none"> Razvija se ukoliko bolest duže traje Ovo je hronični deratitis tj. <i>eczema chronicum</i> Na ovim površinama često nastaju naleti akutnih znakova što stvara polimorfnu sliku! 																			
Diseminacija oboljenja		<ul style="list-style-type: none"> Duze i intenzivnije izlaganje alergenu --> <i>hematogeno i limfogeno rasipanje antiga i citokina</i> Najčešće počinje s promenama na donjim delovima nogu Prvenstveno se viđa na licu (periorbitalno), fleksornim stranama ekstremiteta 																			

Profesionalno oboljenje	<ul style="list-style-type: none"> Kod osoba koje su u stalnom kontaktu sa nekim alergenima, najčešće je to <i>hrom u obliku hromata</i> Promene su lokalizovane na šakama, ali mogu postojati i <i>prošireni dermatitisi</i> koj po svojoj distribuciji liče na <i>numularne ekceme</i> Lihenifikacija, deskvamacija i suvoća kože 																											
Komplikacije	<i>Superinfekcije piokokama</i> sa slikom <i>impetiga</i> i <i>celulitisa</i> (moguće i kod akutnog i kod hroničnog)																											
Tok	Zavisi od mogućnosti isključenja <i>antigena</i> ; * Ukoliko su to ubikvitarni antigeni (prisutni svuda), osoba će stalno stupati u kontakt sa njima --> bolest će trajati dugo, čak i decenijama (takvi su npr. <i>dermatitisi izazvani hromom i niklom</i>)																											
Histologija	<table border="1"> <tr> <td>Epiderm</td><td><i>Spongioza, vezikula, akantoza i parakeratoza</i></td></tr> <tr> <td>Derm</td><td><i>Vazodilatacija, papilarni edem i perivaskularni mononuklearni infiltrat</i></td></tr> </table>	Epiderm	<i>Spongioza, vezikula, akantoza i parakeratoza</i>	Derm	<i>Vazodilatacija, papilarni edem i perivaskularni mononuklearni infiltrat</i>																							
Epiderm	<i>Spongioza, vezikula, akantoza i parakeratoza</i>																											
Derm	<i>Vazodilatacija, papilarni edem i perivaskularni mononuklearni infiltrat</i>																											
Dijagnoza	<table border="1"> <tr> <td>Anamneza</td><td>Uzimati podatke o profesiji, navikama, svakodnevnim aktivnostima, o uzimanju određene terapije;</td></tr> <tr> <td>Pregled cele kože</td><td>Potreban, jer lokalizacija lezije može ukazati na mogući alergen</td></tr> <tr> <td>Epikutano testiranje ("Patch test")</td><td> <ul style="list-style-type: none"> Mogu se koristiti: <i>standardna, profesionalna ili ciljana baterija alergena</i> Izvođenje: <ul style="list-style-type: none"> Alergen – uzima se u koncentraciji koja <i>ne iritira</i>, a sposobna je da <i>izazove imunološku reakciju</i> Zdrava koža (gornji deo leđa) – alergen se aplikuje pomoću <i>filter papira</i> i prekriva <i>specijalnim flasterom</i> Odstranjivanje alergena – vrši se nakon 48h Čitanje rezultata – obavlja se 48,72, 96h kao i 7 dana po postavljanju ispitivane supstance Interpretacija: <table border="1"> <tr> <td>NT</td><td>Nije testirano</td><td></td></tr> <tr> <td>-</td><td>Negativna reakcija</td><td></td></tr> <tr> <td>? +</td><td>Sumnjiva reakcija</td><td></td></tr> <tr> <td>+</td><td>Slabo pozitivna reakcija</td><td>Eritem + infiltracija + papule bez vezikula</td></tr> <tr> <td>++</td><td>Jako pozitivna reakcija</td><td>Eritem + infiltracija + papule + vezikule</td></tr> <tr> <td>+++</td><td>Ekstremno pozitivna reakcija</td><td>Eritem + infiltracija + papule + slivene vezikule i bule</td></tr> <tr> <td>IR</td><td>Iritantna reakcija</td><td></td></tr> </table> Reakcija može biti: <ul style="list-style-type: none"> Lažno pozitivna – ukoliko se testira u toku naleta dermatitisa ili na rekonsilijentnoj koži Lažno negativna – usled <i>nedovoljno dugog praćenja, istovremene terapije kortikosteroidima, neadekvatne koncentracije antigema</i> Ovo testiranje se izvodi: <ul style="list-style-type: none"> Radi dijagnoze <i>alergijskog kontaktog dermatitisa</i> Rad diferencijalne dijagnoze <i>alergijskog i irritantnog kontaktog dermatitisa</i> </td></tr> </table>	Anamneza	Uzimati podatke o profesiji, navikama, svakodnevnim aktivnostima, o uzimanju određene terapije;	Pregled cele kože	Potreban, jer lokalizacija lezije može ukazati na mogući alergen	Epikutano testiranje ("Patch test")	<ul style="list-style-type: none"> Mogu se koristiti: <i>standardna, profesionalna ili ciljana baterija alergena</i> Izvođenje: <ul style="list-style-type: none"> Alergen – uzima se u koncentraciji koja <i>ne iritira</i>, a sposobna je da <i>izazove imunološku reakciju</i> Zdrava koža (gornji deo leđa) – alergen se aplikuje pomoću <i>filter papira</i> i prekriva <i>specijalnim flasterom</i> Odstranjivanje alergena – vrši se nakon 48h Čitanje rezultata – obavlja se 48,72, 96h kao i 7 dana po postavljanju ispitivane supstance Interpretacija: <table border="1"> <tr> <td>NT</td><td>Nije testirano</td><td></td></tr> <tr> <td>-</td><td>Negativna reakcija</td><td></td></tr> <tr> <td>? +</td><td>Sumnjiva reakcija</td><td></td></tr> <tr> <td>+</td><td>Slabo pozitivna reakcija</td><td>Eritem + infiltracija + papule bez vezikula</td></tr> <tr> <td>++</td><td>Jako pozitivna reakcija</td><td>Eritem + infiltracija + papule + vezikule</td></tr> <tr> <td>+++</td><td>Ekstremno pozitivna reakcija</td><td>Eritem + infiltracija + papule + slivene vezikule i bule</td></tr> <tr> <td>IR</td><td>Iritantna reakcija</td><td></td></tr> </table> Reakcija može biti: <ul style="list-style-type: none"> Lažno pozitivna – ukoliko se testira u toku naleta dermatitisa ili na rekonsilijentnoj koži Lažno negativna – usled <i>nedovoljno dugog praćenja, istovremene terapije kortikosteroidima, neadekvatne koncentracije antigema</i> Ovo testiranje se izvodi: <ul style="list-style-type: none"> Radi dijagnoze <i>alergijskog kontaktog dermatitisa</i> Rad diferencijalne dijagnoze <i>alergijskog i irritantnog kontaktog dermatitisa</i> 	NT	Nije testirano		-	Negativna reakcija		? +	Sumnjiva reakcija		+	Slabo pozitivna reakcija	Eritem + infiltracija + papule bez vezikula	++	Jako pozitivna reakcija	Eritem + infiltracija + papule + vezikule	+++	Ekstremno pozitivna reakcija	Eritem + infiltracija + papule + slivene vezikule i bule	IR	Iritantna reakcija	
Anamneza	Uzimati podatke o profesiji, navikama, svakodnevnim aktivnostima, o uzimanju određene terapije;																											
Pregled cele kože	Potreban, jer lokalizacija lezije može ukazati na mogući alergen																											
Epikutano testiranje ("Patch test")	<ul style="list-style-type: none"> Mogu se koristiti: <i>standardna, profesionalna ili ciljana baterija alergena</i> Izvođenje: <ul style="list-style-type: none"> Alergen – uzima se u koncentraciji koja <i>ne iritira</i>, a sposobna je da <i>izazove imunološku reakciju</i> Zdrava koža (gornji deo leđa) – alergen se aplikuje pomoću <i>filter papira</i> i prekriva <i>specijalnim flasterom</i> Odstranjivanje alergena – vrši se nakon 48h Čitanje rezultata – obavlja se 48,72, 96h kao i 7 dana po postavljanju ispitivane supstance Interpretacija: <table border="1"> <tr> <td>NT</td><td>Nije testirano</td><td></td></tr> <tr> <td>-</td><td>Negativna reakcija</td><td></td></tr> <tr> <td>? +</td><td>Sumnjiva reakcija</td><td></td></tr> <tr> <td>+</td><td>Slabo pozitivna reakcija</td><td>Eritem + infiltracija + papule bez vezikula</td></tr> <tr> <td>++</td><td>Jako pozitivna reakcija</td><td>Eritem + infiltracija + papule + vezikule</td></tr> <tr> <td>+++</td><td>Ekstremno pozitivna reakcija</td><td>Eritem + infiltracija + papule + slivene vezikule i bule</td></tr> <tr> <td>IR</td><td>Iritantna reakcija</td><td></td></tr> </table> Reakcija može biti: <ul style="list-style-type: none"> Lažno pozitivna – ukoliko se testira u toku naleta dermatitisa ili na rekonsilijentnoj koži Lažno negativna – usled <i>nedovoljno dugog praćenja, istovremene terapije kortikosteroidima, neadekvatne koncentracije antigema</i> Ovo testiranje se izvodi: <ul style="list-style-type: none"> Radi dijagnoze <i>alergijskog kontaktog dermatitisa</i> Rad diferencijalne dijagnoze <i>alergijskog i irritantnog kontaktog dermatitisa</i> 	NT	Nije testirano		-	Negativna reakcija		? +	Sumnjiva reakcija		+	Slabo pozitivna reakcija	Eritem + infiltracija + papule bez vezikula	++	Jako pozitivna reakcija	Eritem + infiltracija + papule + vezikule	+++	Ekstremno pozitivna reakcija	Eritem + infiltracija + papule + slivene vezikule i bule	IR	Iritantna reakcija							
NT	Nije testirano																											
-	Negativna reakcija																											
? +	Sumnjiva reakcija																											
+	Slabo pozitivna reakcija	Eritem + infiltracija + papule bez vezikula																										
++	Jako pozitivna reakcija	Eritem + infiltracija + papule + vezikule																										
+++	Ekstremno pozitivna reakcija	Eritem + infiltracija + papule + slivene vezikule i bule																										
IR	Iritantna reakcija																											
DD	<p><i>Iritantni kontaktni dermatitis</i> - promene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Oštije ograničene</i> <i>Ne šire se na zdravu kožu,</i> <i>Više peku nego što svrbe!</i> 																											

Lečenje	Opšte mere	<ul style="list-style-type: none"> Izbegavanje kontakta sa alergenom i iritativnim supstancama Ukoliko su promene na šakama izbegavati pripremu određene hrane bez zaštitnih rukavica : <i>pradajz, voćni sokovi, neka povrća.</i> Obolele površine prati <i>blagim sapunom bez mirisa ili rastvorom hipermangana</i> Kada se smire promene i dalje treba izbegavati kontakt sa alergenima i irritansima i <i>trajno upotrebljavati emolijentne kremove</i> 		
	Opšte lečenje	Opšta kortikosteroidna terapija		Prednizon: 40-60 mg/dan, 2-3 nedelje
		Sedirajući antihistaminici		Za svrab
	Lokalno lečenje	Akutni oblici	Kortikosteroidni kremovi II i III grupe	1-2 x dnevno, sve dok promene u potpunosti ne isčeznu; što je 3-8 nedelja
		Emolijensi		Uvode se nakon isčezavanja promena i redovno se koriste
		Hronični oblici	Kortikosteroidni kremovi II i III grupe + Emolijensi	Koriste se <i>istovremeno</i> , sve do kliničkog smirenja; Posle toga se daju naizmenično do isključenja kortikosteroidnih masti
			Blagi keratolitici	kod slučajeva s jačom hiperkeratozom
			Kortikosteroidni kremovi I i II grupe	Aplikuju se na lice i pregibe, jer je u ovim predelima barijerna funkcija kože niska
		KS. masti + antibiotici		U slučaju superinfekcije stafilokokom

II Dermatitis e contactu irritativa

Neimunološka inflamatorna reakcija, koja nastaje posle izlaganja kože toksičnim hemikalijama

Etiologija	Najčešće izazvan preteranom upotrebom sredstava za pranje		
	Anjonske supstance sredstva za pranje --> emulguju i odstranjuju masti --> dolazi do odstranjivanja:		
	1. Površinskog emulzionog omotača kože 2. Intercelularnih lipida st. corneuma 3. Lipidnih komponenti korneocita	Usled ovoga se gubi barijerna funkcija rožastog sloja	
		Agresivne toksične materije dospevaju do živog <i>epiderma i derma</i>	
		↓ Dolazi do zapaljenske reakcije	
	* Na sličan način deluju i <i>organski rastvarači, kiseline i baze.</i>		
Klinički	Akutni oblik		Hronični oblik
Uzrok	<i>Jači</i> iritansi (posle 1-2 kontakta)		<i>Blaži</i> iritansi (posle ponavljanih aplikovanja)
Lokalizacija	Promene ne prelaze na susednu kožu niti dolazi do diseminacije		Gotovo po pravilu lokalizovano na šakama
Promene	Inflamacija s eritemom, edemom, vezikulama, vlaženjem i krustama * U težim slučajevima ulceracije i nekroza		<ul style="list-style-type: none"> • <u>Prvo: suvoća i pucanje kože</u> • <u>Kasnije: eritem, deskvamacija, zadebljanje kože</u> sa naletima akutnih promena;
DD	Dermatitis e contactu allergica		
	Histološki	<i>Površnja vezikula, Intercelularni edem i prisustvo polimorfonukleara u infiltratu</i>	
	Klinički	Promene su ograničene na mestu kontakta Brže se povlače po odstranjuvanju uzroka Primena indiferentnih kremova ima <i>dobar efekat</i>	
Lečenje	Lokalno	Kortikosteroidni kremovi (II i III grupa), nakon njih indiferentni kremovi tipa V/U Rad sa zaštitnim rukavicama	

III Dermatitis atopica

Atopija	Kompleksan poremećaj kojeg karakterišu: <ul style="list-style-type: none"> • Sklonost ka stvaranju visokog titra IgE • Porodična pojava • Udruživanje respiratornih i kožnih manifestacija 	Atopijski dermatitis	* Hronični recidivirajući ekcem, čije su dominantne odlike <i>svrab i suva koža</i>
Etiologija	<p>Multifaktorijsko nasledno oboljenje, nepoznat tip nasleđa</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ukoliko: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oba roditelja imaju atopijski dermatitis – 81% je šansa da se javi i kod deteta ▪ Oboleo samo jedan roditelj - 56% je šansa da se javi i kod deteta – Mechanizam nastanka: <ol style="list-style-type: none"> A. <u>Imunološki poremećaj:</u> disbalans između Th1 i Th2 limfocita <ul style="list-style-type: none"> • <u>Th2-limfoci:</u> preko svojih <i>citokina</i> indukuju sintezu Alergen-specifičnih IgE --> IgE se vezuje za mastocite i dendritične ćelije --> pri narednom kontaktu sa alergenom doći će do degranulacije mastocita • <u>Th1-limfoci:</u> inhibiraju sintezu IgE i smanjuju Th2 odgovore • Kod atopijskog dermatita postoji <i>povišena reaktivnost Th2-ćelija</i> --> stvara se više IgE --> javlja se degranulacija mastocita --> dolazi do <i>inflamacije</i> B. <u>Blok β-adrenergičkih receptora:</u> takođe učestvuje u nastanku atopijskog dermatita – Provocirajući faktori: <i>iritacija</i> (sapun, vuna, znoj), <i>emotivni stres</i>, <i>infekcija</i>, <i>klima</i> (vlaga, hladnoća), <i>Alergija</i> (polen, dermatophagoïdes, kontaktna alergija) 		
Opšti simptomi	Prisutni: <i>nervna ekscitabilnost, nesigurnost, natprosečna inteligencija, stalni osećaj hladnoće, paradoksalna vazokonstrikcija – beli dermografizam</i>		
Koža	<p><i>Suva, bez sjaja, ↑ permeabilnost, ↑ PH, konstitucionalno iritabilna</i> * prisutan vrlo jak pruritus --> osoba se češe --> stvara se <i>circulus vitiosus</i> svrab-češanje-svrab</p>		
Tok	<p>Hroničan s periodima egzacerbacije i remisije * Kod većine pacijenata dolazi do remisije <i>posle puberteta ili do 30. godine života</i></p>		
tipovi	Eczema infantum	Prurigo Besnier	Difuzni atopijski dermatitis
Klin.slika	od 0-2. godine života	posle 2. godine čivota	Kod odraslih
Lokalizacija	<i>Obrazi, čelo, barda; centralni deo lica pošteđen</i> * Može se proširiti na <i>kapilicijum, pregibe i predeo članka, a u najtežim slučajevima dolazi do generalizacije oboljenja</i>	<i>Kubitalni i poplitealni pregibi, vrat, okolina zglobova, ali i u drugim predelima</i> * Promene se mogu razviti iz <i>prethodne forme ili nastati de novo</i>	Lihenifikovani plakovi: <i>Pregibi i anogenitalna regija, ali i drugi delovi kože</i> + Pruriginozni čvorovi + Tragovi češanja + Hronični ekcem: <i>Šake i/ili stopala</i> + Inflamacija oko očiju
Izgled	Eksudativne i ekcemskog tipa * Nejasno ograničene plaže sa <i>eritemom, edemom, papulo-vezikulama, vlaženjem i krustama</i> * Na trupu mogu biti numularnog izgleda! * Svrab može biti toliko intenzivan da onemogućava spavanje!	Plakovi * <i>Nejasno ograničeni, lihenifikovani i sa deskvamacijom</i> * Na ovim lezijama se povremeno javljaju akutni ekcemske naleti	
Tok	Spontano se povlači krajem 2. godine života kod 50% dece	/	/
<ul style="list-style-type: none"> • Bronhijalna astma i/ili polenski rinitis – često se razvija kod atopije, kao posledica preosetljivosti na polen • Alopecia areata – može se javiti kao udruženo oboljenje; njen tok je <i>ozbiljan</i> 			

Klinički znaci atopijskog dermatitisa:		
Major znaci		Minor znaci
1. Pruritus 2. Tipična morfologija i lokalizacija 3. Hronični recidivirajući tok 4. Pozitivna porodična ili lična atopijska anamneza (<i>astma, rinitis, AD</i>)		1. Kseroza, ihtioza; pozitivni <i>scratch testovi</i> na multiple alergene 2. Visok serumski IgE 3. Početak pre 5. godine života 4. Sklonost ka kožnim infekcijama 5. Nespecifični dermatitis šake i stopala 6. Ekczemske promene na areoli dojke 7. Heilitis 8. <i>Pityriasis alba</i> – hipopigmentovani okrugli ili ovalni plakovi sa sitnom mekinjastom deskvamacijom 9. Bledo lice
Komplikacije	Nastaju usled infekcije stafilocokama (kolonizacija) ili virusima (snižen celularni imunitet) * Eczema herpeticum – nastaje usled superinfekcije HSV; lezije zahvataju celu kožu i podsećaju na <i>varičelu</i> . <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Opšte stanje-poremećeno:</u> visoka temperatura; mogu se javiti vriemija i encefalitis ▪ Može ugroziti život bolesnika, naročito ako se javi kod male dece! 	
Laboratorija	<i>Eozinofilija + povišen titar IgE</i>	
Dijagnoza	Pošto nema kliničkih, histoloških ili laboratorijskih markera za AD, da bi se postavila dijagnoza potrebna su bar 3 "major" i 3 "minor" znaka! * Mogu se koristiti <u>RAST test ili Intrakutanji testovi</u> – za utvrđivanje alergen specifičnih IgE antitela; rezultati ovih testova su negativni kod 20% pacijenata sa kliničkom dijagozom	
DD	<i>Kontakti iritantni i alergijski dermatitis + seboroični dermatitis i miliaria rubra</i> kod odojčadi	
Lečenje	Opšte mere	<ul style="list-style-type: none"> • Odstraniti provočujuće faktore • Često se preporučuje hipoalergenska dijeta
	Opšte lečenje	Sedirajući H1 antihistaminici Smanjuju svrab i obezbeđuju bolji san; ne treba ih davati <i>maloj deci</i>
		Ciklosporin A Izrazito efikasan imunosupresivni agens, ali se treba давати само kod <i>ozbiljnih slučajeva</i>
		Oralni i intramuskularni kortikosteroidi Pri prekidu terapije se javlja "rebound-fenomen"
		Antibiotici Daju se kod <i>akutnih oblika</i> , čak i kad nema znakova superinfekcije
	Lokalno lečenje	Fototerapija i Fotohemoterapija Sprovodi se: UVA, UVB, PUVA, UVA + UVB, UVA-1
		Lokalni kortikosteroidni preparati Brzo smiruju tegobe, ali s obzirom na hroničan tok bolesti, trebaju se давати oprezno: <ul style="list-style-type: none"> • <u>U početku:</u> primenjivati jače oblike LKS (III grupa) jednom dnevno, paralelno sa emolijensima • <u>Kasnije:</u> preći na <i>alternativno lečenje</i> i LKS u potpunosti zameniti emolijentnim kremovima
		Oblozi od fiziološkog rastvora Mogu se давати u akutnoj fazi bolesti Imaju <i>antiinflamatorno i antipruriginozno dejstvo</i>
		Katranski preparati Daju se kod hrničnih slučajeva zajedno sa LKS
		Superinfekcija bakterijama (najčešće stafilocokama) <ul style="list-style-type: none"> • Izrazito je česta i ne može se prevenirati • Ukoliko se javi, koriste se: fusidična kiselina, eritromicin – oralno
		Superinfekcija virusima Leči se uobičajeno tacrolimus + ascomycin

IV Eczema dyshidroticum

Dishidroza tj. dishidrotični ekzem – predstavlja ekscemsku reakciju čiji je izgled uslovjen anatomskim karakteristikama zahvaćenih predela		
Uzroci	Poznate etiologije	Alergijski kontakti dermatitis, iritantni kontakti dermatitis, <i>Tinea pedis</i> , mikidi na šakama uz dermatofitiju stopala
	Idiopatski	
Javlja se	Najčešće oko 40. godine života; ponekad je sezonskog karaktera (proleće, jesen)	
Lokalizacija	<i>Dlanovi, tabane i bočne strane prstiju</i> Promene mogu preći na dorzum šaka i stopala	
Izgled	Dishidrotične vezikule *Predstavljaju osnovne promene; zbog debelog rožastog sloja ne prominiraju i nisu translidicne!!	
	Dyshidrosis	Ovako se naziva ukoliko nedostaje inflamatorna komponenta – eritem
	Eczema dyshidroticum	Okoliko se vezikule javljaju na eritematoznoj ili eritemo-skvamoznoj podlozi * Kod ovog oblika razvijaju se krusto-skvame, hiperkeratoza s bolnim ragadama i naleti dishidrotičnih vezikula .
Pruritus	Prisutan	
Superinfekcije	Česte	
Lečenje	Lokalni kortikosteroidni preparati – daju se u fazi stvaranja vezikula, a nakon njih emolijentni kremovi	

	V Dermatitis coccica (Eczema infectiosum)	VI Eczema nummulare (Nummulus = novčić)
Uzrok	<i>Mikrobi ili proizvodi njihovog metabolizma</i> * Bakterijska flora kod ovog dermatitisa se razlikuje samo kvantitativno od normalne flore	<i>Fokalne infekcije, lokalne fizičke i hemijske traume</i> * U detinstvu, ovaj ekzem može biti klinička manifestacija atopije!
Dodatno	Predisponirajući faktori: <i>maceracija, znojenje, frikcija odećom, cirkularni poremećaji</i>	Patch-testovi – po pravilu negativni Oboljenje je češće kod odraslih
Lokalizacija	<i>Veliki pregibi, u okolini inficiranih rana i fistula</i>	<i>Ekstremiteti, šake, stopala, ređe na trupu</i>
Izgled	Plakovi (ploče) * <i>Jasno su ograničeni, eritematozni i macerisani sa impentigizovanim krustama i krusto-skvamama</i> * <i>Na ivici ploča – nalaze se pustule i deskvamacija u vidu "ogrlice"</i> * <i>U pregibima – nalate se duboke i bolne ragade</i>	Plakovi (ploče) * <i>Okrugli ili ovalni, jasno ograničeni</i> • <i>Akutna faza:</i> na njima se vidi eritem sa vezikulama, vlaženje i krusto-skvame • <i>Kasnije:</i> slikom dominira deskvamacija
Tok	Pri dužem trajanju promena može se javiti <i>senzibilizacija prema mikroorganizmu ili primjenjom leku</i> --> ovo je praćeno diseminacijom promena	Hroničan - promene vrlo uporne i pokazuju tendenciju ka <i>recidivima</i>
Lečenje	<ul style="list-style-type: none"> • Pranje i lokalna antibiotska terapija • Kortikosteroidne masti koje sadrže antibiotik – koristi se u težim slučajevima 	<ul style="list-style-type: none"> • Opšte: kod diseminovanih i teških oblika – glukokortikoidi • Lokalno: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Akutna faza bolesti: antiseptične boje + kortikosteroidni kremovi ▪ Hronična faza bolesti: kortikosteroidni unguenti + katrani u cink-pasti ili inguentu

* **Stasis dermatitis** – poseban oblik koji se javlja kod varikognog kompleksa!

4. Eritemoskvamozne dermatoze

I Psoriasis vulgaris			
„Psora“ = „Svrab“ na grčkom, a preko 80% pacijenata ne oseća pruritus!!			
Psorijazu karatkeriše:	Hiperproliferacija keratinocita	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Normalan epiderm</u>: potrebno je 28-56 dana da keratinocit dospe iz st. basale u st. corneum ▪ <u>Psorijaza</u>: „turnover time“ je svega 3-4 dana Broj mitoza je 9-12 puta veći nego u normalnom epidermu! 	
	Inflamatorne promene	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Epiderm</u>: neutrofilni polimorfonukleari ▪ <u>Derm</u>: mononuklearne ćelije 	
Etiologija	1. Genetski faktori	<ul style="list-style-type: none"> * 30 % pacijenata ima pozitivnu porodičnu anamnezu * Psorijaza je genetski heterogena * Tip nasleđivanja: <ul style="list-style-type: none"> ○ Autozomno-dominantan, sa smanjenom ili varijabilnom penetrantnošću ○ Poligenetski • HLA-Cw6 – pronađen kod 80% pacijenata sa <i>psoriasis guttata</i> – akutni, eruptivni oblik psorijaze • HLA-B13 i HLA-b17 – povećana je učestalost ovih alela kod osoba obolelih od psorijaze 	Rizik oboljevanja od psorijaze
			Oba roditelja obolela 50-70%
			Jedan roditelj oboleo 25%
			Jedan roditelj i jedan brat ili sestra 31%
			Jedan brat ili sestra oboleli 17%
Etiologija	2. Imunološki poremećaji	Neki, do sada ne identifikovani antigeni se prezentuju u koži --> dolazi do <i>aktivacije limfocita</i> --> ti limfociti:	
		A. Oslobađaju određene medijatore (citokini) kojima privlače i aktiviraju druge ćelije --> nastaju <i>inflamatorne promene</i> B. Oslobađaju interferon gama --> on indukuje ekspresiju HLA-DR antigena i intercelularnog adhezionog molekula 1 (ICAM-1) na keratinocitima --> mononuklearne ćelije prepoznaju ove antigene --> aktiviraju se i oslobađaju proinflamatorne medijatore i faktore rasta --> pospešuje se <i>hiperproliferacija keratinocita</i> i nastanak <i>inflamacije</i>	
		* Moguće je da organizam reaguje na antigene usled <i>ukrštene reakcije</i> koja se javlja nakon prelezane <i>bakterijske</i> (streptokok) ili <i>virusne infekcije</i> (retrovirusi) * Ciklosporin A – lek koji <i>inhibira imunski odgovor posredovan ćelijama</i> , ima dobar terapijski efekat po psorijazu; ovo dodatno ide u prilog tezi da se u osnovi patogenestkog mehanizma nalazi imunološki proces.	
Etiologija	3. Biohemijски poremećaji	U keratinocitima psorijatičnog porekla:	
		<ul style="list-style-type: none"> • <u>↓ odnos cAMP/cGMP</u> --> ↑ je cGMP što stimuliše hiperproliferaciju epidermalnih ćel. • <u>↑ faktori rasta, IL-6 i TGF</u> --> ↑ koncentracija <i>poliamina</i> u ćelijama --> pospešuje hiperproliferaciju ćelija • <u>↑ aktivnost fosfolipaze A</u> --> ↑ količina arahidonske kiseline --> pošto je smanjena aktivnost <i>ciklooksigenaze</i>, veća količina ove kiseline se vezuje za <i>lipooksigenaze</i> --> stvaraju se leukotrijeni koji su moćni hemiotaktici za <i>neutrofile</i> 	

Etiologija	Provokativni faktori	Bakterijska infekcija gornjih respiratornih puteva	– Naročito infekcija streptokokama – Izaziva erupciju u formi <i>psoriasis guttata</i> – najčešće kod dece ili mlađih osoba!
		Retrovirusi	<i>Infekcija HIV-om</i> značajno pogoršava kliničku sliku PV ili dovodi do njene prve ekspresije!
		Medikamenti	Soli litijuma Pogoršavaju kliničku sliku ili dovode do erupcije PV
			β-blokatori ↓aktivnost <i>adenilatne ciklaze</i> --> remeti se odnos cAMP/cGMP --> ↑ cGMP --> proliferacija keratinocita
			NSAIL Blokiraju <i>ciklooksigenazu</i> --> dolazi do skretanja puta arahidonske kiseline ka <i>lipooksigenazi</i>
		Sis.antimalarici	Takođe pogoršavaju sliku PV
		Trauma	Različiti stimulusi: <i>mehanički, hemijski, infektivni, inflamatori</i> --> mogu provocirati nastanak <i>psorijatičnih promena</i>
		Psihološki faktori	Stres --> oslobađa se <i>supstancija P</i> sa nervnih završetaka --> degranulacija mastocita koji su već prisutni u dermu --> niz biohemijskih i strukturnih promena --> ispoljavanje PV
Oboleli	Bilo kog životnog doba, ali najčešće između 10. i 20. godinе života Podjednako i muškarci i žene, ali se kod žena ranije ispoljava nego kod muškaraca		
Podela	Na osnovu kliničke slike	Akutni, eruptivni oblik	Još se naziva i <i>psoriasis punctata/guttata</i>
		Hronični, stacionarni oblik	Može se manifestovati kao različite forme PV sa manjim ili većim plakovima
		Pustulozni oblici	Mogu biti lokalizovani ili generalizovani
	Prema veličini promena koje dominiraju kliničkom slikom	<i>Psoriasis punctata</i>	eflorescencije oko 2-3 mm, kao <i>tačka</i>
		<i>Psoriasis guttata</i>	eflorescencije oko 0.5 – 1 cm, kao <i>kap vode</i>
		<i>Psoriasis nummularis</i>	eflorescencije oko 3-4 cm, kao <i>metalni novčić</i>
		<i>P. in placibus ili en plaques</i>	eflorescencije promera nekoliko cm
		<i>Psoriasis geographicā</i>	Veći broj plakova koji se sliva, dajući sliku sličnu geografskoj karti
		<i>Erythrodermia psoriatica</i>	Ukoliko je eritemom i skvamama prekriveno > 90% površine kože!
A. Klasična psorijaza			
Predilekciona mesta	<i>Kapilicijum, ekstenzorne strane ekstremiteta</i> – naročito laktovi i kolena, <i>Lumbosakralni predeo</i> * Kod obolelih osoba i klinički normalna koža je izmenjena --> lezije se mogu javiti na bilo kom mestu!		
Izgled	Plakovi ili papule <i>Jasno ograničene, ovalne ili kružne, prekrivene sedefasto-beličastom neadherentnom skvamom</i> * Promene su simetrične i može biti samo jedna ili na stotine promena koje se međusobno sливаву		
Fenomeni	Fenomen kapi sveće	Kiretiranje --> vazduh prodire između slojeva skvame --> skvama postaje <i>bela i neprozračna</i> --> liči na kap voska * Ovaj fenomen nastaje zbog izražene parakeratoze u kornealnom sloju	
	Fenomen krvave rose -Auspitz	Kiretiranje --> odstranjuju se vrhovi visokih i tankih papila --> dolazi do <i>povrede krvnih sudova</i> koji se tu nalae --> javlja se krvarenje iz vrha svake papile u vidu „ <i>krvave rose</i> “	
	Koebnerov (izomorfni) fenomen	Povrede različite prirode dovode do pojave psorijatičnih promena raspoređenih <i>linearno</i> ili na <i>drugi geometrijski način</i>	

Kapilicijum	<ul style="list-style-type: none"> Predstavlja jedno od predilekcionih mesta za PV Promene se mogu manifestovati na dva načina: <ol style="list-style-type: none"> <i>Jasno ograničene promene, sa izraženom beličasto-žućkastom skvamom</i> <i>Difuzni eritem sa deskvamacijom</i> <u>Dlaka:</u> najčešće je <i>normalna</i>, mada se može javiti i <i>psorijatična alopecija</i> Ukoliko se promene jave isključivo na kapilicijumu, diferencijalna dijagnoza može biti veoma teška, naročito prema <i>seboroičnom dermatitisu</i> 																													
Nokti	<p style="text-align: center;"><i>Mogu biti zahvaćeni tokom poznatog oboljenja ili biti prvi znak bolesti</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Zahvaćeni</td><td style="width: 85%;"><i>Svi nokti ili samo jedan</i></td></tr> <tr> <td>Izgled</td><td> <ul style="list-style-type: none"> Punktiformne impresije (tačkasta udubljenja) – veličine 1-2 mm, ovo noktu daje izgled „naprstka za šivenje“ Oniholiza – odlubljivanje nokatne ploče od lektulusa u distalnom delu Fenomen uljane kapi – cirkumskriptna oniholiza u centralnom delu nokta; ovo deluje kao <i>kap ulja</i> koja se nalazi ispod nokta. <p>* Kod težih i diseminovainih oblika: zadebljani, žućasti, neprozirni i trošni nokti sa subungvalnom hiperkeratozom</p> </td></tr> </table>	Zahvaćeni	<i>Svi nokti ili samo jedan</i>	Izgled	<ul style="list-style-type: none"> Punktiformne impresije (tačkasta udubljenja) – veličine 1-2 mm, ovo noktu daje izgled „naprstka za šivenje“ Oniholiza – odlubljivanje nokatne ploče od lektulusa u distalnom delu Fenomen uljane kapi – cirkumskriptna oniholiza u centralnom delu nokta; ovo deluje kao <i>kap ulja</i> koja se nalazi ispod nokta. <p>* Kod težih i diseminovainih oblika: zadebljani, žućasti, neprozirni i trošni nokti sa subungvalnom hiperkeratozom</p>																									
Zahvaćeni	<i>Svi nokti ili samo jedan</i>																													
Izgled	<ul style="list-style-type: none"> Punktiformne impresije (tačkasta udubljenja) – veličine 1-2 mm, ovo noktu daje izgled „naprstka za šivenje“ Oniholiza – odlubljivanje nokatne ploče od lektulusa u distalnom delu Fenomen uljane kapi – cirkumskriptna oniholiza u centralnom delu nokta; ovo deluje kao <i>kap ulja</i> koja se nalazi ispod nokta. <p>* Kod težih i diseminovainih oblika: zadebljani, žućasti, neprozirni i trošni nokti sa subungvalnom hiperkeratozom</p>																													
Histologija	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><i>St. corneum</i></td><td colspan="2" style="width: 70%; text-align: center;"><i>Hiperkeratoza parakeratotskog tipa</i> Munro-Sabouraudovi mikroapscesi – grupisani ostaci nukleusa neutrofila</td></tr> <tr> <td><i>St. granulosum</i></td><td colspan="2" style="text-align: center;">Nedostaje</td></tr> <tr> <td rowspan="2" style="width: 30%;"><i>St. spinosum</i></td><td style="width: 35%; text-align: center;">Predeo interpapilarnih pupoljaka</td><td style="width: 35%; text-align: center;"><i>hiperplazija ćelija – akantoza</i></td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">Iznad nivoa papila</td><td style="text-align: center;"><i>stanjen epiderm</i></td></tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">* <i>Neutrofili</i> – migriraju iz kapilara u vrhovima dermalnih papila ka višim slojevima epiderma, pa se mogu videti i između keratinocita <i>st. spinosuma</i></td></tr> <tr> <td><i>Epidermodermalna granica</i></td><td colspan="2" style="text-align: center;">Jasna</td></tr> <tr> <td><i>Bazalna membrana</i></td><td colspan="2" style="text-align: center;">Nije zadebljala</td></tr> <tr> <td><i>Papile derma</i></td><td colspan="2" style="text-align: center;"><i>Visoke i tanke</i></td></tr> <tr> <td><i>Krvni sudovi</i></td><td colspan="2" style="text-align: center;"><i>Dilatirani i tortuozni</i></td></tr> <tr> <td><i>Perivaskularno</i></td><td colspan="2" style="text-align: center;"><i>Edem</i> i umereno izražen inflamatorični infiltrat koga čine <i>limfociti i histiociti</i></td></tr> </table>	<i>St. corneum</i>	<i>Hiperkeratoza parakeratotskog tipa</i> Munro-Sabouraudovi mikroapscesi – grupisani ostaci nukleusa neutrofila		<i>St. granulosum</i>	Nedostaje		<i>St. spinosum</i>	Predeo interpapilarnih pupoljaka	<i>hiperplazija ćelija – akantoza</i>	Iznad nivoa papila	<i>stanjen epiderm</i>	* <i>Neutrofili</i> – migriraju iz kapilara u vrhovima dermalnih papila ka višim slojevima epiderma, pa se mogu videti i između keratinocita <i>st. spinosuma</i>			<i>Epidermodermalna granica</i>	Jasna		<i>Bazalna membrana</i>	Nije zadebljala		<i>Papile derma</i>	<i>Visoke i tanke</i>		<i>Krvni sudovi</i>	<i>Dilatirani i tortuozni</i>		<i>Perivaskularno</i>	<i>Edem</i> i umereno izražen inflamatorični infiltrat koga čine <i>limfociti i histiociti</i>	
<i>St. corneum</i>	<i>Hiperkeratoza parakeratotskog tipa</i> Munro-Sabouraudovi mikroapscesi – grupisani ostaci nukleusa neutrofila																													
<i>St. granulosum</i>	Nedostaje																													
<i>St. spinosum</i>	Predeo interpapilarnih pupoljaka	<i>hiperplazija ćelija – akantoza</i>																												
	Iznad nivoa papila	<i>stanjen epiderm</i>																												
* <i>Neutrofili</i> – migriraju iz kapilara u vrhovima dermalnih papila ka višim slojevima epiderma, pa se mogu videti i između keratinocita <i>st. spinosuma</i>																														
<i>Epidermodermalna granica</i>	Jasna																													
<i>Bazalna membrana</i>	Nije zadebljala																													
<i>Papile derma</i>	<i>Visoke i tanke</i>																													
<i>Krvni sudovi</i>	<i>Dilatirani i tortuozni</i>																													
<i>Perivaskularno</i>	<i>Edem</i> i umereno izražen inflamatorični infiltrat koga čine <i>limfociti i histiociti</i>																													
B. Psoriasis inveterata	C. Psoriasis inversa																													
Označava „stare“, nelečene plakove sa <i>debelim, beličastim i adherentnim skvamama</i>	<ul style="list-style-type: none"> <u>Lokalizacija:</u> <i>pregibne površine – aksilarno, submamarno, ingvinalno, glans, interglutealno</i> <u>Izgled:</u> plakovi živo-eritematozni, jasno ograničeni, bez skvama; površina im je sjajna i često macerisana! 																													
D. Psoriasis pustuloza																														
Eksudativna forma oboljenja sa klinički vidljivim pustulama																														
Lokalizovani oblici	Psoriasis pustulosa generalisata (von Zumbusch)																													
<p>A. Psoriasis cum pustulatione – kod ovog oblika dolazi do erupcije <i>nefolikularnih pustula</i> na plakovima <i>psoriasis vulgaris</i></p> <p>B. Psoriasis pustulosa palmo-plantaris – kod ovog oblika na dlanovima i/ili tabanima nastju <i>pustule sa žućkastim sadržajem</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Nagli početak: <ul style="list-style-type: none"> Eritem – prvo zahvata veliku površinu kože Nefolikularne žućkaste pustule – javljaju se na eritematoznoj osnovi; one se mogu slivati gradeći „jezerca“ ispunjena pustom Pustule se javljaju u <i>atacima</i>, jedan za drugim: prvo se jave u <i>gornjim delovima (vrat, toraks)</i> a zatim se talas promena širi ka <i>trbuhu i donjim ekstremitetima</i>. Oboljenje je praćeno <i>teškim opštim stanjem</i> i febrilnošću i ako se ne leči može biti <i>letalno</i>! 																													

Histologija	<p>Svi pustulozni oblici se karakterišu prisustvom spongiformne pustule (Kogoj-Lapiere)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Njen sadržaj je u potpunosti sterilan ▪ Predstavlja kolekciju <i>neutrofilnih polimorfonukleara u stratumu spinosumu</i> ▪ Osim kod pustuloznih oblika psorijaze, može se naći i kod <i>lingua geographica</i> i nekih oblika <i>kandidijaze</i> <p>*** Diferencijalna dijagnoza ***</p> <p>Druge eritemoskvamozne dermatoze, <i>papuloskvamozni sifilidi, eczema nummulare, lichen ruber planus i tinea cutis glabrae</i></p> <p>*** Lečenje psorijaze ***</p> <p>Pacijenti koji imaju <i>lokalizovanu formu</i> treba da se leče lokalnom terapijom, a ukoliko su promene <i>diseminovane ili generalizovane</i> primenjuje se opšta terapija ili kombinacija lokalna + opšta terapija</p>			
Lokalna terapija	Lekovi	Način primene	Dejstvo	Ostalo
	Keratolitici <i>salicilna kiselina</i>	2x dnevno u koncentraciji 5-10% u nekom neutralnom ekscipijensu ; pacijent se kupa 1x dnevno i tako skida skvame;	Keratolitičko	Terapija traje 5-7 dana a zatim se prelazi na sredstva koja deluju <i>antiinflamatorno i/ili antiproliferativno</i>
	Cingolin	cc 0.1 – 2% sa podlogom u vidu <i>paste, masti ili krema</i> Primenjuje se u kratkom vremenskom periodu tokom 10-15 minuta „short contact therapy“	<i>Antiproliferativno</i> <i>Antiinflamatorno</i>	Neželjena dejstva: <ul style="list-style-type: none">• <i>Iritacija kože</i>• <i>Prolazno boji kožu</i>• <i>Trajno boji odeću</i>
	Preparati katrana	U <i>sirovom obliku</i> ili kao <i>rafinisani preparati bez mirisa</i>	<i>Antiproliferativno</i> <i>Fotosenzibilizatori</i>	Imaju slab antipsorijatički efekat!
	Topikalni kortikosteroidi	U formi <i>masti</i> 2 x dnevno; Terapija traje 2-3 nedelje	<i>Antiinflamatorno</i> <i>Antiproliferativno</i>	Koriste se ukoliko je zahvaćeno < 20% kože
	Kalcipotriol (analog vitamina D)	Koristi se u formi <i>masti</i> 2 x dnevno	/	Koriste se ukoliko je zahvaćeno < 40% kože
	Tazaroten (retinoid)	/	Redukuje skvamu i debljinu plaka	Eitem je rezistentniji na ovu terapiju
	Emolijenti, indiferentni kremovi	* koristni u svim fazama bolesti, koriste se naizmenično sa diferentnim topikalnim lekovima kao i u kombinaciji sa sistemskom terapijom		
Ultraljubičasti zraci		<ul style="list-style-type: none"> – U terapiji se koriste UVB zraci (talasna dučina 290-320 nm) – Primjenjuje se kao: <ul style="list-style-type: none"> ○ Monoterapija ○ Goec-kermanova procedura: UVB + ktran ○ Ingramova procedura: UVB + cingolin 		
PUVA terapija		<ul style="list-style-type: none"> – Daje se psoralen per os, a 2h kasnije pacijent se izlaže UVA-zracima (320-400nm) – Ovo se radi 2-4 puta nedeljno, a da bi se postigla <i>remisija</i> potrebno je 20-25 <i>seansi</i> terapije i kumulativna doza UVA od oko 100 J/cm^2 – Remisija se potom održava primenom PUVA terapije 1 x nedeljno ili 1 u dve ned. – Lokalna primena psoralena: pacijent se kupa u kadi s psoralenom 15 minuta pre ekspozicije UVA zracima – Re-PUVA = kombinacija PUVA + retinoidi – Najteži slučajevi: Re-Puva + metotreksat ili ciklosporin A 		

Opšta terapija	Antibiotici	Daju se na početku terapije kod pacijenta sa <i>akutnim, eruptivnim oblicima PV</i> kod kojih je potvrđena prethodna bakterijska, streptokokna infekcija gornjih respiratornih puteva Koriste se: bipenicilin, ampicilin, eritromicin
	Metotreksat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10mg – 25mg nedeljno; <i>per os, intramuskularno ili intravenski</i> ▪ Efekti: <ul style="list-style-type: none"> ○ Antimetabolički: inhibira prelazak dihidrofolne u tetrahidrofolnu kiselinu --> inhibicija hiperproliferacije keratinocita ○ Antiinflamatorno
	Acitretin (retinoid)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0.3-0.5 mg/kg tt; doza se povećava u intervalu od 3-4 nedelje, max do 0.75 mg/kg ▪ Teratogena svojstva – zato se kod žena u germinativnom periodu daje uz kontracepciju sve vreme lečenja + dve godine od prestanka terapije
	Ciklosporin A	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2.5-3 mg/kg , a može se povećati do 5mg/kg ▪ Imunosupresivni efekat: vezuje se za intracelularni <i>ciklofilin</i> --> inhibicija transkripcije gena za IL-2
	Anksiolitici	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MOgu se primeniti: diazepam, lorazepam ili drugi benzodiazepini

II Dermatitis seborrhoica – eczema seborrhoicum

Hronični i recidivirajući dermatitis

Etiologija	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pityrosporum ovale – lipofilna kvasna gljivica; <ul style="list-style-type: none"> ○ On je član rezidentne flore kože, a najviše ga ima u <i>seboroičnim regionima lica i trupa</i> ○ Smatra se da ima imunogena – može da aktivira sistem komplementa i hemiotaktička svojstva; tako da je moguće da ima udela u nastanku ovog dermatitisa ▪ Lojne žlezde – ovaj dermatits se manifestuje u periodu <i>aktivnosti sebecealnih žlezda</i>, ali ne mora uvek biti praćen hiperseborejom! 	
Oboleli	<p>3. i 4. decenija života, češće kod muškaraca</p> <p>* Dermatitis seborrhoica infantum – u prvim mesecima života i dalje su prisutni <i>androgeni</i> od majke --> oni stimulišu aktivnost lojnih žlezda --> javlja se ovaj dermatitis; on prolazi kada se isroše preostali androgeni majke i u daljem detinjstvu se <i>ne javlja!</i></p>	
Lokalizacija	<u>Predilekciona mesta:</u> <i>kapilicijum, predeo obrva, čelo, nazolabijalne brazde, spoljašnji ušni kanal, retroaurikularne brazde, presternalni i interskapularni predeo</i>	<u>Mogu se lokalizovati i u pregibima:</u> <i>aksilarno, submamarno, pregibi trbuha kod gojaznih osoba, perianalni</i>
Izgled	<p>nejastno ograničen, bled Eritem</p> <p>+ žućkasto-beličasta Skvama masnog izgleda</p> <p>* mogu se dormirati i eritematozni plakovi!</p>	<p>relativno jasno ograničen eritem</p> <p>+ sjajna površina, BEZ skvame!</p>
Kapilicijum		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Skvama može biti <i>pitirijaziformna</i> ili <i>psorijaziformna</i> ▪ Corona seborrhoica – uključuje jasno ograničene promene na čelu ▪ Pityriasis sicca capitidis – neinflamatorna varijanta seboroičnog dermatitisa kod kog NEMA eritema, a postoji samo <i>pitirijaziformna, neadherentna skvama</i> – „perut“
Blepharitis seborrhoica		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eritem ivica očnih kapaka sa izraženom žućkastom skvamom ili krustoskvamom
Dermatitis coccica in seborrhoico		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Predstavlja sekundarnu <i>impetiginizaciju</i> seboroičnog dermatitisa ▪ Javljuju se žućkaste krusto-skvame
Diseminovani/generalizovani oblici		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Javljuju se kod pacijenata sa AIDS-om ▪ Obično su rezistentni na terapiju

Tok	Hroničan i recidivirajući tok Leto --> intenzivna solarna radijacija --> promene se <i>poboljšavaju ili povlače</i>		
DD	* Naročito je teško razlikovati kada su promene <i>lokalizovane samo na kapilicijumu</i> --> često se ne može napraviti jasna diferencijalna dijagnoza --> takvi slučajevi se označavaju kao sebopsoriasis		
Lečenje	Lokalna terapija	Imidazolski preparati (ketokonazol)	Koriste se u bliku krema za kožu ili šampona za kosu
		Hidroksikortizon	1% ili 2.5% 2x dnevno;
		Šamponi sa cinki piritinom, selenijum sulfidom, derivatima katrana	Koriste se za pranje kose
		Fluorisani kortikosteroidi	Mogu se koristiti kao kratkotrajna terapija na kapilicijumu * Za ostalu kožu ih ne treba koristiti!
		Antimikotici + kortikosteroidi	Mogu se koristiti kao kombinovana terapija
		Topikalni ili sistemski antibiotici	Koriste se u slučaju sekundarne infekcije

III Pityriasis rosea - Gilbert			
Etiologija	Nije razjašnjena * Smatra se da je posredovana <i>virusnom infekcijom</i> zbog toga što: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oboljenje ima sezonski karakter – javlja se u proleće i jesen ▪ Postoje mini-epidemije ove bolesti ▪ Najčešće postoji samo jedna epizoda oboljenja – kao da ostavlja „imunitet“ 		
Oboleli	Najčešće adolescenti i mlade odrasle osobe * Bolest može biti praćena pruritusom		
Bolest	Početak	„Plaque initiale“ – inicijalni plak, početna pločica tj. „herald patch“ – ploča glasnik <ul style="list-style-type: none"> ▪ Najčešća lokalizacija: <i>bočna strana trupa ili vrat</i> ▪ Solitaran, jasno ograničen, ovalan, eritematozan plak često <i>anularnog izgleda</i>; ▪ Skvama – nalazi se na površini plaka, <ul style="list-style-type: none"> ○ Beličasta, raspoređena po periferiji u vidu <i>ogrlice „collerette“</i>; ○ Adherentna – ka spoljašnjoj srani promene ○ Neadherentna – ka unutrašnjoj strani promene 	„Medaljoni“
	2 nedelje kasnije	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Javljuju se na <i>trupu</i> ▪ <i>Diseminovani</i>, manji, ovalni plakovi; distribuirani su tako da im je duža osa paralelna sa osom rebra --> njihov raspored podseća na „grane jelke“ ▪ Medaljoni morfološki imitiraju karakteristike inicijalni plak 	
	Spontano povlačenje	Rezidualne hiperpigmentovane ili hipopigmentovane makule * Ostaju nakon spontanog povlačenja bolesti, što je najčešće 6-8 nedelja od početka promena	
	*PR irritata – predstavlja <i>diseminovanu/generalizovanu</i> formu koju prati <i>jak pruritus</i> <ul style="list-style-type: none"> • Nastaje ukoliko se lokalno primenjuju <i>iritansi</i> ili ako se pacijent kupa <i>agresivnim sapunima</i> i vrućom H_2O 		
DD	Inicijalni plak	tinea corporis, seboroični dermatitis	
	Kasnija faza	Diseminovani numularni ekzem, eruptivni oblici psorijaze, makulozni i papulozni sifilidi	
Lečenje	Pošto se bolest spontano povlači, koristiti samo emolijentne kremove ili mixturu agitanda <ul style="list-style-type: none"> ★ Sedativni antihistaminici - U slučaju da je pruritus izražen, daju se <i>per os</i> ★ Dero steroidni kremovi II i III grupe mogu se primenjivati lokalno ★ Izbegavati kupanje <i>iritantnim sapunima</i> i vrućom <i>vodom</i> i korišćenje <i>grubog peškira</i> 		

5. Eritrodermije

Erythrodermia

Ne predstavlja entitet, već kliničku sliku kod koje je **eritemom zahvaćeno najmanje 90% kože**;

U najvećem broju slučajeva pored eritema postoji i **skvama ili krusto-skvama**

Etiologija

Odrasli		Deca			
1. Različiti oblici ekcema (dermatitisa) 30-40%		1. Dermatitis seborrhoica infantum			
2. Psorijaza 25%		2. Dermatitis atopica			
3. Lekovi: <i>sulfonamidi, antimalarici, penicilin, izoniazid, kaptopril, cimetidin</i> 10-20%		3. Ichthyosis congenita			
4. Limfomi I leukemije (hematodermije) 5-15%		4. Staphylococcal salded skin syndrome (SSSS)			
5. Pityriasis rubra pilaris 1%		5. Uzroci eritrodermije odraslih			
6. Pemphigus foliaceus 0.5%					
7. Druge dermatoze: <i>lichen planus, scabies norvegica</i> 0.5%					
8. Neutvrđena etiologija- " idiopatske eritrodermije " 8-30%					
Oboleli	Najčešće stariji od 45 godina; češće oboljevaju muškarci				
Bolest	Može nastati: <ul style="list-style-type: none"> ○ Generalizacijom prethodno postojeće dermatoze (npr. ekcem, psorijaza) – jednostavna dijagnoza ○ Sama od sebe, bez prethodnih promena – tada je dijagnoza teža 				
	Početak bolesti	Koža	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eritrodermija – javlja se naglo; nasaju makule, papule ili plakovi koji se međusobno slivaju --> čitava koža postaje eritematozna pose 12-48h <ul style="list-style-type: none"> * <i>Intenzitet eritema</i> može varirati iz dana u dan, ali i u toku jednog dana ▪ Skvama – javlja se posle <i>nekoliko dana</i>; ona može biti <i>pitirijaziformna, psorijaziformna, lamelozna</i> a može postojati i krusto-skvama 		
		Ostalo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Drhtavica I febrilnost – javlja se u početku eritrodermije: nagla vazodilatacija --> odaje se velika količina toplove --> a telo <i>drhtanjem</i> pokušava da nadoknadi izgubljenu toplotu ▪ Hipotermija – duga vazodilatacija perifernih krvnih sudova --> odaje se velika količina toplove --> telo upada u hipotermiju ▪ Pruritus – često je izražen, a naročito kod <i>ekcemske eritrodermije i hematodermije</i> 		
	Posle par nedelja	Koža	Postaje infiltrovana i/ili lihenifikovana		
		Kosa	Može da se proredi ili da opadne		
		Nokti	Postaju transverzalno izbratzdani ii uzurisani		
		Dlanovi I tabani	Često postoji debela hiperkeratoza sa ragadama		
	* Limfni čvorovi – obično su uvećani I kod pacijenata koji nemaju limfom – lymphadenopatia dermatopathica				
Posledice eritrodermije	Hemodinamski poremećaji	Nastaju usled vazodilatacije krvnih sudova kože: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ↑ je protok krvi kroz kožu --> ovo opterećuje srce --> insuficijencija miokarda „high output cardiac failure“ ▪ ↑ je odavanje toplove --> hipotermija ▪ ↑ je gubitak tečnosti preko transpiracije --> dehidracija 			
	Metabolički poremećaji	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deskvamacija ćelija --> gubi se velika količina <i>proteina i gvožđa</i> --> hipoalbuminemija i hemosideremijska anemija ▪ Oslabljen je imunitet --> česte infekcije kože i respiratornog trakta <p>*Jedan od najčešćih uzroka smrti kod ovog stanja je pneumonija</p>			

Idiopatska eritrodermija (primarna erioderma)	<ul style="list-style-type: none"> – Forma bolesti kod koje etiologija nije utvrđena ni posle najdetaljnijih ispitivanja – Uvek se mora razmišljati o <i>početku neke hematodermije</i> – 6 x je češća kod muškaraca nego kod žena, a pacijenti su <i>starijeg životnog doba</i> 				
Eritrodermija koja nastaje kao poslida uzimanja lekova	Ima <i>dobru prognozu</i> ukoliko se lek odmah identificuje i uvede odgovarajuća terapija				
Ekcemska, psorijatična i idiopatska eritrodermija	Mogu trajati <i>mesecima, godinama</i> sa čestim <i>egzacerbacijama</i>				
Lečenje	Opšte mere	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sprečiti suvišno odavanje topote ▪ Rehidratacija i korekcija elektrolitnog disbalansa ▪ Nadoknada proteina i gvožđa ▪ Ako postoji <u>insuficijencija miokarda</u>, treba je <i>adekvatno lečiti</i> ▪ Zaustaviti sve <i>lekove koji nisu od vitalnog značaja</i> – jer je moguće da je neki od lekova izazvao eritrodermiju 			
	Lokalna terapija	<p align="center">Emolijentna sredstva + topikalni kortikosteroidi II I III klase</p> <p>* U psorijatičnoj eritrodermiji ne koristiti topikalne kortikosteroide!</p>			
	Opšta terapija	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td align="center">Antibiotici</td> <td align="center">ako postoje znaci bakterijske superinfekcije</td> </tr> <tr> <td align="center">Opšta kortikosteroidna terapija</td> <td align="center">Ne sme se primenjivati kod <i>psorijatične eritrodermije</i>, pa se umesto toga daju metotreksat, retinoidi ili ciklosporin A</td> </tr> </table>	Antibiotici	ako postoje znaci bakterijske superinfekcije	Opšta kortikosteroidna terapija
Antibiotici	ako postoje znaci bakterijske superinfekcije				
Opšta kortikosteroidna terapija	Ne sme se primenjivati kod <i>psorijatične eritrodermije</i> , pa se umesto toga daju metotreksat, retinoidi ili ciklosporin A				

*** Erythrodermia desquamativa (Leiner-Moussous) ***						
Predstavlja formu generalizovanog seboroičnog dermatitisa u neonatalnom periodu ili u prva 2-3 meseca života						
Etiologija	<p>Nastaje generalizacijom tipičnog infantilnog seboroičnog dermatitisa</p> <p>*Postoji:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Nefamilijarni oblik</i> ○ <i>Familijarni oblik</i> – ovde otkriven funkcionalni deficit C5 komponente komplementa 					
Bolest	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td align="center">Koža</td> <td align="center">Generalizovani eritem sa žućkastom skvamom, masnog izgleda</td> </tr> <tr> <td align="center">Ostalo</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Opšte stanje deteta – najčešće <i>očuvano</i> ▪ Pruritus – obično <i>odsutan</i> ili <i>diskretan</i> ▪ <i>Imunodeficijencija</i> – može postojati, ali ne mora; <p>*Ukoliko postoji javlja se dijareja i dete ne napreduje u težini</p> </td> </tr> </table>		Koža	Generalizovani eritem sa žućkastom skvamom , masnog izgleda	Ostalo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opšte stanje deteta – najčešće <i>očuvano</i> ▪ Pruritus – obično <i>odsutan</i> ili <i>diskretan</i> ▪ <i>Imunodeficijencija</i> – može postojati, ali ne mora; <p>*Ukoliko postoji javlja se dijareja i dete ne napreduje u težini</p>
Koža	Generalizovani eritem sa žućkastom skvamom , masnog izgleda					
Ostalo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opšte stanje deteta – najčešće <i>očuvano</i> ▪ Pruritus – obično <i>odsutan</i> ili <i>diskretan</i> ▪ <i>Imunodeficijencija</i> – može postojati, ali ne mora; <p>*Ukoliko postoji javlja se dijareja i dete ne napreduje u težini</p>					
Prognoza	<i>Dobra</i> ukoliko je imunitet deteta očuvan					
DD	<i>Eritrodermija u sklopu atopijskog dermatitisa, kongenitalne ihtioziformne eritrodermije</i>					
Lečenje	Lokalna terapija	Antibiotičke masti	Koriste se zbog bakterijske superinfekcije			
		Imidazolski kremovi	Imaju <i>antiinflamatorna svojstva</i> i efekat na <i>P. ovale</i>			
		Preparati katranja i hidrokortizon	Takođe se mogu koristiti zbog svojih <i>antiinflamatornih svojstava</i>			
	<i>Svakodnevno kupanje običnim ili antisepitičkim sapunima + odstranjivanje skvama</i>					
	Opšta terapija	Antibiotici (cefalosporini ili eritromicin) – per os u slučajevima da je klinički jasna bakterijska superinfekcija!				

6. Papulozne dermatoze

Osnovna eflorescencija je **papula**, koja može biti:

Epidermalna	<i>Verrucae planae juveniles</i>
Dermalna	<i>Strophulus infantum</i>
Epidermo – dermalna	<i>Lichen ruber planus</i>

I Verrucae planae juveniles

* Opisuju se sa virusnim dermatozama

II Strophulus infantum

Akutna pruriginozna bolest dece, izazvana ujedom insekata

Etiologija	Ujed insekta (posebno <i>buve</i> i <i>komarci</i>) --> dolazi do senzibilizacije --> javlja se preosetljivost * U kasnijim godinama dolazi do desenzibilizacije tako da promene iščezavaju u predškolskoom uzrastu	
Oboljevaju	Deca od 2. – 7. godine života; obično se javlja u toku <i>leta</i> i <i>jeseni</i>	
Promene	Lokalizacija	Otkriveni predeli, posebno <i>gornji</i> i <i>donji ekstremiteti</i>
	Izgled	prvo eksudativne papule --> zatim vezikule (bifazična pojava) Raspoređene su <i>linearno</i> ili <i>u grupama</i> na mestu ujeda insekta
	Pruritus	* Bula – javlja se kod jače reakcije preosetljivosti i to prvenstveno na <i>tabanima</i> i <i>dlanovima</i>
		* Pojedinačni elementi traju <i>nekoliko dana</i> , ali se javljaju novi naleti što značajno produžava tok oboljenja!
Superinfekcija	Česta , najčešće su u pitanju pikokne bakterije	
Lečenje	Opšte mere	Mreže na prozorima – zaštita od ujeda insekata
	Lokalno lečenje	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Blaga antipruriginozna sredstva – mixtura agitanda sa 1% mentolom ▪ Blagi antisepsički rastvori – sol. eosini aquosa 2% ▪ Kortikosteroidni kremovi s antibiotikom – daju se ukoliko je prisutan izrazito snažan pruritus; primenjuju se vrlo kratko! ▪ Antibiotičke masti – u slučaju bakterijske superinfekcije
	Opšte lečenje	Oralni antihistaminici

III Lichen ruber planus

Etiologija	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Provocirajući faktor</u>: najčešće je nepoznat, mada se kod nekih slučajeva navode <i>lekovi</i> i <i>virusna infekcija</i>. ▪ <u>Mehanizam</u>: u osnovi je imunološka reakcija celularnog tipa: Iz nepoznatih razloga se javlja <i>limfocitotoksični proces</i> --> dolazi do oštećenja <i>ćelija stratum basale</i> --> bazalne ćelije odumiru <i>apoptozom</i> --> <ul style="list-style-type: none"> a) Odstranjuju se <i>transepidermalno</i> b) "otkapavaju" u derm kao "koloidna tela" ▪ Reakcija lihenoidnog tipa si javlja kod <i>graft-versus-host-reaction</i>
Oboleli	Pretežno odrasli, nema predilekciju za pol

	Lokalizacija	Izgled
Klinički	Predilekciona mesta: <i>fleksorne strane doručja i podlaktica, perimaleolarni i lumbalni predeli; i svi ostali delovi kože izuzev lica</i>	<p>Papule</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malih dimenzija, poligonalne baze, ravne i sjajne gornje površine; boja varira od ružičaste do ljubičaste i mrke ▪ Mogu biti: <ul style="list-style-type: none"> • Pojedinačne • Slivene u mozaične ploče – na njihovoj periferiji su rasute sitne lihenske papule (“lihenska prašina”)
	<i>Fleksorne strane ruku</i>	Ovde je rožasti sloj tanak --> na ravnoj površini papule se vidi beličasta mrežica – Wickamove strije
	Površine izložene trenju: <i>pretibijalni i perimaleolarni predeo</i>	Hiperstrofične i hiperkeratotične promene – hipertrofični ili verukozni lichen ruber planus
	<i>Trup, doralna strana jezika, penis</i>	Mogu se sresti anularni elementi
	<i>Kapilicijum</i>	Oboljenje za sobom ostavlja atrofičnu alopeciju
	<i>Nokti</i>	Najčešće promenjeni u vidu longitudinalne izbrazdanosti
	<u>Sluzokože: zadnji deo bukalne sluznice, jezik, usne, genitalna i analna sluzokoža</u>	<p>Mogu se videti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Fenomen mrežice” – najčešće ▪ Leukoplakiformne ploče ▪ Anularni elementi
	<ul style="list-style-type: none"> * Mehanička trauma – provočira nastajanje tišičnih <i>lihenskih papula</i> i to na površini na koju je delovala; Nastale promene su obično <i>linearno raspoređene – izomorfni fenomen – Koebner</i> * Promene mogu biti <i>ograničene</i> na predilekciona mesta, mogu se <i>diseminovati</i> ili <i>generalizovati</i>, a u najtežim slučajevima mogu dati sliku eritrodermije 	
Tok	<p>Hroničan tok s naletima svežih elemenata (može trajati mesecima ili godinama)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Spontano povlačenje – moguće, kod 97-98% bolesnika je izlečeno do kraja života – Mrka ili ljubičasta pigmentacija – ostaje nakon smirivanja, a posle par meseci se i ona povlači! 	
Histologija	Epiderm	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hiperkeratoza ortokeratotskog tipa ▪ Granuloza – neravnomerno izraženo proširenje granulognog sloja; ona je podloga kliničkog simptoma “fenomen mrežice”: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mesta gde je granulogni sloj zadebljao --> ne provodi se ružičasta boja papule LRP --> bela petlja mreže ○ Masta gde je granulogni sloj normalne debeline --> boja papule se provodi --> eritematozna okca mreže ▪ Pseudoakantoza – proširenje spinognog sloja, na račun <i>povećanja zapremine spinognih ćelija</i>.
	Derm	<p>Široke kupolaste papile + gust limfocitni infiltrat + eozinofilna “koloidna tela”</p> <p>* Kolidna tela nastaju usled <i>apoptoze keratinocita iz bazalnog sloja</i></p>
DD	<i>Psoriasis vulgaris</i> – kod nje nema “lihenske prašine”	
Lečenje	Lokalno	<p>Kortikosteroidi za lokalnu upotrebu (LKS) III i IV grupe</p> <p>Predstavljaju terapiju izbora i mogu se davati u različitim oblicima:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ LKS III grupe pod okluzivnim zavojem – za verukozni lihen ▪ Intralezioni LKS – kod upornih promena ▪ Oralne paste sa KS – kada su promene lokalizovane na sluzokožama
	Opšte	<p>Koriste se kod proširenih oblika:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prednisolon : 0.5-1 mg/kg/dan 1-2 nedelje, doze se postepeno ↓ do završetka terapije ▪ Etretinat, acitretin, izotretinooin ▪ Fotohemoterapija (PUVA); Ciklosporin A – kod teškog erozivnog oblika LRP

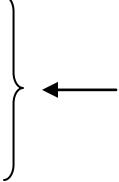
7. Neželjene reakcije na lekove

Neželjene reakcije na lekove

- Javljuju se **7-21 dan** posle uzimanja leka, a pri ponovnom uvođenju uzročnog leka, do erupcije će doći posle 48h
- Povlače se spontano
- Klinička slika:
 - Ima širok opseg: od blage erupcije do teških oboljenja koje ugrožavaju život
 - Može se manifestovati u vidu *specifične promene ili imitirati/pogoršavati mnoga oboljenja kože*

I Toksični i alergijski egzantemi

Naleti generalizovanih kožnih promena, koji nastaju naglo, a raspoređeni su simetrično i ravnomerno

Etiologija	Uzročnici	Lekovi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Antibiotici (<i>ampicilin</i>) 2. Sulfonamidi 3. Analgetici 4. Barbiturati 5. Fenitoin 6. Drugi lekovi 	 <p>Treba imati u vidu da se ovi lekovi i najčešće propisuju!</p>			
	Inkubacioni period	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obično se javljaju 7 dana po uvođenju leka (duži od urtikarialne reakcije) ▪ <i>Penicilin</i> – može indukovati promene i posle 2 i više nedelja! 				
	Mehanizam	<p>Može biti <i>metabolički</i> i <i>imunološki</i> posredovan Mogu biti posledica: <i>IV tipa preosetljivosti</i> ali mogu biti i <i>nealergijske</i> i <i>pseudoalergijske</i> prirode</p>				
Oboleli	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Češće: <i>žene, stariji pacijenti, "spori acetilatori"</i> ▪ <i>HIV-bolesnici</i> – 1000 x češće nego kod opšte populacije! 					
Lokalizacija	<p>Zahvataju kožu svih predela! Ne zahvata sluzokože!</p>					
Opšti simp.	<p><i>Pruritus + blaga febrilnost</i> (u nekim slučajevima)</p>					
Prema izgledu:	Skarlatiniformni egz. <i>Prostrane eritematozne plaže</i> , bez polja zdrave kože	Morbiliformni egzantem <i>Eritematozne makule</i> Mogu sливати у <i>ploče</i> * Vide se zone normalne kože	Rozeoliformni egzantem <i>Makule</i> Okrugle, bledo-ružičaste, diskretne, dijametra oko 1 cm	Makulo-papulozni egz. <i>Papule</i> ili <i>Plakovi</i> Eksudativni, eritematozni, lako uzdignuti		
Tok	<p>Spontano se povlače u toku 2 nedelje</p>					
Dijagnoza	Anamneza	<p>Treba biti detaljna kako bi se prikupili podaci o suspektnom leku</p>				
	Testovi	<i>In vivo testiranje (patch i scratch testovi)</i>	Mogu biti korisni za utvrđivanje uzročnog leka, ali nije pouzdano i bezbedno			
		<i>In vitro testiranje (test transformacije limfoblasta)</i>	Nije siguran			
		<i>Ekspozicija suspektnom leku</i>	Ne preporučuje se			
		<i>Alergološko testiranje</i>	Može se sprovesti ukoliko je neophodno			
DD	<p><i>Virusni egzantemi</i> – kod njih nisu očuvane sluzokože i pruritus nije prisutan</p>					
Terapija	Lakši oblici	<p>Lokalna kortikosteroidna terapija + antipuruginozni medikamenti</p>				
	Teži oblici	<p>Sistemski kortikosteroidi</p>				

II Syndroma Lyell (Toksična epidermalna nekroliza)

Najteži oblik medikamentozne reakcije, koja ugrožava život

Histološki: nekroza epitelnih ćelija; Klinički: odlubljivanje epiderma i sluzokoža

Etiologija	Uzročnici	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lekovi – najčešći uzročnici oboljenja i nalaze se u oko 80% slučajeva; <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Sulfonamidi</i> – najčešći izazivači ▪ <i>NSAIL</i> ▪ <i>Antikonvulzivni lekovi</i> 2. Infekcije – virus 3. Graft-versus-host- reakcija 4. Idiopatski oblici
	Mehanizam	<ul style="list-style-type: none"> – Smatra se da nastaje kao <i>reakcija imunske hipersenzitivnosti</i> – Konstitucija samih osoba je bitna: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Svi su spori acetilatori ◦ Enzimski defekt citohroma p450 – nađen je kod određenog broja predisponiranih – Genetska predispozicija – takođe postoji: <i>HLA B-12, HLA-DR-4</i>
Bolest		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prodromi: <i>griposno stanje</i> koje traje 2-3 dana ▪ Sluzokože: prve bivaju zahvaćene: dolazi do <i>nekroze epitelia</i> --> konjuktivitis, erozija bukalne i anogenitalne sluznice <ul style="list-style-type: none"> * U daljem toku bolesti promene će zahvatiti <i>trahealnu, ezofagealnu i bronhijalnu sluznicu</i> --> mogu se javiti komplikacije na unutrašnjim organima! ▪ Koža: biva zahvaćena ubrzo nakon sluzokoža: javlja se erupcija makula --> one se međusobno sливaju u tamno-eritematozne i bolne plaže sa mltavim bulama --> odlubljuju se veliki delovi epiderma --> poprima se izgled „<i>oparene kože</i>“ ili <i>opekotina</i> <ul style="list-style-type: none"> * Preko ovako oštećene kože se gube <i>tečnost, proteini i elektroliti</i> * Nikolsky znak jako pozitivan! – pri pritisku prstom epiderm se lako odlubljuje ▪ Opšte stanje: izrazito teško: <i>Malaksalost, groznica, visoka temperatura</i> ▪ Komplikacije: <ul style="list-style-type: none"> * Mogu se javiti veoma ozbiljni hematološki poremećaji: <i>leukopenija, trombocitopenija i anemija</i> * Oštećen epitel je podložan infekciji --> superinfekcija --> sepsa
Prognoza	Nepovoljan ishod	kod 25-30% bolesnika završava se letalno
	Povoljan ishod	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erozije epitelizuju posle 4-5 nedelja; ▪ Može se javiti trajna rezidua na konjuktivama – ona odgovara sindroma siccum
DD		SSSS: nema promena na sluzokožama, bula se nalazi u gornjem delu epiderma, bolje opšte stanje
Terapija		<p style="text-align: center;">Obavezna je <u>hospitalizacija pacijenta!</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zaustavlja se davanje suspektnog leka ▪ Nadoknada <i>tečnosti, albumina</i> i regulisanje <i>elektrolitne ravnoteže</i> ▪ Ishranu sprovoditi preko gastrične sonde ▪ Sistemsko lečenje kortikosteroidima – slabije se koristi jer favorizuje sepsu i usporava epitelizaciju ▪ Plazmafereza ▪ Intravenski imunoglobulin – koriste se u novije vreme ▪ Energična antibiotska terapija – radi sprečavanja superinfekcije

III Erythema fixum

Medikamentozna erupcija u vidu pigmentovanih makula kojima prethodi eritem i čija je lokalizacija fiksirana

Etiologija	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lekovi: <ul style="list-style-type: none"> – <i>Antibiotici</i> – <i>Sulfonamidski preparati</i> – <i>Salicilati</i> <p style="text-align: center;">} Unose se u organizam →</p> <p style="text-align: right;">Dolazi do određenih, do sada nerazjašnjenih reakcija</p> <p style="text-align: right;">↓</p> <p style="text-align: right;">Javljuju se karakteristične promene na površini kože/sluzokože</p>	
	<p>* Promene koje nastaju se pripisuju imunom celularnom odgovoru ali i citoloksičnom mehanizmu sa antitelima</p>	
Bolest	Inkub. period	Od uzimanja leka do pojave promena prođe u proseku 30 min – 48h
	Lokalizacija	Koža: posebno šake i usne ; Sluzokože: posebno genitalni predeo
	Promene	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plakovi: jasno ograničeni, edematozni i eritematozni, obično malobrojni <ul style="list-style-type: none"> – Prvi se javljaju i predstavljaju ranu inflamatornu fazu oboljenja – U ovoj fazi oštećeni keratinociti gube sposobnost fagocitoze melanozoma (<i>inkontinencija pigmenta</i>) --> pigment se spušta duboko u derm * U težim slučajevima, naročito na sluzokožama, mogu se javiti bule i vezikule ▪ Škriljasto-mrka pigmentacija: <ul style="list-style-type: none"> – Javlja se nakon povlačenja ranih promena – Pigmentacija prisutna usled spuštanja pigmenta u derm – Traje nedeljama i mesecima a zatim se i ona spontano povlači ▪ Ponovno uzimanje istog leka --> dovodi do ponovne inflamacije na istoj površini „fiksirana lokalizacija – erythema fixum“ --> nakon povlačenja inflamatornih promena ostaje pigmentacija, koja je nakon svakog recidiva <i>intenzivnija</i>! * Bolesnik može istovremeno biti osetljiv na više lekova, ali svaki lek daje <i>sopstvenu, striktnu lokalizaciju promena!</i>
Lečenje	Opšte mere	Detaljna anamneza, kako bi se pronašao i isključio odgovoran lek
	Lokalna terapija	<p style="text-align: center;">Kortikosteroidne masti</p> <p>* Na sluzokožama se uz ovo propisuje primena obloga od fiziološkog rastvora ili ispiranje fiziološkim rastvorom</p>
	Opšta terapija	Opšta kortikosteroidna terapija (retko je potrebna!)

8. Bulozne dermatoze

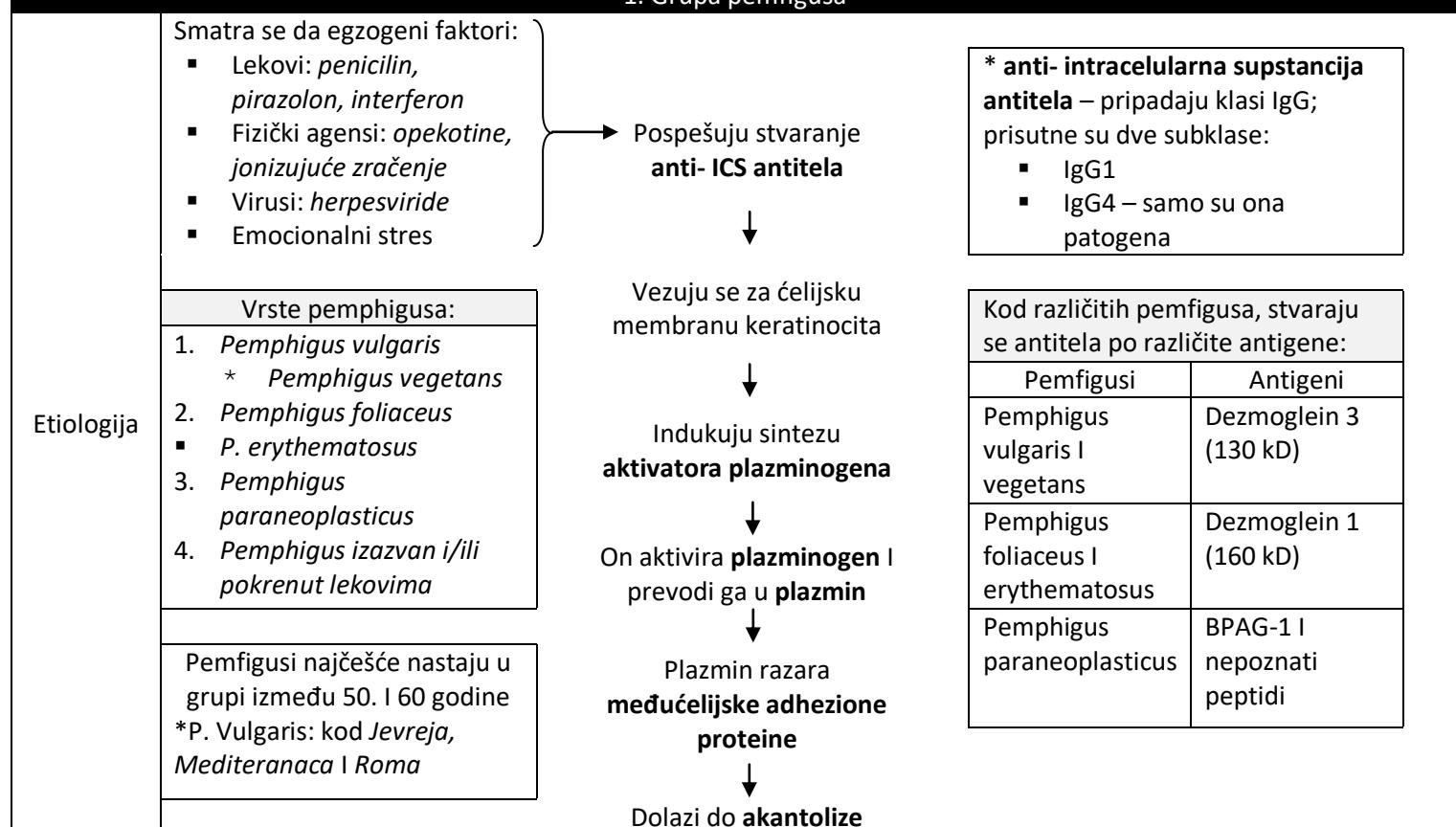
Etiološka podela buloznih dermatoza		
A. Nehereditarne bulozne dermatoze		B. Hereditarne bulozne dermatoze
Autoimune NBD <ol style="list-style-type: none"> Grupa pemphigusa Pemphigoid bullosus Dermatitis herpetiformis Duhring Linearna IgA dermatoza Epidermolysis bullosa acquista 	NBD infektivne i nepoznate etiologije <ol style="list-style-type: none"> Erythema multiforme (EM) Toksična epidermalna nekroliza (TEN) Morbus Ritter von Rittenshain (SSSS) NBD sa oštećenjem bubrega NBD sa komom NBD sa visokim dozama lekova 	<ol style="list-style-type: none"> Epidermolysis bullosa hereditaria Erythrodermia ichtyosiformis congenita bullosa

Podela na osnovu nivoa rascpa

Intraepidermalne	Subepidermalne
Grupa pemphigusa	<ol style="list-style-type: none"> Pemphigoid bullosus Dermatitis herpetiformis Duhring Linearna IgA dermatoza Epidermolysis bullosa aquista

Autoimune bulozne dermatoze

1. Grupa pemfigusa



		Pemphigus vulgaris	Pemphigus vegetans	Pemphigus foliaceus	Pemphigus erythematosus (Senear-Usher syndrom)
Osnovno			Benigna varijanta p. vulgaris-a		Lokalizovana forma p. foliaceus-a
Lokalizacija	Koža	<i>Trup, intertriginozne regije i kapilicijum</i>	Pregibi: naročito aksilarni i genito-kruralni	Seboroične regije: centralni delovi lica, skalp, presternalno itd.	Seboroične regije * Na licu imaju "leptir" distribuciju
	Sluzokoža	Kod 2/3 pacijenata primarne manifestacije su na <i>sluzokoži usne duplje</i> a zatim se šire na <i>farinks i larinks</i> * Takođe mogu biti zahvaćene: <i>kunjuktive, anus, penis, labia i retko ezofagus!</i>	U redim slučajevima mogu se javiti <i>oralne vegetacije</i>	Retko zahvaćene	Retko zahvaćene
Izgled	Bule – predstavljaju 1° efloresc. * One prskaju, tako de se intaktne bule ne viđaju --> bolne erozije nastaju na mestu prskanja bula --> sasušivanjem erozija nastaju kruste --> a nakon otpadanja krusti, ostaju rezidualne pigmentacije	Bule --> prskaju --> erodovane ploče --> one postaju <i>hipertrofične i verukozne</i> , javljaju se vegetacije : A. Hallopeau tip – ukoliko su prisutne od samog početka bolesti B. Neumann tip - vegetacije se javljaju u toku obolenja, na erodovanim pločama koje epitelizuju. * Vegetacije naročito prisutne u <i>intertriginoznim regijama, kapilicijumu, licu</i>	Bule * <i>Površne, mlijave, efemerne</i> (traju kratkotrajno) Eritemoskvamozni plakovi * <i>Eritematozni, vlažni</i> , nastaju prskanjem bula Eksfolijativna eritrodermija * Nastaje slivanjem eritemoskvamoznih plakova; * Kosa, obrve i trepavice su <i>proređene</i> , a nokti su <i>neravnii</i> !	Bule * <i>Površne, mlijave, predstavljaju primarnu eflorescenciju</i> Plakovi * Nastaju prskanjem bula, oni su <i>eritematozni, vlažni, krustoskvamozni!</i> * * Po kliničkim i imunološkim karakteristikama, ovaj oblik pemfigusa se preklapa sa <i>lupus erythematosusom!</i>	
Rascep	Intraepitelno – suprabazalno	Intraepitelno – suprabazalno	Intraepitelno – subkornealno (u stratum-u granulosumu)	Intraepitelno – subkornealno	
Komplikacije	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promene zahvataju veliki deo kože --> <i>gubitak tečnosti, elektrolita i proteina</i> + oštećena prirodna barijera --> <i>lokalne i opšte infekcije</i> ▪ Promene na farinksu i ezofagusu --> otežano gutanje --> <i>poremećaj nutricije</i> --> <i>pothranjenost, kaheksija i malaksalost</i> ▪ Promene na larinksu --> <i>promuklost, poremećaj disanja</i> ▪ Promene u anogenitalnom regionu --> <i>otežana defekacija i mikcija</i> 				
Tok	<p>Ako se ne leči, završava se letalno u toku 1-3 godine; u prve 2 odine letalni ishod se javlja zbog <i>komplikacija osnovnog obojenja</i>, a kasnije je češće posledica <i>neželjenih efekata kortikosteroidne terapije</i></p> <p><i>P. vegetans</i> – opšte stanje ne dugo očuvano; <i>P.foliaceus</i> i <i>P.erythematosus</i> imaju bolju prognozu i sporiju progresiju u odnosu na <i>P.vegerans</i></p>				
Histologija	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Akantoliza – usled imunološke reakcije dolazi do <i>prskanja međućelijskih veza između ćelija</i> --> <i>gubi se kohezija među ćelijama</i> --> ćelije se razdvajaju --> nastaje rascep ▪ Eozinofilna spongioza – javlja se još <i>pre akantolize</i>: <i>eozinofili</i> invadiraju epiderm --> grupišu se u jatima --> epidermalni eozinofilni apsesi 				

*** Dijagnoza ***		
Klinički	<ul style="list-style-type: none"> Nikolsky znak I – lateralnim pritiskom na klinički zdravu kožu, na periferiji bule dolazi do odlubljivanja epiderma neposredno uz bulu (kod pemfigusa je pozitivan) Nikolsky znak II – diskretnim pritiskom na krov bule dolazi do njenog širenja (takođe pozitivan) 	
Histološki	<ul style="list-style-type: none"> Citodiagnostički test – Tzank test: <ul style="list-style-type: none"> Služi za brzo dokazivanje akantolitičkih ćelija kod svih formi pemfigusa <u>Izvođenje</u>: uzima se se materijal sa dna bule --> pravi se razmaz --> posmatra se pod mikroskopom <u>Pozitivan test</u>: na razmazu se vide izolovane, pojedinačne, akantolitične ćelije: <ul style="list-style-type: none"> Jedro: hiperhromatično Citoplazma: perinuklearno – svetla; na ivici ćelije – tamna 	
Imunofluorescencija	DIF test (direktna IF)	<p>Dokazuju se patogena autoantitela in vivo, u <i>perilezionoj</i> i <i>klinički neizmenjenoj</i> koži:</p> <ul style="list-style-type: none"> Depoziti IgG – viđaju se kod svih formi pemfigusa, kod 100% pacijenata: <ul style="list-style-type: none"> Smešteni su u međućelijskim prostorima Imaju izgled "Mrežice" – retikularni depoziti Depoziti C3 – viđaju se kod 50% pacijenata; <ul style="list-style-type: none"> Naročito prisutni u <i>ranim akantolitičkim lezijama</i> * <i>Pemfigus Erythematosus</i> – javljaju se: <ul style="list-style-type: none"> granulirani, trakasti depoziti IgG i C3 Smešteni su duž <i>zone bazalne membrane</i> Ovo je slično nalazima kod pacijenata sa <i>lupus erythematoses</i>-om
	IIF test (indirektna IF)	<p>Traže se cirkulišuća IgG antitela specifična za intracelularnu supstancu epiderma</p> <ul style="list-style-type: none"> Mogu se detektovati kod <i>skoro svih</i> pacijenata, kod svih formi pemfigusa <u>Titar pemfigusnih antitela</u> – služi kao <i>pokazatelj aktivnosti pemfigusa</i>; na osnovu njega se prati bolest i usklađuje terapija!
*** Diferencijalna dijagnoza ***		
<p>Razlikovati ih od svih drugih <i>autoimunih buloznih dermatoz</i></p> <p><u>Oralne lezije kod P.vulgars</u>: reazlikovati od <i>morbus Behcet</i>, <i>erozivni lichen planus</i> (kod njih je Tzank test negativan)</p> <p><u>Vegetacije</u>: razlikovati od <i>tinea profunda capillitii</i></p> <p><u>P.foliaceus</u> i <u>P.erythematosus</u>: <i>lupus erythematosus</i> i <i>dermatitis seborrhoica</i></p>		

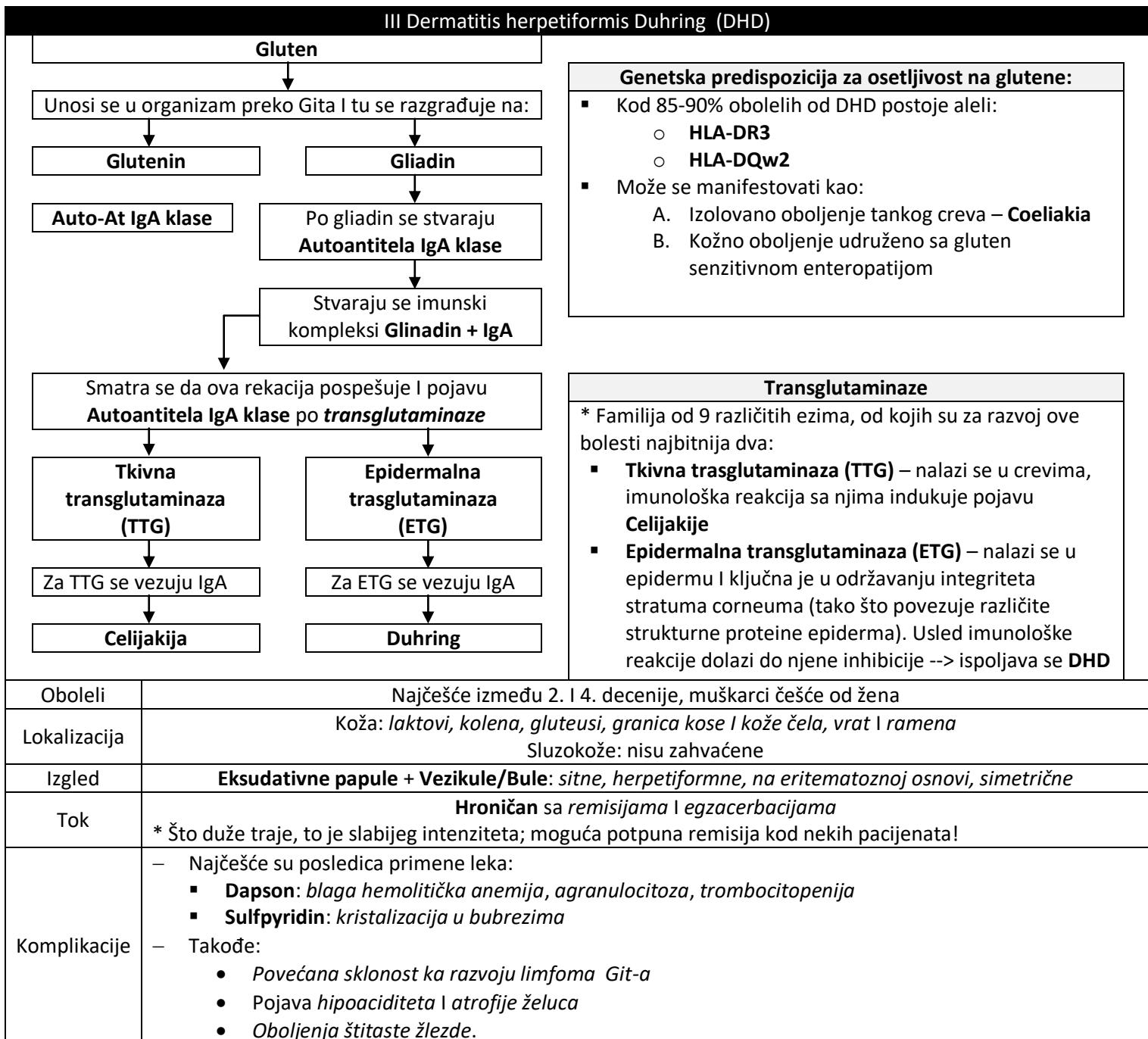
* Paraneoplastični pemfigus *		
<ul style="list-style-type: none"> Manifestuje se obimnim, bolnim erozijama na <i>svim sluzokožama</i> i polimorfnim promenama na koži Tok bolesti je <i>nepovoljan</i> i pored lečenja, zbog prisustva malignog procesa 		
* Pemfigus izazvan i/ili pokrenut lekovima *		
<ul style="list-style-type: none"> Inkubacioni period: jako dug, 4-12 meseci (period od uzimanja leka do pojave prvih kliničkih znakova) 		
Uzročnici	Tiolski lekovi	Netiolski lekovi
Primer	<i>penicilamin</i> (najčešći izazivač), <i>kaptopril</i> , <i>piritinol</i>	<ul style="list-style-type: none"> Pirazolonski derivati: <i>fenilbutazon</i>, <i>aminopirin</i>, Antibiotici: <i>penicilin</i>, <i>ampicilin</i>, <i>rifampicin</i>,
Ispoljavaju se kliničkom slikom	<i>Pemphigus foliaceus-a</i> i <i>Pemphigus erythematosus-a</i>	<i>Pemphigus vulgaris-a</i>
Po isključenju leka	Bolest regredira	<p>Bolest se <i>dalje razvija</i></p> <p>* Smatra se da lek stimuliše postojiću <i>predispoziciju za pemfigus</i> --> jednom aktiviran mehanizam, dalje progredira bez obzira na prisustvo leka</p>

***** Lečenje pemfigusa *****

Lokalna terapija	<p>Nije dovoljna za izlečenje bolesti, ali poboljšava komfor bolesnika!</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lokalna kortikosteroidna terapija – primenjuje se ukoliko su prisutne malobrojne lezije ▪ Lokalni antiseptici – primenjuju se kod <i>oralnih lezija</i> – smanjuju bol i olakšavaju unos hrane ▪ Kupanje, otvaranje bula, primena lokalnih antiseptičkih boja i lokalna primena antibiotskih masti – koriste se kako bi se sprečile sekundarne infekcije 		
Sisemska terapija	Sistemska kortikosteroidna terapija	<p>Početna doza treba biti dovoljno visoka da <i>spreči formiranje novih bula</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konvencionalna terapija <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Pemphigus vulgaris</i>: <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Akutna faza:</u> Prednizon: 40-60 mg/dan ○ <u>Ukoliko se promene generalizuju:</u> Prednizon: 100-200 mg ▪ <i>Pemphigus foliaceus I erythematosus</i>: potrebne su manje dnevne doze prednizona * Najčešće 4. nedelje od početka terapije --> proces stvaranja novih bula prestaje --> tada <i>postepeno snižavati dozu leka</i> (u korelaciji sa titrom)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pulsna terapija <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dekstametazon (100mg) ili Metilprednizon (500 mg) rastvoreni u 500 ml 5% dekstroze u vidu <i>spore intravenske infuzije (1-2h)</i>, 3 uzastopna dana! <ul style="list-style-type: none"> + Ciklofosfamid (500mg) u istoj infuziji, samo prvog dana ▪ Između pulseva, pacijent uzima samo Ciklofosfamid (50mg, per os) ▪ Ova terapija se ponavlja na <i>svake 4. nedelje (intervali od 28 dana)</i> sve do potpune kliničke remisije i 6 meseci posle remisije; ▪ Kada se prestane pulsna terapija, nastavlja se još ciklofosfamidom (50mg, per os) narednih <i>godinu dana</i>. 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imunosupresivna terapija <ul style="list-style-type: none"> ▪ Daju se zajedno sa kortikosteroidima: <ul style="list-style-type: none"> ○ Omogućava primenu manjih doza kortikosteroida --> manje komplikacija ○ Bolja kontrola bolesti 	<p>Azatioprin (2-3 mg/kg/dan) Ciklofosfamid (100-200 mg/dan); Metotreksat (25-30 mg)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Daju se zajedno sa kortikosteroidima: <ul style="list-style-type: none"> ○ Omogućava primenu manjih doza kortikosteroida --> manje komplikacija ○ Bolja kontrola bolesti 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plazmafereza <ul style="list-style-type: none"> ▪ Koristi se kod pacijenata: <ol style="list-style-type: none"> A. Koji daju loš terapijski odgovor na kortikosteroide sa imunosupresivima B. Koji su u životno ugroženi te nisu u mogućnosti da čekaju efekte delovanja kortikosteroida i imunosupresiva 		

II Pemphigoid bullousus					
BPAG – bulozni pemfigoid antigeni:					
BPAG 1		BPAG 2			
Nekolageni intercelularni protein		Transmembranski kolageni protein – Kolagen tip 17			
230 kd		180 kd			
“Maior” antigen * S njim reaguje najveći broj seruma pacijenata sa PB.		“Minor” antigen			
* Oba antiga su lokalizovana na nivou hemidezmozoma u stratumu basale.					
Uzrok:					
* Razlozi zbog kojih dolazi do nastajanja buloznog pemfigoida još uvek nisu razjašnjeni; mnogi faktori mogu biti udruženi sa nastankom: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lekovi: <i>furosemid, sulfasalazin, penicilin, penicilamin, antipsihotici</i> ▪ UV zračenje ▪ PUVA ▪ Opekotine ▪ Kožni grafotvi ▪ Radioterapija 					
Oboleli	Pretežno odrasli – najčešće posle 60. godine života Može se javiti i u dečjem uzrastu – pemphigoid bullousus juvenilis				
Incidencija	Veća od <i>P. vulgaris</i>				
Lokalizacija	Koža	<i>Donji deo abdomena, unutrašnje ili prednje strane natkolenica – “jahače pantalone”, felksorne strane gornjih ekstremiteta, ostali delovi kože</i>			
	Sluzokoža	Može biti zahvaćena kod 10-30% bolesnika; Promene samo na <i>oralnoj mukozi</i>			
Izgled	Eritem	Javlja se u početku bolesti, ponekad postoji i urtike			
	Bule	Nastaju na mestu eritema; <i>velike, napetog krova, ispunjene bistrim ili hemoragičnim</i> sadržajem,			
	Erozije	Nastaju prskanjem bula, imaju tendenciju ka <i>spontanoj epitelizaciji i ne šire se periferno</i>			
	Rezolucija	Ide od <i>centra ka periferiji</i> i može biti udružena sa hiperpigmentacijom *Na periferiji lezije koja je u sanaciji može doći do pojave Vezikula			
	* Intenzivan pruritus – propratni simptom				
Tok	Traje nekoliko meseci do nekoliko godina; moguća spontana rezolucija * Kod starijih osoba, može se javiti kao pojedinačna epizoda koja nema tendenciju ka hronicitetu				
Komplikacije	Obično se javljaju kod generalizovanih formi i to: elektrolitni disbalans i sekundarne bakterijske infekcije				
Histologija	Subepidermalni rascep koji je <i>ispunjjen eozinofilima + mešovit ćelijski infiltrat u dermu</i>				
Dijagnoza	Klinički	▪ Nikolsky znak – negativan!			
	Imunofluorescencija	DIF test	Perileziona koža: depoziti IgG i C3 – linearni ; smešteni duž <i>zone bazalne membrane</i>		
		IIF test	Kod 70-100% obolelih: detektuju se cirkulišuća autoantitela IgG klase koja su specifična prema hemidezmozomima bazalne membrane		
DD	Sve druge autoimune bulozne dermatoze				

Lečenje	Generalizovane forme	Opšta kortikosteroidna terapija
	Lokalizovane forme	Topikalna kortikosteroidna terapija



Dijagnoza	Histologija	<ul style="list-style-type: none"> - Subepidermalni rascep - Dermalne papile: infiltrovane <i>neutrofilima</i> – “neutrofilni mikroapscesi”; u starijim lezijama prisutni EO - Papilarni derm: <i>edematozan + dilatirani krvni sudovi</i> 			
	Imunofluorescencija	DIF test	<p>Uzimaju se perileziona I klinički neizmenjena koža: Granulirani depoziti IgA – u vrhovima dermalnih papila!</p>		
		IIF test	Nema cirkulišućih antitela prema komponentama kože ali postoje:		
			Antitela	Klasa	% obolelih
			Antiendomizijalna	IgA	70% sa DHD I 100% sa GSE
			Antigluteninska	IgA	70-90% sa DHD
			Antiglijadinska	IgG I IgA	25%
			Antiretikulinska	igA I IgG	/
DD	Razlikovati od drugih buloznih autoimunoih dermatoz, šuge, ekcema i popularne urticarije				
Lečenje	<p>Dapson: 50-100 mg/dan ili Sulfapyridine: 2-3 g/dan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sulfapyridin se koristi kod osoba kod kojih se ne sme primenjuvati dapson • Dovode do <i>rezolucije</i> promena na koži, ali nemaju efekta na promene u tankom crevu • Pre uvođenja dapsona, neophodno je odrediti nivi glukozo-6-fosfat dehidrogenaze u eritrocitima – kod onih sa niskom koncentracijom --> povećana šansa za <i>hemolitičku anemiju i methemoglobinemiju</i> <p>Dijeta bez glutena</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dovodi do <i>rezolucije intestinalnih promena</i> I do <i>poboljšanja</i> promena na koži • Prekid ove dijete dovodi do <i>recidiva</i> 				

		IV Epidermolysis bullosa acquisita	V Linearna IgA dermatozra
Uzrok		Udružena je sa brojnim stanjima: <i>amiloidoza, ulcerozni kolitis, multipli mijelom, leukemije, karcinom pluća, bulozna forma sistemskog lupusa</i>	<p>Multipli faktori:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infekcije: <i>virusna respiratorna oboljenja, bruceloze, tetanus, streptokokni faringitis</i> ▪ Lekovi: <i>antibiotici- penicilin</i> ▪ Maligniteti ▪ Sistemski eritemski lupus
Target antigen		Amino-terminalni domen kolagena tip 7 (on je glavna komponenta ankorirajućih fibrila)	Ladinini
Autoantitela		Klase IgG , prisutne sve subklase	Klase IgA
Lokalizacija	Koža	Mesta najviše izložena mehaničkoj traumi: <i>šake, stopala, laktovi, kolena</i>	<p>Primarna lokalizacija:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Odrasli: trup</u> ▪ <u>Deca: lice i perineum</u> <p><u>Kasnije promene:</u> mogu da se generalizuju i zahvate bilo koju regiju</p>
	Sluzokoža	Promene se javljaju kod više od ½ pacijenata: <i>usna duplja, ezofagus, larinks</i>	Česte promene: <i>Usna duplja, genitalije, farinks, oči</i>
Izgled		<p>Bule</p> <p>* Napetog krova, ispunjene ne <i>seroznim</i> ili <i>serohemoragičnim</i> sadržajem</p> <p>Bule prskaju --> erozije --> atrofični ožiljak</p>	<p>Bule</p> <p>* Napetog krova, ispunjene <i>seroznim, serohemoragičnim</i> ili <i>hemoragičnim</i> sadržajem</p> <p>* Mogu biti <i>pojedinačne</i> ili <i>grupisane u anularne lezije</i> (na periferiji eritematoznih ili urtikarijelnih ploča)</p>
Tok		<p>Hroničan</p> <p>* Ne ugrožava život pacijenta</p>	<p>Hroničan</p> <p>* Traje par nedelja do 40 godina, ne ugrožava život</p> <p>* Moguće spontane remisije nakon 3-6 godina</p>
Histologija		<i>Subepidermalni rascep</i>	<i>Subepidermalni rascep</i>
DIF test		Linearni fulorescentni depoziti IgG, IgA, IgM i C3 – zona bazalne membrane	Linearni depoziti IgA Duž zone <i>bazalne membrane</i>
IF test		<i>Cirkulišuća antitela klase IgG</i> (kod 50% pacijenata)	<i>Cirkulišuća IgA anti-ZBM antitela</i> (kod 50-90% pacijenata)
Lečenje		<p>Lokalna simptomatska terapija</p> <p>* Kod <i>generalizovane bulozne erupcije</i> kao i kod <i>postojanja ezofagealnih i laringealnih lezija</i> mora se kombinovati sa peroralnom kortikosteroidnom th</p> <p>* Kod nekih pacijenata može se koristiti i dapson</p>	<p>Dapson: 100-200 mg/dan per os</p> <p>* Terapijski odgovor nastaje u roku od 72h;</p> <p>* <i>Recidivi</i> –mogu se javiti odmah po isključenju th.</p> <p>* Može se koristiti i prednizon</p>
			<p>* Ukoliko se:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Javi pre puberteta --> bulozno oboljenje dečjeg uzrasta ▪ Javi kasnije --> linearna IgA dermatozra

*** Diferencijalna dijagnoza autoimunih buloznih dermatoza ***						
Oboljenje	Koža	Sluzokože	Tzank-ov test	Histopatologija	DIF	IF
Pemphigus	BULA (velika, mlitava)	+	Tzank-ove segregovane ćelije	Intraepidermalni rascep ▪ Suprabazalni (PV,PVg) ▪ Subkornealni (PE/PF)	Intraepidermalni retikularni depoziti IgG I C3	IgG anti-ICS at
Pemphigoid bullosus	BULA (mala, velika,napeta) ERITEM PAPULA	±	Eozinofili	Subepidermalni rascep	Linearni depoziti IgG I C3 u zoni bazalne membrane	IgG anti-ZBM at
Dermatitis herpetiformis duhring	VEZIKULA BULA (mala,napeta) Eritem	-	Neutrofili	Subepidermalni rascep Neutrofili Mikroapscesi	Granularni depoziti IgG u vrhovima dermalnih papila	Antiendomizijalna at Antiretikulinska at Antiglijadinska at Nema at prema koži
Epidermolysis bullosa acquisita	TRAUMA BULA OŽILJAK	+	- ili Eozinofili	Subepidermalni rascep	Linearni depoziti IgG, IgA, IgM, C3 u zoni bazalne membrane	IgG anti-ZBM
Linearna IgA dermatoza	PB-LIKE PROMENE ili DHD-LIKE PROMENE	-	Eozinofili i/ili Neutrofili	PB-LIKE pomene I/ili DHD-LIKE promene	Linearni depoziti igG u zoni bazalne membrane	IgA-anti-ZBM

Hereditarne bulozne dermatoze – Epidermolysis bullosa hereditaria				
	Epidermolitične (EEBH)	Lucidolitične (LEBH)	Dermolitične (DEBH)	
Mehanizam	Mutacija gena za keratine 5 i 14	Mutacija gena za kompleks struktturnih proteina	Mutacije aminoterminalnog regiona kolagena 7	
Nasleđe	Autosomalno-dominantno * Samo jedna letalna forma autosomalno-recesivno		Epidermolysis bullosa dystrophica hyperplastica Cockayne-Touraine	Epidermolysis bullosa dystrophica generalisata Hallopeau-Siemens
Nastaju	Usled mehaničke traume	Usled mehaničke traume	Usled mehaničke traume	Mehanička trauma ili spontano
Uzrast	Na rođenju ili prvi meseci života	Na rođenju ili rani neonatalni period	Rano detinjstvo	Odmah pri rođenju
Lokalizacija	A. Generalizovane: epidermolysis bullosa simplex generalisata-Koebner B. Lokalizovane: epidermolysis bullosa simplex localisata-Weber-Cockayne – samo na dlanovima i tabanima	A. Generalizovane: epidermolysis bullosa generalisata gravis lethalis-Herlitz B. Lokalizovane: dlanovi, tabani, laktovi, kolena C. Inverzno lokalizovane: nastaju suprotno od mesta traume: vrat, aksile, prepone itd.	Lokalizovane (retko generalizovane)	Generalizovane * Najfrekventnije na mestima koja su najizloženija dejstvu mehaničke traume --> Šake i stopala: * Usled rekurentnih pojava na ovim predelima dolazi do nepravilnog srastanja --> šake i stopala poprimaju izgled "maljica"
Sluzokoža, nokti, zubi	Nisu zahvaćeni	Nisu zahvaćeni	Sluzokože retko zahvaćene, nokti zadebljali, zubi neizmenjeni	Sluzokože zahvaćene, nokti distrofični, zubi distrofični
Bule	Krov	Napet	Mlitav	/
	Veličina	Velike	Velike	/
	Sadržaj	Serozni-serohemoragični		Hemoragični
	Prolaze	Bez tragova	Ostavljaju atrofiju, bez ožiljaka	Ostavljaju hipertrofične ožiljke
Prognoza	Dobra * I kod lokalizovanih i kod generalizovanih; perzistira tokom celog čivota i minimalno je invalidna	Zavisi od tipa oboljenja <ul style="list-style-type: none">▪ Generalizovane forme: izrazito loša, preživljavanje retko posle 2. godine života▪ Ostale: imaju dobru prognozu	Dobra	Loša * Pacijenti ne dožive 3. deceniju * Najčešće komplikacije: <i>anemija, infekcije, pothranjenost</i> * Najčešći uzrok smrti: rekurentne infekcije
Rascep	Na nivou bazalnih keratinocita	U lamini lucidi	Ispod lamine lucide u dermu	Ispod lamine lucide u dermu
Histologija	Citoliza bazalnih keratinocita	Redukovan broj i abnormalni hemidezmozomi	Smanjen broj i rudimentirani tonofilamenti u koži	Naglašena destrukcija kolagena u celoj koži
DD	Treba ih razlikovati od drugih buloznih dermatозa			
Lečenje	Samo simptomatski: kada se javi bula daju se vlažni oblozi od fiziološkog rastvora, antiseptičke boje, lokalna antibiotska i kortikosteroidna terapija			

9. Bolesti poremećene keratinizacije

I Ihtioze

- Nasledne ili stečene dermatoze sa *generalizovanim zadebljanjem rožastog sloja* --> koža liči na *krljušti ribe*
- U odnosu na mitotski indeks:
 - **Proliferacioni oblici** – imaju visok nivo stvaranja epidermalnih ćelija
 - **Retencioni oblici** – imaju normalni mitotski indeks, ali sniženu deskvamaciju
 - * Krajnji ishod oba procesa je zadebljanje rožastog sloja
- Podela:
 - A. Ichthyosis vulgaris
 - B. Ihtioza vezana za X hromozom
 - C. Erythrodermia ichthyosiformis congenita
 - D. Erythrodermia ichthyosiformis congenita bullosa

*** Lečenje ihtioza ***				
Opšte mere	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kod <i>Ichthyosis vulgaris</i> – izbegavati sunce zbog poremećaja termoregulacije ▪ Voditi računa o hidroelektrolitnoj ravnoteži 			
Lokalna terapija	Lek	Primena	Dejstvo	Ostalo
	Ac. Salicylicum	/	<i>Keratolitičko</i>	Ne daje se kod <i>generalizovanih oboljenja</i> , naročito kod dece jer postoji resorptivna toksičnost
	Urea	U obliku 10-20% krema ili unguenta	<i>Keratolitičko Hidrirajuće</i>	Takođe popešuje diferencijaciju epiderma i indukuje njegovu hiperproliferaciju
	Acidum lacticum	Kao 8% krem 4x dnevno, 1-3 ned.	<i>Keratolitičko Hidrirajuće</i>	Deluje tako što redukuje koheziju korneocita i stimuliše "turnover" epiderma
	Ovi oblici terapije se NE smeju koristiti kod buloznih oblika ihtioze; Kod njih se koriste samo emolijentni kremovi * Calcipotriol (analog vitamina D-3): 0.05% krem – može dati dobre efekte kod buloznih ihtioza ali se ne sme davati na površine veće od 15-20% niti iznad 120g/nedeljno zbog rizika od hiperkalcemičnih kriza			
Opšta terapija	Sistemski retinoidi: etretinat: 1 mg/kg/dan; acitretin: 0.5 mg/kg/dan; 1-3 meseca * Daju se samo kod teških slučajeva i ne smeju se davati kod buloznih oblika jer je mogu pogoršati!			

	Ichthyosis vulgaris (Autozomalno dominantna)	Ihtioza vezana za X hromozom (Ichthyosis nigricans)	Erythrodermia ichthyosiformis congenita	Erythrodermia ichthyosiformis congenita bullosa
Tip nasleđa	Autozomalno-dominantno	X-recesivno: <u>Muškarci</u> – razvija se puna klinička slika; <u>Žene heterozigoti</u> – samo suva koža na potkolenicama	Autozomalno-recesivno	Autozomalno-dominantno * Vrlo težak oblik ihtioze
Mehanizam	Nije jasan	Deficit enzima steroid-sulfataze * <u>Zdrave osobe</u> : enzim --> desulfacija cholesterol sulfata --> gubitak kohezije među korneocitima --> deskvamacija * <u>Oboleli</u> : deficit enzima --> nema deskvamacije --> zadebljanje kože	Deficit transglukaminaze	Nepravilno agregovanje tonofibrila i mutacija keratina 11/10
Javlja se	Obično u 1. ili 2. godini i perzistira do kraja života	U 1. mesecu života; * Koža na rođenju normalna!	Promene prisutne pri rođenju	Promene prisutne pri rođenju
Lokalizacija	Sva koža, osim lica i velikih pregiba: aksile, poplitealni i kubitalni predeli * Posebno izražene na ekstenzornim stranama ekstremiteta	Trup i ekstremiteti * Dlanovi, tabani lice – normalni * Pregibi – relativno pošteđeni	Sva koža: uključujući glavu, pregibe, dlanove i tabane	Sva koža
Izgled	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Blagi oblici</u>: suva i lako hrapava koža ▪ <u>Teži oblici</u>: sitne beličaste ili sive, sjajne skvame * Na dlanovima i tabanima prisutan jače izražen kožni crtež	Skvame * Krupnije nego kod <i>I. vulgaris</i> , sive ili crnkaste boje	Eritrodermija + Skvame koje su sitne i translucidne * Dete se rađa oklopljeno elastičnom membranom, koja se u toku prvog meseca odaja od kože – <i>Collodion baby</i>	Bule + Erozije na eritematoznoj podlozi * <u>Rođenje</u> : prisutne svuda po koži – “Popareno dete” * <u>Kasnije</u> : manja sklonost ka stvaranju bula,
Ostalo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ↓ sekrecija znojnih i lojnih žlezda --> suva koža ▪ Poremećaji termoregulacije 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zamućenje rožnjače – treba se tražiti jer ne daje subjektivne simpt. ▪ Kriptorhizam 	/	/
Histologija	Retenciona hiperkeratoza <u>Granulozni sloj</u> : stanjen ili potpuno odsutan; <u>Znojne i lojne žlezde</u> : – slabo razvijene	Retenciona hiperkeratoza <u>Granulozni sloj</u> : očuvan <u>Spinozni sloj</u> : proširen	Proliferaciona hiperkeratoza	Epidermolitična hiperkeratoza <u>Spinozni i granulozni sloj</u> : Edem citoplazme + Perinuklearne vakuolizacije
Biohemija	Snižen filagrin	Snižena Steroid-sulfataza	Deficit transglukaminaze	Mutacija keratina 11/10
Udružene anomalije	Atopijski dermatitis Hipohidroza	Multipla steroid-sulfataza deficijencija	Hiperhidroza dlanova i tabana	Hipertrofija nokata

II Keratodermije

		Keratodermia palmo-plantaris Thost-Unna	Keratodermia palmo-plantaris progrediens et transgrediens (Mal de Meleda)	Hyperkeratosis traumatica marginis calcis pedum (Manok)
Tip nasleđa		Autozomalno-dominantno	Autozomalno-recesivno * Na područjima gde je izolovano stanovništvo (ostrva)	Stečeni oblik keratodermije * Nastaje usled: <i>nošenja neodgovarajuće obuće, povećane težinom dugog stajanja</i>
Javlja se		Pri rođenju ili prvim danima života; * Klinička slika se potpuno razvija do kraja 1. god.	Prvi meseci ili godine života	Žene srednjeg doba * Posebno često se javlja u <i>klimakterijumu</i>
Lokalizacija		Dlanovi, tabane i fleksorne površine prstiju	Dorzum šaka i stopala, podlaktice, potkoljenice	Mesto pritiska: <i>pete i metatarzo-falangealni zglobovi</i>
Izgled	Koža	Hiperkeratoza * Glatka, uniformna, boje voska, prema zdravoj koži ograničena eritematoznim rubom * <u>Palmarni i plantarni prevoji: maceracija i bolne ragade</u>	Hiperkeratoza * Izrazito izražena --> može dovesti do mutulacije i kontraktura prstiju * <u>Dlanovi i tabani: maceracija</u>	Hiperkeratotske ploče sa dubokim i bolnim ragadama
	Nokti	Mogu biti zadebljali	Izmenjeni u vidu: <i>Koilonihije i subungvalne keratoze</i>	Nisu izmenjeni
Tok		Hroničan * Promene traju doživotno	Hroničan progredijentan * Promene sa godinama postaju sve teže	/
Terapija	Lokalna	Ac. salicylicum Urea: 10-20% kao mast ili krem Emolijensi		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mehaničko odstranjivanje skvama – specijalni žilet „Credo“ ▪ Keratolitici: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ac. salicylicum: 10-20% ○ Urea: 20-30% u kremu ili unguentu ▪ Emolijentni kremovi tipa V/U ▪ Odgovarajuća obuća – ne papuče! ▪ Sniženje telesne težine
	Opšta	Oralni retinoidi: Dovode do prolaznog poboljšanja Koriste se samo kod teških slučajeva		
DD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Međusobno se trebaju razlikovati <i>nasledne keratodermije</i>: gleda se <i>klinička slika, tip nasleđivanja i tok oboljenja</i> ▪ Trebaju se razlokovati <i>nasledne od stečenih keratodermija</i>: gleda se <i>vreme pojave promena</i> ▪ Neke od dermatozra koje se lokalizuju u predelu dlanova i tabana: <i>Eczema chronicum, Psoriasis vulgaris, Lichen ruber planus, Syphilis II stadium</i> 			

III Ostale bolesti poremećene keratinizacije

	Naevus verrucosus	Keratosis pilaris	(Dys)keratosis follicularis Darier	
	Jedna od kliničkih manifestacija <i>epidermalnog nevusa</i>	Česta pojava	Autosomalno-dominantno nasledno * Sporadični slučajevi su nove mutacije	
Kod koga se javlja	Prisutan na <i>rođenju</i> , ali može nastati i razvijati se i u <i>ranom detinjstvu</i>	<i>Deca, adolescenti</i> Posebno čest kod <i>devojaka sa akrocijanozom</i>	Oko 15. godine života * Promene prate bolesnika doživotno	
Lokalizacija	<i>Ekstremiteti</i>	<i>Ekstenzorne strane ekstremiteta</i>	<u>Seboroični predeli:</u> <i>čelo, kapilicijum, nazolabijalne bore, presternalni i interskapularni predeo</i> <u>Drugi delovi kože:</u> takođe takođe mogu biti zahvaćeni, a posebno <i>bočne strane vrata</i>	
Izgled	Cirkumskriptna ploča * <i>Linearno raspoređen i unilateralan, verukoznog izgleda i mrke boje</i>	Diskretne folikularne keratotske papule * Mogu imati eritematozni halo	Keratotične folikularne papule * Masnog izgleda i sive boje; slivaju se u hiperkeratotične ploče ; ređe se mogu videti i bule . <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Pregibi:</u> macerisan i vegetantan izgled ▪ <u>Dlanovi i tabani:</u> <i>tačkasta keratoza</i> ▪ <u>Dorzalne str. šaka:</u> <i>ravne papule</i> boje normalne kože ▪ <u>Sluzokoža usne duplje:</u> <i>konfluentne bele papule</i> ▪ <u>Nokti:</u> <i>kratki i fragilni</i> 	
Tok	/	Postoje sezonske fluktuacije: Izlaganje suncu <i>poboljšava promene</i>	Hroničan * Izlaganje suncu <i>pogoršava promene!</i>	
Histologija	Hiperkeratoza	Folikularna hiperkeratoza – zbog nje koža liči na <i>trenicu</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Suprabazalni rascep + akantolički keratinociti</i> ▪ Prisutne <u>diskeratotične ćelije</u>: <ul style="list-style-type: none"> ○ „Corps rounds“ – okrugla tela – imaju <i>piknoična jedra i eozinofilnu citoplazmu</i> ○ „Grains“ – zrna – male, sa <i>piknoičnim jedrom</i> 	
DD	<i>Linearni oblici psorijaze</i>	/	Seboroični dermatitis, akne	
Lečenje	Keratolitička sredstva Tretinoin Hirurška ekscizija	Emolijentni kremovi sa 5-10% ureom	Opšte mere	Izbegavati sunce i toplotu
			Lokalna terapija	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tretinoin u kremu ▪ Lokalni calcipotriol (analog vitamina D-3) ▪ Zaštitni kremovi – zbog osetljivosti na sunce
			Opšta terapija	Oralni retinoidi: <i>Etretinat: 0.5-1.0 mg/kg/dan; Acetretin</i> * Najefikasniji način lečenja!

10. Nodozne dermatoze

Nodozne dermatoze

* Glavna eflorescencija je **nodus** u *hipodermu* --> zato se ova oboljenja još nazivaju i: **dermohipodermitsi** ili **panikulitsi**

Podela prema toku:

- **Akutne nodozne dermatoze:** *erythema nodosum*
- **Hronične nodozne dermatoze:** *vasculitis nodularis, gume, oleomi i parafinomi*

I Erythema nodosum

Uzroci:

1. Streptokokne infekcijee
2. Virusi: *infektivna mononukleoza, virusne pneumonije*
3. Duboka trihofilija
4. Sarkoidoza
5. Yersiniosis
6. Lekovi: *antibiotici, pirazoli, sulfonamidi*
7. Afta, lepra
8. Nejasni uzrok

Reakcija kasne preosetljivosti na antigene

Zapaljenska reakcija u septumima hipoderma
(nepoznato je zašto se baš ovde odigrava)

Septalni panikulitis
(bez vaskulitisa!)

Klinička slika:

Obično između 20. i 40. godine, češći kod žena

Opšti simptomi

Prethode promenama na koži
Temperatura, Artralgije, mijalgije, Infekcije gornjih respiratornih puteva, Abdominalni bolovi

Promene na koži

Javljuju se simetrično na *pretibijalnim predelima* ređe na *butinama*
Dermo-hipodermalni nodusi

- Koža nad njima *svetlo-crvena*
- *Pojedinačni ili sliveni*
- Veličine od *zrna graška do oraha*
- Čvrste konzistencije, *topli*
- *Bolni*

Povlačenje promena

Javlja se posle 2-3 nedelje
Nodusi ne ulceruju --> povlače se bez ožiljka!
* Ova bolest je akutnog toka i može *recidivirati*, a prognoza zavisi od uzroka!

Histologija

Inflamatori infiltrat: *polimorfonukleari, limfociti, histiociti i džinovske ćelije*

* Nalaze se u pregradama supkutanog tkiva i oko krvnih sudova; nema znakova vaskulitisa!

DD

Nodularni vaskulitis, erythema induratum Bazini

Cellulitis, ujed insekta i apscesi

Imaju hroničan tok, manje intenzivnu inflamaciju i drugačiju lokalizaciju

Nisu simetrični, čak i kada se jave pretibijalno

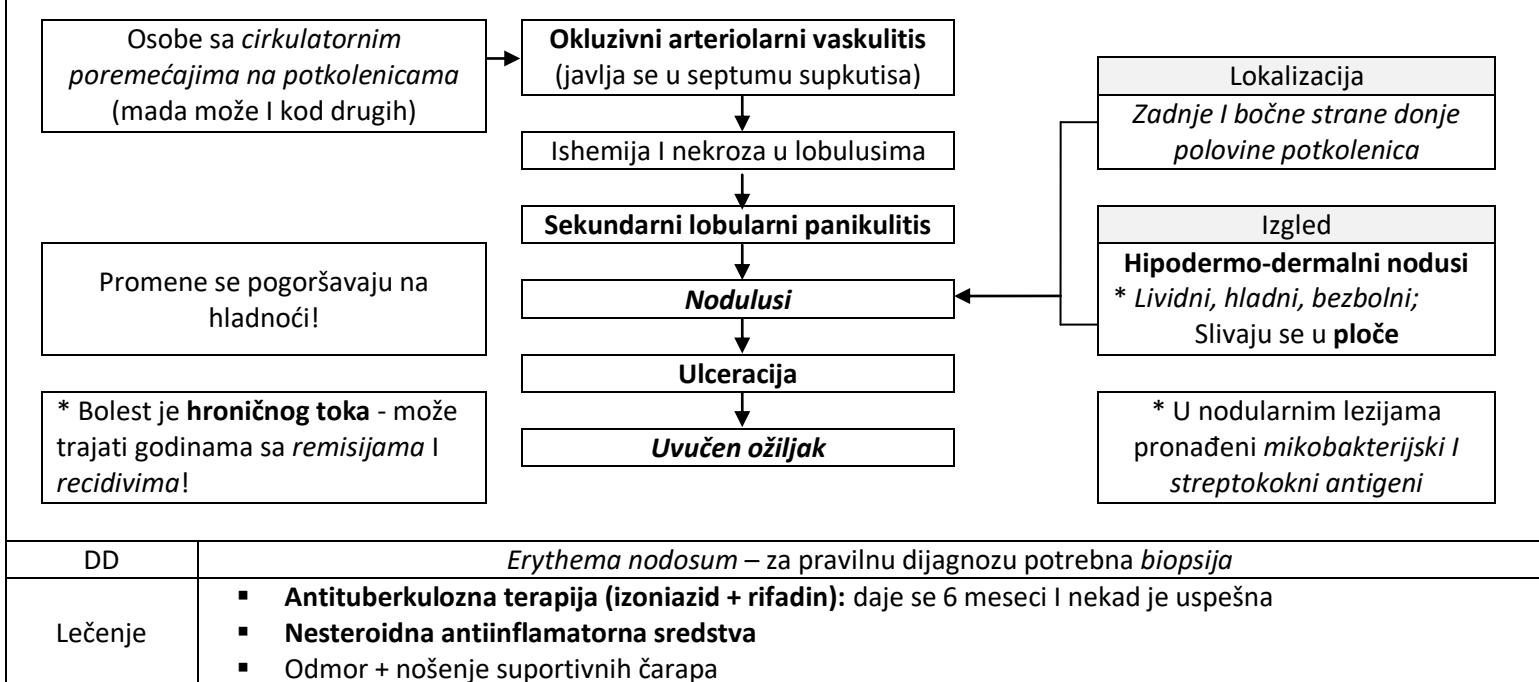
Lečenje

Ležanje + **salicilati** + **nesteroidni antiinflamatori lekovi**

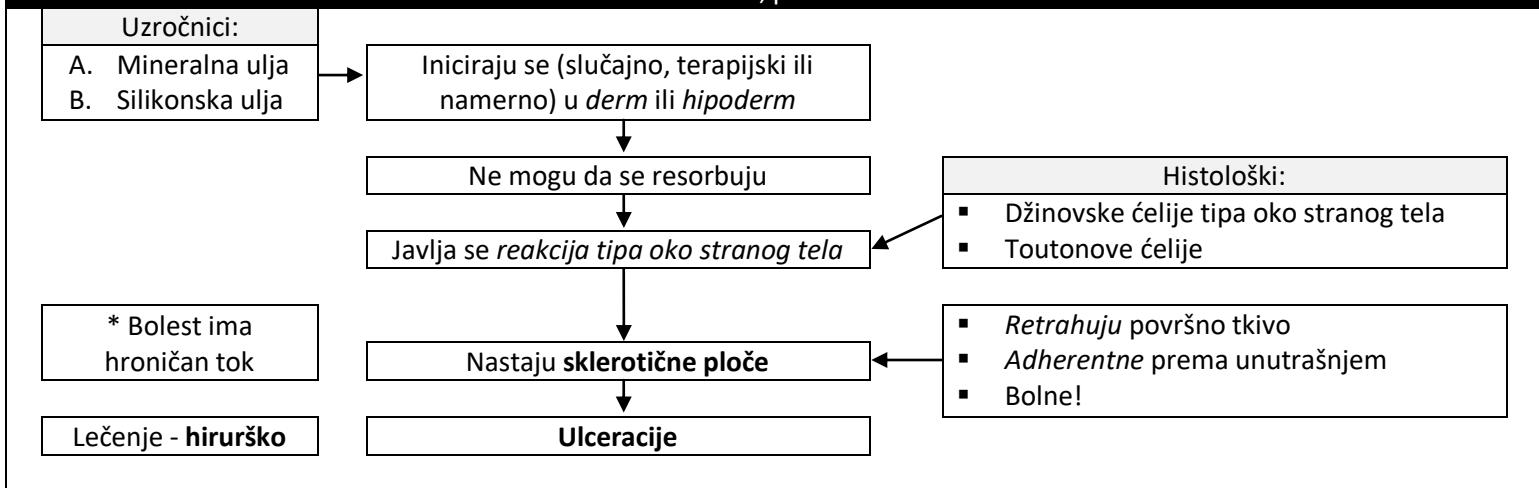
* Ukoliko je poznat uzrok, primeniti odgovarajuću terapiju:

- Streptococcus – **penicilin i eritromicin**
- Jersinioza – **oksitetraciklin**
- Tuberkuloza – **antituberkulozni lekovi**

II Vasculitis nodularis (Dermo-hypodermitis nodosa infectiosa)



III Oleomi, parafinomi



IV Gume

Javljuju se kod:

- Tuberkuloze: **scrofuloderma**
- Sifilisa: **sifilis III stadijum**
- Lepre
- Duboke mikoze

11. Dishromije

Dishromije

- Dermatoze kod kojih je abnormalan sadržaj melanina u koži, sluzokožama i noktima
- Oboljenje može nastati usled poremećaja u:
 - o Broju melanocita
 - o Distribuciji melanozoma
 - o Proizvodnji melanina
- Melanin:
 - o U epidermu --> *mrka boja*
 - o U dermu --> *sivo-škriljasta boja*
- Dele se na:
 - o *Hiperhromije*
 - o *Hipohromije*

I Hiperhromije		
	1. Melanodermia	2. Cutis vagantum
Etiologija	<p><u>Endokrini poremećaji – morbus Addison:</u> predstavlja prototip melanodermije endokrinog porekla: Oštećen nadbubreg --> ↓ sinteza kortizona --> ↑ sekrecija MSH --> ↑ sinteza melanina --></p>	<p>Osobe koje žive u nehigijenskim uslovima --> hronično deluju spoljašnje draži --> <i>stimulacija melanogeneze + proliferacija melanocita</i></p> <p>* Kod ovih osoba obično prisutno više različitih etioloških faktora istovremeno: <i>hronična piogena oboljenja sa postinflamatornom pigmentacijom, pedikuloza, skabijes, nedovoljna higijena itd.</i></p>
Klinički	<p>Generalizovana hiperpigmentacija</p> <p>* Naročito izražena:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Delovi kože izloženi suncu ▪ Mesta većeg pritiska ▪ Prevoji dlanova i tabana ▪ Sluzokože ▪ Predeli koji su inače jako pigmentovani: <i>mamile, genitalni deo</i> ▪ Kosa – takođe može biti tamnija 	<p>Regionalne ili generalizovane hiperpigmentacije</p> <p>* Nejednakog intenziteta,</p> <p>* Mogu biti: <i>linearne ili u vidu makula i plakova!</i></p>
Lečenje	Osnovnog oboljenja	Osnovnog oboljenja
	<p>*Generalizovana hiperpigmentacija tipa melanodermije se može javiti i kod drugih bolesti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hronične infekcije: <i>malaria, tuberkuloza, kala –azar</i> ▪ Neoplastične bolesti sa kaheksijom ▪ Dermatomiozitisi ▪ Oboljenja bubrega i jetre ▪ Malapsorpcini sindromi 	

Hiperhromije					
	Lentigo	Lentigo solaris	Chloasma (Melasma)	Ephelides	Melanosis Riehl
Etiologija	/	Hronično izlaganje suncu --> ↑ broja melanocita u st. basale i st. spinosum	Javlja se kod žena u graviditetu i osoba koje uzimaju kontraceptivne pilule --> ovo ukazuje na endokrino poreklo promena * Mogu je izazvati i kozmetička sredstva	Autosomal-dominantno nasledne * javljaju se od 5 godine života	Hronična, recidivirajuća, subklinička inflamacija kože --> keratinociti gube sposobnost fagocitovanja melanozoma --> melanin se spušta u derm – <i>inkontinencija pigmenta</i>
Lokalizacija	Bilo koji deo tela	Dorzalne strane šaka I podlaktica I Lice	Ograničena na lice: čelo, obraz i brada	Lice ali I drugi delovi kože izloženi suncu	Obrazi, bočne strane vrata I dekolte
Izgled	Eflore-scencija	Makule * Ravne, ovalne ili okrugle, jasno ograničene * Veličina: 1- nekoliko mm	Makule * Oštrenih, nepravilnih ivica * <u>Veličina:</u> do 1cm	Makule * Simetrične, nepravilne, mrljaste	Makule * Sitne, jasno ograničene
	Boja	Mrka	Umereno mrka	Mrka	Sivo-mrka
	Izlaganje suncu	Boja im se ne menja	Postaju tamnije * Povlače se u nesunčanom periodu	Postaju tamnije * U toku zime blede ili se povlače	Postaju tamnije
Tok	/	Promene se Ne povlače spontano	Mogu se povući nakon eliminacije uzročnika, ali mogu trajati I godinama	/	Perzistira mesecima I godinama
DD	Junkcioni nevusi – kod lentiga postoji povećan broj melanocita ali bez "teka" koje su karakter. za nevuse	Keratosis solaris Verruca seborrhoica	Postinflamatorna hiperpigmentacija Hipertireoidizam Melanosis Riehl	/	Ovu bolest nije moguće razlikovati od Hloazme izazvane kozmetskim preparatima
Lečenje	Opšte mere			Lokalna terapija	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Odstraniti eventualni uzrok ▪ Izbegavati boravak na suncu 			Depigmentišuća sredstva (noću) + Atisolarni kremovi (danju) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hidrokinon: 2%, 1 x dnevno <ul style="list-style-type: none"> ○ Najefikasnije depigmentišuće sredstvo ▪ Azelaična kiselina: 20% krem, 2 x dnevno (takođe DS) * Takođe se mogu koristiti hemijiski pilinh i različite vrste lasera	

II Hipohromije			
		1. Albinismus oculocutaneus	2. Piebaldismus - "Albinismus partialis"
Tip nasl.		Autozomalno-recesivno	Autozomalno-dominantno
Melanociti		Postoji <i>normalan broj melanocita sa melanozomima</i> ali je: abnormalna sinteza melanina i melanozomi su nepotpuno melanizovali	U zahvaćenom području <i>melanozomi nedostaju</i>
Podela		Postoji 10 različitih tipova albinizma, ali su najbitniji: A. Tirozinaza negativni oblik – nedostaje aktivna tirozinaza B. Tirozinaza pozitivni oblik – postoji tirozinaza ali je njena aktivnost izrazito niska	/
Koža	Lokali-zacija	<i>Generalizovano</i>	Simetrično na čelu, grudima, trbuhi, srednjem delu butina i ruku * Karakteristična lokalizacija je u <i>frontalnom delu kapilicijuma</i> – vidi se pramen bele kose – poliosis
	Izgled	<u>Koža</u> – belo ružičasta <u>Kosa</u> – bela <u>Dužica</u> – siva ili ružičasta	Ograničene depigmentovane ploče na kojima je I dlaka depigmentovana
Ostalo		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Oči</u>: prisutni <i>nistagmus, fotofobija, oslabljena oštrina vida</i> a može se javiti i <i>slepilo</i> ▪ <u>CNS</u>: može se javiti <i>mentalna retardacija</i> ▪ <u>Koža</u>: osetljiva na sunčeve zrake: <ul style="list-style-type: none"> ○ Česte <i>opekotine</i> ○ Povećana šansa za: <i>bezocelularni i spinocelularni karcinom, aktiničnu keratozu</i> 	/
Tok		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tirozinaza negativan oblik – promene perzistiraju u toku života nepromjenjene ▪ Tirozinaza pozitivan oblik – s se godinama popravlja 	Promene perzistiraju nepromjenjene u toku života
DD		/	Vitiligo – javlja se kasnije u životu i promene su evolutivne
Lečenje		Izbegavanje sunca + Kremovi s visokim faktorom zaštite od sunca	Prekrivanje promena obojenim preparatima ili hirurška korekcija

3. Vitiligo

Etiologija:

A. Neuralno poreklo	B. Autoimuna teorija	C. Autocitotoksična teorija
Smatra se da <i>disfunkcija autonomnog ili senzornog sistema</i> oštećuje funkciju pigmentnih ćelija	Kod jedne grupe obolelih su otkrivena <i>antimelanocitna antitela</i> ; * Takođe ova bolest je često udružena sa <i>autoimunim oboljenjima</i>	Većina fenolskih preparata pri lokalnom kontaktu deluje melanotoksično; Tirozin je fenolski derivat --> u toku sinteze melanina se stvara niz fenola --> moguće je da postoji neki defekt u odstranjivanju ovih fenola pa dolazi do melanotoksičnog efekta

Klinička slika:

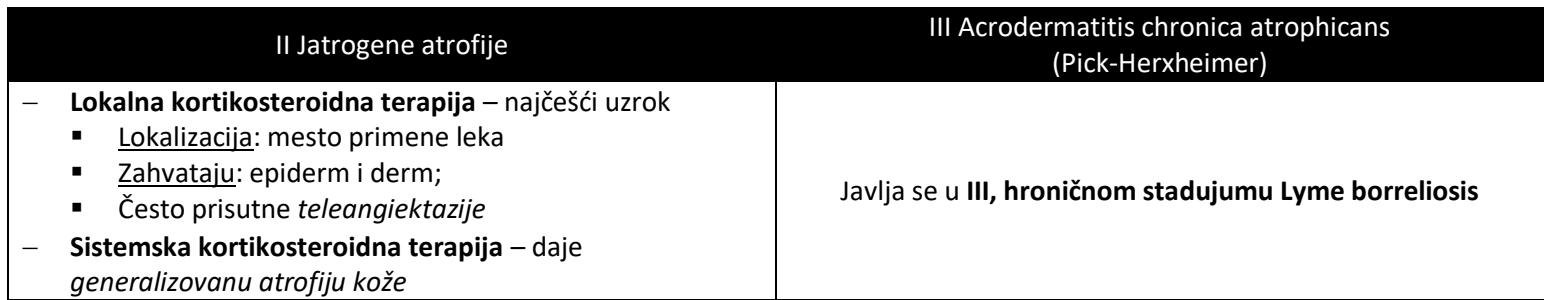
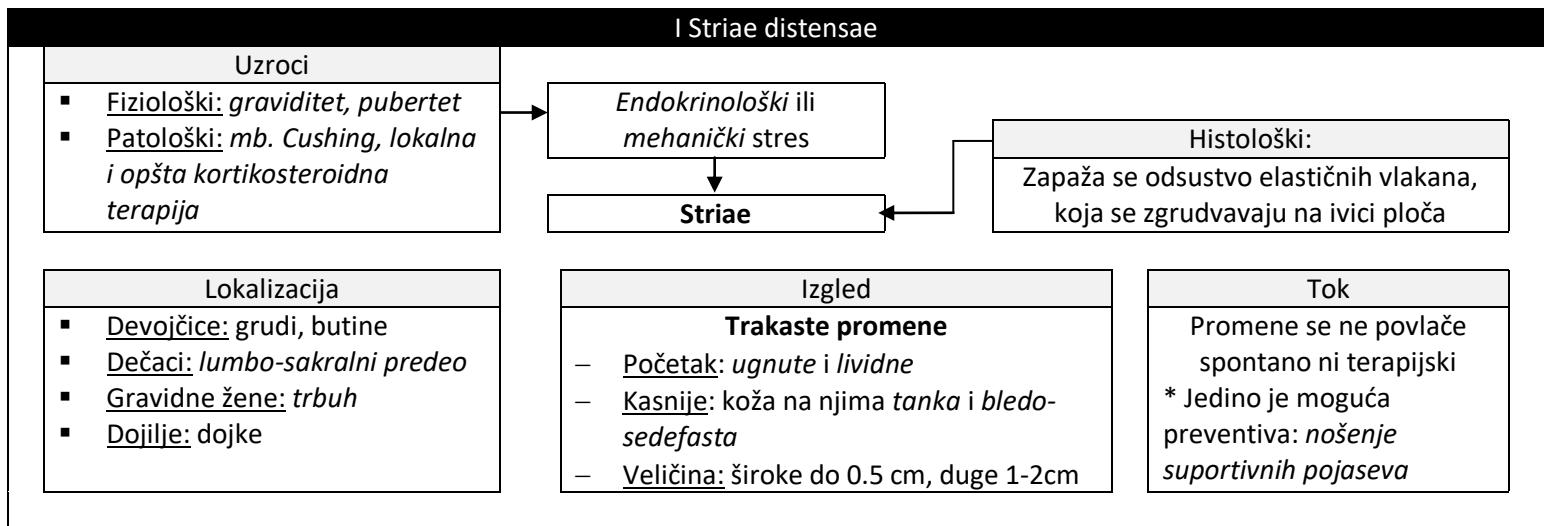
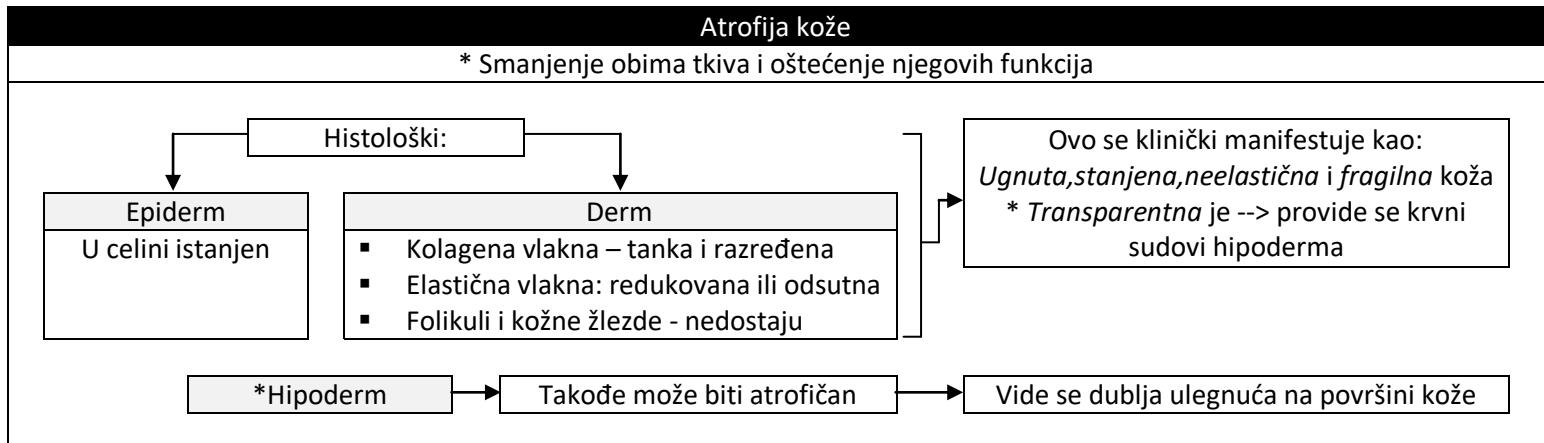
Oboleli: Oba pola podjednako zahvaćena, najčešće se javlja do 20 godine života	Podela: na osnovu lokalizacije i proširenosti promena	
	Oblik	Lokalizacija lezija
	Lokalizovani <i>fokalni</i> vitiligo	Samo u jednom regionu
	Lokalizovani <i>segmentarni</i> vitiligo	Duž celog dermatoma
	Generalizovani <i>akrofacijalni</i> tip	Zahvata akralne delove ekstremiteta i lica
	Generalizovani „ <i>vulgaris</i> “ tip	Rasute simetrične i asimetrične lezije
	<i>Univerzalni vitiligo</i>	Zahvata svu kožu ili gotovo svu

Lokalizacija promena: * Obično se javljaju na otkrivenim predelima: ▪ <i>Akrosi gornjih ekstremiteta</i> ▪ <i>Lice – periorificijalni predeli</i> ▪ <i>Ekstenzorne strane ekstremiteta</i> * Mogu biti prisutni i na drugim delovima kože i sluzokožama! *Hipopigmentacija --> nema zaštite od sunca --> često se javlja <i>solarni eritem!</i>	Izgled promena:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Oštro ograničene, okrugle ili ovalne</i> ▪ <u>Veličina</u>: vrlo varijabilna ▪ <u>Broj</u>: od 1 do više stotina ▪ <u>Raspoređene</u>: simetrično ili asimetrično ▪ <u>Ivica</u>: može biti <i>inflamovana</i> ili se na prelazu sa zdravom kožom može naći hiperpigmentacija
	Prvo se javljaju makule	<p>↓</p> <p>Šire se i konfluiraju</p> <p>↓</p> <p>Nastaju ploče</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Prostrane, sa konveksnim ivicama</i> ▪ <u>Boja</u>: mlečno-bela i uniformna ▪ Često se na pločama mogu videti pigmentovana ostrvca i to perifolikularno lokalizovana
Dlaka (uključujući i kosu) kod vitiliga: Kako na vitiliginoznim tako i na normalnim površinama moće se javiti <i>normalna ili depigmentovana dlaka!</i>		

Tok	Hroničan: dolazi do širenja makula i pojave novih lezija; * Javljuju se <i>lagano progresivne, stabilne i brzoprogresivne faze</i> koje se međusobno smenjuju
Repigmentacija	Može se javiti spontano i obično počinje perifolikularno
Drugi organi	Takođe mogu biti zahvaćeni: <i>iritis, aktivni asimptomatski uveitis, regije asimptomatskog gubitka pigmenta u fundusu</i>
DD	<i>Impentigo sicca, pityriasis versicolor, postinflamatorna hipopigmentacija i pijebaldizam</i>

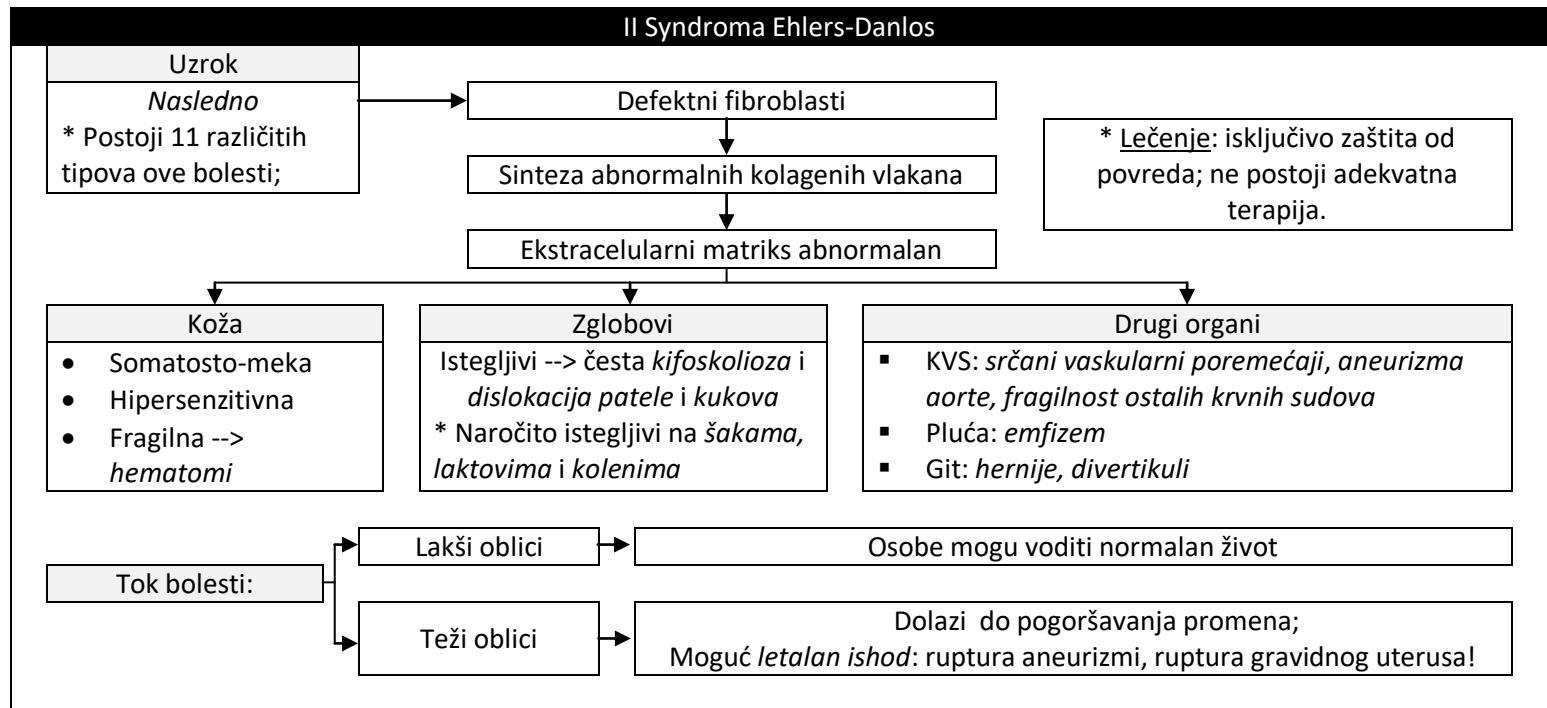
*** Lečenje vitiliga ***			
Opšte mere	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repigmentacija se može očekivati u predelima gde ima folikula – tu su melanociti očuvani, međutim ona je uvek <i>spora</i> i često nekompletna ▪ Opasnost od opokotina na suncu! 		
Repigmentacija	Terapija	Indikacije	Izvođenje
	Oralna fotohemoterapija	Osobe kod kojih je zahvaćeno > 20% kože * Ne sme se davati mlađim od 12 godina	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doze UVA zraka se postepeno povećavaju dok se ne javi asimptomatski eritem ▪ Tom dozom se nastavlja 2 x nedeljno, 6-12 meseci * Tek posle tog roka se može reći da pacijent nije reagovao na terapiju
	Lokalna fotohemoterapija	Osobe kod kojih je zahvaćeno < 20% kože	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Počinje se sa 0.01-0.1% koncentracijom 8-MOP ▪ Koncentracija se povećava sve dok se ne dobije asimptomatski eritem ▪ Zatim se tom koncentracijom nastavlja terapija
Lokalni kortikosteroidi	<p>Kortikosteroidi za lokalnu upotrebu III i IV grupe, jednog se na licu daju I i II grupe</p> <p>* Koriste se kod ranih lokalizovanih oblika vitiliga, naročito kod dece</p>		
Depigmentacija	<p style="text-align: center;">Monobenzil etar hidrokinona (MBEH)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Koristi se kod generalizovanog oblika vitiliga, kod kog su očuvani samo mali delovi zdrave kože; – Ovaj lek dovodi trajno do depigmentacije i zato je potreban pismeni pristanak pacijenta 		
<p>* Prepisuju se kremovi sa visokim faktorom za zaštitu od sunca, kao i korektivni kremovi (kamuflaža)</p>			

12. Atrofije kože

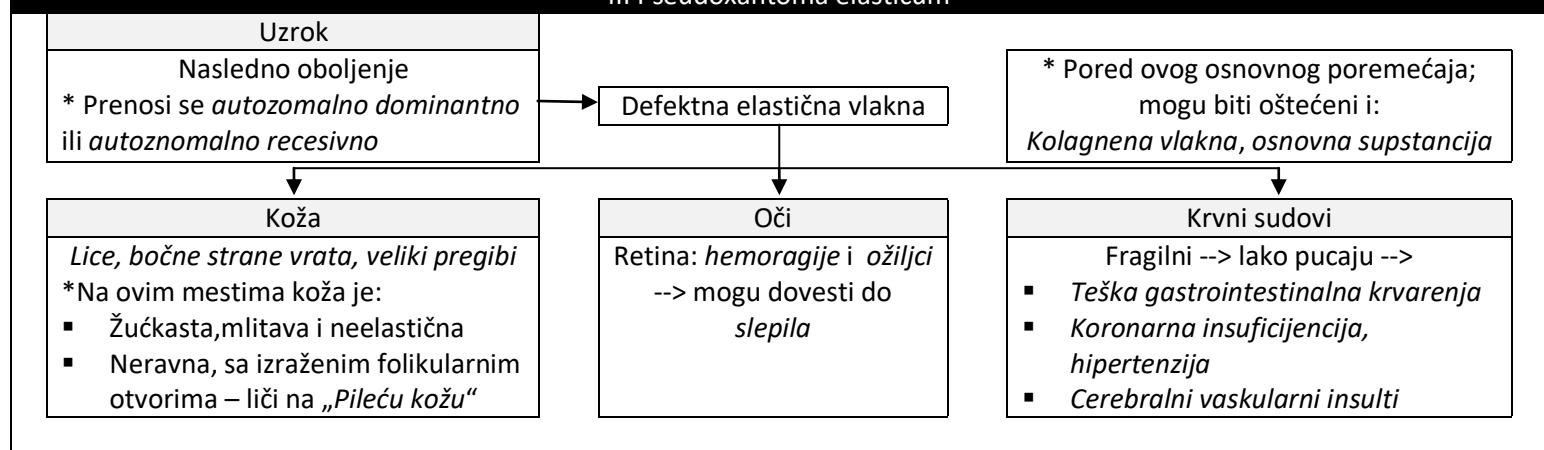


13. Distrofije kože

I Cutis laxa		
	a. Cutis laxa generalisata	b. Blepharochalasis
	Generalizovan oblik	Lokalizovan oblik
Uzrok	<p>Postoje:</p> <p>A. <u>Urođeni oblici</u>: nasleđuju se <i>autozomalno-dominantno</i> ili <i>autozomalno-recesivno</i></p> <p>B. <u>Stečeni oblici</u>: nastaju posle inflamatornih bolesti kože</p>	Nepoznato
Mehanizam	Oštećenje elastičnih vlakana	Oštećenje elastičnih vlakana kože
Koža	Lokalizacija	Može zahvatiti sve delove kože
	Izgled	Mlitava koža koja visi u naborima --> pacijentu daje <i>starački izgled</i>
Ostali organi	Proces zahvata sve organe: Pluća – emfizem Gastrointestinalni trakt - divertikuli	Nisu zahvaćeni
Tok	Hroničan *Oboljenje može imati i <i>smrtan ishod</i> usled oštećenja unutrašnjih organa	Hroničan * Promene se pogoršavaju s godinama!



III Pseudoxantoma elasticum



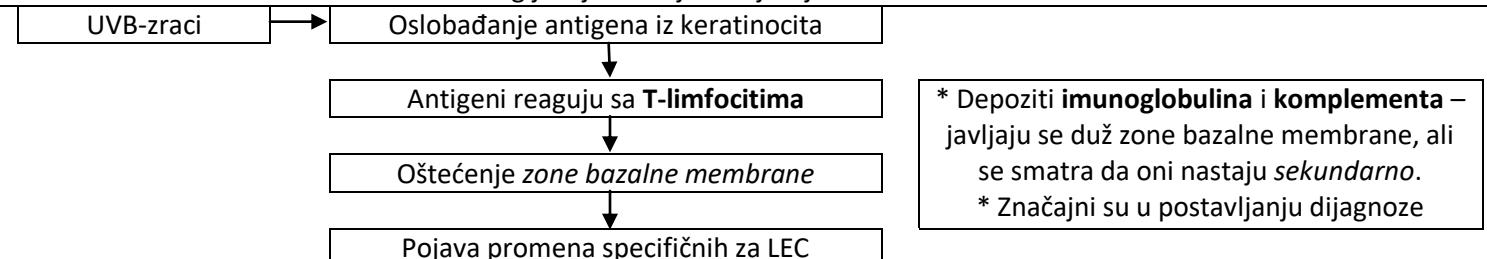
14. Bolesti vezivnog tkiva

A. Lupus erythematoses

Predstavlja grupu *autoimunih oboljenja* za sada nepoznate etiologije, u čijoj patogenezi učestvuju genetski faktori ali i faktori sredine. Ovde nema oštare granice između isključivo kutanih formi i formi sa znacima sistemskog oboljenja;

1. Lupus erythematoses chronicus (LEC)

Etiologija nije dovoljno razjašnjena ali se smatra da:



Oboleli:

Najčešće u 4. deceniji života
Žene oboljevaju 2 x češće nego muškarci;

Predilekciona mesta:

Fotoeksponirane regije:

- Lice: nos, zigomatični predeli, ušne školjke, čelo
- Kapilicijum, donji deo očnih kapaka, vermillion donje usne
- Spoljašnje strane nadlaktica i podlaktica, dorzum šaka
- Predeo dekoltea, gornji deo leđa

Promene:

„Rani trijas“ znakova

Eritem + Atrofija + Deskvamacija
(Erythema + atrophy + desquamation)

Na površini kože se vide **Pločice ili ploče**:

Početak

- Ovalne, jasno ograničene, infiltrowane
- Veličina: 0.5 – nekoliko cm --> podsećaju na disk- „discoides“
- Adherentna beličasta skvama – vidi se na površini ploče
- Folikularni keratinski čepovi – takođe mogu biti prisutni

Dalji tok:

- Centar promene: razvija se **atrofija**
- Periferija: perzistiraju prethodne promene – ovo je **aktivna zona** na račun koje se promena dalje širi

„Kasni trijas“ znakova

Dishromija + Teleangiektazije + Skleroza

* Dishromija: hipopigmentacija ploče + hiperpigmentacija ruba promene!

Povlačenje promene:

Cikatriks - na koži
Cikatricijalna ireverzibilna alopecija – na predelima obraslim dlakom

* **Bol** – obično se javlja u predelu lezija;
pruritus je redi simptom

Tok bolesti:

Hroničan

- Remisije: spontane
- Recidivi: često sezonskog karaktera (proleće, leto)
- Inaktivna faza: može se javiti kod 40% oblelih
- Rizik za razvoj LES: relativno mali:
 - Promene lokalizovane samo na licu: 5% šansa
 - Diseminovan oblik bolesti: 20% šansa

* **LE tumidus** – forma kod koje je izražena infiltracija i edem ploče, ali bez izražene atrofije i skvame

* **LE chronicus disseminatus** – ako se promene diseminuju i ispod *angulusa mandibule*

Histologija:

Epiderm		Derm
Ceo epiderm je u <i>celini atrofičan</i>		
St. corneum	<ul style="list-style-type: none"> - Hiperkeratoza ortokeratotskog tipa - Keratinski čepovi – prisutni u folikularnim ostijumima --> ovo čini skvamu adherentnom! 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perivaskularni i periadneksalni čelijski infiltrat: limfociti, mali broj histiocita i retki plazmociti ▪ Melanin – prisutan subepidermalno, ekstracelularno ili u makrofagima * Klinički se vidi kao <i>hiperpigmentacije ruba promena</i> ▪ Krvni sudovi – <i>dilatirani</i>
St. basale	<ul style="list-style-type: none"> - Hidropsna (vakuolna) degeneracija - Civatteova (citoidna, koloidna) telašca – mestimično rasuta duž zone bazalne membrane 	
Bazalna membrana	<ul style="list-style-type: none"> - Zadebljala – naročito se dobro prikazuje bojenjem po PAS-u - Dermo-epidermalna granica zaravnjena! 	

Laboratorijske analize	
Antinukleusna antitela (ANA)	kod 20-30% pacijenata
Anti-nativna (dvolančana) DNA antitela	Odsutna
LE čelije	Vrlo retko se otkrivaju
Sedimentacija eritrocita	↑ kod 20%
Leukopenija	Kod 10%
Trombocitopenija	kod 5%

Direktni imunoflorescentni test (DIF)
<p>* Ovde se naziva još i Lupus band test</p> <p><u>Koža zahvaćena promenom:</u> granularni depoziti IgG, IgM a nekad i IgA i C3, C4 komponente komplementa duž zone bazalne membrane</p> <p><u>Zdrava neizmenjena koža:</u> ne otkrivaju se depoziti imunoglobulina!</p>

Lečenje:	Lokalna terapija	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fluorisani kortikosteroidni preparati: <i>fluocinolon-acetonid, betametazon –dipropionat</i> koriste se sa polietilenskom okluzijom ili bez nje ▪ Injekcije triamcinolon acetonida – daju se intralezionalno ▪ Antisolarni kremovi sa visokim faktorom zaštite (SPF > 15)
	Opšta terapija	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hlorohin : 4 mg/kg tt, 1 x dnevno <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sistemski antimalarik</i> • Koristi se zbog svog <i>antiinflamatornog i fotoprotективnog efekta</i> ▪ Hidroksi hlorohin: 400 mg/dan – uz ovu terapiju je obavezna kontrola <i>fundusa oka, kolornog vida i vidnog polja</i> na svakih 3-6 meseci ▪ Opšta kortikosteroidna terapija (u nižim dozama): prednizon: 15-30 mg/dan – daje se isključivo u <i>diseminovanim slučajevima</i> i slučajevima <i>rezistentnim</i> na osnovnu terapiju

2. Lupus erythematoses systemicus (LES)

Etiologija:

Interakcija između:

- Određenih gena: kod obolelih najčešće prisutni **HLA B8, DR3, DQw2** aleli
- Faktora sredine: **UVA i UVB** najznačajniji; Oko 70% pacijenata ispoljava fotosenzitivnost



Javlja se **antigen-specifična hiperreaktivnost T i B limfocita + neadekvatna regulacija** ove hiperreaktivnosti

* Tako se naprimjer stvaraju **imunski kompleksi** koji se teško eliminišu --> deponuju se u krvnim sudovima --> **vaskulitis**

Klinička slika:

90% pacijenata su žene generativnog doba (mogu oboleti i sve druge osobe)

Lokalizacija	Izgled
Lice: simetrično na zigomatičnim predelima i na grebenu nosa	Aktivni eritem : infiltrovan ili eksudativan; daje karakterističnu sliku u vidu „ Leptira “ Teleangiektazije – takođe mogu biti prisutne
Dekolte i spoljašnje strane ruku	Eritematozne ili eritematozno-lividne makule
Palmarne strane prstiju šaka i plantarne strane prstiju stopala	Lividni eritem
Sluznice: <i>usna duplja</i>	Eritematozne i/ili purpurične makule (naročito na nepcu) + male erozije ili ulceracije
Nokat: <i>periungvalno</i>	Eritem sa teleangiektazijama
Kosa	Difuzan proces opadanja kose po tipu telogenog efuvijuma (samo u aktivnim fazama LES) * razlikuje se od LEC kod kog je u pitanju <i>ireverzibilna cirkumskriptna alopecija</i>

Dodatno se mogu javiti:

- **Raynaudov fenomen**
- **Livedo reticularis** – manifestuje se mrežastim (retikularnim) ili arborizirajućim **lividnim eritemom** na ekstremitetima i/ili trupu
- **Urticaria-like vaskulitis** – može se javiti *leukocitoklazični vaskulitis* --> **urtikarialne ploče** na površini kože koje perzistiraju duže od 24h
- **Palpabilna purpura** – ovako se takođe može manifestovati vaskulitis
- * Mogu se javiti **diskoidne promene** (tipa LEC) ali i **anularno-policiklične tj psorijaziformne lezije** (tipa LESC)

Ostali organi:

Mogu biti zahvaćeni: *zglobovi, bubreg, CNS, hematopoezni, respiratori i kardiovaskularni sistem.*

Tok bolesti:

- **Egzacerbacije**: podstaknute *stresom, UV radnjacijom, Infekcijom*
- **Letalni ishod**: najčešće zbog infekcija, oboljenja bubrega ili CNS-a

ARA kriterijumi u dijagnozi LES (ARA= american rheumatism association)

- | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Malarni eritem („Leptir“) | 7. Oboljenje bubrega |
| 2. Diskoidne promene (tipa LEC ili LESC) | 8. Neurološki poremećaji: konvulzije ili psihoza bez drugog razloga |
| 3. Fotosenzitivnost | 9. Hematološki poremećaj: hemolitička anemija ili leukopenija ili limfocitopenija ili trombocitopenija |
| 4. Ulceracije u ustima | 10. Imunološki poremećaji |
| 5. Neerozivni artritis bar dva periferna zgloba | 11. ANA (ali pri odsustvu lekova koji indukuju sintezu ovih antitela) |
| 6. Serozitis (pleuritis ili perikarditis) | |

* Potrebna 4 kriterijuma u jednom trenutku ili sukcesivno u toku čitavog trajanja bolesti da bi se dijagnostikovalo LES

Laboratorijske analize:

- Mogu biti povišena različita antitela koja su prisutna i kod drugih autoimunih bolesti
- **Antikardiolipinska antitela (ACA)** – mogu biti uzrok lažno-pozitivnom VDRL testu
- ↑ SE, ↑ cc imunoglobulina, ↓ serumski komplement, ↑ cirkulišući imuni kompleksi

Lupus band test (LBT)

- **Zdrava fotoeksponirana koža** (ekstenzorna strana podlaktice):
 - Pozitivan kod 30-50%
 - **Granularni depoziti imunoglobulina i komplementa** duž **zone bazalne membrane**
- **Zdrava fotoprotoktovana koža** (gluteus): + kod 10-30%
 - Smatra se da je + nalaz ovde u korelaciji sa *lezijom bubrega*

Lečenje	Zahvaćena koža, bez vitalnih organa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintetski antimalarici ▪ Opšta kortikosteroidna terpija u nižim dozama: 20-30 mg/dan
	Ukoliko su zahvaćeni i vitalni organi (CNS, bubrezi)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visoke doze opšte kortikosteroidne terpaje - Prednizon: 1-1.5 mg/kg TT/dan ▪ Imunosupresivi: azatioprin i ciklofamid ▪ „Pulsne doze“ intravenski datog metilprednizona ▪ Plazmafereza

		Lupus erythematoses subacute cutaneus (LESC)	Lupus erythematoses neonatorum	Lupus erythematoses profundus (Lupus panniculitis)
		/	Javlja se u prva 2 meseca života kod dece	Ređa forma koja zahvata i delove hipoderma i dubokog derma
Etiologija		Često prisutni HLA DR3 antigeni kao i anti-Ro(SSA) antitela * Kod nekih osoba izazvano lekovima : npr. <i>hidrochlortiazid</i>	anti-Ro(SSA) antitela – prenose se transplacentalno od majke * 50% majki ove dece ima LES, LESC ili neku drugu autoimunu bolest	/
Fotosenzitivnost		Izražena	Izražena	/
Koža	Lok.	<i>Lice, dekolte, gornji deo leđa i spoljašnje strane ruku</i>	<i>Lice, Trup</i>	<i>Obrazi i nadlaktice</i>
	Izgled	Može se manifestovati na 2 načina: A. Eritematozne i anularno-policiklične promene B. Eritemo-skvamozne (psorijaziformne) promene	Anularni eritem * Isti kao promene na koži kod LESC Periokularni eritem u vidu naočara	Dermo-hipodermalni nodusi * Bezbolni, prekriveni kožom lividne boje * Nekada se mogu javiti i tipične diskoidne lezije
Posledice		Ne ostaje cikatriks	Promene se povlače do 6. meseca života kada se izgube i cirkulišuća At * Kod velikog broja dece ostaje trajan AV blok	Dolazi do destrukcije hipoderma -> ostaju trajna <i>udubljenja</i>
Histološki		Ne postoji izražena folikularna hiperkeratoza	/	<i>Lobularni panikulitis</i>
Laboratorijski		ANA – 70% osoba Anti-Ro (SSA) antitela – 60% osoba Anti-La (SSB) antitela – 40% osoba	Anti-Ro (SSA) antitela	/
Lečenje		Sintetski antimalarici Topikalni kortikosteroidi Opšta kortikosteroidna terapija: naročito ukoliko postoji visceralne promene	Stroga fotoprotekcija Opšta kortikosteroidna terapija Pejsmejker – za AV blok	Sintetski antimalarici per os <i>Intralezionalno ubrizgavanje kortikosteroida</i>

B. Sclerodermia

* Zajedničko ime za heterogenu grupu oboljenja kod kojih je skleroza kože osnovna i dominantna klinička karakteristika

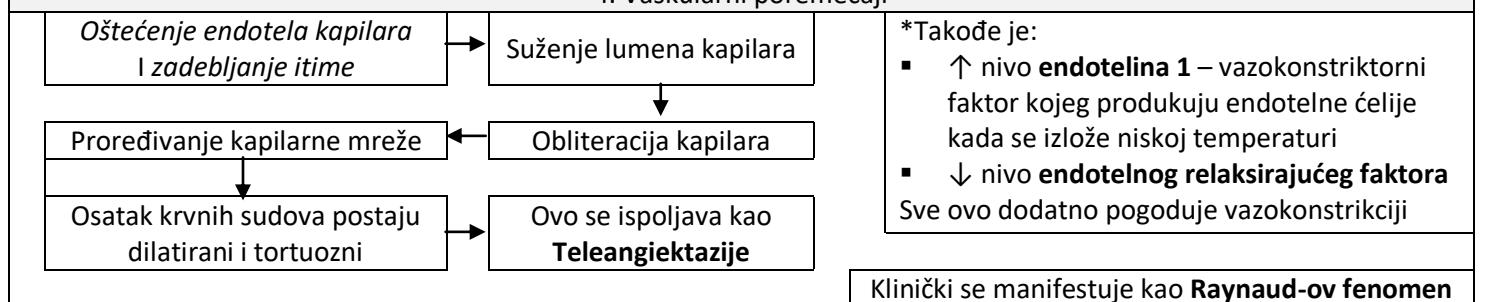
1. Sclerodermia systemica (ScS)

Glavna karakteristika je prekomerna proizvodnja i nakupljanje kolagena u koži i visceralnim organima

Nepoznate etiologije, ali su pronađeni:

1. Genetski faktori	2. Imunološki poremećaji	3. Poremećaji fibroblasta
<ul style="list-style-type: none"> Hromozomske aberacije – našene kod 90% obolelih ↑ je frekvencija HLA DR1, DR3 i DR5 alela Postoje porodični slučajevi 	<p>Izmenjeni su:</p> <p>a. <u>Celularni imunitet</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> Perivaskularni infiltrat u koži: dominiraju CD4+ (T-helperi) i Makrofagi Periferna krv: ↑ nivo interleukina ključnih za aktivaciju CD4+ ali i fibroblasta! <p>b. <u>Humoralni imunitet</u>: sintetiše se veći broj autoantitela: ANA, anti-Scl 70, anti-centromera antitela; njihov patogeni još uvek nije jasan.</p>	<p>Producuju ↑ kolagena koji je normalnih karakteristika</p> <p>Citokini stimulišu fibroblaste --> fibroblasti stimulišu T-limfocite --> T-limfociti produkuju citokine i tako nastaje – „Circulus vitiosus“</p>

4. Vaskularni poremećaji



Obično se javlja u 4. deceniji života, 3-6 x češća kod žena

Promene na koži:

Obično prolaze kroz tri faze:

1. Raynaudov fenomen	U 95% slučajeva predstavlja 1. znak oboljenja	* Niska temperatura ili jake emocije --> vazokonstrikcija krvnih sudova --> blokada protoka krvi u prstima i drugim akralnim delovima tela --> promena boje kože (bleda do cijanotična)
2. Edematozna faza	Javlja se nekoliko meseci kasnije	Edem prstiju, šaka, podlaktica, i lica * Po pravilu donji ekstremiteti su relativno pošteđeni
3. Indurativna faza	Kada se završi edematozna	Skleroza: Koža postaje čvrsta, glatka, bleda i fiksirana za dublje strukture

Lokalizacija	Promene
Prsti šaka	Postaju stanjeni i javlja se fleksiona kontraktura – onemogućena ekstenzija
Vrhovi prstiju i koštane prominencije	Promene na krvnim sudovima --> ulceracije --> atrofični ožiljci
Koža lica	Postaje zategnuta, bez normalnih nabora, amimična
Rima oris	Sužava se dovodeći do mikrostomije
Usne	Istanjuju se
Nos	Postaje ušiljen --> lice podseća na izgled ptice
Lice, trup i ekstremiteti	Može se javiti mrka pigmentacija

Promene na unutrašnjim organima			
1. Digestivni trakt	2. Bubrezi	3. Pluća	4. Srce
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lezija ezofagusa – kod 50% ▪ Hipotonija i hipomotilitet tankog i debelog creva 	<p>Njihovo stanje određuje težinu kliničke slike:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hematurija ▪ Proteniurija ▪ Insuficijencija bubrega sa hipertenzivnim krizama 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intersticijalna fibroza pluća ▪ Karcinomi pluća alveolarnog i bronhogenog tipa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perikarditis ▪ Insuficijencije miokarda ▪ AV blok ▪ Aritmije

Podela ScS:			
	ScS sa difuznom kutanom skleroziom	ScS sa ograničenom kutanom skleroziom	
Raynaudov fenomen	Trajaо je <i>manje od godinu dana</i> pre pojave skleroze	Trajaо je <i>dugo godina</i> pre pojave skleroze	
Koža	Sklerozna na licu, distalnim i proksimalnim delovima ekstremiteta i na trupu	Sklerozna prstiju, šaka, laktova i na licu	
Ostali organi	Fibroza pluća, insuficijencija bubrega, zahvaćenost GIT-a	Kalcifikacije, teleangiekazije, kasni početak plućne hipertenzije	
Prognoza	Dobra	Lošija	
Dijagnoza	Anti-Scl 70 (antitopoizomeraza 1) antitela +; Anticentromera antitela –	Dilatacija kapilara bez proređenosti (kapilaroskop) Anticentromera antitela +	

Dijagnoza:			
Klinička dijagnoza		Laboratorijska dijagnoza	
Postoje major i minor kriterijumi za dijagnozu:			
Major	Sklerozna kože proksimalno od prstiju: ekstremiteti, lice, trup		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traže se Anti-Scl 70 i Anticentromera antitela ▪ SE može biti ; javlja se <i>hiposideromska anemija</i> ▪ Reumatoidni faktor: pozitivan kod ¼ pacijenata
Minor	Ulceracija ili cikatriksi na vrhovima prstiju Sklerodaktilija Bilateralna bazalna fibroza pluća	<p>Kapilaroskopija</p> <p>Radi se na eponihijumu i vide se <i>dilatirani kapilari</i> (ograničena ScS) ili <i>proređena kapilarna mreža</i> (difuzna)</p>	
* Za postavljanje djiagnoze: 1 major ili 2 minor			

DD	Porphyria cutanea tarda, osobe izložene dejstvu toksičnih supstancija, graft-versus-host reakcije
Lečenje	<ul style="list-style-type: none"> ▪ D-penicilamin – inhibira stvaranje intermolekulskih veza u procesu sinteze kolagena + deluje imunosupresivno ▪ Opšta kortikosteroidna terapija - ne koristi se u hroničnoj ScS; * kod perikarditisa se može dati prednizon: 40-60 mg/dan ▪ Kalcijumski antagonisti: nifedipin: 3 x 10-20 mg/dan – koriste se u tretiranju Raynaudovog fenomena; + zaštita adekvatnom odećom i prestanak pušenja ▪ Fizikalna kineziterapija uz lokalnu primenu emolijentnih kremova

2. Scleroderma circumscripta (Morphea)

Predstavlja sve kutane oblike sklerodermije kod kojih po pravilu ne postoji zahvaćenost unutrašnjih organa

	Scleroderma circumscripta (Sclerodermiae en plaque)	Scleroderma linearis	
		Sclerodermie en bande	Sclerodermie en coup de sabre
	Najčešći oblik kutane sklerodermije	/	/
Lokalizacija	<i>Trup ili ekstremiteti</i>	<i>Trup ili ekstremiteti- najčešće unilateralno, ali može i bilateralno</i>	<i>Lice: pruža se od kapilicijuma, vertikalno prema čelu i bočnoj strani nosa</i>
Izgled	Ovalni ili kružni sklerotični plakovi <ul style="list-style-type: none"> – Sjajne površine, boje slonovače – „<i>Lilac ring</i>“ (lilac=jorgovan) – predstavlja eritematozni prsten koji se nalazi na periferiji lezija *Na ploči <i>nema folikula dlake, znojenje je smanjeno ili odsutno</i> i postoji <i>hipoestezija</i> 	Sklerotična traka <ul style="list-style-type: none"> – Indurovana, čvrsto fiksirana za dublje strukture *Zglobovi preko kojih ova traka prelazi su <i>smanjene amplitude pokreta</i> --> može dovesti do invaliditeta 	Sklerotične trake <ul style="list-style-type: none"> – Glatke i sjajne površine – Boje slonovače i pigmentovana – Bez folikula dlake! * U težim slučajevima, proces može da zahvati čitavu polovicu lica; to se naziva hemiatrofia-Romberg
Prognoza	Dobra *Kod većine posle 4-5 godina evolucije dolazi do regresije	Traje duže * Dovodi do kontrakture koja kod dece može dovesti i do poremećaja rasta ekstremiteta	Često je perzistentan * Promene se mogu i spontano izgubiti, pa čak i kosa može da poraste.
Lečenje	Potentne fluorisane kortikosteroidne masti ili Intralezionale injekcije triamcinolon-acetonida	Prednizon: 0.5 mg/kg tt/dan – kako bi se sprečile/smanjile kontrakture Fizikalna terapija D-penicilamin	
Histologija	Faza pre razvoja skleroze:	Perivaskularno i difuzno: čelijski infiltrat (<i>limfociti, plazmociti, makrofagi</i>)	
	Faza razvijene kliničke slike	Epiderm Derm	Atrofija <i>Relativna hiperkeratoza ortokeratotskog tipa</i> <i>Zaravnjena dermo-epidermalna granica</i> Zadebljao: gusto zbijena kolagena vlakna i mali broj fibroblasta
* Morphea generalisata		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sklerotični plakovi koji se postepeno uvećavaju, umnožavaju i slivaju ▪ Javlja se na <i>proximalnim delovima ruku i nogu</i> a ređe na <i>licu i akralno na ekstremitetima</i> ▪ Treba je razlikovati od ScS 	
* Morphea pansclerotica		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vrlo retka, javlja se u <i>dečjem uzrastu</i> ▪ Javljuju se teške mutilacije usled skleroze <i>hipoderma, mišića i kosti</i> 	

C. Dermatomyositis

Sistemsko autoimuno oboljenje koje zahvata kožu i skeletnu muskulaturu;

Ukoliko nisu prisutni kutani znaci naziva se **polimiozitis**

Etiologija:

1. Genetika	2. Imunologija	3. Virusi
<ul style="list-style-type: none"> Povećana je učestalost HLA DR3 i DRw52 Postoje i <i>porodični slučajevi DM</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>CD4+ i CD8+ T-limfociti</i> – svojim citotoksičnim dejstvom mogu dovesti do <i>nekroze mišićnih vlakana</i> <i>Humoralni imunitet</i> takođe može imati udela u nastanku DM 	<i>Virus influece i coxsacke virusi</i> izazivaju <i>blagu inflamatornu miopatiju</i>

* Kod 1/3 pacijenata DM udružen sa *nekom drugom bolešću vezivnog tkiva*

* Kod 10-30% odraslih pacijenata DM udružen sa *malignim oboljenjem: karcinom dojke, ovarijuma, želuca* itd.

Klasifikacija:

- Primarni *idiopatski polimiozitis*
- Primarni *idiopatski dermatomyozitis*
- Dermatomyozitis ili polimiozitis *uz neoplaziju*
- Dermatomyozitis ili polimiozitis *u dečjem uzrastu*
- Dermatomyozitis ili polimiozitis *uz druge bolesti vezivnog tkiva*

Oboleli:

- 2 x češći kod žena
- Odrasli: između 40. i 60. godine
- Deca: pre 10. godine

A. Kožne promene:

Lividni eritem + teleangiekazije (kod nekih pacijenata)

* Vide se na svim predilekcionim mestima, a na nekim se javljaju još dodatne promene:

Predilekciona mesta	Dodatno:
Lice: <i>očni kapci, periokularni predeo, zigomatični region, ušne školjke</i>	* Postoji edem očnih kapaka
<i>Laktovi i kolena</i>	Skvama – diskretna, beličasta
<i>Mali zglobovi šaka</i>	Gottron-ove papule: <i>Slivene, ravne, lividne papule</i> sa diskretnom skvamom
<i>Periungvalno</i>	/
<i>Dekolte</i>	/

B. Mišići

* Mogu biti prisutni na *početku bolesti* ili se javljaju posle više nedjela/meseci

- Početak: obično zahvaćena **proksimalna muskulatura ramenog i karličnog pojasa** --> otežano: *ustajanje iz čučnja, penjanje uz stepenice i abdukcija ruku*
- Par meseci kasnije: u mišićima se javljaju **kalcifikacije** – ovo je dobar prognostički znak, ali dovodi do *funkcionalnih smetnji*.

Postoje i :

- Teže forme: kada je zahvaćena **muskulatura farinša, gornjeg dela ezofagusa, respiratorna muskulatura kao i miokard**
- Lakše forme: kada su promene na mišićima **supkliniče**

Klinička klasifikacija:

Forma	Vreme	Znaci
Akutna	Naglo se razvija: nekoliko dana ili nedelja	Febrilnost Bolovi i slabost u mišićima
Subakutna	Klinička slika se razvija tokom nekoliko meseci	Manje izraženi mišićni i kutani znaci
Hronična	Oboljenje traje više godina	Poikilodermične promene na licu, vratu, dekolteu, trupu tkzv. poikilodermatomyositis

Dijagnoza:

Histologija	Labolatorijski	Elektromiogram (EMG)
<p>* Radi se biopsija klinički zahvaćenih mišića: <i>Inflamatorni miozitis + edem + degeneracija mišićnih vlakana</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ↑ vrednosti mišićnih enzima: <i>kreatin kinaza (CK), aldolaza, laktat dehidrogenaza (LDH)</i> ▪ <i>Kreatin u urinu</i> – značajan indikator citolize mišića 	<p>Kod 40% pacijenata pokazuje miopatske promene</p>

Kriterijumi za dijagnozu dermatomiozitisa:			DD
<p>A. Kutani znaci B. Mišićni znaci:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proksimalna mišićna slabost ▪ Karakteristična histologija mišića ▪ Povišeni mišićni enzimi ▪ EMG znaci 	<p>Siguran DM</p> <p>Verovatan DM</p> <p>Moguć DM</p>	<p>kutani znaci + 3 druga znaka</p> <p>Kutani znaci + 2 druga znaka</p> <p>Kutani znaci + 1 drugi znak</p>	<p><i>Ostale bolesti vezivnog tkiva fotodermatitis</i> – al samo u ranoj fazi kada nisu izražene mišićne lezije <i>Trihineloza sa edemom očnih kapaka i bolovima u mišićima</i></p>

Lečenje:		
<p>Opšta kortikosteroidna terapija</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prednizon: 1 mg/kg tt, u težim slučajevima i do 2 mg/kg tt ▪ Pulsna terapija metilprednizonom 1000 mg/dan i.v. tokom 3 dana – daje se kod težih slučajeva * Ne sme se prekidati prerano jer može dovesti do <i>relapsa</i> 	<p>Cititoksični lekovi</p> <p>Primenjuju se kod težih slučajeva</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Azatioprin: 2.5-3.5 mg/kg tt ▪ Metotreksat ▪ Ciklofosfamid <p>* Kombinuju se sa kortikosteroidima što omogućava primenu manjih doza kortikosteroida</p>	<p>Intravenski imunoglobulini</p> <p>Daju se u visokim dozama, kod pacijenata rezistentnih na standardnu terapiju</p> <p>* U akutnoj fazi se preporučuje <i>mirovanje</i>, a kasnije se sprovodi <i>fizikalna terapija!</i></p>

15. Trihoze

A. Morfološke abnormalnosti stabla dlake

1. Inherentne promene oblika dlake

- Normalna dlaka – okrugla ili ovalna, glatka i jednake debljine celom svojom dužinom
- **Pilarne displazije** – predstavljaju oboljenja sa morfološkim abnormalnostima dlake

	Pili torti	Monilethrix	Pili trianguli et canaliculi
Etiologija	Može se javiti kao <i>izolovana nasledna anomalija</i> ili u okviru nekih <i>kompleksnih sindroma</i>	<i>Izolovana nasledna anomalija pilarnog sistema</i>	<i>Izolovana anomalija kože</i>
Dlaka	<i>Pljosnata, sa torzijama</i> koje se ponavljaju u pravilnim razmacima	Duž stabla dlake postoje <i>proširene-fuziformne zone</i> i <i>sužene zone</i> --> ovo podseća na ogrlicu	Dlaka je <i>trouglastog oblika s bočnim kanalima</i>
Kosa	Proređena i lako se lomi	Proređena i kratka * Zato što se dlaka lomi u zonama suženja.	Normalne gustine ali odstoji od glave i ne može se očešljati!

2. Frakture dlake

- Povišena sklonost dlake da se lomi može biti:
 - Urođena: frakturna se javlja u *prvim segmentima*, po izlasku dlake iz folikula
 - Stečena: frakturna se može javiti u *svim segmentima dlake*;
* najčešće je posledica kumulativnog oštećenja *mehaničkim i kozmetičkim faktorima*

	Trichorrhesis nodosa	Trichoptilosis	Trichoschisis	Trichorrhesis invaginata
Etiologija	Može biti <i>nasledna</i> , ali se javlja i kod <i>zdravih osoba</i> čija kosa je <i>izlagana agresivnim kozmetskim supstancama</i>	Usled oštećenja kose <i>spoljnjim faktorima</i>	Naledna, može biti udružena sa kompleksnim genetskim poremećajima	Nasledna, javlja se udruženo sa nekim oblicima <i>ihtioziformne eritrodermije</i>
Dlaka	Prelom u vidu dveju četkica čiji su vrhovi upreti jedan prema drugom	Longitudinalni rascepi	Linearna frakturna * Dlaka kao "presečena sekirom"	Distalni deo dlake invaginira u proksimalni * Dlaka u vidu "bamusa"

B. Hipertrihoeze

1. Hipertrihoeza

Ekcesivno povećanje broja i dužine *neseksualnih i androgen nezavisnih dlaka*

Kongenitalni oblici	Stečeni oblici
Izrazito retki	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posle upotrebe nekih lekova: <i>minoksidil, kortikosteroidi, ciklosporin A</i> ▪ Kod nekih dermatozra: <i>porphyria cutanea tarda</i> <p>* Stečena hipertrihoeza s dlakama lanuginoznog tipa može predstavljati <i>paraneoplastičnu dermatozu</i></p>

2. Hirzutizam

Pojava kosmatosti muškog tipa kod žena

A. Idiopatski hirzutizam

Normalne serumske vrednosti androgena
* Nastaje usled genetske predispozicije folikula u *androgen-zavisnim zonama* da stvaraju *terminalne dlake muškog seksualnog tipa* umesto *vellus dlaka*

B. Simptomatski hirzutizam

↑ serumske vrednosti androgena --> povećan rast dlaka

Uzroci:

Ovarijalni

Policistični ovarijalni sindrom, Arenoblastom

Adrenalni

Mb. Cushing, virilizujući tumori, Adrenogenitalni sindromi

Pituitarni

Akromegalija, hiperprolaktinemija

Pubertet

Velus dlake se zamenjuju *pigmentovanim i debljim dlakama muškog seksualnog tipa*

Ovo se posebno javlja na **androgen-zavisnim predelima: lice, grudi, udovi, gornja pubična granica**

* Mogu se javiti i druge androgen-zavisne promene: *alopecija, akne, anovulatorni ciklusi, sterilitet, menstrualne abnormalnosti*, kao i drugi znaci *sistemske virilizacije*

Lečenje

Odstranjivanje dlaka:

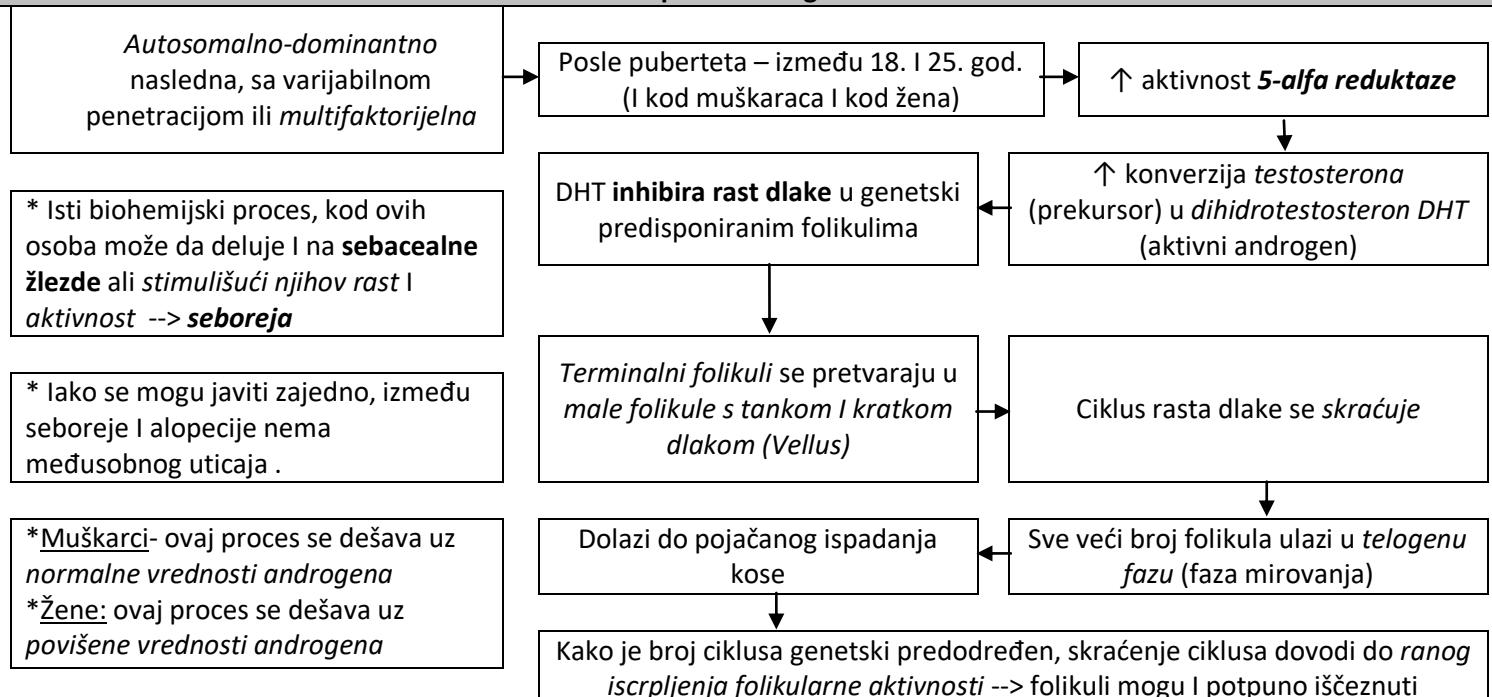
- **Beljenje:** 6% rastvor H₂O₂, 30 minuta
 - * Dlaka postaje i lomljiva!
- **Epilacija:** odstranjuje se i intrafolikularni deo dlake
- **Depilacija:** **pinceta ili vosak**
 - * Odstranjenje dlake samo sa površine kože
- **Elektroliza i laser:** **Ruby-Alexandrite-Diode**
 - * Daju trajne rezultate, ali moguć nastanak *ožiljaka*!

Opšte lečenje:

Antiandrogeni ciproteron-acetat i spironolakton

C. Hipotrihoze I alopecije

1. Alopecia androgenetica



A. Alopecia adrogenetica kod muškaraca

Androgenska frontalna linija (frontalna linija kapilicijuma)	Ovde se javljaju najranije promene * Terminalne dlake bivaju zamenjene velus dlakama
Temporalni predeli I verteks (Stupanj I II)	Bivaju zahvaćeni u daljem toku bolesti
Venac okcipito-temporalne kose (Stupanj III I IV)	Daljim tokom bolesti dolazi do spajanja površina sa frontalne linije I sa vorteksa tako da ostane očuvan samo venac okcipito-temporalne kose.

Rana faza bolesti

Kosa u zahvaćenim predelima je proređena I važan dijagnostički znak je **fenomen razdeljka:**

Lokalizacija	Kosa	Razdeljak
Teme	Proređena	Širok I krivudav
Zatiljak	Normalna	Uzan I prav

*

Tok bolesti:

Obično protiče u **epizodama** koje traju par godina:

- **Prva epizoda:** završava se krajem 3. decenije
- **Druga perzistentna epizoda:** javlja se sredinom 4. decenije I traje 3-4 godine
- Nakon ovoga se formira potpuna klinička slika, a dalje ispadanje kose predstavlja **fiziološku, senilnu involuciju**

* Takođe je moguće I **sezonske varijacije!**

Kasna faza bolesti

Proređenost postaje jasna I može ići do potpune alopecije III I IV tipa

B. Alopecia adrogenetica kod žena

- Lokalizuje se u **parijetalnoj regiji** u vidu **dufuznog proređenja kose**, koje ne dostiže razmere potpune alopecije
- Obično ↑ cirkulišući androgeni --> uraditi odgovarajuća endokrinološka ispitivanja: **testosteron, slobodni testosteron, androstendion I dehidroepiandrosteron-sulfat**

Dijagnoza

Postavlja se na osnovu *anamneze* i *kliničke slike* a značajan je i pregled *trihograma* (mikroskopski pregled korena epihirane dlake) - otkriva se veliki broj telogenih dlaka u parijetalnom predelu uz normalne vrednosti u okcipitalnoj zoni

Lečenje

Opštete mere	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ova alopecija predstavlja <i>fiziološki proces</i> kod muškaraca i kod većine obolelih žena ▪ Terapija ima za cilj da uspori progresiju alopecije i delotvorna je dok se lek daje! ▪ <i>Nema trajnog izlečenja za sad i kozmetski preparati su neefikasni</i> 	
Lokalna terapija	<p>Minoksidil: 2% ili 5% losion za lokalnu upotrebu, 2x dnevno po 1ml</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jedan od najznačajnijih lekova u savremenoj terapiji adrogenetske alopecije ▪ Daje se i muškarcima i ženama ▪ Prvi znaci poboljšanja se vide nakon 3-4 meseca, a puni efekat nakon 1 godine 	
Opšteta terapija	Ciproteron acetat	Predstavlja <i>antiandrogen</i> - inhibitor gonadotrofina --> ↓ biosintezu androgena i vezuje se za androgene receptore
	Spironolakton	<i>Inhibira ovarijalnu proizvodnju androgena i deluje kompetitivno za androgene receptore folikula dlake</i> *Efekat mu je nepredvidljiv, neželjena dejstva mu ograničavaju primenu
	Finasterid	<i>Inhibira izoenzim 5-alfa reduktazu tip II --> ↓ nivo dihidrotestosterona --> manji uticaj na kožu</i> * Daje se samo muškarcima, jer kod žena može dovesti do nastajanja abnormalnosti spolnjih genitalija muškog fetusa

2. Alopecia areata (Aa)

* Javlja se u vidu okruglih i jasno ograničenih ploča na kojima dlaka potpuno nedostaje

Etiologija
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Genetska predispozicija</u> – u 25% slučajeva, porodična pojava bolesti s <i>autosomal-dominantnim tipom nasleđivanja</i> ▪ Emocionalni stres ▪ <u>Autoimuna priroda</u> – takođe se sugerise, ali za sad nisu pronađena specifična autoantitela * Češće se javlja kod atopije – ti slučajevi počinju rano i imaju <i>nepovoljan tok</i>

Patogeneza
<p>Anageni folikul (<i>faza aktivnog rasta</i>) --> telogeni folikul (<i>faza mirovanja</i>) --> <i>ispadanje dlake</i></p> <p>* Nakon ispadanja dlake, u zavisnosti od težine oštećenja, folikul dalje može stvarati:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Normalnu dlaku ▪ Distrofičnu dlaku ▪ Dlaku u vidu „Znaka užvika“ - <i>distalni deo dlake</i> se lomi, s longitudinalnim rascepima, dok se <i>donji deo</i> stanjuje i završava „glavicom“ telogenog korena ▪ Ne stvara dlaku – u najtežim slučajevima <p>* Oštećeni folikuli <i>imaju očuvan potencijal da se regenerišu</i> --> čak i kod dugotrajnih oblika se može javiti porast kose</p>

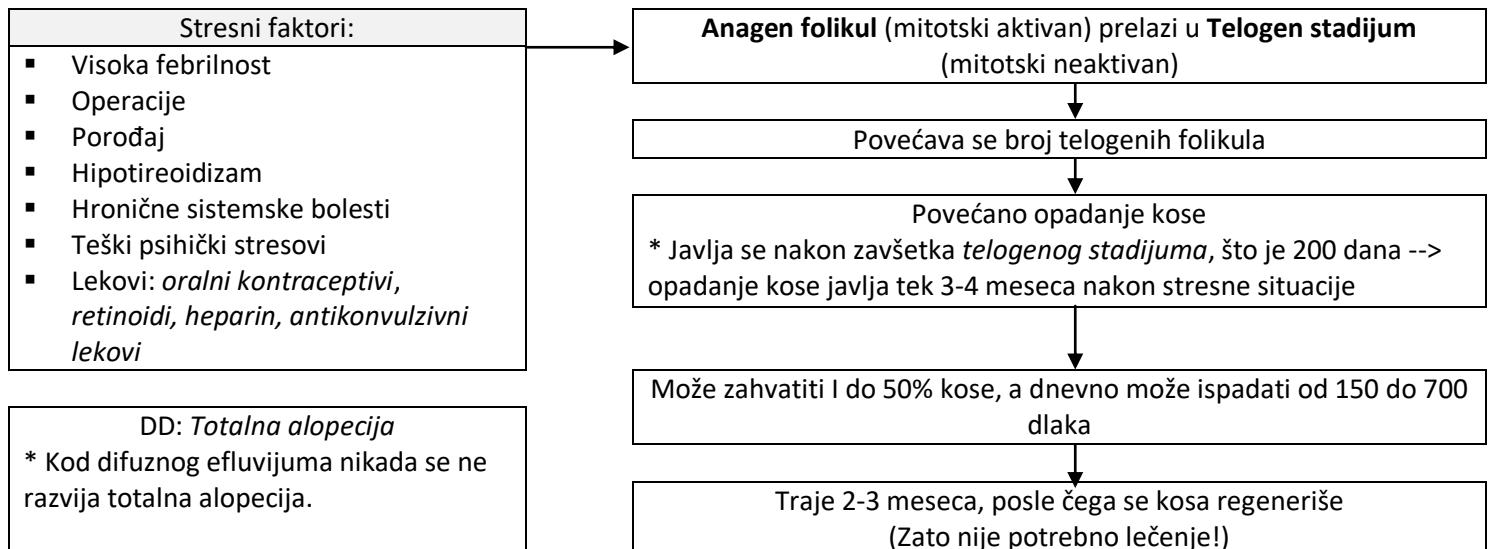
Javljuju se od 5. do 30. godine života, češće kod žena!

Prve lezije su obično u *kosi*, ali mogu se javiti i u *obrvama, trepavicama, bradi muškaraca i ostaloj koži*

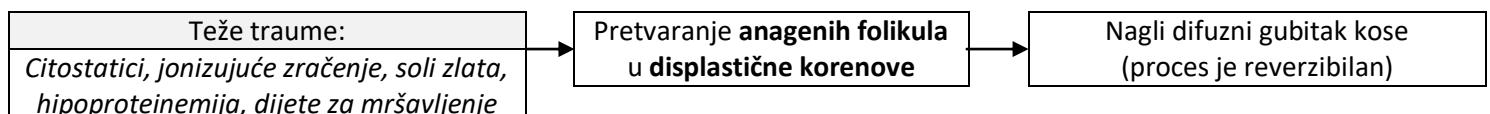
<p>Promene:</p> <p>Okrugla, jasno ograničena ploča Solitarna ili se mogu javiti multipli elementi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dlake: nedostaju <ul style="list-style-type: none"> • Lakši oblici: dlaka se lako izvlači i na ivici obolelih ploča • Teži oblici: dlaka se lako izvlači i na udaljenim, klinički nepromenjenim predelima ▪ Folikuli: kod lakših formi <i>normalni</i>, a kod težih <i>hipertrofični</i> ▪ Koža: boje slonove kosti i lako edematozna * U težim slučajevima, promene se mogu javiti i na noktima: longitudinalno izvrazdani, s tačkastim ugnućima i iskrzanim ivicama. 	<ul style="list-style-type: none"> * Ofijaza – širenje alopecije duž okcipitalne ivice kapilicijuma * Maligne alopecije: one kod kojih se spontani porast kose retko javlja: <ul style="list-style-type: none"> • Alopecia totalis – potpuni gubitak kose, dok je dlaka tela očuvana • Alopecia universalis – najteži oblik, kod nje nedostaju <i>kosam brada, obrve, trepavice, aksilarne, pubične i velus dlake</i> 								
<p>Tok bolesti:</p> <p>Nepredvidiv</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Može trajati <i>nekoliko meseci do jedne godine</i>, ali i <i>doživotno</i> ▪ Spontane remisije – javljaju se kod određenih oblika ▪ Kasniji recidivi – javljaju se kod svih bolesnika, samo ako se dovoljno dugo prati (20 godina) 	<p>Prognoza</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dobra prognoza: Aa koja je ograničena i posle 6 meseci ▪ Loša prognoza: <ul style="list-style-type: none"> • Slučajevi koji su počeli pre puberteta • Kod Atopičara • Kod ofijaze 								
DD	Bolesti koje mogu izazvati <i>cikatricijalnu alopeciju</i> : <i>lupus erythematoses discoides</i> <i>Telogeni efluvijum</i> – razlikovati ga od totalne i generaliznovane alopecije								
<p>Lečenje</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Lokalna terapija</th> <th style="width: 90%;"> <p>Salicilna kiselina 2%</p> <p>Kortikosteroidne masti</p> <p>Cignolin 0.5-1%</p> <p>Lokalna imunoterapija: Difenilciklopropenon (DCP) Dibutilestar skvarne kiseline (SADBE)</p> </th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td style="text-align: left;"> <p>Daje se kao placebo kod lakših oblika Aa</p> <p>1 x dnevno, potrebno je bar 3 meseca terapije za ocenu efekata</p> </td></tr> <tr> <td></td><td style="text-align: left;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ima bolji efekat od bilo kog drugog vida terapije ▪ Izvođenje: <ul style="list-style-type: none"> • Namerno se izaziva <i>kontaktna senzibilizacija</i> kože kapilicijuma sa visoko <i>alergogenim supstancijama</i> • 2 nedelje kasnije aplikuju se najniže koncentracije supstance koja izaziva eritem ili svrab, 1 x nedeljno • kada se javi porast kose, aplikacija alergena se vrši na svake 2-3 nedelje • Terapija se prekida nakon 2 godine kontinuiranog rasta kose ▪ Ne daje se deci ispod 10 godina </td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">Opšta terapija</td><td style="text-align: left;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PUVA: efikasna je samo <i>oralna PUVA s iradijacijom celog tela</i> – 100 seansi, uspeh kod 50% tretiranih ▪ Pulsna kortikosteroidna terapija – kod teških oblika Aa </td></tr> </tbody> </table>		Lokalna terapija	<p>Salicilna kiselina 2%</p> <p>Kortikosteroidne masti</p> <p>Cignolin 0.5-1%</p> <p>Lokalna imunoterapija: Difenilciklopropenon (DCP) Dibutilestar skvarne kiseline (SADBE)</p>		<p>Daje se kao placebo kod lakših oblika Aa</p> <p>1 x dnevno, potrebno je bar 3 meseca terapije za ocenu efekata</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ima bolji efekat od bilo kog drugog vida terapije ▪ Izvođenje: <ul style="list-style-type: none"> • Namerno se izaziva <i>kontaktna senzibilizacija</i> kože kapilicijuma sa visoko <i>alergogenim supstancijama</i> • 2 nedelje kasnije aplikuju se najniže koncentracije supstance koja izaziva eritem ili svrab, 1 x nedeljno • kada se javi porast kose, aplikacija alergena se vrši na svake 2-3 nedelje • Terapija se prekida nakon 2 godine kontinuiranog rasta kose ▪ Ne daje se deci ispod 10 godina 	Opšta terapija	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PUVA: efikasna je samo <i>oralna PUVA s iradijacijom celog tela</i> – 100 seansi, uspeh kod 50% tretiranih ▪ Pulsna kortikosteroidna terapija – kod teških oblika Aa
Lokalna terapija	<p>Salicilna kiselina 2%</p> <p>Kortikosteroidne masti</p> <p>Cignolin 0.5-1%</p> <p>Lokalna imunoterapija: Difenilciklopropenon (DCP) Dibutilestar skvarne kiseline (SADBE)</p>								
	<p>Daje se kao placebo kod lakših oblika Aa</p> <p>1 x dnevno, potrebno je bar 3 meseca terapije za ocenu efekata</p>								
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ima bolji efekat od bilo kog drugog vida terapije ▪ Izvođenje: <ul style="list-style-type: none"> • Namerno se izaziva <i>kontaktna senzibilizacija</i> kože kapilicijuma sa visoko <i>alergogenim supstancijama</i> • 2 nedelje kasnije aplikuju se najniže koncentracije supstance koja izaziva eritem ili svrab, 1 x nedeljno • kada se javi porast kose, aplikacija alergena se vrši na svake 2-3 nedelje • Terapija se prekida nakon 2 godine kontinuiranog rasta kose ▪ Ne daje se deci ispod 10 godina 								
Opšta terapija	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PUVA: efikasna je samo <i>oralna PUVA s iradijacijom celog tela</i> – 100 seansi, uspeh kod 50% tretiranih ▪ Pulsna kortikosteroidna terapija – kod teških oblika Aa 								

3. Effluvium telogenes

* Difuzno i reverzibilno ispadanje kose*

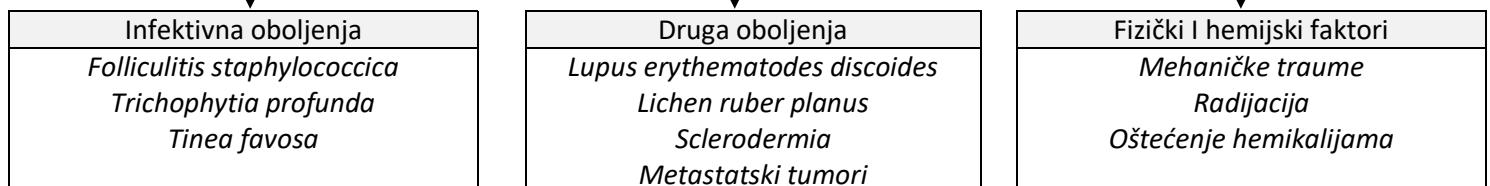


4. Effluvium anagenes



5. Cikatricijalne alopecije

Ovakvu, trajnu alopeciju mogu izazvati :



* Pseudopelade Brocq *

Hronična progresivna cikatricijalna alopecija

Etiologija	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Polietiološki sindrom ▪ U 70% slučajeva predstavlja završnu fazu <i>Lichen ruber planusa</i> ili ređe <i>hroničnog eritematodesa</i>
Oboleli	Obično u 3. i 4. deceniji života, češći kod žena
Izgled	Sitne atrofične i alopecične ploče koje su difuzno rasute kroz kapilicijum “tragovi stopala u snegu”
Tok	Oboljenje se progresivno širi godinama, promene su ireverzibilne
Lečenje	Lečenje može biti uspešno (zaustavljanje procesa) samo kada je utvrđeno postojanje prethodnog oboljenja

16. Onihoze

I Razvojne anomalije nokta		
Anonihije	Pachyonychia congenita	Koilonychia
Predstavlja <i>aplasiju</i> ili <i>hipoplaziju</i> nokta tj. potpuni ili delimičan nedostatak jednog ili više nokata	Zadebljali nokti Sama nokatna ploča je normalne debljine, ali postoji <i>hiperkeratoza nokatnog kreveta</i> * U najtežim slučajevima nokti imaju izgled <i>kandži</i>	Nokatne ploče su <i>konkavne</i> (kao satno staklo) pa se na njima može zadržati <i>kap vode</i>
II Infekcije nokta		
Perionyxis acuta	Perionyxis chronica	Dermatofitne infekcije nokta
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Izazivač:</u> stafilocok ▪ <u>Lokalizacija:</u> proksimalni ili bočni perionhijum ▪ <u>Izgled:</u> pustule, edem, eritem, bol ▪ <u>Lečenje:</u> hirurška incizija I antibiotici širokog spektra <i>per os</i> 	Primarne promene su <i>iritativnog tipa</i> i nastaju usled oštećenja oštećenja <i>perionhijuma</i> I <i>kutikule</i> * Akutni perioniksis može nastati I kao komplikacija hroničnog – tada je izazivač pseudomonas aeruginosa : <ul style="list-style-type: none"> • Kod ovih osoba se pigment piocianin nagomilaca u obolelom noktu --> plavo-crna ili zelena boja 	
III Oštećenja nokta izazvana fizičkim I hemijskim agensima		
Leukonychia	Onycholysis	Onychoshisis
Bele nokatne ploče <ul style="list-style-type: none"> – Nastaje usled <i>blagih povreda nokta</i> mada postoje i <i>kongenitalni oblici</i> – Može zahvatiti celu nokatnu ploču ili se javiti u vidu <i>strija</i> ili <i>sitnih pahuljičastih polja</i> 	Odvajanje nokatne ploče od nokatnog kreveta Početak promena: slobodna ivica ili bočne ivice --> širi se, ali <i>ne prelazi</i> polovinu nokta --> formira se <i>džep</i> --> ovde se javlja superinfekcija pseudomonas aeruginosa ili candida <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Lečenje:</u> oboleli deo mazati preparatima koji sadrže kortikosteroidie ili antibiotike 	Cepanje nokatne ploče u vidu listova, paralelnih sa nokatnom pločom Preterano izlaganje <i>vlaženju</i> I <i>sredstvima za pranje</i> --> oštećenje nokatnog <i>keratina</i> --> remeti se njegova sposobnost da vezuje optimalnu količinu vode * Takođe može nastati usled: <i>grešaka u ishrani (dijeta)</i> , <i>niskog serumskog Fe</i> ili <i>hipertireoze</i>
Onychorrhexis	Onychogryphosis	Onichophagia
Abnormalna lomljivost nokatne ploče * Može se javiti istovremeno s oniholizom	Ekstremno zadebljanje nokatne ploče <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Uzrok:</u> najčešće kod starijih, usled <i>nedovoljne nege</i> I <i>ponavljanih trauma</i> <i>neodgovarajućom obućom</i>; ali može I kod nekih dermatoza: <i>psoriasis vulgaris</i> ▪ <u>Lokalizacija:</u> nožni palčevi ▪ <u>Lečenje:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Mladi:</u> radikalna hirurška intervencija ○ <u>Stari:</u> otklanjanje hipertrofičnog nokta 	Grizenje nokatne ploče <ul style="list-style-type: none"> ▪ Česta navika, naročito kod <i>nestabilnih</i> I <i>nervoznih osoba</i> ▪ <u>Nokatne ploče:</u> <i>kratke s ragadama</i> I <i>zapaljenjem eponihijuma</i> I <i>perionhijuma</i> * Slične promene se mogu videti kod <i>pruriginoznih dermatoza</i> ali je ivica nokta jače oštećena, stanjena I konkavna
Unguis incarnatus	Nožni palčevi: nepravilno sečenje slobodne ivice u vidu <i>polukruga</i> umesto u vidu <i>ravne linije</i> --> oštре ivice nokatne ploče <i>prodiru</i> u bočne delove perionhijuma --> <i>inflamacija, bol</i> * <u>Lečenje:</u> ispravno sečenje nokta I nošenje udobne odeće <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Lakši slučajevi:</u> rastvor srebro-nitrita + kortikosteroidne masti sa antibioticima ▪ <u>Teži uporni slučajevi:</u> hirurška intervencija - odstranjivanje nokatne ploče 	

IV Promene nokata kod dermatoz

Psoriasis vulgaris	Alopecia areata	Ostale dermatoze
<p>Promene na noktu su češće kod teških oblika, ali se kod većine bolesnika javljaju u nekom periodu života</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tri oblika psorijatične onihoze: <ol style="list-style-type: none"> <i>Sitna, tačkasta udubljenja</i> – daju noktu izgled naprstka <i>Oniholiza</i> – prema nezahvaćenom delu ograničena žućkasto-ružičastim rubom "Oil spot" <i>Zadebljala i neprozračna nokatna ploča</i> 	<p>Kod teških oblika</p> <p>* <i>Sitna, tačkasta udubljenja</i> koja prekrivaju veći deo nokatnih ploča</p>	<p><i>Hronični ekzem</i></p> <p><i>Atopijski dermatitis</i></p> <p><i>Pemfigus</i></p> <p><i>Lichen ruber planus</i></p> <p>* Mogu se javiti sekundarne promene na nokatnim pločama!</p>

V Promene nokata kod unutrašnjih bolesti

Onycholysis, onychorrhesis	Onychia Hippokratis	Beauove linije
Javlja se kod <i>hipohromne anemije</i>	<p>Batičasti nokti sa <i>širokim nokatnim pločama</i> koje su <i>konveksne</i> u oba smera</p> <p>* Javlja se kod: <i>hroničnih srčanih i plućnih oboljenja</i></p>	<p><i>Transferalno, linearno ulegnuće lokalizovano na svim noktima u istom nivou</i></p> <p>* Javlja se <u>par nedelja nakon stresne situacije:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Teških sistemskih oboljenja</i> ▪ <i>Infekcija</i> ▪ <i>Akutnog fizičkog stresa</i>

17. Oboljenja sebacealnih žlezda

I Seborrhoea

Pubertet → Hiperfunkcija sebacealnih žlezdi → Masna i sjajna koža i prošireni folikuli

* Ovo se javlja na područjima u kojima su sebacealne žlezde brojne: *kapilicijum, lice, presternalni interskapularni predeo*

* Posebno vidljivo u **letnjim mesecima** – zato što je spoljna temperatura bliska tački topljenja sebuma (30 stepeni) --> smanjuje se viskoznost sebuma --> povećano izlučivanje

Predstavlja teren na kom nastaju **acne vulgaris** i **rosacea**

Lečenje:

Odstranjivanje sebuma češćim umivanjem i losionima

II Sebostasis

Neke dermatoze:

- Atopijski dermatitis
- Ihtioze

Hipoplazija ili hipofunkcija sebacealnih žlezda

Izrazito suva koža
(Osim što nedostaje sebum, fali i voda)

Lečenje:

Upotreba emolijentnih kremova i kremova sa 5-10% ureom

III Acne vulgaris

Pubertet kod genetski predisponiranih: → Normalne vrednosti androgena

Retenciona folikularna hiperkeratoza

Zahvata *istmus i sebacealni duktus* --> nastaje *zadebljao i adherentan rožasti sloj* --> sužava se lumen --> otežano izlučivanje sebuma

* Kod osoba koje nemaju AV, kanali obloženi *nekoherentnim rožastim ćelijama* koje --> nisu prepreka za izlivanje sebuma.

Seboreja

Nastaje usled pojačanog odgovora sebacealnih žlezda na normalne vrednosti androgena.

* Ona pospešuje *retencionu hiperkeratozu* i stvara uslove za razmnožavanje *P. acnes*

Dolazi do *distanzije infundibuluma i sebacealnih žlezdi*

Mikrokomedoni

„Otvoreni komedon“ – Crna tačka

* Nastaje ukoliko se pod pritiskom sebuma komedon otovori na površini kože --> sadržaj se drenira --> nema inflamatornih promena

„Zatvoreni komedon“

Ukoliko se ne isprazni --> sebum se nakuplja --> komedon se progresivno uvećava --> ovo stvara dobre uslove za umnožavanje *P. acnes* --> njihovi enzimi dovode do *povišene propustljivosti zida folikula* --> prodire *aktivisani komplement i citotaksini* --> oni privlače *polimorfonuklearne leukocite* --> *inflamacija* --> *ruptura folikula* --> sadržaj se izliva u **derm**

* ***Propriionobacterium acnes*** – član rezidentne flore normalne kože; kod akni je prisutan u velikom broju i stvara *lipaze, proteaze, hijalurinitaze i hemiotaktični faktor citotaksin*

Klinička slika:		
Oboleli	U pubertetu, češće i teže kod muškaraca nego kod devojaka	
Lokalizacija	Koža: <i>centrofacijalni predeo, presternalno, interskapularno;</i> * Može se proširiti i na celo lice!	
Izgled	Mikrokomedoni	Predstavljaju primarnu promenu, ali nisu vidljivi
	Otvoreni komedon	Centriran crnom tačkom – njena boja potiče od melanina
	Zatvoreni komedon	* Veličine do 2 mm, s malim centralnim udubljenjem – pri pritisku se kroz njega može iscediti filamentozni sadržaj
Tok	Traju <i>nekoliko godina</i> , zatim postupno <i>iščezavaju + nema recidiva!</i> Mogu se povući <i>bez taga</i> ili za sobom ostaviti <i>ugnute ožiljke</i> (često <i>keloidni</i> na grudnom košu)	
Acne comedonica	Acne papulo-pustulosa	Acne nodulo-cystica
Ukoliko kliničkom slikom dominiraju komedoni	Ukoliko kliničkom slikom dominiraju papule i pustule * One mogu nastati kada zatvorene komedone zahvati inflamacija	Ukoliko se uz papule i pustule javi cistični noduli * Oni fluktuiraju, ali su <i>bezbolni i bez znakova inflamacije</i>
Diferencijalna dijagnoza:		
<i>Rosacea</i> – kod nje se promene javljaju na <i>pasivnom eritemu</i> , nema komedona i nastaju u kasnijem uzrastu		
* Acne medicamentosa	* Acne oleosa	
Izazvane <i>glukokortikoidima, izonijazidom i halogenim elementima</i> Dominira <i>folikularna hiperkeratoza + blaga inflamacija + nema komedona!</i>	Izazvane direktnim i često profesionalnim <i>kontaktom sa uljima i katranima</i> (automehaničari) Nastaju na mestima koja su atipična za akne: <i>butine, potkolenice, ruke.</i> Manifestuju se otvorenim komedonima	

Lečenje:				
Opšte mere	Smer lečenja:			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umivanje sapunom i čišćenje antibakterijskim sredstvima ▪ Ishrana: normalna, higijenska, bez ograničenja ▪ Terapijski efekat je postepen i lagan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modifikovanje patološke keratinizacije folikula ▪ Smanjenje broja <i>Propriionobacterium acnes</i> ▪ Sniženje proizvodnje sebuma ▪ Smanjenje inflamacije <p>* Bolji rezultati se postižu kod osoba ženskog pola</p>			
Lokalno lečenje:				
Aplikuje se na sve obolele površine (i lice i trup) kao i na susednu kožu <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Neinflamovane akne:</u> lokalni retinoidi + azelaična kiselina ▪ <u>Inflamovane akne:</u> benzol-peroksid + lokalni antibiotici + azelaična kiselina ▪ Istovremeno inflamovane i neinflamovane promene: ujutru: Lokalni retinoidi + uveče: benzol-peroksid ili lokalni antib. 				
Lek	Dejstvo	Ostalo		
Retinoidi	Komedolitično	Koriste se: tretinoin, adapalen i tazaroten 1-2x dnevno		
Azelaična kiselina	Antikomedogeno, antimikrobno Antiinflamatorno	Predstavlja zasićenu C-9 dikarboksilnu kiselinu Primjenjuje se u obliku 20% krema, 2x dnevno		
Benzoil-peroksid	Antimikrobno, blago antiinflamatorno, komedolitično	/		
Lokalni antibiotici	Antimikrobno	Koriste se: tetraciklin, eritromicin, klindamicin * Javljuju se rezistentni sojevi <i>P.acnes</i> na eritromicin i klindamicicin		

	Opšte lečenje:
Uz sistemsku terapiju indikovana je i istovremena lokalna terapija	
Antibiotici	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tetraciklini: tetraciklin, oksitetraciklin, doksiciklin i minociklin – lekovi prvog izbora ▪ Eritromicin – daje se u slučaju nepodnošljivosti tetraciklina i ženama u germinativnom periodu, kao i za vreme dojenja
Isotretinojin	Daje se kod teških oblika akni, ako i uslučajevima umereno teških formi koje nisu reagovale na drugu terapiju
Estrogen, antiandrogeni i spironolakton	
Hormoni	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Daju se samo ženama ▪ Propisuju se kad je terapija antibioticima bila bez uspeha i kod žena kojima je istovremeno potrebna kontracepcija : ▪ Dianette oralni kontraceptiv: 2mg ciproteron-acetat + 35 mg etinil-estradiol
<i>Ožiljci</i> - leče se tek kad dođe do potpunog smirenja akni: površni ožiljci --> peeling ; dublji ožiljci --> dermabrazija	

IV Rosacea			
Inflamatorna dermatozna, lokalizovana na licu, koja se javlja kod osoba srednjeg životnog doba			
Etiologija	Nepoznato		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Osobe sa rozaceom: <ul style="list-style-type: none"> ○ Imaju konstitucionalno crveno lice ○ Sklone su naletima facijalnog eritema – on nastaje usled vazodilatacije izazvane <i>toplotom, emocionalnim reakcijama</i> i uzimanjem <i>začinjene hrane i alkohola</i> ▪ Demodex folliculorum – normalni stanovnih facijalnih folikula; može imati značaja za nastajanje akneiformnih lezija 		
Oboleli	Osobe srednjeg životnog doba, češće žene		
Lokalizacija	<p style="text-align: center;">Centrofajalno: <i>čelo, nos, brada</i></p> <p>* Pored ovoga, mogu se proširiti i na <i>obraze, bočne strane vrata, dekolte i ušne školjke</i></p>		
Promene	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eritem – predstavlja najraniju leziju i u početku se javlja u <i>naletima</i> 2. Perzistentni, difuzni, pasivni eritem – razvija se posle određenog vremena – u ovoj fazi se upotrebljava termin rosacea <ul style="list-style-type: none"> ▪ Teleangiekstazije – permanentna vazodilatacija; po pravilu se javlja na eritemu ▪ Akneiformne papulo-pustule – javljaju se kod nekih osoba, na eritemu; ovo se naziva acne rosacea 3. Rhinophyma – predstavlja najteži oblik oboljenja <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Lokalizacija:</u> <i>nos, ređe čelo</i> ▪ <u>Izgled:</u> <i>hipertrofična i neravna koža sa proširenim folikulima i brojnim teleangiekstazijama</i> 		
Tok	<p style="text-align: center;">Hroničan sa periodima <i>poboljšanja i pogoršanja</i></p> <p>* Može se zaustaviti u bilo kojim od navedenih faza ili progredirati ka težim formama bolesti</p>		
DD	<p style="text-align: center;"><i>Seboroični dermatitis i steroidni dermatitis</i> – javlaju se u okolini usta i nazolabijalnim naborima, ti predeli su kod rozacee pošteđeni</p> <p style="text-align: center;"><i>Sarkoidoza</i> – treba je razlikovati od hroničnih papuloznih lezija kod rozacee</p>		
Lečenje	Opšte mere	Izbegavati faktore koji izazivaju vazodilataciju: <i>alkohol, topla pića, začinjena hrana, sunce...</i>	
	Lokalno lečenje	Inflamovane papule, pustule, eritem	Metronidazol u gelu (0.75%) i kremu (1%), 2 x dnevno Eritromicin i klindamicin 1-3% u losionu , 2 x dnevno
		Eritematozne promene	Ichthyol 3% u miksturi
		** Danju aplikovati antisolarne kremove!	
Opšte lečenje	<p style="text-align: center;">Tetraciklin ili Eritromicin 1 x dnevno, kad rozacea udje u remisiju, smanjiti doyu na $\frac{1}{2}$ pa na $\frac{1}{4}$, a tek prekinuti terapiju</p> <p style="text-align: center;">Metronidazol – daje se u redim slučajevima; Isotretinojin – daje se u dozi ↓ nego kod akni!</p>		

V Dermatitis perioralis

Etiologija	Najčešće nastaje u toku lokalne upotrebe fluorisanih glukokortikoida koji su upotrebљeni zbog prethodne, najčešće banalne dermatoze
Oboleli	Najčešće <i>mlade žene</i>
Lokalizacija	<i>Nazolabijalni nabori i okolina usta sa očuvanim rubom oko usana</i> * Može se proširiti na <i>obraze, čelo i kapke</i> --> Rosacea-like dermatitis
Izgled	<p style="text-align: center;">Papule</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Žuto-ružičaste, translucidne (pseudopustule), na eritematoznoj podlozi ▪ Može postojati i <i>laka deskvamacija, pečenje i pruritus</i> ▪ Egzacerbacija promena – može se javiti usled naglog prekida lokalne kortikosteroidne terapije „Rebound fenomen“
DD	<i>Rosacea</i> : avlja se kod starijih osoba, okolina usta je pošteđena <i>Acne vulgaris</i> i <i>Seboroični dermatitis</i>
Lečenje	<ul style="list-style-type: none"> • Odmah obustaviti lokalnu kortikosteroidnu terapiju --> lečenje kortikosteroidima kontraindikovano • <u>Lokalna terapija: Antibiotici</u> (kao kod vulgarnih akni) + 3% Ichthyol mikstura ili indiferentni kremovi

18. Hidroze

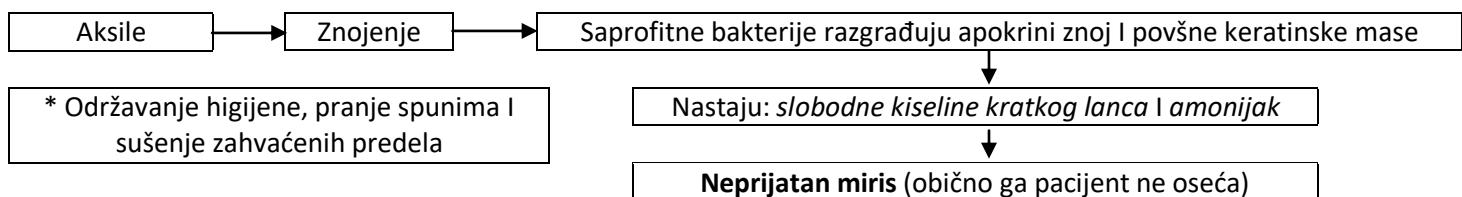
Hidroze

Oboljenja kod kojih postoji anatomska ili funkcionalna poremećaj znojnih žlezda

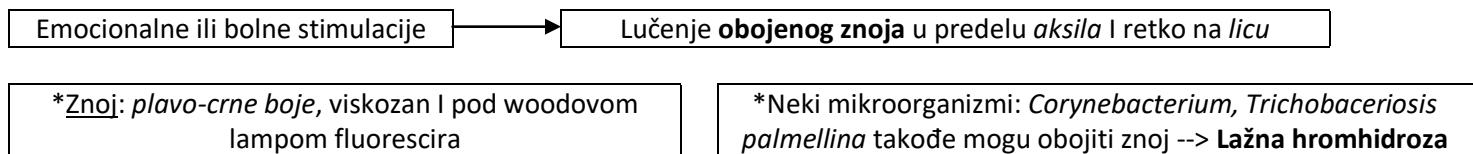
A. Oboljenja apokrinih znojnih žlezda

Apokrine žlezde se nalaze u *aksialnom, anogenitalnom predelu, areolama mamide i predelu umbilikusa* a mogu biti i rasute po licu, grudima i trbuhi --> zbog ove ograničenosti i oboljenja iz ove grupe su *lokализovana*.

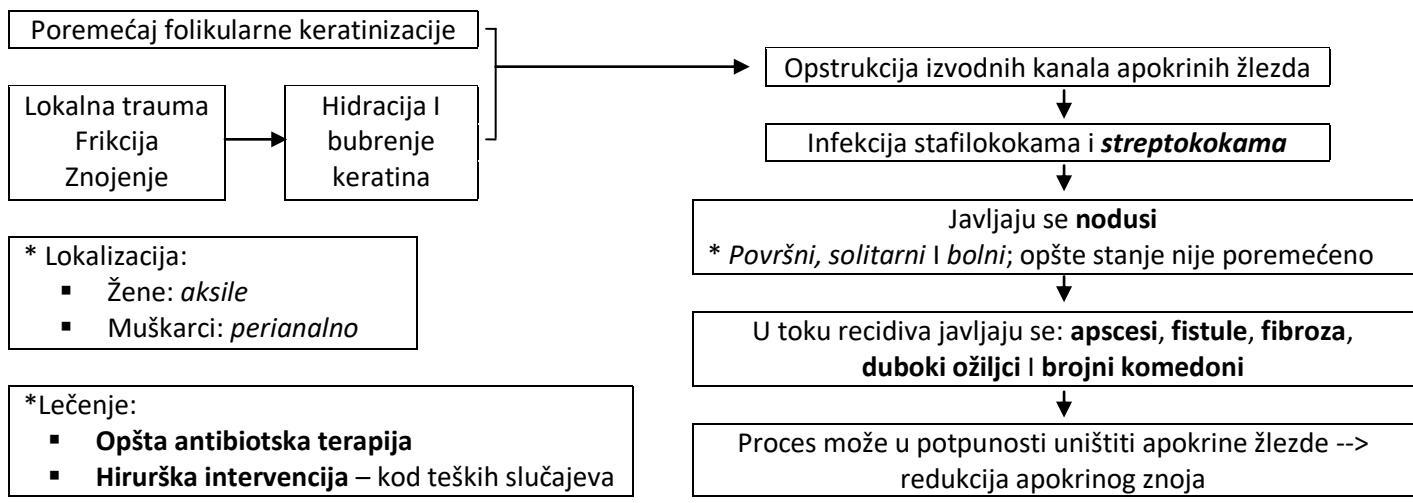
1. Apokrina bromhidroza



2. Apokrina hromhidroza



3. Hidradenitis suppurativa



B. Oboljenja ekrinih znojnih žlezda

Ekrine znojne žčezde su prisutne na celoj koži i poremećaj u njihovoj funkciji je često praćen poremećajem opšteg stanja

1. Hiperhidroza – pojačana proizvodnja znoja

A. Generalizovana hiperhidroza	B. Ograničene hiperhidroze
<p>Uzroci:</p> <ol style="list-style-type: none"> Termoregulacija – usled povišene okolne temperature ili telesne hipertermije Infektivni uzroci Endokrina oboljenja: <i>hipertireoza, diabetes melitus, menopauza, adipozitet</i> Toksični uzroci: <i>narkomanija, alkoholizam</i> Lekovi: <i>holinergički i adrenergički</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Na dlanovima, tabanima i aksilama</i> – najčešći oblik; izazvan mentalnim i emotivnim stimulusima; pogoduje mu neodgovarajuća odeća i obuća <i>Gustativna hiperhidroza</i> – sreće se kod uzimanja određene hrane ili pića <i>Spinalna hiperhidroza</i> – posledica oštećenja ili oboljenja kičmene moždine (<i>siringomijelija, tabes dorsalis</i>) – manifestuje se segmentarnim znojenjem

Lečenje:

Korisno samo kod palmo-planterne i aksilarne hiperhidroze:

- Aluminijum hlorid:** kao 20% alkoholni rastvor – koristi se u toku noći; kad koža postane suva, koristi se po potrebi
- Formaldehid-** delotvoran, ali daje fotosenzibilizaciju
- Glutaraldehid:** 10% PH 7.5, svaki drugi dan
- Jonoforeza vodom** – prvenstveno kod palmo-planterne hiperhidroze
- Hirurški: Simpatektomija**
 - T-2 ganglion za gornje ekstremitete
 - L-2 ganglion za donje ekstremitete

* Postoji rizik pri izvođenju, moguća je regeneracija vlakana sa vraćanjem simptoma!

2. Anhidroza i hipohidroza

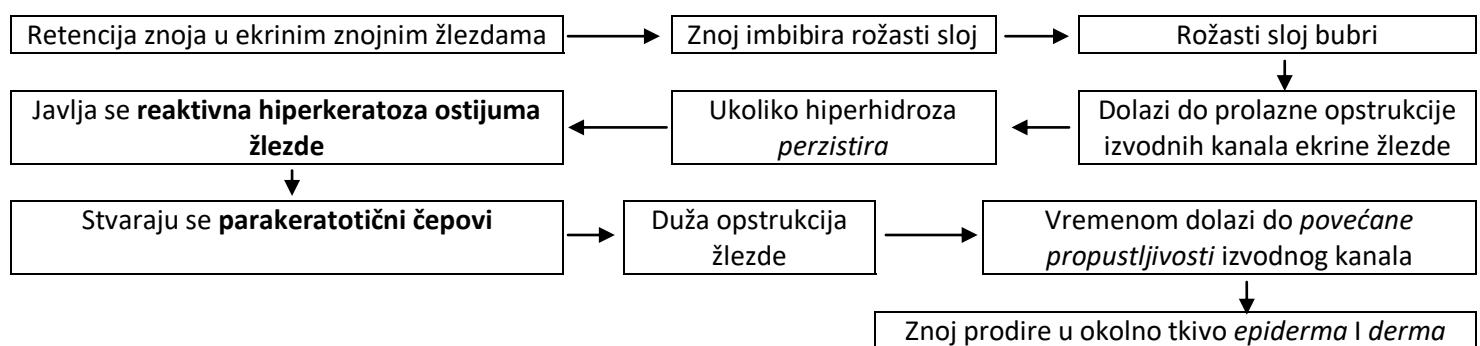
Nedostatak ili smanjenje znojenja pod normalnim uslovima ili pri delovanju odgovarajućih draži

* Pacijenti teško podonse topotu, koža im je suva!

Uzroci:

Kongenitalni	Stečeni
Ihtioza Neke ektodermalne displazije	<p>Lekovi: <i>antiholinergici, antimalarici</i> Trovanje metalima Miliaria profunda Dermatoze: <i>atopijski dermatitis, psorijaza</i> Sistemska oboljenja: <i>hipertireoidizam, periferna neuropatija, lepra, sy. Sjögren dehidracije</i></p>

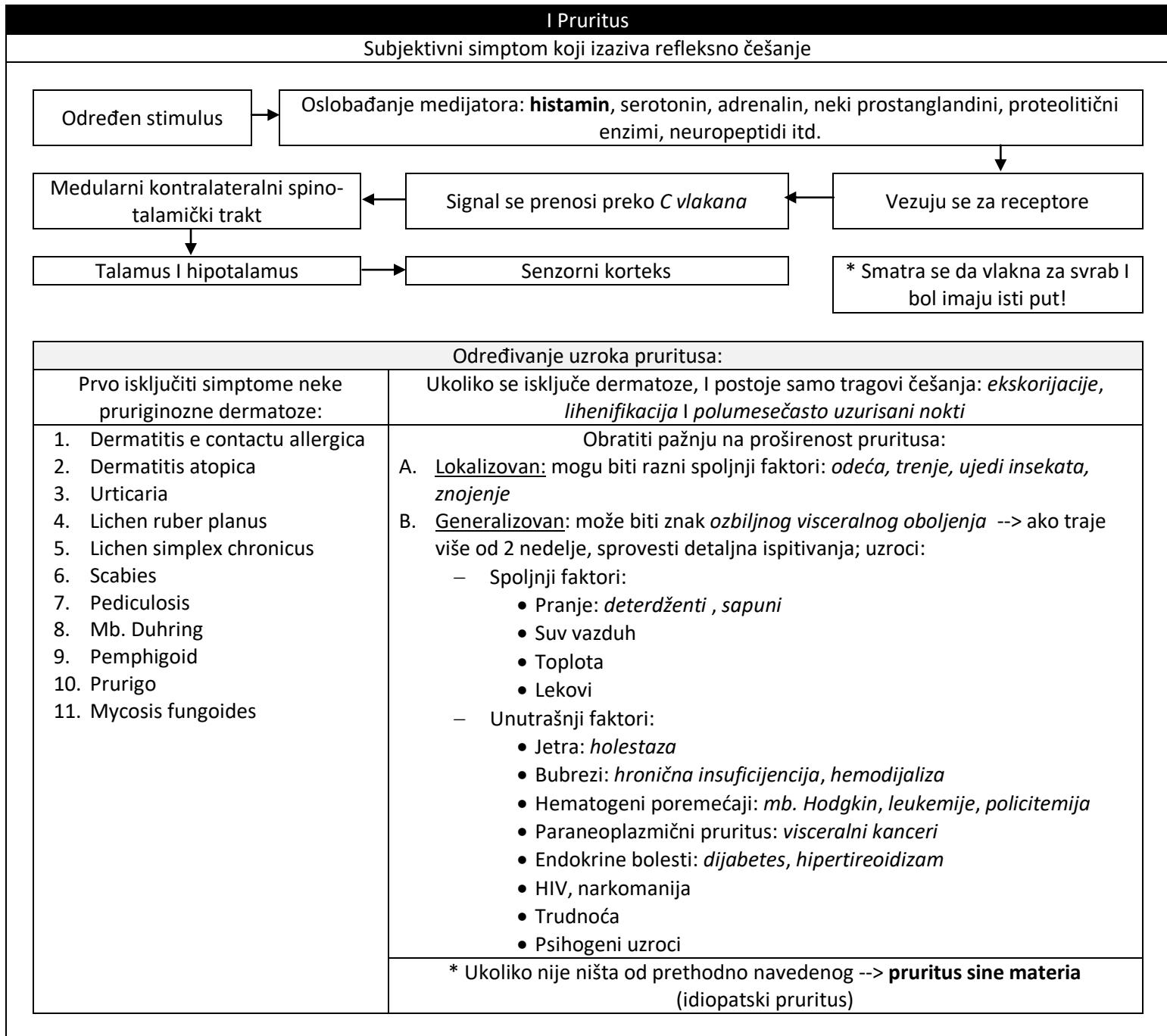
III Miliaria



Postoje tri kliničke slike:

	a. Miliaria cristallina (sudamina)	b. Miliaria rubra	c. Miliaria profunda
Mesto okluzije	Otvor pore ekrine znojne žlezde	Dublji deo ekrine znojne žlezde	Još dublji deo ekrine znojne žlezde * Javlja se kod osoba sa rekurentnim oblicima <i>m.rubra</i>
Ruptura	*Na površini *Zato često mogu proći nezapažene	Intraepidermalni deo duktusa	Epidermo-dermalni spoj
Izgled	Sitne vezikule u rožastom sloju koje lako prskaju	Sitne vezikule + eritematozni halo * Nisu centrirane dlakom!	Papule: blede,čvrste i nepruriginozne * One su takođe vezikule, ali su smeštene duboko!
Lečenje	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Izbegavanje vrućine: neodgovarajuća odeća, utopljavanje ▪ Lokalno – sredstva koja suše: puder, miksture, antiseptične boje ▪ Savetuju se kupke u rastvoru hipermangana 		

19. Pruriginozne dermatoze



		Pruritus senilis	Pruritus ani	Pruritus vulvae
Uzrok		Asteatoza – snižena funkcija sebacealnih žlezda + degenerativne promene kože	<i>Fekalna kontaminacija i vlažna sredina</i> * Treba tražiti i: <i>hemoroide, psorijazu, bakterijske i gljivične infekcije</i>	Uzročnici analnog, mogu izazvati i vulvarni * Takođe: <i>scabies, pedikuloza, graviditet, vulvovaginitis (candida), neoplazme vulve</i>
Oboleli		Stariji	Sredovečne osobe, češće muškarci	Žene
Lečenje	Opšte mere	Treba prekinuti "circulus vitiosus" svrab-češanje-svrab	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Isključiti moguće uzroke ▪ Održavati higijenu i suvu sredinu 	
	Lokalno lečenje	<ul style="list-style-type: none"> • Emolijensi: od vazelina do kozmetskih kremova – koriste se posle kupanja, a dodaje im se: mentol, a kod suve kože i urea, amonijum-laktat, katran • Kortikosteroidi: samo ukoliko postoji dermatозa koja je uzrok pruritusa • Lokalni anestetici i antihistamini: ne daju se jer mogu izazvati senzibilizaciju i nisu efikasni 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kortikosteroidni kremovi: daju se oblici iz I grupe ▪ Kombinacija kortikosteroidi + antibakterijski preparati ili antiseptične boje 	
	Opšte lečenje	<ul style="list-style-type: none"> • H-1 antihistamini: imaju sedirajući efekat; ali postoji I nova generacija nesedirajućih; • Fototerapija UVA, UVB zracima i PUVA – daju se u <i>suberitemskim dozama</i> i ako se efekat ne postigne sa 15 tretmana, lečenje treba prekinuti. 	Samo kod upornih slučajeva	

II Lichen simplex chronicus – Vidal (LSC)

Osnovna promena je **lihenifikacija** koja nastaje usled *ponavljajnog česanja i trenja*

Primarna lihenifikacija	Sekundarna lihenifikacija
<ul style="list-style-type: none"> – Češće se javlja kod: <ul style="list-style-type: none"> • Osoba koje su psihički napete • Osoba koje imaju snižen prag za pruritus – <u>Uzroci:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Trenje odećom • Intertriginozni predeli gojatnih osoba • Nakon nekih banalnih događaja: <i>ujed insekta, iritacije, znojenje</i> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Usled ovoga, oslobađaju se određeni medijatori --> osoba oseća pruritus --> češe se --> lihenifikacija</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Nastaje kod hroničnih pruriginoznih dermatozra: <i>ecyema, tinea pedum et crurum</i> itd.; Tada se uklapa u kliničku sliku oboljenja! – Osnovno oboljenje se može povući, a <i>lihenifikacija ostati</i> --> teško je odvojiti od primarnog oblika LSC

I kod jedne I kod druge, razvojem lihenifikacije, pruritus I češanje se pojačavaju --> *circulus vitiosus*

Oboleli	Obično između 30. I 50. godine života, češće žene	
Lokalizacija	<i>Zadnja I bočne strane vrata, kapilicijum</i> <i>Ekstenzorne strane laktova, potkolenice i članici</i> <i>Ingvino-kruralni predeo, vulva, skrotum,</i> * Ali može I na bilo kom delu tela	
Izgled	Lihenifikovane ploče <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Nejasno ograničena</u>, veličine metalnog novca do dlana, u početku postoje I edem I eritem ali se povlače ▪ Obično pojedinačne! ▪ <u>Centar</u>: koža je zadebljana sa skvamama I pigmentovana ▪ <u>Oko centra</u>: zona jasne lihenifikacije ▪ <u>Periferija</u>: pojedinačne, rasute, lihenoidne papule između linija naglašenog kožnog crteža * Gigantska lihenifikacija – javlja se u nekim slučajevima: zadebljanje epiderma je tolko jako, da dovodi do stvaranja čvorova. 	
Histologija	Epiderm	<i>Hiperkeratoza + ognjišta parakeratoze</i> <i>Akantoza</i> – vrlo izražena I predstavlja histološki supstrat lihenifikacije
	Derm	<i>Hroničan inflamatorni infiltrat</i>
DD	<i>Psorijaza, lichen ruber planus I atopijski dermatitis</i>	
Lečenje	Mora se prestati sa češanjem! <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Lokalno lečenje</u>: kortikosteroidi u obliku unguenta ili krema ▪ <u>Opšte lečenje</u>: klasični sedirajući H-1 antihistaminici, anksiolitici I triciklični antidepresivi (kod pacijenata sa neurozom I depresijom) 	

III Prurigo

Nema univerzalno prihvaćenu definiciju; Karakteriše se **pruriginoznim čvorićima** koji nastaju egzantematozno I često nije jasno da li se prvo javio svrab ili lezija na koži

a. Prurigo acuta	I adultni I infantilni oblici oboljenja nastaju kao <i>alergija</i> na ujed insekta	
b. Prurigo vulgaris (prurigo subacuta et chronica)	c. Prurigo nodularis Hyde	
Uzrast	40. – 60. godina, češće žene	Sredovečne žene
Uzrok	/	Emotivni stres * Prema patogenom mehanizmu sličan sa <i>lichen simplex chronicus</i>
Lokalizacija	<i>Ekstenzorne strane ekstremiteta</i> <i>Leđa</i> <i>Lice, kapilicijum</i> * Može I na drugim delovima kože	<i>Ekstenzorne strane gornjih I donjih ekstremiteta</i>
Izgled	Ekskorisani čvorići * Teško je reći da li im pruritus prethodi ili ih prati	Čvorovi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Čvrsti, hiperkeratotične ili verukozne površine; ▪ Na vrhu im je po pravilu ekskorijacija ▪ Raspoređeni simetrično I ravnomerno
Pruritus	Vrlo jak	Veoma jak " ferox "
DD	<i>mb. Duhring I pemphigoid</i>	<i>Lichen ruber planus verrucosus</i> – kod njega papule imaju primesu ljubičaste boje <i>Lichen simplex chronicus Vidal</i> – ima znatno slabiju akantozu u odnosu na PN-Hyde
Lečenje	Simptomatsko, kao kod pruritusa	Intralezionalno davanje kortikosteroida + Anksiolitici I trankilizatori

20. Infektivne bolesti kože

A. Virusne infekcije

I Infekcije herpesvirusima			
a. Herpes simplex			
Infekcija:			
1. Primarna infekcija – kod osoba koje prethodno <i>nisu bile</i> u kontaktu sa virusom 2. Latencija – virus se smešta u <i>senzitivne ganglione</i> i tu trajno ostaje 3. Recidivi – dolazi do aktivacije virusa, on putuje duž nerava i dolazi u <i>epitelnih ćelija kože i sluzokože</i> gde se replikuje.			
Infektivni su: <i>primoinfekt</i> i <i>recidivi</i> , moguće je i <i>asimptomatsko izlučivanje virusa</i>			
	Herpes simplex oro-facialis		Herpes simplex genitalis
Izazivač	HSV tip 1 Infekcije „iznad struka“		HSV tip 2 Infekcije „ispod struka“
Prenošenje	Direktan kontakt		Seksualni put
Inkubacija	3-10 dana		2-21 dan
Primoinfekt	Javlja se	Obično kod dece	
	Manifestuje se kao	Asimptomatski ili kao <i>Gingivo-stomatitis</i> i <i>Kerato-conjunctivitis</i>	
	Izgled	Multiple vezikule često umbilikovane --> prskaju --> bolne erozije (<i>na sluzokožama usne duplje, farinksa, konjuktivi i kornei</i>)	
	Osali znaci	Regionalne limfne žlezde uvećane ↑ temperatura, mialgija, uznemirenost	
Recidivi	Učestalost	Česti u ranoj fazi * Javljuju se 3-4 rekurentne epizode godišnje	
	Mesto	U predelu gde je bio primoinfekt; Najčešće na <i>vermilionu usana</i> --> herpes labialis	
	Predhodi im	Svrab ili Pečenje	
	Izgled	Ograničene, manje, eritematozne pločice s buketima Vezikula --> <i>sasušuju se</i> posle 5-7 dana * Kerato-conjunctivitis recidivi – mogu dovesti do ulkusa kornee i do slepila!	
	Provocirajući faktori: <i>emotivni stres, zamor, menzes, sunčanje, infekcije gornjih respiratornih puteva</i>		
Herpes simplex imunosuprimiranih		<ul style="list-style-type: none"> - Teško oboljenje s ulceracijama, hroničnim tokom, čestim <i>recidivima</i> i sklonošću ka diseminaciji - Kod: <i>pemfigusa, limfoma, transplantacije organa, AIDS-a, terapije imunosupresivima</i> 	
Neonatalni herpes simplex		<ul style="list-style-type: none"> - Najozbiljniji oblik infekcije HSV tip 2 - Obično se prenosi u toku porođaja - Javljuju se: Diseminovane kožne promene + Neurološke + Oftalmološke lezije - Moguć letalni ishod! 	
Dijagnoza	Klinička slika Može se na osnovu nje	Citodiagnostika Pregledom sadržaja vezikule vide se gigantske ćelije	Serumska antitela Nemaju dijagnostičku vrednost, jer su od 1. infekcije uvek prisutna!

DD	Aftozne ulceracije, kandidijaza, pemfigus i sifilis				
Lečenje	Opšte lečenje	Primoinfekcija	Aciklovir: <ul style="list-style-type: none"> Odrasli: 200-400mg 5x dnevno, 5-7 dana Deca: suspenzija 600 mg/m², 10 dana Imunokompromitovani: <i>intravenski</i> 5 mg/kg 3x dnevno, 5-7 dana <p>* Skraćuje trajanje bolesti, ali ne sprečava nastanak <i>recidiva</i>!</p>		
		Recidivi	<p>Lečenje ima efekta samo ako se da 1-2 sata <i>posle</i> pojave prodromalnih simptoma;</p> <p>* <i>Supresivno ili profilaktičko lečenje</i> primenjuje se kod <i>čestih recidiva</i> (iznad 6x godišnje)</p>		
	Lokalno lečenje	5% Aciklovir krem: 5x dnevno 1% Penciklovir krem			
b. Herpes zoster					
<ul style="list-style-type: none"> <i>Varicella/Zoster virus:</i> <ul style="list-style-type: none"> Primarna infekcija: javlja se u <i>detinjstvu</i> kod imunološki nezaštićenih osoba i ispoljava se kao Varičela Latentno stanje: virus dolazi u <i>ganglione kranijalnih nerava i zadnjih korenova kičmene moždine</i> --> ovde ostaje do sledeće aktivacije Reaktivacija virusa: javlja se kada otpornost domaćina padne ispod kritičnog nivoa: <i>iscrpljenost, zamor, imunosupresija, mb. Hodgkin i drugi limfomi:</i> <ul style="list-style-type: none"> Virus se umnožava u <i>ganglionu</i> --> nekroza i inflamacija nerona Širi se duž <i>senzitivnih neurona</i> --> ovde takođe dovodi do inflamacije Stiže do kože --> dermatološke manifestacije oboljenja 					
Uzrast	Odrasli				
Najčešće zahvaćeno inervaciono područje:	Trigeminalnog nerva	Oftalmička grana „ Oftalmički oblik “	Praćeno je promenama na oku		
		Maksilarna i Mandibularna grana	Javljuju se promene na <i>sluzokožama usta, farinksu, larinksu, timpaničnoj membrani.</i>		
	T-3 i L-2 segmenta	Promene na <i>grudnom košu</i> koje su u obliku trake „ zoster pojas “			
* Promene su unilateralne i ne prelaze srednju liniju tela					
Promene	Bol	Javlja se u predelu zahvaćenog dermatoma i javlja se pre izbijanja promena			
	Faza makule	Osip počinje kratkotrajnom, eritemaroznom makulom , koja često može izostati			
	Faza vezikule	U toku 4-5 dana se razvijaju sitne vezikule na eritematoznoj podlozi, imaju tendenciju da budu <i>grupisane</i> , ali ne prelaze dermatom zahvaćenog nerva!			
	Faza pustule	Posle par dana, vezikule se ispunjavaju gnojem --> pustule			
	Faza kruste	Nastaju sasušivanjem pustula i iščezavaju nakon 3-4 nedelje od početka bolesti			
	Ožiljci	Ostaju samo nakon <i>gangrenoznog oblika</i>			
Opšti simptomi	Obično su blagi (osim bola), mogu se javiti <i>uvećane limfne žlezde</i>				
Herpes zoster gangraenosus		Dolazi do nekroze u dermu Vezikule postaju hemoragične --> sasušuju se --> mrko crne kruste --> ožiljak			
Herpes zoster disseminatus		Diseminovane vezikule --> klinička slika podseća na <i>varičelu</i> *moguća visceralna lokalizacija: <i>pluća, jetra, mozak</i> * Oba oblika češća kod <i>imunokompromitovanih osoba</i>			
Histologija	Senzitivni ganglion	Limfocitni infiltrat, nekroza nervnih ćelija i vlakana			
	Koža	<ul style="list-style-type: none"> Retikularna i balonska degeneracija epidermalnih ćelija Intraepidermalna vezikula --> u njima ko baloni plivaju degenerisane ćelije Gigantske više jeddarne ćelije – mogu se otkriti direktnim pregledom sa dna bule! * Ove histološke promene su i kod <i>herpes simplex virusa</i>! 			

Lečenje	Opšte lečenje	Aciklovir	Oralno, 800 mg 5x dnevno, 5-10 dana * Trebaju se davati u okviru 48h posle pojave promena na koži
		Valaciclovir i Famaciclovir	Noviji lekovi, imaju bolje destvo, a manje N-efekata
		Antihistaminici	Ukoliko je prisutan <i>pruritus</i>
		Analgetici	Za <i>bolove</i>
Lokalno lečenje		Talkovanje, bez pranja sem u slučaju superinfekcije, suva toplota	

II Infekcije humanim papiloma virusima

- Ovo su **dvolančani DNA virusi** koji izazivaju infekciju *keratinocita* sa stvaranjem promena na koži i sluzokožama i visoko su *domaćin-specifični*.
- Oboljenja ove grupe su **kontagiozna i autoinokulabilna**
- Infekcija: *Mikropovrede na koži i sluzokožama* --> virus prodire kroz njih --> inficira **bazalne ćelije epiderma** --> podstiče njihovu deobu --> javljaju se karakteristične promene
- Replikacija HPV zavisi od *stepena diferencijacije inficiranih keratinocita* --> virusna DNK i virusni partikuli se mogu naći tek u **granularnom sloju ili iznad njega**

Broj virusa	Ano-genitalne lezije	Vulgarne veruke	Plantarne veruke
	Najbrojniji	Malo manje virusa	Najmanji broj virusa
* Starije lezije imaju <i>manje</i> , a mlađe lezije <i>više</i> virusa.			

	Verrucae vulgares	Verrucae planae juveniles	Verrucae plantares	Condylomata acuminata
Izazivači	HPV tip 1, 2, 4	HPV tip 3, 10	HPV tip 1, 4	HPV tip 6, 11, 16, 18, 31, 32, 33, 35
Onkogeni	Ne	Ne	Ne	Da (boldovani)
Oboleli	Deca školskog uzrasta	Deca	Deca školskog uzrasta + Odrasli	Odrasi
Prenošenje	Direktno (kontakt sa zaraženim)	Direktno	Direktno	Seksualnim putem
Lokalizacija	Dorzalne strane šaka Podlaktice	Dorzalne strane šaka Čelo Obrazi Brada	Tabane – u predelima izloženim pritisku	Vulva, Cerviks, Uterus Penis Anus
Izgled	<ul style="list-style-type: none"> <u>Početak: translucidne, duboke papule</u> <u>Kasnije: hrapavi, hiperkeratotski čvorići</u> <p>* Na površini veruka se mogu videti crne tačke – trombozirani kapilari!</p> <p>* <u>Nokat:</u> mogu zahvatiti; javljaju se periungvalne i subungvalne veruke koje dovode do distrofičnih promena na nokatnim pločama</p> <p>* <u>Lice:</u> nakon povrede pri brijanju -> filiformne veruke s keratotičnim haloom!</p>	Papule <ul style="list-style-type: none"> <i>Okrugle, ravne</i> <i>boje normalne kože ili pigmentovane</i> <i>Površina im je ponekad skvamozna</i> 	Verukozne promene <ul style="list-style-type: none"> <i>Endofitnog rasta</i> – ne prominiraju nad okolinom <i>Hiperkeratotski rub</i> – okružuje ih <i>Crne tačke</i> (trombozirani kapilari) – nalaze se na njihovoj površini <p>* Bolne su pri hodu i pritisku!</p>	Izgled im varira u zavisnosti od lokalizacije: A. <u>Glans, prepucijum, perianalno, vulva:</u> <ul style="list-style-type: none"> Vegetacije: egzofitne, karfiolaste, šljjate, meke, ružičaste ili sivkaste boje, vlažne površine i uske, peteljkaste baze Papule : ravne i teško učljive (ređe) B. <u>Okolna koža:</u> često su verukozne C. <u>Koža penisa:</u> bez peteljki! D. <u>Anogenitalne veruke:</u> mogu preći na sluzokožu vagine, cerviksa, uretre i rektuma E. <u>Cervikalni kondilomi:</u> egzofitne papilomatozne promene; postoje i atipične sa <i>endofitnim rastom</i> – teško se otkrivaju!
Broj	Pojedinačne ili slivene	<i>Pojedinačne, slivene ili linearno raspoređene</i> (autoinokulacija – Körnerov fenomen)	Pojedinačni elementi ili Mozaične ploče (prekrivene su hiperkeratotskim kalusom)	Pojedinačne ili slivene
Spont. regresija	/	Da	Da	/
DD	/	<i>Lichen ruber planus</i> – plavkaste ili ružičaste boje	<i>Clavus</i> – kod njih nema crnih tačaka!	<i>Sifilisni kondilomi</i> – široke baze, + na sifilis <i>Akuminovani kondilomi</i> – pedunkulirani

Lečenje		
Metoda	Koristi se kod	Ostalo
Krioterapija (tečni azot)	Sve vrste	Ova metoda je više ili manje bolna, pri tome virus se može naći u pari koja se stvara pri radu s tečnim azotom
Keratolitici <i>Salicilna 16% + Mlečna 16% kiselina</i>	Verrucae vulgares Verrucae plantares	* Kod plantarnih veruka se koriste i <i>flasteri sa 40% salicilnom kiselinom</i> čiji se oblik podesi prema obliku veruke!
Podofilin	Anogenitalni kondilomi	Na kožu ga nanosi isključivo <i>stručno lice</i> * Okolnu kožu treba zaštititi talkom, drži na promenama 2-4 h! * Mutagen je i kontraindikovan u graviditetu!
Podofilotoksin (aktivni ekstrakt podofilina)	Anogenitalni kondilomi	Na kožu ga može nanositi i <i>sam pacijent</i> * Nije mutagen i nema nećeljenih efekata!
Fotoagulacija CO2 laserom, elektrohirurška i hirurška terapija	Kod oblika rezistentnih na drugu terapiju	

III infekcija Molluscum contagiosum virusom

- *Molluscum contagiosum virus* (DNK virus): **Inokuliše se u ćelije** --> replikuje se u citoplazmi --> indukuje *hiperplaziju ćelija* --> inficirane ćelije brže prolaze epiderm od neinficiranih!
- **Spinozni sloj:** virus se vidi u citoplazmi u obliku *inkluzionih telašaca (mollusca contagiosa telašca)*
- **Rožasti sloj:** inkluziona telašca se nakupljaju u centralnom, umbilikovanom delu papule!
- Smatra se da je *celularni imunitet* značajniji u nastanku promena

Postoje tri klinička tipa

	Prvi tip	Drugi tip	Treći tip				
Oboleli	<i>Deca</i>	<i>Odrasli</i> * Predstavlja venerično oboljenje	<i>Imunokompromitovani</i>				
Lokalizacija	Lice, trup ekstremiteti	Na mestu kontakta: abdomen, butine, polni organi	Ekstenzivne promene				
Izgled	Papule						
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Kupolaste, translucidne, boje normalne kože</i> • <i>Umbilikovan centar</i> – pritiskom, iz njega se cedi <i>translucidna zrnasta tvorevina</i> • <i>Obično grupisane</i> 						
Spont. regresija	Moguća						
DD	<i>Verrucae planae, varičela, papilom, lichen ruber planus</i>						
Lečenje	* Lako se spontano povlači, terapija se savetuje zbog autoinokulacije i proširenja infekcije na osobe u okolini <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Kiretiranje oštom kiretom</td> <td style="padding: 5px;">* Na promenu se prethodno aplikuje anestetički krem sa lidokainom i prilokainom (EMLA krem)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Krioterapija tečnim azotom</td> <td style="padding: 5px;">* Potrebno je da promena i njena neposredna okolina pobele!!</td> </tr> </table>			Kiretiranje oštom kiretom	* Na promenu se prethodno aplikuje anestetički krem sa lidokainom i prilokainom (EMLA krem)	Krioterapija tečnim azotom	* Potrebno je da promena i njena neposredna okolina pobele!!
Kiretiranje oštom kiretom	* Na promenu se prethodno aplikuje anestetički krem sa lidokainom i prilokainom (EMLA krem)						
Krioterapija tečnim azotom	* Potrebno je da promena i njena neposredna okolina pobele!!						

B. Opšte bakterijske infekcije

A. Piodermije – infekcije izazvane piokokama

* Streptokokne infekcije se šire *horizontalno*, a stafilokokne šire *vertikalno* duž folikularnih kanala i znojnih žlezda

I Impetigo contagiosa

*Površna kontagiozna bolest kože

	Impetigo streptococcica (Tillbury-Fox)	Impetigo bullosa (Impetigo staphylococcica)
Izazivač	<i>Streptococcus β-haemolitus grupa A + Staphylococcus aureus</i> *Streptokoke – <i>primarna infekcija</i> (jer se samo one nalaze u svežim lezijama); stafilokoke – <i>superinfekcija</i> (jer se nalaze tek kasnije)	<i>Staphylococcus aureus</i> (najčešće Phage grupa II)
Oboleli	Deca	Svi uzrasti
Lokalizacija	Mesto povrede ili ujeda insekta: lice, kapilicijum ili ekstremiteti	
Izgled	Vezikula Površna, subkornealna, koja nastaje na <i>eritematoznoj bazi</i>	Bula Mlitava ili napeta, tankog zida, postepeno zamućenje u vidu <i>pahuljica</i> * Nastaje zato što <i>toksin epidermolizin</i> raydvaja keratinocite na nivou <i>granulognog sloja</i> .
	Vezikulo-pustula	Bula se ispunjava <i>gnojem</i>
	Medeno-žuta ili mrka krusta	Mrka krusta
	Šire se periferno <i>bez</i> centralnog smirenja	Šire se periferno <i>sa</i> centralnim smirenjem
	Mogu biti uvećane	Retko uvećane
Komplikacije	Akutni glomerulonefritis Javlja se ako je impetigo izazvan <i>nefritogenim streptokokom M49</i> , a ređe 55 i 57 .	Diseminacija promena Može se javiti kod <i>novorođenčadi</i> jer se na njihovoj koži nije još formirala <i>rezidentna flora</i> , koja ima zaštitnu ulogu
Sekundarna impetiginizacija	Nastaje usled <i>superinfekcije streptokokama i/ili stafilokokama</i> kod nekih dermatoza: scabies, pedikuloza, pruriginozne dermatoze, ekcem itd.	
DD	<i>H.simplex, alergijski kontaktni dermatitis, duboka trihofilija</i>	
	II Ecthyma (Dublji oblik impetiga)	III Angulus infectiosus
Izazivač	<i>Streptococcus β-haemolitus grupa A</i>	<i>Streptokokna ili Stafilokokna infekcija</i>
Oboleli	Pothranjene osobe, loši higijenski uslovi	Deca
Lokalizacija	Donji ekstremiteti	Uglovi usana
Izgled	Pustula sa inflamovanom bazom --> sasušenje u mrku krstu --> ugnuti ožiljak	Eritem, Deskvamacija, ragade i žućkaste kruste
Lečenje	Lokalna terapija	<ol style="list-style-type: none"> Pranje obolelih površina - voda i sapun, rastvor hipermangana Otvaranje pustula i skidanje krusta – prethodno se razmekšaju unguentom Primena antibiotskih masti ili kremova – 2x dnevno 7-10 dana <ul style="list-style-type: none"> Gentamicin – kod <i>stafilokoknih infekcija</i> Eritromicin – kod <i>streptokoknih infekcija</i>
	Opšta terapija	Cefalosporini i eritromicin – daje se kod diseminovanih promena i kod lokalnih koje traju duže od 4-5 dana i pored lokalne terapije

	IV Staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS)	V Cellulitis
Def.	Bolest posredovana stafilocoknim toksinom <i>Staphylococcus aureus</i> phage II, tip 71 i 55 * Luči eksfolijativne toksine A i B koji na nivou granularnog sloja kidaju dezmozome i stvaraju bulu	Akutno inflamatorno oboljenje derma i hipoderma <i>Streptococcus pyogenes</i> <i>Staphylococcus aureus</i>
Izazivač	Bubrežno oboljenje, mala deca --> zbog nemogućnosti adekvatnog eliminisanja toksina Malignitet, imunosupresija, HIV, alkoholizam	Hronični edem Venska insuficijencija Limfna kongestija
Pred. faktori	Deca mlađa od 5 godina (odrasli retko)	Starije osobe
Oboleli	Nazofarinks, konjuktive	Noge i lice *Može i bilo koji drugi deo kože
Lokalizacija	Generalizovani eritem Prvo se javlja i tada koža izgleda kao <i>poparena vrelom vodom</i> Bule Obično se ne razvijaju jer se razaranje epiderma vrši na nivou granuloznog sloja. Erozije Nastaju kasnije usled površnog odlubljivanja epiderma; one su <i>živo-crvene i bolnih površina</i> ; <i>Nikolsky znak je pozitivan</i>	Difuzni eritem i edem <i>Neošttri granica</i> , bolne i tople promene
Izgled		
Opšti simptomi	Febrilnost i uznemirenost	Febrilnost
Tok	Uz lečenje, promene se povlače u roku od 7-10 dana (verovatno zato što su površno lokalizovane)	Pod terapijom, oboljenje se povlači, ali su česti recidivi
DD	Toksična epidermalna nekroliza (mb. Lyell) * SSSS ima lakšu kliničku sliku i ne zahvata sluzokože!!	Erizipel – površniji i oštro ograničen <i>Limfangitisi i tromboflebitisi</i> – trakastog oblika
Lečenje	Obavezno bolničko lečenje: 1. Otkriti primarno infektivno ognjište 2. Sistemska antistafilokokna terapija + korekcija opšteg stanja	a. Lokalno lečenje: Treba tretirati oboljenje koje je predstavljalo ulazna vrata za infekciju b. Opšte lečenje: β-laktamski antibiotici: <ul style="list-style-type: none">• <u>Parenteralno: Prokain penicilin</u> 2x dnevno 10 dana• <u>Peroralno: Ampicilin</u> Eritromicin: Daje se u slučaju alergije na penicilinе Antibiotici širokog spektra Ukoliko je infekcija <i>st. aureus</i> -om

		VI Folliculitis staphylococcica	VII Furunculus i carbunculus
Def.		Zapaljenje folikula dlake	<ul style="list-style-type: none"> * Furunculus – nekrozantna piokokna infekcija kože koja počinje od folikula dlake * Carbunculus – grupa furunkula
Izazivač		<i>Staphylococcus aureus</i> * Pogodan teren za infekciju: <i>trenje, okluzija i hidracija keratina folikularnog otvora</i>	<i>Staphylococcus aureus</i> Bakterijski enzimi + trenje + pritisak + maceracija --> folikulitis sa perifolikularnom inflamacijom --> hemiotaktičko povlačenje polimorfonukleara --> inflamacija se širi u hipoderm --> dolazi do nekroze koja obično zahvata i folikul dlake * Za ove infekcije su često odgovorni mikroorganizmi koji se nalaze u <i>nosu</i> ili u predelu <i>perineuma</i> obolelog
Lokalizacija		Impetigo Bockhart	Sycosis barbae staphylococcica
Izgled		Predeli obrasli gustom dlakom: <i>kosa, brada, noge</i>	Kod odraslih muškaraca na <i>licu</i> a posebno na <i>gornjoj usni</i> (bakterija poreklom iz nosa)
Limfne gl.		Mogu biti uvećane kod proširenih oblika	Zapaljen folikul Javlja se u početku Inflamovani čvor Razvija se iz folikula; <i>živoeritematozan, čvrst, topao i bolan!</i> * Promena se može <i>resorbovati</i> , ali se češće javlja <i>centralna nekroza</i> čvora sa spontanom drenažom!
Recidivi		Česti, i zato tok može biti hroničan!	Furunculosis – recidivantna pojava većeg broja furunkula; može trajati mesecima i godinama! * Javlja se obično kod <i>pothranjenih, obolelih od atopskog dermatitisa, anemije</i> .
DD		<i>Impetigo contagiosa</i> – ima površnije promene <i>Sycosis barbae trichophytica</i> – duboko inflamovani folikuli!	Stafilokokni folikulitis Duboka trihofilija, Antrak Inflamovane epidermalne ciste
Lečenje	Lokalna terapija	Primenjuje se kod <i>malobrojnih i površnih</i> promena 1. Pranje promena vodom i sapunom ili lokalnim antisepticima (povidon jod, hipermangan) – uz ovo se odstranjuju kruste i otvaraju pustule 2. Epilacija dlaka iz zapaljenih folikula – obavezna! 3. Antibotska unguenta ili alkoholni rastvor klindamicina (1-2%) / Eritromicina (1.5-2%) – stavljaju se na prethodno obrađenu površinu	Kod <i>lokalizovanih</i> promena i uz opštu terapiju A. Početne lezije: daju se topli ili alkoholni oblozi B. Furunkuli sa fluktuacijom : neophodna je incizija i odstranjivanje nekrotičnog čepa
	Opšta terapija	Kod <i>proširenih i dubljih</i> promena Makrolidi, fusidinska kiselina, tetraciklini, penicilini	Obavezna kod: 1. Furunkula u centrofacijalnom predelu 2. Velikih furunkula sa celulitism 3. Furunkuloze i karbunkula Penicilinaza rezistentni penicilin, eritromicin, cefalosporini, vankomicin

B. Bakterijske infekcije kože izazvane rezidentnom florom			
	I Erythrasma	II Actinomycosis	
Def.	Blaga površna infekcija kože	Hronično abscedirajuće zapaljenje kože i potkožnog tkiva	
Izazivač	<p><i>Corynebacterium minutissimum</i></p> <p>* Pregibi – hronična hidracija --> oštećenje rožastog sloja --> povoljni uslovi za umnožavanje ovih m.o.</p>	<p><i>Actinomyces israelii</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Gram+ bakterija koja raste u vidu filamenata; – Član saprofitne flore na ustima i tonzilama – Infekcija se javlja posle povrede sluzokože usta ili ekstrakcije zuba 	
Lokalizacija	Pregibi: <i>ingvino-kruralni, interglutealni, submamarni, aksile.</i>	Vrat (cerviko-facijalni oblik)	
Izgled	<p>Ploče (plakovi)</p> <p>Veliki, jasno ograničeni, okrugli ili circinarni</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Početak:</u> eritematozni • <u>Kasnije:</u> mrko-eritematozni sa sitnim skvamama 	<p>Nodusi</p> <p>Tvrdi, sa površnim, tamnim eritemom; Prisutne kompaktne mase od aktinomicesa – „sumporna tela“</p> <p>* Promene fistulizuju i mogu zahvatiti i kost</p>	
Dijagnoza	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Mikroskopski:</u> pregledom skvama oboljenih po Gramu ili gimzi – štapičaste bakterije • <u>Woodova lampa:</u> koralno crvena fluorescencija – javlja se zbog toga što ove bakterije proizvode porfirine 	/	
DD	<i>Eczema marginatum Hebrae, inverzna psorijaza, infekcije kandidom</i>	/	
Terapija	Lokalna	Kremovi i losioni s antibioticima širkokog spektra: eritromicin, fusidinska kiselina, klindamicin Imidazolski preparati	/
	Opšta	Primenjuje se u ređim slučajevima kod <i>proširenih i ekstenzivnih promena:</i> Eritromicin: 1x dnevno, 15 dana	Penicilin: daje se više nedelja, čak i nakon prolaska promena na koži Tetraciklini, cefalosporini

C. Infekcije mikobakterijama			
I TUBERKULOZA KOŽE			
1. Primarne tuberkuloze kože	2. Sekundarne tuberkuloze kože	3. Tuberkulidi	
Osobe koje ranije nisu bile inficirane Nisu vakcinisane (BCG) Intradermalni test tuberkulinom –	Oni koji su preležali primarni infekt Vakcinisani (BCG) Intradermalni test tuberkulinom +	Osobe koje su preležale tuberkulozu U leziji se ne nalazi <i>M.tuberculosis</i> Intradermalni test tuberkulinom jako +	
Primarne tuberkuloze kože – Primarni tuberkulozni kompleks (tuberkułozni śankr)			
Nastanak	Spoljnom inokulacijom <i>m.tuberculosis</i> kod osoba koje prethodno nisu bile inficirane		
Oboleli	Danas je retka forma bolesti, u eri pre BCG-a pretežno obolevala deca		
Lokalizacija	Na mestima prethodne povrede: bušenje ušiju, tetoviranje, vađenje zuba; Nekada se javljalo na tonzili usled infekcije mlekom tuberkuloznih krava		
Izgled	Inflamovani čvorić --> ulceracija prekrivena mrkom krusustom		
Tuberkulinski test	U početku negativan, a kasnije pozitivan		
Tok bolesti	Obilno povoljan, ali se može komplikovati meningealnom ili milijarnom tuberkulozom		

2. Sekundarne tuberkuloze kože				
	Tuberculosis verrucosa cutis	Scrofuloderma (Tuberculosis gummosa cutis)	Lupus vulgaris (Tuberculosis luposa cutis)	Tuberculosis ulcerosa orificialis
Mehanizam	Spoljna inokulacija bacila	Širenje infekcije sa susednih, dubljih obolelih tkiva: <i>limfne žlezde, kosti, epididimis, hematogeno</i>	Širenje infekcije iz susednih ognjišta: <i>limfne žlezde, kosti, hematogeno, limfogeno</i>	Spoljna inokulacija: <i>ispljuvak, feces, urin</i>
Oboleli	Ljudi koji dolaze u kontakt sa zaraženom materijom: <i>stočari, mesari, veterinari, patolozi</i>	Deca *Nekada se vidjala često, danas nešto ređe	Najčešći je oblik tuberkuloze kože i javlja se i kod <i>osoba sa dobrom imunitetom!</i>	Kod tuberkuloznih bolesnika koji su u <i>anergiji</i> zbog progresivnog toka osnovnog oboljenja
Lokalizacija	Na mestu inokulacije	Vrat (podseća na vrat svinje; scrofa- svinja; derma-koža) Aksile, ingvinalni predeli	Lice i vrat (javljaju se i na ostalim delovima tela) Bukalna, nazalna, konjunktivalna sluznica	Na mestu inokulacije (može i koža i sluzokoža)
Izgled	Rana promena	Inflamovani čvorovi (jedan ili više)	Čvorovi Multipli, ograničeni i bezbolni	Čvorovi = Čvorić Translucidan, želatinozne konzistencije, ružičasto mrke boje
	Dalji tok bolesti	Verukozna ploča Nastaje daljim, sporim širenjem čvorova; nepravilnih je ivica Pri pritisku se cedi gnoj!	Čvorovi se postupno šire i srastaju sa kožom --> postaje crvena Dolazi do kolikvacije, fistula i sinusa iz kojih se cedi gnoj!	Policiklična ploča Nastaje grupisanjem lupoma; širi se centrifugalno
	Završetak bolesti	Cikatrijelna atrofija Stvara se u centru	Neravni i ružni ožiljci Na njima se vide „mostovi“ zdrave kože	Cikatrijelna atrofija Stvara se u centru policiklične ploče, često bez prethodnog ulcerisanja. * Pojava svežih lupoma na ožiljku je karakteristična – „ <i>tuberkuloza ne poštuje svoj ožiljak</i> “ * Na ožiljcima može nastati <i>spino-cellularni</i> (češće) i <i>bazocellularni Ca</i> (ređe)
Histologija	• <u>Epiderm</u> : hiperplazija • <u>Derm</u> : apscesi, granulac. tkivo	Na ivici promena se nalazi <i>tuberkulozno granulaciono tkivo</i>	• <u>Epiderm</u> : sekundarne promene: <i>atrofičan ili akantoza</i> • <u>Derm</u> : tipičan tuberkulom sa kazeoznom nekrozom	/
Bacili	Malobrojni	Oskudni	Retko se otkrivaju	Mnogobrojni
DD	/	Gume, Supurativni hidradenitis	Sifilidi u III st. – poštju svoj ožiljak!!	/

- Kod **Lupusa vulgarisa** javljaju se dva znaka, koji omogućavaju lakše identifikovanje lupoma:
 - **Fenomen želea od jabuke**: pri vitropresiji promene eliminiše se eritem, pa se vidi karakterističan želatinozan, translucidan lupom mrke boje koji podseća na pečenu jabuku
 - **Fenomen sonde**: pri pritisku obolelog tkiva; sonda kroz lupom probada bez otpora, u trenutku kad sonda stigne do zdravog tkiva, bolesnik oseti **oštar bol!**

3. Tuberkulidi

	a. Lichen scrofolosorum	b. Tuberculosis papulo-necrotica cutis	c. Erythema induratum Bazini
Mehanizam	Nejasan mehanizam	<i>tip III imunološke reakcije (imunski kompleksi) + tip IV imunološke reakcije (granulomatozni infiltrat)</i>	<i>T-zavisna imunološka reakcija – usled zadržavanja tuberkulognog bacila u zonama vaskularne staze</i>
Oboleli	Deca i mlađe osobe	Mlađe osobe	Punije žene s vazomotornim i hipostatskim promenama na donjim ekstremitetima
Lokalizacija	<i>Trup</i>	<i>Donja polovina potkolenica Ekstenzorna str. podlaktica Laktovi i kolena Na drugim delovima, retko</i>	<i>Zadnja strana potkolenica</i>
Promene	Plakovi (ploče) Sastavljeni od folikularnih i akuminovanih keratotskih papula	Noduli <i>Pojedinačni, simetrično i ravnomerno raspoređeni, crveni ili ljubičasti Mrke kruste Nastaju nekrozom čvorića</i>	Nodusi <i>Ljubičasti, hladni, nepokretni i prema koži i prema bazi * Ponekad mogu ulcerisati --> Hutchinson-ov oblik</i>
Ožiljci	/	Atrofični Nastaju otpadanjem krusti i podsećaju na konfete	Atrofični Nastaju nakon povlačenja nodusa Zone induracije Takođe mogu nastati
Tok	Evolucija oboljenja je duga, s periodima <i>remisija i recidiva</i>	<ul style="list-style-type: none"> Javljuju se sezonski u jesen i u proleće Obično se spontano povlače 	Subakutan <ul style="list-style-type: none"> Javljuju se sezonski, u jesen i u proleće Spontano se povlače, uz pojavu <i>recidiva!</i>
Histologija	/	Tuberkulozni granulomi s limfocitnim vaskulitisom * Prisutna i klinasta nekroza gornjeg derma i epiderma	Lobularni panikulitis – promene u lobulusima hipoderma; inflama--torni infiltrat ima karakteristike tuberkuloidnog granuloma
DD	/	<i>Leukocitoklazični vaskulitis, papulo-pustulozni sifilis, ujedi insekata, prurigo</i>	<i>Erythema nodosum</i> <i>Vasculitis nodularis</i>

*** Lečenje tuberkuloze kože ***

Terapija primarne i sekundarne tuberkuloze kože kod odraslih se sprovodi u toku **6 meseci**, a daju se istovremeno 4 leka:

Izoniazid	Rifampicin	Pirazinamid	Etambutol
300 mg/dan, 6 meseci	6 meseci < 50 kg = 450 mg/dan > 50 kg = 600 mg/dan	prva 2 meseca <50 kg = 1.5 g/dan 50-74 kg = 2g/dan > 74 kg = 2.5 g/dan	Prva 2 meseca 15 mg/kg/dan

Tuberkulidi – moguće je spontano povlačenje promena; tuberkulostatska terapija *ne daje* tako dobre rezultate kao kod pravih tuberkuloza kože!

II LEPRA

Hronilča infektivna bolest perifernih nerava, kože i nekih drugih tkiva; Kliničke manifestacije oboljenja zavise od reakcije domaćina na infekciju , a ne od razmnožavanja mikroorganizma		
Epidemiologija	Javlja se širom sveta, ali je najčešća u tropskim i suptropskim predelima	
Izazivač	Mycobacterium leprae * Ne može se gajiti na veštačkim podlogama; javlja se ISKLJUČIVO kod čoveka	
Infekcija	Direktan kontakt	duži kontakt sa lepromatoznim bolesnikom čije su lezije bogate bacilima
	Indirektno	Kapljičnim putem
Inkubacioni p.	Od prepostavljene infekcije do pojave jasnog oboljenja, može trajati 2-5 pa i više godina	
Oboleli	Osobe svih uzrasta, sa predilekcijom za muški pol	
1. Lepra indeterminata	<ul style="list-style-type: none"> - Rani, nekakarterističan stadijum bolesti, sa nestabilnom imunološkom reakcijom - Javlja se u obliku hipopigmentovanih i hipoestetičnih plakova (ploča) i neuritisa - U zavisnosti od fluktuacije imunološkog stanja, ova forma može preći u: <i>Tuberuloznu, Lepromatoznu ili Graničnu „borderline“ lepru</i> 	
	2a. Tuberkloidna lepra	2b. Lepromatozna lepra
Oboleli	Osobe sa dobrim celularnim imunitetom	Osobe sa težim deficitom celularnog imuniteta
Lepromin test	Positivan	Negativan
Broj bacilla	Mali	Velik
Histološki	Tuberkloidni noduli * Imunski sistem je <i>očuvan</i> --> bacili se ograničavaju --> <i>lokalizovane promene</i>	Penaste „Lepra čelije“ * Imunski sistem <i>oslabljen</i> --> histiociti ispunjeni bacilima su pokretni --> dolazi do <i>diseminacije</i>
Promene	Promene na nervima prethode promenama na koži	Prmene na koži prethode promenama na nervima
	Malobrojne i Asimetrične	Obostrane i Simetrične
	Makule <i>Jasno ograničene, eritematozne, suve, hipopigmentovane;</i> * Širenje je <i>centrifugalno</i> , a u centru se javlja <i>regresija</i>	Makule, papule Nodusi, difuni infiltrat * Promene posebno prisutne na <i>čelu, nosu i ušima</i> , a retko na <i>nogama i trupu</i>
	Na promenama <i>nema</i> dlaka	<i>Delimičan ili potpuni</i> gubitak dlake na obrvama i bradi uz <i>očuvanu kosu</i> = Facies leontina (lavlje lice)
Nervi	Zadebljanje perifernih nervnih stabala i površnih nerava --> <i>anestezija i mišićna slabost</i> --> <i>paraliza</i> može nastati u daljem toku bolesti: ravna šaka, stopalo koje pada	<i>Senzitivni i motorni poremećaji, trofična oštećenja sa distalnom osteolizom i frakturama</i> + Specifične promene u predelu konjuktiva i kornee kao i <i>atrofični testisi</i>
2c. Granična („borderline“) lepra		
<ul style="list-style-type: none"> - Predstavlja prelaz između tuberkloidne i lepramatozne lepre; Promene su brojnije nego kod TL i simetrične - Postoje tri tipa: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tuberkloidna „borderline“ lepra (BT) – slična TL 2. Prava „borderline“ lepra (BB) 3. Lepromatozna „borderline“ lepra (BL) – podseća na LL - Ova češra je nestabilna: <ul style="list-style-type: none"> • Ukoliko se leči --> prelazi u lepramatoznu lepru • <i>Ukoliko se ne leči</i> --> prelazi u tuberkloidnu lepru 		

***** Reakciona stanja *****

U toku lepre može doći do imunoloških komplikacija koje se nazivaju „Reakcijama“

	Tip 1	Tip 2
Tip lepre	„Borderline lepra“ (BT,BB,BL)	<i>Tuberkuloidna i lepromatozna lepra</i>
Vreme javljanja	U toku prvih meseci lečenja lepre	U toku prve dve godine lečenja, ili kod osoba koje nisu lečene
Karakteristike	Nagli početak i teška inflamacija postojećih promena	Reakcije na koži u vidu <i>erythema nodosum</i>
Opšte stanje	Nije poremećeno	Poremećeno
Tok lepre	Varira od <i>spontanog smirenja</i> do <i>teških progresivnih formi oboljenja</i>	
Laboratorijski	Intradermalni lepromin test	<ul style="list-style-type: none"> – Inokulipe se suspenzija lepromatoznog tkiva koje sadrži bacilarni ekstrakt <ul style="list-style-type: none"> • <u>Rana reakcija</u>: čita se posle 48h • <u>Kasna reakcija (mitsuda)</u>: čita se nakon 21 dana – Pozitivan: TL, BT – Negativan: LL, BB i BL – Ovaj test nema dijagnostički značaj, već pomaže pri klasifikovanju oboljenja!!!
	Direktan pregled u nosnom sekretu i u tkivnoj tečnosti	<ul style="list-style-type: none"> – Pozitivan: LL, BB i BL – Negativan: TL, BT,
DD	<i>Hronični dermatitis, ihtioza, sifilis, sklerodermija, psorijaza, mycosis fungoides</i>	
Lečenje	Multi-drug terapija kako bi se izbeglo stvaranje rezistencije na lekove	
	Tuberkuloidna TL, BT	Rifampicin, Clofazimin ili Dapson u toku 6-18 meseci
	Lepromatozna LL,BL i BB	Rifampicin, Clofazimin ili Dapson u toku 2-5 godina

D. Lyme borreliosis

Rizik oboljevanja ljudi posle ujeda iznosi 0.6-3%, čak i ako je krpelj inficiran, oboli mali procenat ubodenih ljudi

Izazivač	<i>Borrelia burgdorferi</i>	
	Rezervoar	Vektori
	Glodari iz roda Apodemusa	Iksodni krpelji; u evropi i srbijski najznačajniji je <i>Ixodes ricinus</i>
	Inficirana životinja --> ixodes sisa krvi --> usisava <i>B. burgdorferi</i> --> tako postaje receptor i donor --> čovek (sporedni domaćin) se inficira kada ga krpelj ubode <ul style="list-style-type: none"> - Interhumano prenošenje se ne događa, ali je moguća <i>transplacentarna transmisija</i> - <u>Ova bakterija deluje: direktno i indirektno</u> (imunološkim mehanizmom) - <u>Antitela:</u> IgM posle 3-6 nedelja; IgG 6 nedelja posle infekcije - Inkubacioni period: 1-30 dana 	

Oboljenje protiče u tri stadijuma:

		Prvi stadijum <i>Lokalizovana infekcija</i>	Drugi stadijum <i>Diseminovana infekcija</i>
Manifestacije	Kožne	1. Erythema migrans	1. Multiple pr. tipa Erythema migrans:
		Makula ili Papula Ona je eritematozna, širi se periferno, dok se centralno smiruje	Prisutni su sitniji elementi, eritematozne plaće i urtikarija
		Anularna promena Nastaje progresijom makule; <i>uzdignutog, eritematoznog i edematoznog ruba</i> * Dalje širenje je <i>centrifugalno</i> , a lezija može dostići dijametar > 10 cm!	2. Lymphocytoma cutis Solitarni čvor Javlja se na mestu uboda krpelja, <i>plavo-crvene boje</i> i glatke površine. Može postojati i uz prethodne lezije, perzistirati mesecima i godinama!
	Ostale	/	CNS: meningitis, encefalitis, polyradiculoneuritis Srce: progresivni encefalomijelitis, polyneuritis Reumatološka oboljenja: polyarthritis
Vreme	1-8 nedelja		< 1 godina

Treći stadijum – Hronična faza perzistentna infekcija

Manifestacije	1. Acrodermatitis chronica atrophicans				
	Lokalizacija	<i>Ekstenzorne strane ekstremiteta</i> i to pogotovo nad zglobovima: <i>laktovi, kolena, šake i stopala</i>			
	Faze:	Inflamatorna faza	Pozna faza		
	Klinička slika	Nespecifična	Karakteristična		
Kožne	Izgled	Trakasti eritem (difuzni ili lokalizovani) + testasti edemi * Šire se duž ekstenzorne strane ekstremiteta i retko prelaze na trup	Atrofija kože Stanjena koža podseća na <i>cigaret-papir</i> , a kroz nju se provide krvni sudovi; dlake nedostaju Lokalizovani fibromi Javljuju se u okolini zglobova Sklerodermiformne promene		
		2. Scleroderma circumscripata-like promene			
Ostale	CNS: progresivni encefalomijelitis, polyneuritis Reumatološka oboljenja: polyarthritisis				
Vreme	> 1 godina				

Dijagnoza	Indirektni fluorescentni test i Elisa test	Određuje se titar antitela (IgG, IgM i IgA) prema <i>B. Burgdorferi</i> :		
			IgG	IgM
		I stadijum	0/+	0/+
		II stadijum	+	+
	Specifično bojenje	Izazivač se može naći i u leziji, a naročito na <i>ivičnoj zoni erithema migrans</i>		
DD	Lyme boreliosis se smatra velikim imitatorom pa u dd dolaze u obzit mnoga oboljenja			
Lečenje	Rana faza bolesti	<ul style="list-style-type: none"> • Doksiciklin: 100mg 2x dnevno 14-21 dan • Amoksiciklin: 250-500 mg na 6 sati 3-4 nedelje 		
	Kasne faze bolesti	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilin • Longacef 		
* Ujed krpelja NIJE indikacija za primenu terapije!				

C. Gljivična oboljenja

*** Gljivična oboljenja kože: ***

Mogu se podeliti u dve grupe:

A. Neinvazivne mikoze	B. Invazivne mikoze
<ul style="list-style-type: none"> - Parazitiraju <i>rožaste strukture kože, kose i nokta</i> - Selektivna patogenost ovih gljiva pripisuje se stvaranju <i>specifičnih keratinaza</i> (nisu još identifikovane) - Kod ovih oboljenja fungusi su prisutni u obliku <i>micelijuma i artrospora</i> - Podela: <ul style="list-style-type: none"> I. Površne mikoze: <ul style="list-style-type: none"> a. Pityriasis versicolor b. Pityrosporum folliculitis II. Dermatofiti – Tinea III. Candidiasis 	<ul style="list-style-type: none"> - Patološki proces nije ograničen na rožaste strukture, već zahvata i <i>živi deo epidermisa, dermis, supkutis i okolna tkiva</i> - Počinju na <i>mestu traume</i>, gde infektivni agens prodire - Podela: <ul style="list-style-type: none"> • Mycetoma (Maduromycosis)

*** Principi kliničke i mikološke dijagnostike gljivičnih oboljenja kože ***

A. Klinička dijagnostika

- Za većinu gljivičnih bolesti zasniva se na sledećim karakteristikama:
 - Ploče ovalnog ili okruglog oblika
 - Jasna ograničenost
 - Centrifugalno širenje
 - Aktivan rub obolelih ploča na kome se obično mogu videti *eritem, papule, vezikule, pustule i krusto-skvame*

B. Mikološka dijagnostika

Neophodna je kako bi se potvrdila klinička dijagnoza, a sastoji se od sledećih postupaka:

I. Direktni mikroskopski pregled

Ovo je *rutinska metoda* i Obavezан је пре почетка лечења!!!

Priprema materijala	Koža	<i>Struganje sa ivice lezije</i>		
	Kosa	<i>Epilacija (pincetom)</i> * Uzima se uvek <i>slomljena ili izmenjena dlaka</i> a pregleda se intrafolikularni deo.		
	Nokat	<i>Sečenje</i> – u proksimalnom delu obolele zone nokatne ploče <i>Grebanje</i> – uzima se hiperkeratotski subungvalni materijal <i>Skalpelom</i> – odstranjuje se površni deo nokta		
	* Materijal se zatim stavlja na <i>predmetno staklo</i> , tu se <i>skalpelom</i> <i>isitni</i> i prelje 30% rastvorom KOH a zatim prekrije pokrovnim stakлом; ** Materijal sa vlažnih površina se posmatra u <i>kapi fiziološkog rastvora</i> ili se boji po Gramu			
Analiza materijala	Koža i nokat	<i>Dermatofiti</i>	Translucidne i nepigmentovane artrospore ili segmentovani micelijum	
		<i>Kandida</i>	Grupe karakterističnih pupečih kvasnica, pseudohife i septirana micelska vlakna	
		<i>Pityriasis versicolor</i>	Micelijum sa debelim vlaknima i pupećim sporama debelog zida „Spageti s čuftama“	
	Dlaka	<i>Ectotrichix tip</i> (spore i hife oko dlake)	Izgled dlake	Kod:
			Sitne spore koje dlaku omoavaju potpuno, a raspoređene su kao mozaik	<i>Microsporum</i>
		<i>Megasporon i Microoides</i>	Krupne ili Sitne spore u vidu lanca oko dlake	<i>Zoofilni specijesi Trichophytina</i>
		<i>Endothrix tip</i>	Dlaka u potpunosti ispunjena sporama	<i>Antropofilni specijesi Trichophytina</i>
		<i>Favus tip</i>	Dlaka delimično ispunjena vazdušnim prostorima sa degenerisanim hifama	<i>Antropofilni Trichophyton Schoenleinii</i>

II. Kultura materijala

- Standardna podloga za kultivisanje gljivica je **Sabouraud glukoza-agar**
- Relativno često se dešava da fungus u kulturi ne izraste, iako infekcija postoji
- Interpretacija rezultata kultivisanja može biti *komplikovana*, naročito kod infekcije nokta, jer se pored dermatofita mogu naći kvasnice i plesni

*** Woodova lampa ***

Emituje ultraljubičaste zrake dužine 360 nm

<i>Microsporum specijesi</i>	<i>Pityriasis versicolor</i>	<i>Corynebacterium minutissimum</i>
Zelena fluorescencija	Bleda, žuto-zelena fluorescencija	Crvena fluorescencija

I Pityriasis versicolor

Malassezia furfur

Izazivač	Član rezidentne flore kože čoveka --> određeni uslovi --> prelazi u <i>saprofitnu kvasnicu</i> --> oboljenje --> oportunistička infekcija kože				
Predispon. faktori:	<i>Znojenje, povišena temperatura, nošenje odeće koja sprečava perspiraciju</i> Opšta stanja: tuberkuloza, imunodeficijencija				
Osobine	NIJE Kontagiozno!!				
Lokalizacija	<i>Koža gornjeg dela trupa i na mišićima</i> Ređe: podlaktice, lice i vrat Nikada: sluzokože i invazija dlake				
Izgled	<p style="text-align: center;">Makule</p> <p><i>Sitne, jasno ograničene sa tendencijom da konfluiraju</i></p> <p>A. <u>Početak</u>: svetlo-mrke (boja „bele kafe“) ili blago eritematozne, prekrivene sitnim beličastim skvamama</p> <p>B. <u>Kasnije</u>: hipopigmentovane – ovo se naročito vidi nakon sunčanja, a posledica je oštećenja melanocita dikarboksilnim kiselinama; Reverzibilno je!</p>				
Pityrosporum folliculitis	<ul style="list-style-type: none"> – Folikularna infekcija izazvana istim mikroorganizmom – Na leđima, grudima ili kapilicijumu – sitne perifolikularne eritematozne papule ili pustule 				
Dijagnoza	Direktan mikroskopski pregled skvama	Micelijum s grubim vlaknima i pupeće spore debelog zida – „meatballs with spaghetti“ tj. čufte sa špagetama			
	Woodova lampa	Zelena eflorescencija kože u zahvaćenim predelima			
Lečenje	Lokalno	Imidazolski preparati i ciklopiroksolamin u obliku rストvora ili spreja – posle završenog lečenja mogu ostati <i>hipopigmentovane pločice</i> koje će se spontano repigmentovati nakon par meseci.			
		Selenium sulfid u obliku šampona – odstranjuje promene nakon jednokratne upotrebe			
Opšte	Zink pirition šampon – 1 x dnevno, 2 nedelje				
	Oralni ketokonazol i itrakonazol – efikasni, ali se ne preporučuju jer je ova gljivica normalni stanovnik kože i ne može se potpuno odstraniti				
Prevencija	Pranje sapunima koji sadrže cink i selenijum sulfid				

II Dermatofitna oboljenja

Visoko kontagiozna oboljenja koja se prenose direktnim i indirektnim putem!!

Ovde spadaju gljivice iz tri roda:

Rod	Trihofiton	Mikrosporum	Epidermofiton
Kontag.	Najkontagiozniji	Manje kontagiozni	Manje kontagiozni
Lokalizacija oboljenja	<i>Kosa, brada muškarca, Gola koža, interdigitalni prostori Tabani, dlanovi, nokti</i>	Pretežno <i>kapilicijum (kosa)</i> i kožu Retko infekcije nokta	<i>Stopala, veliki pregibi, nokti</i> Oboljenja kose NIKAD ne izazivaju!
U odnosu na <i>primarnog domaćina</i> postoje:		Antropofilni dermatofiti	Čovek
		Zoofilni dermatofiti	Životinja
		Geofilni dermatofiti	Zemlja * Izazivaju oboljenja i čoveka i životinja

Patogeneza dermatofitnih oboljenja:		
A. Infekcija kosmatih predela:		
Keratofilni dermatofiti invidiraju <i>rožasti deo interfolikularnog epiderma</i> --> šire se <i>radijalno</i> i obrazuju okrugle ploče --> sputštaju se <i>vertikalno do granuloznog sloja</i> --> fungusne hife silaze u <i>folikul</i> --> infekcija dlake		
	Antropofilni specijesi	Zoofilni specijesi
Inflamacija	Ne javlja se	Javlja se * Njihovi antigeni predstavljaju vrlo jak stimulus, usled čega se javljaju specifično senzibilisani T-limfociti
Dlaka	Nastavlja da raste Posle 12-14 dana, mogu se videti <i>izmenjena i lomljiva vlakna kose</i> --> sa njih se bolest širi na susednu kožu i folikule	Dlaka ispada Zapaljivi proces u folikulu dovodi do ispadanja dlake --> <i>nema klinički izmenjene kose</i> ali dolazi do <i>oštećenja zahvaćenog folikula</i> što može dovesti do njihove <i>ožiljačne atrofije</i>
Tok	Hroničan	Akutan/Subakutan *Moguća spontana remisija!
Tip invazije dlake	Uslovjava težinu oštećenja njenog integriteta: <ul style="list-style-type: none">• Mikrosporon : prelom dlake <i>3-4 cm iznad folikularnog ušća</i>• Endotrix: teže oštećenje, prelom se javlja <i>na samom otvoru folikula</i>• Favus: dlaka normalne dužine ali <i>končastog izgleda</i>	Pošto inficirana dlaka ispada --> nema promena na nivou stabla dlake
B. Infekcija gole kože		
	Antropofilni specijesi	Zoofilni specijesi
Osobine	Infekcija se ograničava na <i>rožasti sloj epiderma</i>	Prisutna fokalna inflamatorna reakcija slična promenama na kosmatim predelima s tim što je <i>površnija i blaža</i> jer su i folikuli plići
Imunitet	/	Preosetljivost pozognog tipa – posebno je izražena kod infekcije zoofilnim dermatofitima i razvija se paralelno sa inflamatornom reakcijom oboljenja

Histologija: *hiperkeratoza, hipergranuloza i mestimična parakeratoza*

1. Tinea capillitii					
	Trichophytia superficialis capillitii	Trichophytia profunda capillitii (Kerion Celsi)	Microsporia capillitii	Favus capillitii	
Izazivač	<i>Tr. tonsurans</i>	<i>Tr. verrucosum</i> <i>Tr. mentagrophytes</i>	<i>Microsporum audouinii</i>	<i>Tr. schonleinii</i>	
Ant/Zoo	Antropofilan	Zoofilni	Antropofilan	Antropofilan	
Tip invazije dl.	tip <i>Endotrix</i>	tip <i>Ectothrix (Microdoides)</i>	tip <i>Ectothrix (Microsporon)</i>	<i>Favus tip</i>	
Oboleli	Deca u prepubertetnom periodu * Prenosi se s deteta na dete	Prepubertetni period * Obično sa životinje na čoveka	Prepubertetni period * U pubertetu se obično povlači	/	
Lokalizacija	Kapilicijum	Kapilicijum	Kapilicijum	Centralni deo kapilicijuma * Šire se centrifugalno	
Izgled	Koža	Neinflamovani plakovi (ploče) <i>Okrugli, brojni, vrlo mal, neinflamovani; slivaju se u plaže nepravilnog oblika</i> <i>Sitna, beličasta deskvamacija</i>	Plakovi (ploče) <i>Sa psorijaziformnim skvamama</i> Inflamovani plakovi (ploče) <i>Okrugli, jasno ograničeni, uzdignuti, bolni; Javljuju se posle par nedelja usled inflamacije u vidu supurativnog folikulitisa</i>	Neinflamovani plakovi (ploče) <i>Malobrojni, okrugli, Prisutna psorijaziformna deskvamacija</i>	Skutula <i>Tanjirasta tvorevina, žute boje, sastavljena od parazita i keratinskih masa</i> <i>Može se slivati u veće i nepravilne ploče</i>
	Dlaka	Polomljene na otvoru folikula Vide se ko crne tačke koje lije na komedone; *Na obolelim površinama se mogu naći i pojedinačne zdrave dlake	Slepjene s gnojem i lako se čupaju <i>Normalnog su izgleda a posle njihovog odstranjivanja ostaju prošireni folikuli iz kojih se na pritisak cedi gnoj --> ovo liči kao da se cedi iz saća (Kerion = saće)</i>	Polomljene nekoliko milimetara iznad folikularnog ostijuma <i>Sivkaste i nagnute u različitim smerovima --> „Pokošena livada“</i>	Prolazi kroz centar skutule <i>Normalne dužine, liči na kučinu i lako se čupa!</i>
Alopecija	/	Trajna cikatrijalna alopecija	/	Atrofična i definitivna alopecija	
Tok bolesti	Hroničan tok *Spontana regresija kod većine	Nakon nastanka inflamacije, promene se dalje ne šire već spontano prolaze nakon 2-3 mes.	/	Hroničan tok *Traje godinama i ne pokazuje tendenciju ka spontanoj regresiji	
Testovi	Woodova lampa – nema fluorescencije	Intradermalni test na trihofiton – jako pozitivan!	Woodova lampa – zelena fluorescencija	/	
DD	<i>Pityriasis capillitii, dermatitis seborrhoica, alopecia areata, lupus erythematos discoides, lichen ruber planus, psoriasis vulgaris</i>				

* **Kerion celsi:**

- **Limfadenopatija** – nastaje kao posledica hipersenzitivnosti prema fungusnim antigenima
- **Dermatofitidi** – nastaju kao posledica hipersenzitivnosti ; Javljuju se u vidu grupisanih ili diseminovanih folikularnih papula koje su sterilne i povlače se kada se smiri osnovno oboljenje
- Moguća **bakterijska superinfekcija!**

* **Microsporia capillitii:** danas je češće izazvana zoofilnim *M. canis* koji izaziva slične lezije ali je prisutna i **blaga inflamacija** koja ponekad može dostići razmere kao kod infekcije zoofilnim trihofitonima.

*** Lečenje ***

Opšta terapija	Grizeofluvin	Lek izbora za tinee cpilitii čiji je uzročnik <i>Microsporum canis</i>
	Terbinafin, itrakonazol, flukonazol	Novi antifungusni lekovi
	Sistemski kortikosteroidi	Dodaju se kod dubokih oblika kako bi se <i>smanjila inflamacija i konsekutivni ožiljak</i>
	Antibakterijski antibiotici	Korisni ukoliko postoji bakterijska superinfekcija
Lokalna terapija	Površinski oblici:	<ul style="list-style-type: none"> • Kosu šišati <i>jednom nedeljno</i> • Redovno primenjivati <i>šampone ili losione</i> koji sadrže imidazolske preparate ili neke druge antifungusne preparate
	Duboki oblici	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Epilirati</i> obolele površine + rub zdrave kose • Pranje i primena imidazolskih ili antibakterijskih preparata

2. Tinea barbae

Izazivač	<i>T. mentagrophytes</i> i <i>T.verucosum</i>	
Ant/zoo	Zoofilni dermatofiti	
Tip invazije dl.	tip <i>Megasporon</i>	
Oboleli	Odrasli, najčešće muškarci	
Lokalizacija	<i>Predeo brade i brkova</i> ovde zahvata i terminalnu dlaku	
Izgled	Koža	Inflamovani plakovi (ploče) sa supurativnim folikulitism * Ređe se može manifestovati kao diseminovani folikulitis
	Dlake	Lako se čupaju; iz folikula se cedi gnoj
Tok bolesti	Promene mogu trajati nekoliko meseci, povlače se spontano!	
DD	<i>Stafilocokni folikulitis</i> – ima prolongirani tok, diseminovane promene, obično na gornjoj usni <i>Furunkui i Karbunkuli</i> – bolni i akutnog toka	
Lečenje	Kao kod duboke trihositije kože	

3. Tinea pedis

Najčešća gljivična infekcija kod čoveka!!

Oboleli	Dugo se smatralo da se javlja u <i>postpubertalnom periodu</i> , ali nošenje gumene i plastične obuće je praćeno pojavom promena i u <i>dečjem uzrastu</i>		
Predispon. faktori	<i>Nedostatak sebacealnih žlezda, vlažna sredina brza konverzija kiselog pH u bazni pH</i>		
	Interdigitalni oblik	Vezikulo-bulozni oblik	Hiperkeratotski oblik
Izazivač	<i>Tr. mentagrophytes, E. floccosum</i>	<i>Tr. mentagrophytes</i>	<i>Tr. rubrum, E. floccosum</i>
Ant/zoo	Antropofilni	Zoofilni	Antropofilni
Lokalizacija	III i IV interdigitalni prostor i koža ispod prstiju	Svod stopala i susedni deo tabana	Svod stopala
Širenje	Ne prelaze na dorzum stopala	Ne zahvataju cele tabane	Često zahvataju tabane i njihove bočne strane
Izgled	Ragade i Deskvamacije Prisutan <i>pruritus</i> , nema <i>inflamacije!</i>	Vezikule i Bule Promene su <i>vrlo inflamovane</i>	Eritem i Skvama <i>Skvame su zadebljale, beličaste</i> Promene su <i>blago inflamovane</i> * Često prisutno <i>oboljenje nokta!</i>
Tok	Hroničan tok Mogu trajati godinama, ali se mogu i <i>spontano povući</i>	Akutan/subakutan tok Promene se mogu <i>spontano povući</i>	Hroničan tok
DD	<i>Bakterijski intrtrigo</i> <i>Nespecifični dermatitis</i>	<i>Ekzem, kontaktni dermatitis</i> <i>Piokokna infekcija</i>	<i>Plantarna psorijaza</i> <i>Hiperkeratotski ekcem</i> <i>Plantarni lichen ruber planus</i>
Lečenje	Lokalno	Kod interdigitalnih i vezikulo-buloznih oblika oboljenja <ul style="list-style-type: none"> • Imidazolski preparati • Ciklopiroksolamin 	U koliko se javi <i>bakterijska superinfekcija</i> (moguće kod sva tri oblika) leči se odgovarajućim antibioticima
	Opšte	Kod hroničnih hiperkeratotskih oblika <ul style="list-style-type: none"> • Terbinafin: 250 mg/dan, 2 nedelje • Itrakonazol: 400 mg/dan, 1 nedelja 	
	Profilaksa	<ul style="list-style-type: none"> • Antimikotični puder • Indiferentni puder – jer stvaraju suvu sredinu 	

4. Tinea corporis				5. Tinea cruris (Eczema marginatum Hebra)
	Tinea corporis superficialis	Tinea corporis profunda	Tinea favosa corporis	
Izazivač	Dermatofiti	Dermatofiti	<i>Tr. Schonleinii</i>	<i>E. floccosum, Tr. rubrum,</i>
Ant/zoo	Antropofilni	Zoofilni	Antropofilan	Antropofilni
Oboleli	Svi uzrasti, oba pola	Svi uzrasti, oba pola	Svi uzrasti, oba pola	Odrasli, češće muškarci
Lokalizacija	Otkriveni predeli tela	/	/	Ingvino-kruralno i interglutealno
Izgled	Plakovi (ploče) <i>Pojedinačni ili multipli;</i> <i>Jasno ograničeni, okruglog oblika,</i> <i>sa eritemom i sitnom</i> <i>deskvmamacijom;</i> Vezikule, pustule i kruste Mogu se otkriti na ivici plakova Anularne promene Nasaju usled centralnog smirenja sa perifernim širenjem promene. Centralni deo: rezistentan prema reinfekciji, ali mogu nastati koncentrični krugovi u toj yoni	Odgovara dubokoj trihofitiji na kapilicijumu ali sa znatno blažim znacima!	Odgovara površnom obliku tinee corporis; mogu se pojaviti i ploče sa skutulama	Plakovi (ploče) <i>Veliki, jasno ograničeni, sa</i> <i>eritemom i deskvamacijom;</i> Ivica ploča: <i>uzdignita i vezikulozna</i> Papule mogu biti rasute po celoj površini Anularne promene Mogu biti prisutne, nastaju usled centralnog smirenja promena *Moguća je i pojava satelitnih elemenata s istim znacima *** Pruritus je uvek prisutan ***
Tok	Hroničan	Akutan/Subakutan	Hroničan	Akutan – <i>E. floccosum</i> Hroničan – <i>Tr. rubrum</i>
DD	Skvamozni, neinflamovani oblici tinee: <i>psoriasis, seboroični dermatitis</i> Akutni, inflamovani oblici: <i>piodermije</i>			<i>Kandida, kontaktni alergijski</i> <i>dermatitis, seboroični dermatitis</i>
Lečenje	Lokalno Opšte	Kod lokalizovanih promena kao jedini vid terapije ili uz opštu antimikotičnu terapiju <ul style="list-style-type: none"> • Imidazolski preparati • Ciklopiroksolamin (2-4 nedelje) • Alilamini i tolnaftat (1-2 nedelje) Kod proširenih promena <ul style="list-style-type: none"> • Itrakonazol: 200 mg/dan, 1 nedelja • Terbinafin: 250 mg/dan, 2 nedelje 	Kao kod <i>T. corporis</i> + <u>Otklanjanje predisponirajućih faktora:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hiperhidroza ▪ Vlažna sredina u intertriginoznim predelima ▪ Neadekvatna odeća 	

- **Tinea cruris** – prenosi se :
- *Autoinfekcijom* sa stopala
 - *Indirektno* preko peškira i sportske opreme

6. Tinea unguium

Može nastati kao <i>samostalno oboljenje</i> , ali se češće sreće uz istovremenu infekciju <i>stopala ili kose</i>													
Izazivač	svi dermatofiti a posebno <i>Microsporum</i>												
Oboleli	Odrasli, ređe deca												
	Distalna subungvalna onihomikoza	Proksimalna bela subungvalna onihomik.	Površna bela onihomikoza	Totalna distrofična onihomikoza									
Početak	Počinje od <i>hiponihijuma i bočnih žlebova nokata</i> . *Zahvata samo <i>nokatni krevetac i širi se proksimalno</i> .	Počinje <i>infekcijom rožastog sloja kutikule i eponihijuma</i> *Prelazi na matriks nokta i <i>nokatnu ploču i širi se distalno</i> * Kod AIDS bolesnika	Počinje <i>invazijom macerisane nokatne ploče</i>	Nastaje kada bilo koji od prethodna tri oblika zahvate sve delove nokta									
Izgled	Zadebljanje i hiperkeratoza <i>Hiponihijuma i bočnih delova nokatnog kreveta</i> Oniholiza	U predelu Lunule : <i>Nokatna ploča bela, glatka i neoštećenog kvaliteta.</i> * Distalni deo nokta je normalan, ali kako nokat raste, bele mrlje se šire i na taj deo nokta.	Neravna nokatna ploča <i>Gubi joj se sjaj i prozračnost, postaje trošna i lomljiva!</i>	Nokti: Zadebljali Trošni Neravni * U težim slučajevima može doći i do <i>destrukcije nokta</i> !									
Tok	Infekcija nije praćena inflamacijom ; destrukcija nokta je posledica <i>mehaničkog ili enzimskog delovanja fungusa</i>												
DD	<i>Psorijaza nokta</i> – jer može biti izolovana isto kao i tinea <i>Lichen ruber planus nokta</i> – infekcija nokta je <i>retko simetrična i ne počinje istovremeno na svim noktima</i> <i>Kandidatična infekcija nokta</i> – počinje obično od <i>perionhijuma</i>												
Lečenje	<p>Da bi se primenila antimikotična terapija potrebna je: precizna klinička dijagnoza i laboratorijska potvrda</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 70%;"> <ol style="list-style-type: none"> 1. Odstranjivanje inficiranog nokatnog materijala – atraumatsko odstranjivanje: urea 40% u unguentu 2. Uporna primena lokalnih antimikotika – više nedelja ili meseci, sve do izrastanja normalne nokatne ploče </td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="width: 15%; vertical-align: middle; text-align: center;">Lokalno</td> <td style="width: 15%; vertical-align: middle; text-align: center;">Tradicionalan način</td> <td style="width: 70%; vertical-align: top;"> Antimikotičninokatni lakovi: amorolfin 5%; ciklopiroksolamin 8% <ul style="list-style-type: none"> – Primenuju se kad je matriks očuvan – Posle lokalne primene ovi lekovi prodiru u nokatnu ploču --> ubrzo nakon aplikacije stižu do <i>donje strane nokatne ploče</i> i tu ostaju jako dugo, čak i nakon završetka terapije --> zahvaljujući ovome nokte je dovoljno premazivati 1-2 x nedeljno u toku 6. meseci (šake) ili 9-12 meseci (stopala) </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: middle; text-align: center;">Nov način</td> <td style="vertical-align: top;"> Grizeofluvin Ketokonazol Terbinafin Itrakonazol </td> <td style="vertical-align: top;"> Oba leka se moraju dugo uzimati, recidivi su česti i imaju neželjenih dejstava Novi lekovi, koji značajno smanjuju dužinu trajanja terapije * Terapija traje 2 meseca za nokte ruku, a 3-4 meseca za nokte nogu </td> </tr> </table>						<ol style="list-style-type: none"> 1. Odstranjivanje inficiranog nokatnog materijala – atraumatsko odstranjivanje: urea 40% u unguentu 2. Uporna primena lokalnih antimikotika – više nedelja ili meseci, sve do izrastanja normalne nokatne ploče 	Lokalno	Tradicionalan način	Antimikotičninokatni lakovi: amorolfin 5%; ciklopiroksolamin 8% <ul style="list-style-type: none"> – Primenuju se kad je matriks očuvan – Posle lokalne primene ovi lekovi prodiru u nokatnu ploču --> ubrzo nakon aplikacije stižu do <i>donje strane nokatne ploče</i> i tu ostaju jako dugo, čak i nakon završetka terapije --> zahvaljujući ovome nokte je dovoljno premazivati 1-2 x nedeljno u toku 6. meseci (šake) ili 9-12 meseci (stopala) 	Nov način	Grizeofluvin Ketokonazol Terbinafin Itrakonazol	Oba leka se moraju dugo uzimati, recidivi su česti i imaju neželjenih dejstava Novi lekovi, koji značajno smanjuju dužinu trajanja terapije * Terapija traje 2 meseca za nokte ruku, a 3-4 meseca za nokte nogu
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Odstranjivanje inficiranog nokatnog materijala – atraumatsko odstranjivanje: urea 40% u unguentu 2. Uporna primena lokalnih antimikotika – više nedelja ili meseci, sve do izrastanja normalne nokatne ploče 											
Lokalno	Tradicionalan način	Antimikotičninokatni lakovi: amorolfin 5%; ciklopiroksolamin 8% <ul style="list-style-type: none"> – Primenuju se kad je matriks očuvan – Posle lokalne primene ovi lekovi prodiru u nokatnu ploču --> ubrzo nakon aplikacije stižu do <i>donje strane nokatne ploče</i> i tu ostaju jako dugo, čak i nakon završetka terapije --> zahvaljujući ovome nokte je dovoljno premazivati 1-2 x nedeljno u toku 6. meseci (šake) ili 9-12 meseci (stopala) 											
	Nov način	Grizeofluvin Ketokonazol Terbinafin Itrakonazol	Oba leka se moraju dugo uzimati, recidivi su česti i imaju neželjenih dejstava Novi lekovi, koji značajno smanjuju dužinu trajanja terapije * Terapija traje 2 meseca za nokte ruku, a 3-4 meseca za nokte nogu										
III Candidiasis													
Izazivač	<i>Candida albicans</i> – najčešći uzrok oboljenja kod čoveka * Umnožava se <i>pupljenjem</i> (saprofitno stanje) ili u vidu <i>hifa i pseudohifa</i> (patogen oblik)												
Zdrav čovek	Creva		Deo normalne saprofitne flore	* Kod zdravog čoveka ne dolazi do razmnožavanja fungusa!									
	Bukalna sluzokoža (kod 15% zdravih)												
	Vaginalna sluznica (kod 10% zdravih)												
	Koža		Ne smatraju se članom normalne flore										
Infekcija	<i>hife C.albicans</i> --> prodiru u <i>rožasti i granulozni sloj kože</i> --> ovde aktiviraju alternativni put komplementa --> privlačenje polimorfonuklearnih leukocita --> stvaranje pustula												
Intradermalni test na kandidu		Pozitivan je i kod zdravih ljudi, a negativan kod upornih mukokutanih kandidijaza!											

	Candidiasis oralis (Soor)	Vulvo-vaginitis candidomycetica	Balanoposthitis candidomycetica	Perionyxis chronica (Paronychia chr.)	Candidiasis intertriginosa	Angulus infectiosus (Cheilitis angularis)	Hronična mukokutana kandidijaza
Oboleli	<i>Novorođenčad</i> * Pre nego što se desi kolonizacija normalnom bakterijskom florom	<i>Odrasli</i> (posebno u trudnoći) Deca	<i>Odrasli</i> <i>Dijabetičari</i>	Osobe čije su ruke preterano izložene pranju; <i>Poslastičari</i>	<i>Novorođenčad – genitoanalni predeo</i> <i>Odrasli</i> – veliki pregibi	<i>Odrasli koji nose proteze</i>	<i>Rano detinjstvo</i> * Kod obolelih prisutni i razni imunodeficijentni sindromi, endokrinopatije
Lok.	<i>Uglovi usana Jezik</i>	<i>Vaginalna sluzokoža Vulvarna koža</i>	<i>Glans penisa</i> <i>Prepucljum</i>	<i>Perionhijum</i> <i>Eponihijum</i>		<i>Uglovi usana</i>	<i>Koža Sluzokoža Nokat</i>
Izgled	Skvame <i>Nepravilne, bele, ograničene, adherentne</i> * Ispod skvama eritematozna i erodovana sluzokoža	živi Eritem Prelazi na okolnu kožu sa slikom <i>intertriginozne kandidijaze</i> Sekret obilan, gust i beo!!	Papule i pustule * Slivaju se i prskaju, tako da ostavljaju za sobom eritematozne i sjajne površine skvamoznih ivica	Edem i inflamacija * <i>Kutikula</i> nedostaje Između perionhijuma i nokatne ploče se obrazuje <i>džep</i> iz koga se cedi <i>mala količina gnoja</i> ; ovde se može naći <i>Candida</i> Stvara se <i>neravna, izbrazdana i lomljiva nokatna ploča</i>	Pustule <i>Sitne, subkorne-alne Plakovi (ploče)</i> Nastaju slivanjem pustula; <i>eritematozi, skvamozni, sa vlaženjem i macerisanjem.</i> Pustulozni i Eritemato-papulozni elementi * Nalze se na ivici promena	Eritem Deskvamacija Vlaženje Maceracija * Promene se šire sa bukalne sluzokože na kožu usnih uglova	Obično je u vidu rekurentne oralne kandidijaze , koja prelazi u hronični hiperplastični ili atrofični oblik bolesti. * Najteža komplikacija je zahvatanje ezofagusa sa stvaranjem striktura!
Tok	Hroničan	/	/	Hroničan	/	Hroničan	Hroničan
DD	/	/	/	<i>Dermatofitne inf. nokta</i> <i>Bakt. paronihija</i>	<i>Tinea crurum</i> <i>Iritantni dermatit</i> <i>Psorijaza</i>	<i>Streptokokni angulus infectiosus</i>	<i>Oboljenja vezana za deficijenciju Zn</i>
Lečenje	Lokalno lečenje				Opšte lečenje (samo ako lokalno ne uspe!)		
	Nistatin ili imidazolski preparati	<i>Suve lezije</i>	<i>U obliku krema</i>		Keokonazol	Itrakonazol	Flukonazol
		<i>Pregibi</i>	<i>Puder</i>		200 mg/dan, 1-2 ned.	100-200 mg/dan, 1-3 n.	50-100 mg/dan, 1-3 n.
		<i>Oralne lezije</i>	<i>Oralni gel</i>		* Pri dužoj primeni hepatotoksičan!	* Posebno efikasan za vaginalnu kandidijazu	* Posebno efikasan za kandidijazni palanitis
		<i>Vaginalna lezija</i>	<i>Vaginalete</i>				

– **Candidiasis oralis:**

- Atrofična oralna kandidijaza** – može nastati nakon dužeg trajanja; sluzokoža je *atrofična, sjajna, živo-crvena i bez skvama*
- Kandidijatična leukoplakija** tj. **hronična oralna kandidijaza** – razvija se obično kod pušača u vidu *hiperplastične i adherentne promene na jeziku*.
- Širenje promena na farinks i ezofagus** – znak teškog oblika oboljenja, treba tražiti *simptome imunodeficiencije!*

Erosio interdigitalis candidomycetica – predstavlja oblik intertriginozne kandidijaze lokalizovane u *interdigitalnim prostorima šaka i stopala* (naročito između III i IV prsta)

Predisponirajući faktori za infekciju kandidom: *maceranje kože, uzrast, graviditet, lekovi, endokrinopatije, imunodeficijencija, limfopenija, neutropenija.*

IV Mycetoma (Maduromycosis)

- Mycetoma – zajedničko ime kliničkog sindroma koji može biti izazvan <i>gljivicama ili bakterijama</i>	
- Maduromycosis – predstavlja micetom izazvan gljivicama	
Izazivač	<i>Allescheria boydii</i> , specijesi <i>Madurella</i>
Lokalizacija	Šake ili stopala
Izgled	<p style="text-align: center;">Nodularni, fibrozni i tumorski deformiteti</p> <p style="text-align: center;">* Na tako izmenjenoj površini javljaju se <i>sinusi</i> iz kojih se izliva sekret sa <i>belim, crvenim ili crnim zrnima</i></p> <p style="text-align: center;">Destrukcija i Elefanijaza</p> <p style="text-align: center;">* Javljuju se u kasnijem toku bolesti</p>
Tok	Hroničan tok
Lečenje	Ne daje zadovoljavajuće rezultate; primenjuju se sistemski antifungusni lekovi

D. Oboljenja izazvana životinjskim parazitima

A. Pedikuloza

Izazivač je vaš – insekt koji pripada rodu <i>Anoplura</i> ; Obavezan je parazit sisara i visoko je <i>domaćin-specifican</i> !			
Životni ciklus	Žive oko <i>mesec dana</i> --> svakodnevno nose <i>7-10 jaja</i> --> iz jajeta se posle <i>15 dana</i> izlegne zreo parazit koji je <i>striktni hematofag</i>		
Podela	<i>Pediculus humanus</i>	<i>Pediculus humanus capitis</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Ova dva tipa se razlikuju isključivo fiziološki – <i>Sivkasto-bele boje</i> – <i>Mužjak nešto manji od ženke</i>
		<i>Pediculus humanus corporis</i>	Dug i okrugao
	<i>Phthirus pubis</i>		
Osobine	<ul style="list-style-type: none"> – Brzina kretanja vaši: <ul style="list-style-type: none"> • Vaš kose i tela: <i>pokretna</i> 2-3 cm/min • Pubična vaš: <i>spora</i> 10 cm/dnevno – Ujed vaši je <i>bezbolan</i> – Pruritus je redovan simptom oboljenja – Klinički znaci: nastaju 10-tak dana nakon infestacije, a posledica su <i>senzibilizacije po salivu vaši i ubrizgani antikoagulans</i> 		

	Pediculosis capitis		Pediculosis corporis	Phtiriasis pubis
Učestalost	Često oboljenje		Često oboljenje	Često oboljenje
Oboleli	Deca ali se može javiti i kod Odraslih		Osobe sa niskim standardom i neurednim životom	Kod promiskuitetnih osoba (ubraja se u STD)
Paraziti	Izazivač	Pediculus humanus capititis	Pediculus humanus corporis	Phthirus pubis
	Prenos	Direktni kontakt ili Preko inficiranih kapa i češljeva	Zaraženom odećom i rubljem (* vaši su prenosioci rikecija*)	Seksualni kontakt
	Br. zrelih parazita	Ne prelazi 10 (može se naći i u više stotina)	Ne prelazi 10 (ima slulčajeva sa 100-200 vaši)	/
	Postavlja jaja	Duž dlake * Često baš na mestu izlaska dlake iz folikula	Duž vlakana tkanine * Ne vide se na koži, već vise s odeće. Može živeti više od 10 dana na temperaturi do 10 stepeni;	Duž dlake
Lokalizacija	Kosa okcipitalnog i retroaurikularnog predela * Može se naći i u drugim kosmatim regijama		Trup	Dlake pubičnog regiona, trbuha; Obrve i trepavice (kod dece)
Izgled	Linearne ekskorijacije i Eksudativne papule * Nalaze se na koži vrata, ramena i zatiljka		Sitne makule <i>Nalaze se na mestu ujeda insekta</i> Urtike i perzistentne papule Javljaju se kasnije, kao posledica senzibilizacije Linearne ekskorijacije + Sekundarna infekcija + postinflamatorna pigmentacija = cutis vagantum	Iritacija (u početku) Sivo-ljubičaste makule - maculae ceruleae (kasnije)
Superinfekcija	Česta * Kosa postaje slepljena žuto-zelenim ili sivim krustama; vratne limfne žlezde su uvećane		Česta	Česta * Može biti prisutna i ekcematizacija
Lečenje	Opšte mere	<ul style="list-style-type: none"> - Pregled dece i osoba iz okoline obolelih - Odeću treba oprati, hemijski očistiti ili staviti u najlon kesu i držati na temperaturi od 42°C - 47°C bar dve nedelje - Češljeve i četke držati u toploj vodi (72°C) 10-20 minuta 		
	Lokalno lečenje	<ul style="list-style-type: none"> - 1% lindan u emulziji ili gelu: <ul style="list-style-type: none"> • Utrjava se u kosu --> drži se 12-24h --> dobro se ispere --> češljem se odstranjuju preostala jaja • Lečenje se ponavlja kroz 3-5 dana, zbog eventualno prezicekuh jaja • Ne daje se kod dece i gravidnih žena – potencijalna neurotoksičnost - 0.5% rastvor malationa – koristi se kada je lindan kontraindikovan; ostaje na kosi 12h - 1% permethrin – takođe se može koristiti 		

B. Scabies

Infektivna parazitna dermatozna koja se karakteriše *noćnim svrabom i porodičnom pojavom oboljenja*

Epidem.	Oboljenje je prošireno u celom svetu Prenosi se: <i>direktno</i> , posebno seksualnim kontaktom --> smatra se da je STD	
Izazivač	Sarcoptes scabiei var. humanus <i>Beličast, hemisferičan, Ženka veća od mužjaka</i>	
	Životni ciklus	<i>Površno udubljenje na koži</i> --> dešava se kopulacija --> mužjak <i>ugine</i> , dok oplođena ženka <i>kopa kanal kroz rožasti, granulozni i spinozni sloj epiderma</i> --> u njega polaze 2-3 jaja dnevno; ukupno 25 jaja --> posle ovoga ženka <i>ugine</i> u kanalu --> 3-4 dana kasnije izleže se Larva --> nakon 10 dana stvara se odrastao parazit --> ceo ciklus se ponavlja.
	Broj parazita	I pored velikog broja jaja, kod jednog bolesnika se sreće svega 10-20 odraslih parazita
Senzibilizacija	<p>Javlja se po <i>parazit ili njegove proizvode</i> --> ona je odgovorna za većinu kutanih promena</p> <ul style="list-style-type: none"> Alergijska reakcija po parazit: <ul style="list-style-type: none"> <u>Postaje pozitivna</u>: 3 meseca posle infestacije <u>Postaje negativna</u>: godinu dana nakon infestacije U toku infekcije rastu IgG i IgM, a po prestanku infekcije njihov nivo pada! 	
Inkubacija	2-6 nedelja	
Predilekciona mesta	<i>Interdigitalni prostori šaka, Fleksorna i ulnarna strana doručja, laktovi, prednji zid aksila, pojasi, trbuhi, genitalni predeli, butine</i>	
	Muškarci	<i>Perimaleolarno, na potkolenicama i penisu</i>
	Žena	<i>Perimamilarno</i>
	Deca do 2 godine	<i>Dlanovi i tabani</i>
<i>!!! Glava i leđa su pošteđeni !!!</i>		
Izgled		Patagnomonične promene
	Mehanizam	Nastaju <i>direktnim delovanjem</i> parazita
	Lokalizacija	<i>Bočne strane prstiju</i> <i>Fleksorne strane dorulja</i> <i>Glans penisa</i>
Izgled	Izgled	Kratki kanalići <i>Eritematozni ili edematozni, mrke boje – zbog prisustva parazita, njegovog fecesa i jaja; imaju oblik slova S, a na njihovom kraju se nalazi vezikula</i>
		Eksudativne papule <i>Sitne, pojedinačne, rasute, često prekrivene tačkastim ekskorijacijama</i> *Iritabilni čvorići Mogu se javiti na pokrivenim delovima tela (<i>aksile, pojasi, penis</i>)
Komplikacije	<i>Ekcematizacija i impentiginizacija</i> (infekcija piokokama)	
Dijagnoza	Klinička slika	Traže se kanalići, lokalizacija promena, anamnestički podaci
	Mikroskopski	Primenjuje se radi potvrđivanja dijagnoze Kiretom se uzimaju površni delovi kože u nivou <i>kanala ili vezikula</i> --> posmatraju se pod mikroskopom --> vide se <i>paraziti, jaja, ekskret parazita</i>
DD	Većina puriginoznih dermatozna: <i>ujedi insekata, medikamentozni osipi</i> itd.	
Scabies norvegica (crustosa)		<p>Predstavlja poseban oblik bolesti koji je javlja kod <i>imunosuprimiranih osoba</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Promene su <i>generalizovane</i>; <i>Izgled: Eritematozne i psorijaziformne ploče ili eritrodermija</i> <i>Pruritus: blag;</i> <i>Paraziti: vrlo brojni; izrazito ↑ kontagioznost</i>

Lečenje	Opšti principi	<ul style="list-style-type: none"> <u>Pre početka</u>: pacijent treba da se okupa --> zatim da namaže svu kožu sem glave <u>U toku lečenja</u>: ne sme se kupati, smeju se prati samo <i>ruke i pregibi</i> ali se oni posle moraju namazati 2-3 puta <u>Nakon završetka kure</u>: osoba se ponovo kupa i presvlači <u>Upotrebljavana odeća</u>: pere se i pegla – parazit brzo ugine na temperaturi ispod 20°C i iznad 55°C Neophodno je da se istovremeno leče <i>SVI članovi porodice obolelog</i>, bilo da su zdravi ili bolesni 		
		Permetrin 5% u kremu	Aplikuje se 1x dnevno, posle kupanja, u toku 8-12h	Oprezno kod <i>dece do 2 godine i gravidnih žena</i>
	Lokalno lečenje	Benzil benzoat	10% rastvor za decu i 25% rastvor za odrasle; u intervalima od 12h	
		Lindan 1% emulzija	U toku 8-12h, 1 x dnevno mesec dana	
		Crotamiton	Ima slab efekat, ali deluje <i>antipruriginozno</i> i koristi se za <i>postterapijski skabiozni pruritus</i>	
		Sulphur praecioitatum	1x dnevno u toku 3-7 dana	

C. Leischmaniasis cutanea

Epidem.	Oboljenje postoji endemski u mediteranskom bazenu, srednjoj Evropi, Africi, Južnoj americi i Aziji		
Izazvač	Rezervoar parazita	Divlji kičmenjaci – pretežno <i>glodari</i> ali može biti i <i>pas</i>	genus <i>Leichmania</i>
	Glavni vektor		<i>Phlebotomus</i>
Klinička slika	Varijabilna i zavisi od većeg broja faktora; u endemskom području postoji imunitet koji je posledica <i>sub-kliničkih infekcija</i>		
Oboleli	Osobe oba pola		
Lokalizacija	Najčešće na otkrivenim predelima: <i>lice, šake</i> ; na mestu ujeda insekta		
Inkubacija	2-6 meseci * Pošto se infekcija najčešće dešava leti (tad je najveći broj flebotomus-a), manifestacije ove bolesti se mogu očekivati u <i>kasnu jesen ili ranu zimu!</i>		
	1. Akutna kutana lajšmanijaza		2. Hronična kutana lajšmanijaza
Oboljevaju	Češće <i>deca</i>		Češće <i>stariji</i>
Posledica	Infekcije		Imunološke reakcije inficirane osobe
Izgled	Ružičasta papula <i>Solitarna</i> , mada se mogu javiti i <i>satelitni elementi</i> ; Ona vremenom postaje <i>tamno-crvena</i> , ulceriše i biva prekrivena mrkom krustom * Nema <i>limfangitisa</i> , <i>limfadenitisa</i> niti subjektivnih tegoba. završava se nepravilnim ožiljkom		Plakovi (ploče) /upoidnog igleda * Mada mogu biti <i>vlažne, krustozne i ulcerozne</i>
Tok	Akutan – traje par meseci do godinu dana		Hroničan – traje 2-3 godine
Paraziti u promeni	Mnogobrojni		Ne mogu se otkriti
Montenegro test	Pozitivan u 98% slučajeva		Pozitivan u 92% slučajeva
3. Recidivantna lajšmanijaza		<ul style="list-style-type: none"> – Javlja se <i>oko ožiljka</i> sanirane lezije – Manifestuje se u vidu papula koje podsećaju na papule kod akutne lajšmanijaze – Nastaje usled <i>aktivacije rezidualnih organizama</i> nakon pada imuniteta 	
4. Diseminovana kutana anergična lajšmanijaza		<ul style="list-style-type: none"> – Hroničnog progresivnog toka, terapijski rezistentna – Lezije <i>bogate lajšmanijom</i> a montenegro test <i>negativan!</i> 	
5. Muko-kutana anergična lajšmanijaza		<ul style="list-style-type: none"> – Zahvata sluzokožu – Ne pokazuje tendenciju ka spontanom izlečenju 	
6. Post-kala-azar lajšmanijaza		<ul style="list-style-type: none"> – Liči na <i>lepromatoznu lepru</i> 	
7. Lajšmanidi		<ul style="list-style-type: none"> – <i>Hipersenzitivna reakcija</i> – Nastaju usled <i>hematogene diseminacije</i> – Imaju tuberkuloidnu histološku sliku; – U lezijama nema parazita 	
Lečenje	Opšte	<ul style="list-style-type: none"> • Antimon – <i>parenteralno</i> kod multiplih, hroničnih, muko-kutanih i alergijskih oblika bolesti; • Dapson, alopurinol – daju se umesto antimona • Ketokonazol i itrakonazol – ne primenjuju se kao monoterapija 	
	Lokalno	Krioterapija, CO₂ laser, ekskizija lezije, paramomicin sulfat	

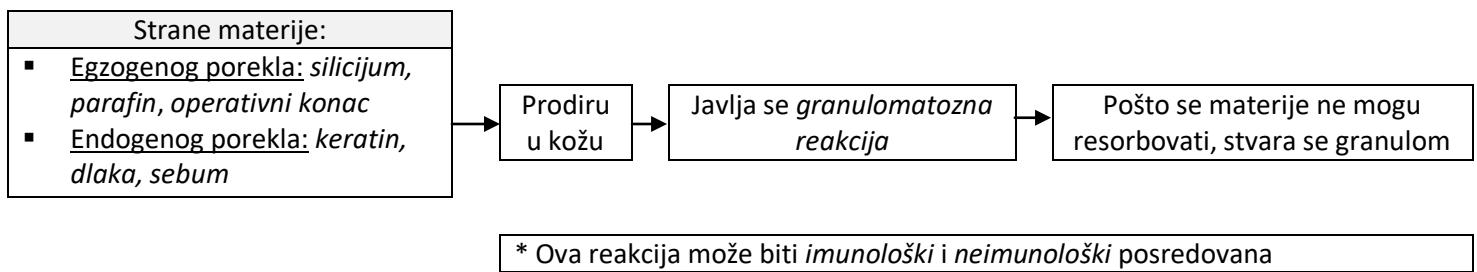
21. Neinfektivni granulomi kože

Neinfektivni granulomi kože

Kod oboljenja ove grupe, u granulomima se mogu naći tri tipa gigantskih ćelija:

	Džinovske ćelije tipa „oko stranog tela“	Džinovske ćelije Langhansovog tipa	Džinovske ćelije Touton-ovog tipa
Dimenzije	Veće (50-100 mikrometara)	Manje	/
Jedra	Brojna, nepravilno raspoređena	Brojna, potkovičasto raspoređena	Brojna, centralno raspoređena
Citoplazma	/	/	Penasta

1. Granulom oko stranog tela

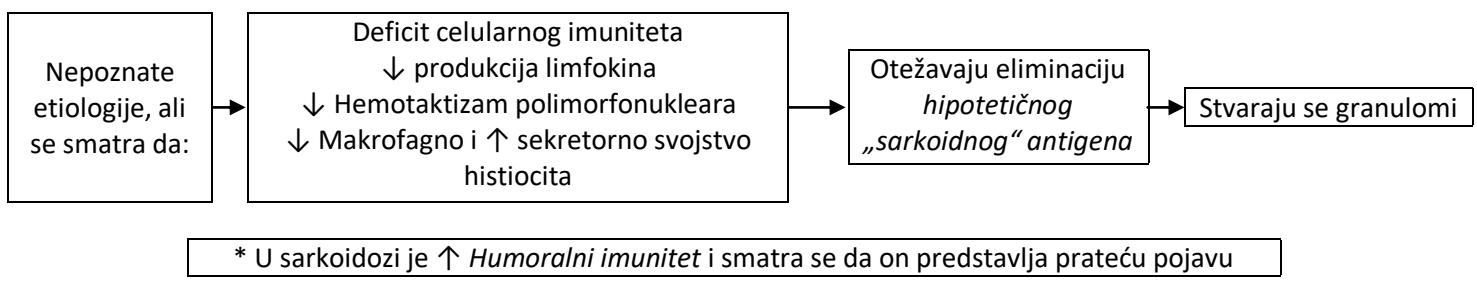


	a. Silikatni granulomi	b. Parafinski i oleinski granulomi
Mehanizam	Usled prodiranja <i>silicijuma</i> kroz povredu na koži (talk)	Usled slučajnog ili terapijskog iniciranja <i>parafina</i> ili <i>ulja</i> u derm ili hipoderm
Lokalizacija	U predelu <i>ožiljka</i> ; javlja se više godina nakon povrede	Mesto iniciranja
Izgled	Dermo-hipodermalni čvor	Ploče * <i>Fibrozne, čvrste, nepokretne, bolne</i> ; mogu <i>ulcerisati!</i>
Histologija	/	Makrofagi + džinovske ćelije tipa „oko stranog tela“ + Toutonove džinovske želije
Lečenje	Operativno	Operativno

* **Granulomi usled implantacije kolagena su retki**

2. Sarcoidosis – morbus Besnier-Boeck-Schaumann

Sistemsko oboljenje *nepoznate etiologije*, kod koga se *istovremeno* ili *u različitim vremenskim intervalima* javljaju promene na koži, limfnim žlezdama i gotovo svim unutrašnjim organima



Oboleli	Najčešće između 40. i 50. godine (mada i u drugim uzrastima), češće žene	
a. Promene na koži:		
<ul style="list-style-type: none"> Promene na koži mogu biti <i>jedini znak bolesti</i> ili se mogu javljati sa drugim promenama Polimorfne su; a zajedničko im je: <i>lupoidni izgled + negativni „fenomen sonde“</i> 		
Moguće manifestacije kožnih promena:		
Papule	<i>Diseminovane</i>	
Nodusi	<i>Malobrojni, lokalizovani na trupu i ekstremitetima; mogu ostati ožiljci!</i>	
Plakovi	<i>Crveno-ljubičasti, infiltrовани; lokalizovani na ekstremitetima</i>	
Lupus pernio	<i>Eritematozne i pastozne ploče</i> koje podsećaju na pernione	
Erythema nodosum	*Za razliku od ostalih predstavlja <i>nespecifičnu kožnu reakciju</i> i javlja se kod 30% obolelih <i>Erythema nodosum</i> + mediastinalna limfadenopatija + artralgije + ↑ temperatura = Löfgrenov sindrom	
b. Promene na sluzokožama:		
Noduli i ploče na konjuktivama, koži, tonsilama i ostalim sluzokožama		
c. Unutrašnji organi:		
Pluća	Najčešća (80-100%), a ponekad i jedina manifestacija bolesti;	
	Stadijum sarkidoze: odnos prema koži i plućima	
	Pluća	Koža
	I stadijum: <i>mediastinalne limfne žlezde</i>	Erythema nodosum
	II stadijum: <i>parenhimalne promene pluća</i>	Mikronodularne promene Makronodularne promene
	III stadijum: <i>Fibroza pluća, pleuralna zadebljanja</i>	Lupus pernio
	Tok Spontano rezultivan Često spontano rezultivan Nepotpuna regresija Fibroza: irreverzibilne promene na plućima i drugim organima	
Kosti	Zahvaćene: <i>duge kosti, lobanja i kičmeni stub</i> * Osteitis cystica Perthes-Jungling – ukoliko se u kostima prstiju jave <i>cistoidne promene</i>	
Oči	Zahvaćen <i>uvealni trakt</i>	
Pljuvačne žlezde	Najčešće zahvaćena <i>parotidna žlezda</i>	
	Herfordtov sindrom:	Očne lezije + hipertrofija parotidnih žlezda + facialna paraliza
Limfne gl.	Mikulicsev sindrom	
	Hipertrofija lakostralnih i salivarnih žlezda	
Neurološke manifest.	Uvećane u 30-70% slučajeva; <i>čvrste, bezbolne i pokretne</i>	
Ostali organi	Javljaju se u 1-9% slučajeva u vidu: <i>polineuritisa, meningitisa, enefalopatije, facialne paralize, sarkoidnih infiltrata u CNS-u</i>	
Histologija	Mogu biti zahvaćeni: <i>jetra, slezina, srce, bubreg, endokrine žlezde, gastrointestinalni trakt i mišići</i> * Pojava fibroze u kasnijoj fazi bolesti, remeti normalno funkcionisanje zahvaćenih organa!	
	d. Opšti simptomi:	
U ranoj fazi bolesti, mogu se javiti <i>zamor i mršavljenje</i>		
Tok bolesti	„ Goli granulom “ – ograničen čvor sastavljen od epiteloidnih ćelija; predstavlja karakterističnu promenu	
	<ul style="list-style-type: none"> Čvor: prisutne Langhansove ćelije i očuvana retikulinska vlakna! Ivica čvora: prisutni su i <i>limfociti</i> 	
Tok bolesti	<i>Može biti akutan, subakutan ili hroničan</i>	
Recidivi	Mogu se javljati godinama	

Dijagnoza	
Pregled	Rezultat
Tuberkulinski test	Anergija u 60-80% slučajeva
Testovi na bakterijske, virusne i gljivične antigene	Sniženi ili negativni
Kweimov test	Specifičan; pozitivan u 60-85% slučajeva * Radi se tako što se <i>intradermalno</i> daje sarkoidni materijal iz obolelih limfnih žleza; Pozitivan je ukoliko se 4-6 nedelja kasnije javi sarkoidni granulom na mestu inokulacije
Angiotenzin konvertujući enzim	Povišen
Imunoeleketroforeza belančevina	Povišeni imunoglobulini
Röntgen pluća	Hilarna adenopatija, zahvaćenost parenhima
Histološki pregled tkiva	Epiteloidni čvor („goli granulom“)
Diferencijalna dijagnoza	
Značajna, jer se dijagnoza često postavlja „ <i>Per exclusionem</i> “ (isključivanjem drugih bolesti) <i>II i III stadijum sifilisa, tuberkuloza, lepra, lichen ruber planus, granuloma annulare, psoriasis, leishmaniasis</i>	
Lečenje	
<i>Nema specifične terapije</i>	
<p>Lokalna terapija</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kremovi i unguenta pod okluzivnim zavojem ▪ Intralezionalo davanje kortikosteroida: kod težih slučajeva 	<p>Opšta terapija</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kortikosteroidi: osnovna terapija <ul style="list-style-type: none"> • Pronizon: 30 mg, svaki 2. dan • Koristi se kod <i>kutanih promena</i> koje su proširene ali i kod promena na <i>plućima</i> i ostalim organima jer zaustavlja pojavu fibroze • Jedan od NE je <i>generalizovano oštećenje elastičnih vlakana</i> ▪ Metotreksat: koristi se kod <i>muskuloskeletalnih i laringealnih manifestacija</i>, ali je efikasan i kod kožnih promena ▪ Hidroksihlorokin: 200-400 mg/dan; kod kutanih promena

	3. Granuloma anulare	4. Necrobiosis lipoidica diabetorum
Etiologija	Nije jasna * Nekad se javlja nakon <i>ujeda insekta, traume ili virusne infekcije</i>	Nije jasna
Oboleli	Češće deca i adolescenti	U 80-90% slučajeva udruženo s dijabetesom; javlja se kod 0.3% dijabetičara, češće kod žena
Lokalizacija	<u>Ekstremiteti:</u> <i>dorzalne strane šaka, laktovi, članci nogu, dorzalne strane stopala</i> * Ređe se javljaju na <i>glavi i trupu</i>	<u>Pretibijalni predeli</u> * Ređe se može javiti na <i>dorzumu stopala, licu i gornjim udovima</i>
Izgled	Noduli (čvorici) <ul style="list-style-type: none">▪ <i>Sitni, čvrsti, boje normalne kože;</i>▪ Obrazuju <i>anularne ili policiklične figure</i>▪ Obično <i>malobrojni</i> ali se mogu javiti i <i>brojni, diseminovani elementi – generalizovani granuloma anulare</i>	<u>Simetrični čvorici ili makule</u> koji se spajaju u <i>ovalne i oštro ograničene ploče</i> <ul style="list-style-type: none">▪ <u>Centar promena:</u> postaje <i>sklero-atrofičan</i> i žućkast sa <i>teleangiektažama</i>▪ <u>Ivica promena:</u> <i>uzdignuta, čvrsta, eritematozna ili lividna</i> * Ploče mogu postati u celini <i>indurovane</i> , takve se pripajaju za dublja tkiva; * Mogu se javiti i torpidne ulceracije
Histologija	Površni fokalni granulomatozni infiltrati + Nepotpuna nekroza kolagena + Depoziti kiselih mukopolisaharida	Difuzni granulomatozni infiltrati u dubljem dermu + Hijalina nekroza kolagena + Mikroangiopatija
Tok	Može trajati nekoliko meseci ili godina Moguća spontana regresija	Moguća spontana regresija sa <i>ožiljkom</i>
DD	<i>Necrobiosis lipoidica, anularni lihen i anularna sarkidoza</i>	<i>Granuloma anulare, cirkumskriptna sklerodermija i sarkidoza</i>
Lečenje	<ul style="list-style-type: none">▪ <u>Lokalno:</u><ul style="list-style-type: none">• Kortikosteroidni unguenti, kremovi pod okluzijom ili intralezionalno davanje• Krioterapija: tečni azot – aplikuje se po celoj površini malih lezija ili na ivici većih lezija▪ <u>Opšte lečenje:</u> kod generalizovanih oblika<ul style="list-style-type: none">• Dapson• PUVA• Retinoidi	Najčešće nezadovoljavajuće <ul style="list-style-type: none">▪ Lokalna primena kortikosteroida s okluzijom ili u vidu intradermalnih injekcija▪ Obavezno lečenje dijabetesa! (ovo obično ne utiče na promene na koži)

22. Dermatoze izazvane fizičkim faktorima

1. Mehanički faktori					
Akutno , kratkotrajno mehaničko trenje kože		Hronično i rekurentno mehaničko trenje kože			
Može dovesti do stvaranja Bule		Dovodi do Hiperkeratoze – zadebljanje rožastog sloja; ovo ima protektivno dejstvo. * Ukoliko draž duže deluje ; mogu nastati: <i>Callositas</i> ili <i>Clavus</i>			
a. Callositas		b. Clavus (žulj)			
Lokalizacija	Dlanovi i tabani (najčešće; usled pisanja olovkom ili nošenjem neudobne odeće)	Koža iznad koštanih prominencijsa: <i>dorzalna strana prstiju stopala, tabani</i>	Interdigitalno, obično između <i>I/V i V prsta stopala</i>		
Izgled	Cirkumskriptna hiperkeratoza koja zahvata celo područje frikcije * Može da se komplikuje <i>bolnim ragadama</i>	Hiperkeratoza <i>*Dublja, kupastog oblika, ograničena</i>	Hiperkeratoza * Koža macerisana a jezgro klavusa manje		
Bol	ne	da	jak		
DD	/	<i>Plantarne veruke</i> : kada se odstrane površne keratotske mase, kod njih se javljaju <i>crnkaste tačkice</i> – trombozirani kapilari			
Lečenje	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Odstraniti mehaničku traumu, nositi udobnu obuću, ortopedска korekcija stopala (u nekim slučajevima) ▪ <u>Odstranjivanje zadebljalog rožastog sloja:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Žilet „Credo“ – pre odstranjivanja, potrebno stopalo potopiti u toplu vodu, da koža smekša • Keratolitici: <i>ac salicylici</i> 16%, <i>ac. lactici</i> 16%, u collodium elasticum, ung. ac. salicylici 15-20% itd. • Isključivo se nanose na promenu, tako da se okolna zdrava koža treba zaštititi flasterom! 				
* Intertrigo *					
Predeo pregiba: <i>Toplotra + vlažna sredina + ↑ PH + mehaničko trenje kože</i>	Macerisanje rožastog sloja i inflamacija kože	* Na ovo se kasnije nadovezuje superinfekcija saprofitnim i patogenim m.o; češće <i>Candida</i> neko bakterije			
Lokalizacija	Pregibi: <i>aksile, ingvinokruralni, interglutealni i submamarni predeli</i> * Kod odojčadi i na vratu				
Izgled	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Početak</u>: svetli eritem sa macerisanjem i vlaženjem ▪ <u>Kasnije</u>: na ivici promene se javljaju pustule i satelitne eritemo-skvamozne pločice --> znak superinfekcije 				
DD	<i>Inverzni oblik psorijaze</i> : ima jasne granice i tipične promene na drugim mestima <i>Eritrazma</i> : mrko-ružičasta i oštro ograničena				
Lečenje	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Preventiva</u>: održavanje suve sredine ▪ <u>Opšte mere</u>: prati vrlo pedantno i sušiti ▪ <u>Lokalno</u>: kortikosteroidne antisepsične boje + odgovarajuća terapija u slučaju superinfekcije 				

2. Toplota i hladnoća

a. Combustiones

Visoka temperatura --> dolazi do oslobođanja *histamina*, *kinina* i *prostaglandina* u koži --> kombustije;

Postoje tri stadijuma:

	I Stadijum	II Stadijum	III Stadijum
Promene	Površne: eritem + edem + Pečenje i bol	Eritem + Bule + bol * Bule mogu biti <i>intraepidermalne</i> (lakše oštećenje) ili <i>subepidermalne</i> (teže oštećenje)	Nekroza derma i hipoderma <ul style="list-style-type: none">▪ Može zahvatiti i dubla tkiva▪ Javljuju se metabolički poremećaji▪ Nadovezuju se <i>superinfekcije</i>
Ožiljak	Ne * Povčače se posle par dana	Ne * Epitelizacija promena posle 2-3 nedelje	Da Često tipa <i>keloida</i>
	b. Perniones		
Mehanizam	<i>Abnormalna reakcija</i> kože na vrlo niske temperature ↓temperatura + vлага --> genetski predisponirane osobe (naročito kod akrocijanoze)		
Oboleli	Dece i adolescenti, češće kod žena		
Lokalizacija	Simetrično na akrosima: <i>šake, stopala, uši, unutrašnja strana kolena</i>		
Izgled	Prvo se javlja vazospastična faza --> nakon nje eritematozni i cijanotični nodusi i ploče * Prisutni pečenje i bol ; a svrab se javlja pri zagrevanju		
Tok	<i>Hroničan</i> *Promene postoje u toku cele zime, spontano se povlače		
Lečenje	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Odmor, izbegavanje hladnoće, nošenje tople i udobne odeće ▪ Lako zagrevanje: kupke u vodi od 40°C ▪ Nifedipin ili nikotinska kiselina – daju se samo u težim slučajevima 		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Naglo zagrevanje : kupke u vodi od 42°C ▪ U slučaju nekroze i bula, lečenje je <i>hirurško!</i> 		

3. Aktinička radijacija

Sunce emituje *elektromagnetne zrake različite talasne dužine* --> oni na koži izazivaju različite *biološke efekte* koji mogu biti:

- Korisni: sinteza vitamina D
- Štetni: karcinogeneza

Elektromagnetna radijacija:

Predstavlja vrstu energije, čija talasna dužina varira, a najbitniji spektar je od *ultraljubičastog do infracrvenog*:

- Ultraljubičasti zraci: 200-400 nm
- Vidljivi zraci: 400-700 nm
- Infracrveni zraci: iznad 700 nm

Osobine ultraljubičaste svetlosti i viljive svetlosti:

Radijacija	Talasna duž. nm	Dubljava prodiranja	Prolaz kroz staklo	Eritem	Rana pigmentacija	Karcino genost	
UVC	200-290	epiderm	-	+++	-	+++	Zaustavlja ih ozonski omotač
UVB	290-320	epiderm Papilarni derm	-	+	-	+	Proizvode većinu fotobioloških efekata na koži
UVA	320-400	Papilarni i Retikularni derm	+	+	+++	+	Odgovorni za sve egzogene reakcije fotosenzibilizacije
Vidljiva svetlost	400-760	Retikularni derm Supkutis	+	-	+/-	-	/

- **Rožasti sloj i melanin** su dva fiziološka mehanizma koji ptite kožu od radijacije
- **Hromofore** – predstavljaju molekule koji apsorbuju zrake; one mogu biti:

- Endogene: DNK
- Egzogene: lekovi i hemikalije

Samo radijacija koja je resorbovana u koži može imati biološke efekte:

Ultraljubičasti zraci --> hromofore kože (DNK) --> prelaze u *ekscitirano stanje* --> ovakvi teže da se vrate u inicijalno stanje --> predaju energiju (*transfer energije*) drugim molekulima --> *oštećenje ćelijskih makromolekula i organela* --> stvaranje inflamatornih medijatora: *histamin, serotonin, prostanglandini i slobodni radikali* --> nastaju promene na koži

Pri izlaganju aktiničkoj radijaciji, na koži se mogu javiti:

1. Biološki efekti solarne (aktiničke) radijacije na kožu
2. Fotodermatoze

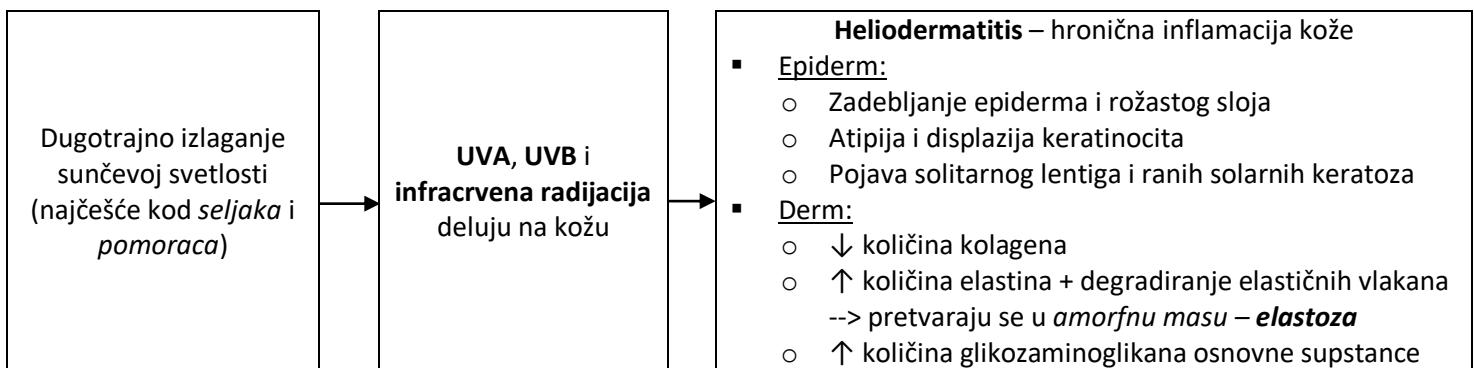
A. Biološki efekti aktiničke radijacije na kožu

Javljuju se kod *svih ljudi*, ako su dovoljno dugo bili izloženi radijaciji

Radijacija --> apsorbuju je endogene hromofore --> fotohemiska reakcija

	1. Erythema solare	2. Rana pigmentacija
Uzrok	UVB zraci * Moguće je da UVA zraci imaju <i>slab aditivni efekat</i> , za isti efekat je potrebna doa 1000 x veća od doze UVB zraka	UVA zraci + Vidljiva svetlost
Oboleli	<i>Svi ljudi</i> koji su bili dovoljno dugo bili izloženi sunčevim zracima	<i>Svi ljudi</i> (biološka reakcija) * Jača kod osoba čija je koža <i>bogata u melaninu</i>
Pojava promena	Nekoliko časova nakon izlaganja suncu, a potpuno se razvijaju 12-24h kasnije	Brzo nakon izlaganja suncu;
Promene	Eritem – predstavlja najraniju promenu Bule – javljaju se u težim slučajevima; prati ih: <i>edem, pečenje, bol i poremećaj opšteg stanja</i>	Pigmentacija kože
Povlačenje promena	Posle nekoliko <i>dana</i> za sobom ostavlja Deskvamaciju i pigmentaciju	Posle nekoliko <i>sati</i>
Pigmentacija	Nastaje usled <i>pojačanog stvaranja pigmenta melanina</i> * Uz ovo, istovremeno se javlja i <i>zadebljanje epiderma i rožastog sloja</i> --> sve to povećava toleranciju prema kasnijem izlaganju suncu	Nastaje usled: <i>Oksidacije postojećeg melanina</i> + <i>Redistribucije melanozoma</i> – oni iz perinklearnog položaja prelaze u dendritične produžetke melanocita
Lečenje	Oblozi od hladne vode i emolijentni kremovi	/

3. Akziničko starenje kože „Photoaging“



Lokalizacija	Predeli izloženi suncu: najčešće <i>lice i zadnja strana vrata</i>	
Koža	<i>Suva, zadebljala, gruba, žućkaste boje, s naglašenim kožnim brazdama, proširenim folikulima i cistama</i>	
Lečenje	Preventivne mere	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Izbegavati boravak na suncu između 11 i 15h (u sunčanim periodima) ▪ Nositi zaštitnu odeću i šešir ▪ Antisolarni kremovi sa SPF 15 – treba ih aplikovati na izložene predele 2-3 x
	Lečenje promena	Izotretionin: 0.05% krem, aplikovati noću 4-6 meseci; nakon toga 1-3 x nedeljno * Koristi se u terapiji postojećih promena

4. Fotokarcinogeneza

- Smatra se da karcinogeni efekat imaju UV radijacije talasne dužine **ispod 320 nm**
- Promene nastaju nakon dugotrajnog izlaganja *solarnoj radijaciji*
- Sreću se *maligne i premaligne lezije* na koži: **solarna keratoza, bazocelularni i spinocelularni epiteliom, mb. Bowen, maligni mealnom**

B. Fotodermatoze

To su *abnormalne reakcije* na aktiničku redijaciju – patološki odgovor

1. Idiopatske fotodermatoze

	Polimorfna svetlosna erupcija	Urticaria solaris
Etiologija	Smatra se da celularni imunitet ima udela u patogenezi	/
Oboleli	Najčešće u 3. i 4. deceniji života, žene	/
Akcioni spektar	UVA, UVB zraci kao i infracrvena radijacija (ključni za pojavu bolesti)	od UVB do infracrvene radijacije (ključni za pojavu bolesti)
Pojava promena	2h – 5 dana po izlaganja suncu * Ima sezonski karater, javlja se u sunčanim periodima	Neposredno po izlaganju suncu;
Lokalizacija	Otkrivena koža: <i>lice, dekolte, podlaktice, šake</i>	Otkrivena koža
Izgled	velike Papule, papulo-vezikule i ekcemska reakcija koji se slivaju u plakove * Promene su kod jedne osobe <i>monomorfne</i> , ali slika može biti <i>polimorfna</i>	Pruritus zatim eritem i edem na eksponiranim regijama
Tok	Hroničan ▪ Egzacerbacije se javljaju posle svakog izlaganja suncu ▪ U nekim slučajevima se može javiti <i>tolerancija</i> usled izlaganja suncu	Akutan, promene se povlače nekoliko minuta do 1 h nakon izlaganja
DD	<i>Solarna urtikarija, sistemski lupus eritematodes, kutana porfirija</i>	/
Lečenje	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Aktivne promene:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Lokalni kortikosteroidi: ali samo kratkotrajno • Izbegavati sunce u letnjim mesecima između 10 i 15h ▪ <u>Zaštita:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Antisolarni kremovi sa SPF iznad 15 • Desenzibilizacija fototerapijom (UVB) ili fotohemoterapijom (UVA) 	Antihistamini + Indukcija tolerancije postupnim izlaganjem suncu!

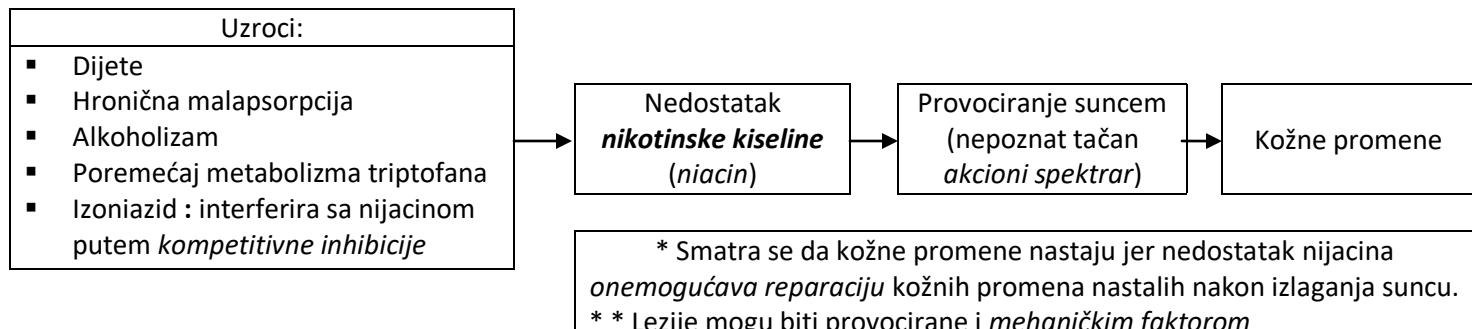
2. Fotodermatoze udružene sa endogenim fotosenzibilizatorima

a) Porphyria cutanea tarda

Etiologija	Kod ovih osoba je ↓ aktivnost uroporfirinogen-dekarboksilaze --> ovo dovodi do nagomilavanja <i>uroporfirina</i> * Reakcija je fototoksičnog tipa (spektar oko 400 nm), a obično joj prethodi: <i>ingestija alkohola, estrogena i gvožđa</i> ; u poslednje vreme se govori i o <i>hepatitis C infekciji</i>		
Oboleli	Odrasle osobe		
Simptomi:	Koža:	Lokalizacija	Izgled
		Dorzumi šaka	Fragilnost kože + pojava traumatskih bula
		Lice: <i>čelo, jagodice i ispod očiju</i>	Hiperpigmentacija, hipertrikoza u vidu <i>pepeljastih dlaka</i>
		Lice, vrat i trup	Sklerodermiformne ploče
	* Prisutno i aktiničko starenje kože		
Eksrakutano:	Jetra	<i>Hronični hepatitis i ciroza;</i> <i>Hepatični enzimi povišeni!</i>	
		Urin	<i>Mrke boje + ↑ vrednosti uroporfirina</i>
		Feces	<i>prisutan izokoproporfirin</i>
DD	Porfirije i Fotodermatoze		
Lečenje	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Odstranjanje precipitirajućih faktora (alkohol i dr.) – ovo obično dovodi do smirenja promena ▪ Fotoprotekcija: koža- antisolarni kremovi; oči- naočare za sunce ▪ Zaštita od mehaničkih trauma ▪ Flebotomija: 250-500 ml krvi 1 x u 1-2 nedelje; primenjuje se do pada hemoglobina ili do pada urinarne eksrecije porfirina ispod 500 nmol/24h ▪ Hlorokin: 125-250 mg 2 x nedeljno (ovo su niske doze) *Kliničko poboljšanje se postiže nakon 6 meseci, a biohemski u toku godinu dana 		

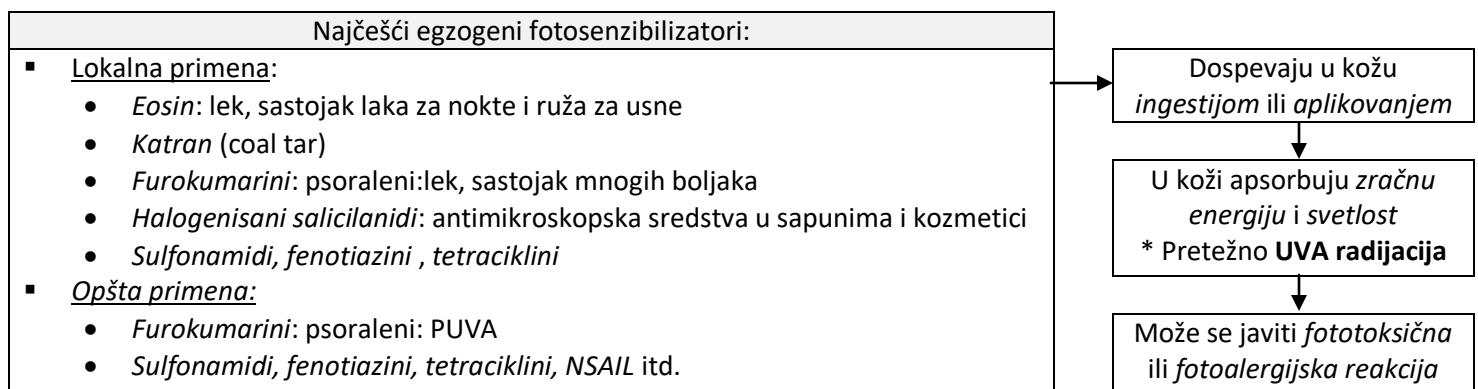
b. Pellagra

Karakteriše je klinički trijas 3D: *Dermatitis + Dijareja + Demencija*



Oboljenje		Sezonsko: javlja se u proleće i leto	
Koža	Lokalizacija	Fotoeksponirani predeli: <i>dorzum šaka, lice, prednja strana vrata i dekolte</i> – ovde imaju izgled ogrlice- Casalova ogrlica	
	Izgled	Promene su oštro ograničene prema nezahvaćenoj koži Akutna faza bolesti: Eritem (brzo dobija mrku boju) + edem + sero-hemoragične bule	Hronična faza bolesti: Tamno eritematozna + zadebljala + hrapava + skvamozna * Javljuju se naleti akutnih promena
Ostali orgni:	Bukalna sluzokoža	Glatka, prisutne pseudoafte	
	Jezik	Tamno-crven	
	Git	Dijareja	
	Neurološki:	Apatija, depresija, senzorni poremećaji	
Lečenje:		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Odstraniti etiološki faktor ▪ Raznovrsna ishrana ▪ Niacin: 500 mg/dan, nekoliko nedelja ▪ Emolijentni i antisolarni kremovi 	

3. Fotodermatoze udružene sa egzogenim fotosenzibilizatorima



a. Fototoksična reakcija

Po tipu, odgovara pojačanim fiziološkim reakcijama

Oboleli	Svi ljudi, ako su bili izloženi dovoljnoj količini leka – hemikalije i odgovarajuće radijacije	
Lokalizacija	Promene su striktno ograničene na predele izložene radijaciji!	
	Dermatitis pratensis (pratensis= livadski)	Breloque dermatitis (breloque= privezak)
Uzrok:	Nakon kontakta sa vlažnom travom – furokumarini po sunčanom vremenu	Nakon aplikovanja parfema- furokumarini * Direktno na kožu vrata, aksila
Izgled:	Promene reprodukuju oblik trave ili lista s eritemom, edemom i bulama	Pigmentacija oblika kapi koja teče * Promena se pri izlaganju suncu pojačava
Lečenje	Odstraniti uzročni agens + kortikosteroidni kremovi * Ovde spada i PUVA terapija!!!	

b. Fotoalergijska reakcija

Predstavlja poseban tip IV imunološke reakcije:

Radijacija --> dovodi do stvaranja **fotoantigena** --> oni indukuju imuni odgovor

* Smatra se da je patogeneza identična sa patogenezom alergijskog kontaktog dermatitisa

Promene	<ul style="list-style-type: none"> <u>Početak</u>: ograničene na mesto ekspozicije <u>Kasnije</u>: pri ponavljanom insultu, šire se i na neekspozirane regije
Koža	reakcija Ekscemskog tipa * Nakon odstranjivanja faktora koji je izazvao reakciju: <ol style="list-style-type: none"> Promene se povlače (češće) Razvija se hronični dermatitis – perzistentna hronična reakcija <ul style="list-style-type: none"> Ovo se najverovatnije javlja zbog zadržavanja male količine fotoalergena
Lečenje	Odstraniti uzročni agens + lokalni ili opšti kortikosteroidi

*** Osnovne razlike između fototoksičnih i fotoalergijskih reakcija ***

	Fototoksična reakcija	Fotoalergijska reakcija
Količina leka	velika	mala
Potreba imunizacije	ne	da
Vreme pojave promena posle uzimanja leka	minuti-sati	iznad 24h
Klinička slika	intenzivan aktinički eritem	dermatitis (ekcem)

4. Jonizujuće zračenje

Radijacije sa talasnom dužinom < od 10 nm: γ -zraci, x-zraci		→	Jonizuju molekule	→	Oštećenje DNK	→	Oštećenje i smrt ćelije							
Radijacioni eritem		Radiodermatitis acuta		Radiodermatitis chronica										
Nastanak	Nakon izlaganja dozi od 300-400 Gy		Nakon zračne terapije <i>karcinoma</i>		Nakon više godina od izlaganja visokim dozama zraka									
Promene	Radiacioni eritem * Obično traje 2-3 dana, ređe do 2 nedelje;		Radiacioni eritem * nakon 2 nedelje, na njega se nadovezuju: inflamatorna rekacija sa tamnim eritemom, bulama i bolom		Atrofija + Dishromija + teleangiekτazje * Koža je suva, bez dlaka, znojnih i lojnih žlezdi									
Dalji tok	<i>Povlači se</i> , za sobom ostavlja laku hiperpigmentaciju		<i>Povlači se</i> nakon par meseci a ostaju: atrofija + hipopigmentacija + teleangiekτazije		Promene su <i>lagano progresivne</i> ; Mogu se javiti <i>ulceracije</i> koje dalje mogu maligno degenerisati									
Lečenje	Oblozi od hladne vode Zaštita od sunca Emolijentni kremovi				Emolijentni kremovi Kod upornih ulceracija odraditi biopsiju!									
*** Pathomimia ***														
Predstavlja promene na koži koje je bolesnik namerno izazvao														
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bolesnici se mogu podeliti u dve grupe: <ul style="list-style-type: none"> A. Oni koji žele da ostvare neki cilji ili da nešto iznude – obično naprave laka oštećenja, bez neestetskih rezidua B. Osobe s teškim neurozama i psihozama – obično ozbiljne i militantne povrede ▪ Morfološki izgled promena: vrlo varijabilan; zavisi od upotrebljivane sile <ul style="list-style-type: none"> ▪ Najčešće su to ekskorijacije, erozije i ulceracije ▪ Opšte karakteristik eovakvih promena su: <i>neobičajena lokalizacija, nejasne kliničke manifestacije, nekontinuiran tok sa neobjašnjivim pogoršanjima i recidivima</i> 														

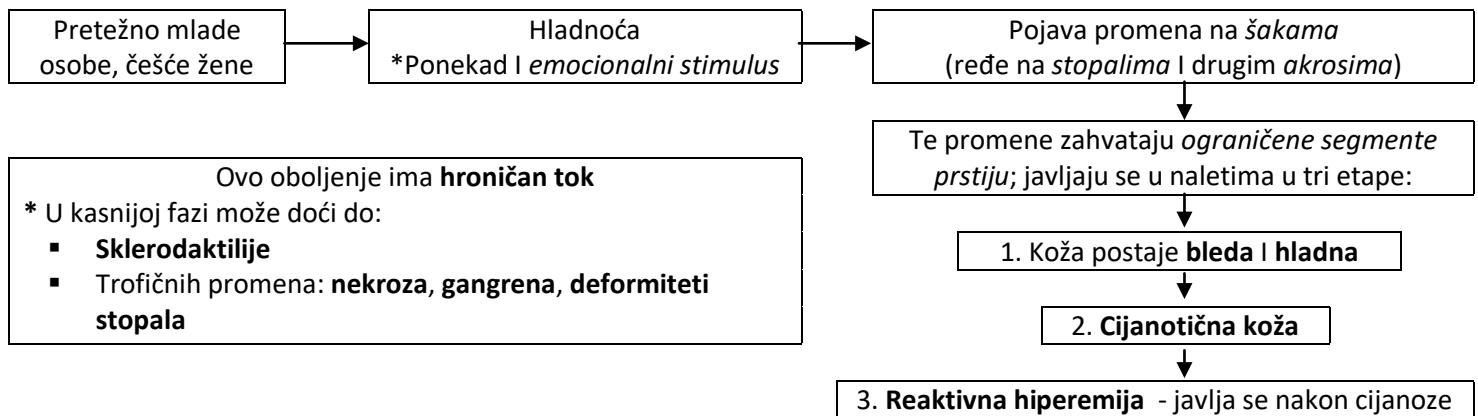
23. Oboljenje perifernih arterija i vena. Ulkusi nogu

I Oboljenja arterija	
A. Arterosclerosis	
Karakteriše se zadebljalim i neelastičnim zidom arterija; zahvata velike i srednje krvne sudove, progresivnog je toka; Za dermatologiju, najznačajnija oboljenja donjih, a ređe gornjih ekstremiteta	
Zahvaćene	Arterije distalnog dela nogu i stopala
Promene:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Prvi simptom bolesti:</u> Claudicatio intermittens - pojava bola, utrnutosti jednog ili oba ekstremiteta za vreme hodanja, i odsustvo ovih simotoma u toku mirovanja ▪ <u>Dalji razvoj bolesti:</u> bolesti se javljaju i u miru: naročito pri ležanju (pacijenti i noću sede) <ul style="list-style-type: none"> ○ Koža cijanotična ili bleda, dlake se gube, nokti distrofični ○ Javlja se parestezija, osećaj hladnoće i ishemične neuropatije ○ Periferni puls: slab ili odsutan
Dijagnoza	Ultrasonografski pregled (Doppler) + pletizmografija + arteriografija
* Ulcus arterialis *	
Uzrok	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Starije osobe:</u> ateroskleroza i okluzija arterijskih sudova; ▪ <u>Mlađe osobe:</u> arterijska embolija, thrombangitis obliterans, vaskularne kolagene bolesti ili vaskulitisi
Oboleli	Najčešće kod starijih žena
Lokalizacija	Bočna strana potkolenice, predeo maleolusa ili stopalo
Izgled	<p style="text-align: center;">Duboke ulceracije</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dijametar: 3-4 cm; često prekrivene esharom • Dno: bez granulacija, mogu se videti mišićne teticе • Bolne, rezistentne na terapiju
* Hipertenzivni ulkus *	
Uzrok	Nastaje usled arteriolarne skleroze
Izgled	Usled oštećenja malih arterija --> okolina ulkusa cijanotična * Nije prisutna kompleksna slika varikoznog ulkusa
Teži slučajevi	Javlja se duboka gangrenozna ulceracija ili gangrena prstiju, stopala ili noge
* Dijabetska arterioskleroza *	
Ima sličnu kliničku sliku, ali se javlja kod mlađih osoba i infekcije su češće i ozbiljnije	
*** LEČENJE ***	
Opšte mere	Lokalno lečenje
Prekinuti pušenje Zaštita od hladnoće i povreda	Zaštita od superinfekcije
B. Gangraena	
Smrt tkiva koje se javlja usled prekida u snabdevanju arterijskom krvlju	
Uzroci:	
Spoljni uzroci:	<i>Toplotu, hladnoću, kaustične supstance, pitisak, ujad zmije, ujad pauka</i>
Infekcije:	<i>Gasna gangrena, Pseudomonas</i>
Abnormalni tkivni odgovor na infekcije:	<i>Leukemija, sistemske bolesti, dijabetes</i>
Hematogeni uzročnici:	<i>Krioproteini, hemoglobinopatije, embolijee, tromboze</i>
Zid krvnog suda:	<i>Arterioskleroza, thromboangiitis obliterans, dijabetes</i>
Vazospazam:	<i>mb. Raynaud</i>
Lečenje	
Hirurško + savetuje se da gangrenozna promena bude suva	

	C. Thromboangiitis obliterans	D. Acrocyanosis
Osnova oboljenja	Tromboza malih i srednjih krvnih sudova + arteriolarni spazam * Nepoznate etiologije, ali povezano sa <i>pušenjem</i>	Nenormalna osetljivost na hladnoću + arteriolarni spazam + dilatacija kapilara i venula
Oboleli	Mlađi ljudi	Mlade devojke
Lokalizacija	Ekstremiteti; posebno na <i>prstima stopala</i>	Šake i stopala
Promene	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Prvi simptom:</u> bol – uz njega se može javiti i iclaudatio intermittens ▪ <u>Kasnije:</u> <i>hladni, eritemo-lividni</i> prsti stopala 	<i>Plavo-crveni</i> <i>Hladni</i> <i>Edematozni</i>
Hiperhidroza	Da	Da
Tok	Mogu se javiti ulceracije i gangrena	Povlači se u adoltno doba
Lečenje	Prekid pušenja + analgetici + lokalna nega + pentoksifilin (opšta terapija)	Zaštita od hladnoće

E. Morbus Raynaud

mb. Raynaud	phenomena Raynaud
<p>Predstavlja primarni idiopatski oblik Nastaje usled urođene osetljivosti arterija na hladnoću</p>	<p>Predstavlja sekundarno oboljenje</p> <p>Brojni uzroci:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Oboljenja arterija:</u> <i>thr. obliterans, arteriosclerosis, arterijska embolija</i> ▪ <u>Oboljenja vezivnog tkiva:</u> <i>scleroderma, lupus erythematosus systemicus, dermatomyositis</i> ▪ <u>Sistemska neurološka oboljenja</u> ▪ <u>Drugi uzroci:</u> <i>krioproteinemija, polycytemia, karcinomi, β-adrenergički blokatori, nikotin, ergotismus, trauma: vibratori alati, pijanist, daktilograf.</i>



Dijagnoza	Vrši se na osnovu kliničke slike, ali često je teško razlikovati <i>mb. Raynaud</i> od <i>ph. Raynaud</i> i tada se vrše kapilaroskopska ispitivanja : <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u><i>Mb. Raynaud:</i></u> van napada, krvni sudovi <i>normalni</i>, sa znacima neurovaskularne distonije ▪ <u><i>Ph. Raynaud:</i></u> vide se promene koje odgovaraju osnovnom oboljenju
Lečenje:	<p>Nifedipin (retard): 10mg 2 x dnevno; ova doza se može i udvostručiti</p> <p>* Ukoliko se javе neželjeni efekti usled vazodilatacije; mogu se koristiti: antagonisti serotonina i analozi prostaciklina</p> <p>Preporučuje se zaštita od hladnoće i lokalna terapija unguentima s nitratima</p>

II Oboljenja vena

Za dermatologiju, najznačajnija je patologija *vena donjih ekstremiteta* jer su one u najvećoj meri izložene *stazi i hladnoći*

- Drenažu krvi iz donjih ekstremiteta vrše:
 - Duboke vene: *v. femoralis, v. poplitea*
 - Površne vene: *v. saphena magna, v. saphena parva*
 - Perforantne vene: one povezuju ova dva sistema
- Za normalan protok krvi ka srcu, značajni su: *tonus venskog zida, venske valvule, mišićna pumpa, srčana aspiracija i mišićne kontrakcije vena*
- Pritisak u predelu članka:
 - Stajanje: 70-100 mm Hg
 - Vežbe ili ležanje: 0-30 mm Hg
 - Sedenje: 55 mm Hg

A. Venski varikoziteti - varices

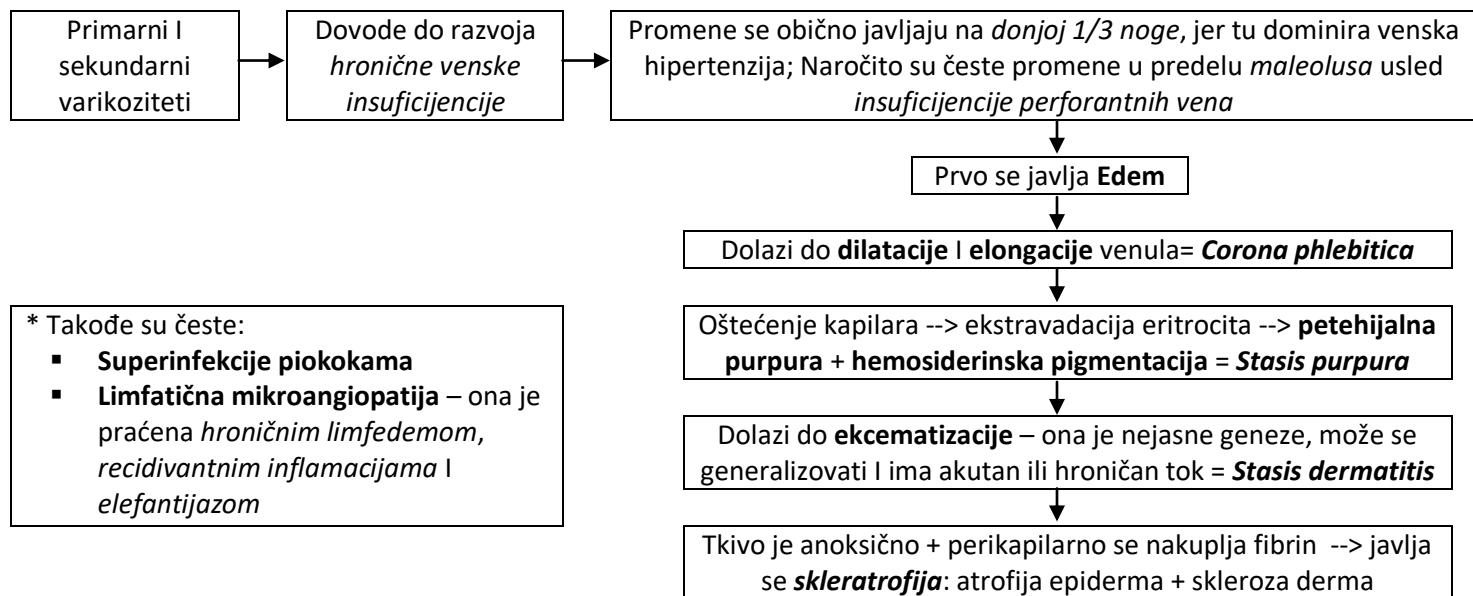
Torzuozna dilatacija i elongacija površnih venskih sudova

	1. Primarni varikoziteti	2. Sekundarni varikoziteti
Poreklo	Nasledni	Stečeni
Mehanizam nastanka	<i>Urođena slabost venskog zida + nekompetentne ili odsutne venske valvule</i>	Posttrombotični sindrom: javi se tromboza nekog venskog krvnog suda, a kompenzatorno se prošire povrpne vene; promene su često <i>unilateralne</i>

* **Varices u trudnoći:** čest je, nastaje usled venske distenzijske, povećanog venskog pritiska

Posledice:	Varices --> hronična venska insuficijencija: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Edem, ekstravazacija krvnih elemenata</i> ▪ <i>Perikalpilarni depoziti fibrina, oštećenje kapilara</i> ▪ <i>Atrofija kože</i> 	
Komplikacije	<i>Ruptura varicesa, kalcifikacije venskog zida, flebitisi i varikozni ulkus</i>	
Ugrušci se javljaju u	B. Thrombophlebitis superficialis	C. Phlebothrombosis (thrombophlebitis profunda)
Uzrok	<i>Inflamovanoj ili neinflamovanoj veni</i>	<i>Neinflamovanoj veni</i>
Lokalizacija	<i>Segmenti površnih vena donjih ekstremiteta</i>	<i>Duboke vene donjih ekstremiteta</i>
Kliničke manifestacije	<i>Trakasta, bolna i eritematozna induracija</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Početak oboljenja:</u> često prolazi nezapaženo <ul style="list-style-type: none"> • Bolesnik oseća <i>napetost noge</i> koja se pojačava pri <i>pasivnoj plantarnoj dorzofleksiji</i> • Edem i Cijanoza – javljaju se distalno od okluzije, ali nisu konstantni ▪ <u>Nekoliko dana kasnije:</u> organizacija tromba --> rekanalizacija --> ovako rekanalizovan segment vene je <i>neelastičan i nema valvule</i>
Komplikacije	<i>Ukoliko se javi 8cm iznad ili ispod kolena, postoji šansa da tromb pređe u duboke vene</i>	Plućna embolija * Često se javlja u ranoj fazi oboljenja
Lečenje	<i>Pošto su embolije retke; savetuje se: Kretanje + uzimanje apsirina + kompresivni zavoj</i>	Sprovodi ga vaskularni hirurg Mirovanje (embolije!) + antikoagulantni lekovi: dikumarol, heparin + hirurško lečenje tromba

D. Ulcus cruris varicosum



* Na ovako izmenjenoj koži, u svim fazama bolesti, može nastati ***ulcus cruris varicosum***:

Oboleli:	Stariji od 50. godine; javlja se spontano ili nakon minimalne traume		
Ulkus:	Oblik	<i>Okrugao ili nepravilan</i>	
	Veličina	Od nekoliko mm do promena koje obuhvataju celu cirkumferenciju potkolenice	
	Dno ulkusa	Prekriveno pustom ; granulacije su hipertrofične ili atrofične	
	Ivice ulkusa	<i>Neravne i podrivene</i>	
	* Moguća je maligna transformacija ulkusa!!		
Lečenje:	Opšte mere		Opšte lečenje
	<ul style="list-style-type: none"> Elastični zavoji – kod težih oblika Elastične supurativne čarape – kod lakših oblika * Ne stavljati elastične poveske ako je arterijski pritisak u predelu članaka < od 88 mmHg		Pentoksifilin Antibiotici
	Prekrivanje ulkusa autograftom ili allograftom Ligatura perforiranih vena Stripping insuficijentne v. saphene		
	Lokalno lečenje		
	Ulkus sa fibrinskom naslagom	Ulkus sa eksudacijom	Inficiran ulkus
	Hirurško ili Enzimsko odstranjivanje naslage	Vlažni oblozi: fiziološki rastvor, rastvor hipermangana + Odmor	Vlažni oblozi + krem Sulfadiazin-srebro 1% + sol. Eosini 2% aquosa * Ne savetuje se ab terapija
			Krem Sulfadiazin-srebro 1% + Varihesive^R + aplikovanje flastera po Giljeu + graft
	* Varihesive^R – hidrokoloid koji se aplikuje na ulkus 1-2 x nedeljno; on ubrzava cikatrizaciju		
	* Aplikovanje flastera po Giljeu : trake flastera se postavljaju preko ulkusa, u vidu mreže, a fiksiraju se na zdravoj koži; kroz okca mreže se izliva sekret		

III Ulkusi nogu

Najčešće su posledica *venske staze* ili *arterioskleroze* ali može nastati i kao posledica drugih oboljenja:

Oboljenja arterija	<i>Arterijske ulceracije</i>
Hronična venska insuficijencija	<i>Venske ulceracije</i>
Hematološka oboljenja	<i>Trombocitemija, policitemija, fibrinolitički poremećaji, talasemija, sferocitoza, kriopatije itd.</i>
Infekcije	<i>Tuberkuloza, lepra, sifilis, dubokes mikoze, ektima</i>
Neoplastične ulceracije	
Trofične ulceracije	<i>Malum perforans pedis</i>
Vaskulitis	<i>purpura Henoch-Schoenlein</i>
* Malum perforans pedis *	
Trofična ulceracija	
Uzrok	Periferna dijabetska neuropatija – najčešći uzrok Druge neuropatije: <i>lepra</i> itd. <i>Syringomyelia, spina bifida, tabes dorsalis, povreda kičmenog stuba</i>
Lokalizacija	Tabani – na tačkama oslonca (pritiska): <i>baza palca i okrajak V metatarzalne kosti</i>
Promena	<i>Cirkumskriptna hiperkeratotska ploča</i> u čijem centru se razvija <i>duboka ulceracija</i>
Komplikacije	<i>Superinfekcija, pojava osteomijelitisa</i>
Tok	Hroničan: ne pokazuje tendenciju ka <i>spontanoj</i> niti <i>terapijskoj</i> sanaciji
DD	<i>Plantarne veruke:</i> imaju na svojoj površini <i>crnu tačku</i> (trombozirani kapilari)
Lečenje	Osnovnog oboljenja + lokalna nega

24. Bolesti sluzokože usne duplje i jezika

I Bolesti sluzokože usne duplje		
a. Leukokeratosis (leukokeratoza)		
Uzroci		Karakteristike
Hronična trauma: oštećeni zubi		„Bela ploča“ na prednjem delu sluzokože obraza – <i>leukoplakia</i>
Pušenje		„Bela ploča“ obojena <i>nikotinom</i> , često na usnama
Candidiasis		Akutni i hronični oblici kandidoze
Lichen ruber planus		„Bela mrežica“, na zadnjem delu sluzokože obraza
Lupus erythematoses		„Bela ploča“ s <i>eritematoznim rubom</i>
Lokalizacija	<i>Sluzokoža usana, jezika ali i na genitalnoj sluzokoži</i>	
Promena	<p>Bela i jasno ograničena ploča:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Početak:</u> ravna ▪ <u>Kasnije:</u> može postati <i>zadebljala</i> i verukozna 	<p>Induracija i ulcerisanje lezije označava prelaz u <i>Spinocelularni epiteliom</i></p> <p>* Lezije na jeziku, mekom nepcu i podu usne duplje imaju veću šansu za malignom alteracijom!</p>
Histologija	<p>Abnormalna keratinizacija sluzokože sa više ili manje izraženim granuloznim slojem</p> <p>* <i>Čelijska displazija i gubitak normalne arhitekture</i> --> prelazak promene u <i>carcinoma in situ</i></p>	
DD	<i>Atopske lojne žlezde, lingua geographica, glossitis</i>	
Lečenje	<p>Odstranjivanje uzroka + primena opštih higijenskih mera --> ukoliko se promene ne povuku, uraditi biopsiju</p> <p>* Promene sa onkogenim potencijalom treba pratiti, i ukoliko je potrebno hirurški ih odstraniti</p>	
b. Stomatitis aphthosa (aftozni stomatitis)		
Uzroci:	<p><u>Imunološki:</u> reakcija na neki antigen, povišena hemotaktičnost polimorfonukleara</p> <p><u>Deficit:</u> <i>vitamina B12, folne kiseline ili gvožđa</i></p> <p><u>Bolesti:</u> <i>celijakija, Chronova bolest, ulcerozni kolitis</i></p> <p><u>Idiopatske:</u> nepoznate etiologije</p>	
Oboljenje počinje oko 30. godine života i javlja se u 3 kliničke varijante:		
	a. Stomatitis aphthosa minor	b. Stomatitis aphthosa major
Lokalizacija	Prednji deo <i>bukalne sluznice</i>	<i>Cela bukalna sluznica</i>
Izgled	Multiple, <i>površne ulceracije</i> sa <i>eritematoznim rubom</i>	Malobrojne, <i>duboke ulceracije</i> sa <i>infiltrovanim okolinom</i>
Tok	Povlače se posle 1-2 nedelje <i>Bez ožiljka</i>	<i>Ostavljaju ožiljak</i>
DD	Spontano rezultivne i rekurentne aftozne dermatitise razlikovati od dugotrajnih bukalnih promena: <i>bulozne dermatoze, herpes simplex i lichen ruber planus</i>	
Lečenje	Rastvor srebro-nitrata: 1-3% + topikalni oblici fluorisanih kortikosteroida + ispiranje usta tetraciklinima + tamponi natopljeni lidokainom (protiv bolova) + detaljna higijena usne duplje	
c. Syndroma Behcet		
Uzrok:	Nepoznate etiologije	
Klinički:	Lokalizacija	Promene
	Sluzokoža usta	Ulceracije – afte
	Koža	Papule, pustule, apscesi, erythema nodosum
	Oči	Iridociklitis i hipopion
	Spoljne genitalije: <i>skrotum i labije</i>	Ulceracije
Dijagnoza	Pozitivan patergijski test (indukcija promene na mestu traume) + oralne afte (bar 3 x godišnje) + još 2 promene	
DD	<i>Erythema exudativum multiforme, SLE, oralne afte</i>	
Lečenje	Sistemski kortikosteroidi + sulfonski preparati (dapson)	
* Istovremeno se mogu javiti i promene na: <i>zglobovima, nervnom, gastrointestinalnom i genitourinarnom sistemu</i>		

D. Infekcije sluzokože usne duplie			
Infekcija		Simptomatologija	
Candidiasis		Akutni i hronični oblici	
Herpes simplex	Primarna infekcija	<i>Gingivostomatitis</i>	
	Recidivi	Grupe bolnih vezikula	
Herpes zoster		Grupe bolnih vezikula	
Varicella		Rasute vezikule	
Gonorrhoea		<i>Stomatitis, pharingitis</i>	
Syphilis	Primarni	<i>Ulcus durum</i>	
	Sekundarni	<i>Mukozni plak</i>	
E. Dermatoze koje se mogu lokalizovati na sluzokoži usne duplie			
Dermatoza	Simptomatologija	Dermatoza	Simptomatologija
<i>Lichen ruber planus</i>	Mrežica, zadnji deo bukalne sluznice	<i>EEM</i>	bolne erozije, često i na usnama
<i>Pemphigus vulgaris</i>	Torpidne bolne progresivne lezije	<i>sy Lyell</i>	bolne erozije, često i na usnama
<i>Pemphigoid</i>	Malobrojne erozije	<i>Lupus erythematoses</i>	„bela ploča“ s eritematoznim rubom
<i>Epidermolysis bullosa hereditaria</i> - brojne erozije, sinehije i strikture			
II Bolesti jezika			
	a. Lingua nigra	b. Lingua geographicia	c. Hairz leukoplakia
Etiologija	Kod pušača i nakon dužeg uzimanja antibiotika	Nepoznat; Često se viđa kod pustuloze psorijaze i atopijskog stanja	Infekcija Epstein-Barr virusom ili humanim papiloma virusom kod obolelih od AIDS-a
Lokalizacija	Filiformne papile	Dorzalna strana jezika	Bočne strane jezika
Promene	Hipertrofija papila + crna boja: ona je posledica nakupljanja pigmenta koji produkuju članovi flore	Bele circinarne figure koje se nalaze na atrofičnoj ili inflamovanoj površini	Beličaste strije
d. Lingua scrotalis (lingua plicata)	e. Glossodynja		
Razvojni defekt – linearna udubljenja koja presecaju gornju površinu jezika * Viđa se kod osoba sa <i>Downovim sindromom</i>	Idiopatske paretezije jezika (mogu se proširiti i na celu usnu duplju) Uzroci: Anemije, dijabezes, kandidijaza, kontaktni dermatitis, menopauza, psihogeno – tek kada se svi ostali isključe		

25. Nevenerične bolesti kože I sluzokože polnih organa

I Oboljenja vulve				
Ne-neoplastične epitelijalne bolesti vulve:				
<i>Lichen sclerosus et atrophicus</i> <i>Hiperplazija skvamoznih ćelija</i> Druge dermatoze		VIN I – blaga displazija VIN II – srednje naglašena displazija VIN III – teška displazija VIN IV – carcinoma in situ		
Lečenje	Neneoplastične bolesti: kortikosteroidi I grupe + testosteron 2 % u masti (lokalna terapija) Promene se moraju pratiti zbog moguće <i>maligne alteracije</i> kada je potrebna hirurska intervencija			
II Oboljenja muškog polnog organa				
A. Balanitis i balanoposthitis				
<i>Balanitis</i> = infekcija glansa penisa; <i>Posthitis</i> = infekcija unutrašnjeg lista prepucijuma; <i>Balanoposthitis</i> = infekcija ova				
Uzročnik	<i>Nespecifične bakterijske infekcije, infekcije kvasnicama</i> Traume, Iritacije: <i>sapuni, dezinfekciona sredstva, nedovoljna higijena</i> – smegma, urin			
	* Promenama pogoduje vlažna sredina u zatvorenoj prepucijalnoj kesi			
	a. Balanitis simplex	b. Balanitis erosiva circinata		
Lokalizacija	Glans i/ili prepucijum	Glans i/ili prepucijum		
Izgled	Eritem + može se javiti i edem, purulentni sekret	<i>Nepravilne, policiklične, crvene i sivo-beličaste promene</i>		
Komplikacije	Superinfekcija <i>fuzospiralnim i G – bakterijama</i> --> erodovane, ulcerozne a u nekim slučajevima i gangrenozne pomene	/		
Dodatno	/	Ima recidivantan tok i može biti simptom mb. <i>Reiter</i>		
DD	<i>Genitalni herpes, sekundarni stadijum sifilisa, ekcem i psorijaza</i>			
Lečenje	<u>Pranje: voda i sapun</u> ili blagi rastvor hipermangana ; nakon toga <u>ispiranje i sušenje</u> Odgovarajuća antibiotiske ili antimikotske masti			
B. Phimosis (fimoza)				
Poremećaj kod kog se prepucijum ne može prevući unazad preko glansa, već ga potpuno prekriva; *može biti <i>kompletna i nekompletna</i>				
	1. Fiziološka fimoza	2. Urođena fimoza		
Nastanak	Usled slepljivanja uutrašnjeg lista prepucijuma i glansa * Javlja se kod novorođenčadi	Usled suženja i nedovoljne elastičnosti prepucijalnog prevoja * Atrofična fimoza – kratak prepucijum, kao napeta kožica prekriva glans * Hipertrofična fimoza – dug prepucijum		
Superinfekcije	Česte	Česte		
Lečenje	Nije potrebno: jer se spontano povlači do 3. godine	Hirurško		
* Dugotrajne promene --> zadebljanje i rigidnost prepucijuma + fisure i ragade * Moguća pojava leukoplakije i maligne alteracije				
3. Stečena fimoza				
		Usled <i>zapaljivih procesa glansa i prepucijuma ili prisustva mehaničkih prepreka</i> : tumori, ožiljci, edemi itd.		
		Česte		
		Leči se osnovno oboljenje		

C. Paraphimosis

Limbus prepucijuma se zaglavi u koronarnom sulkusu --> prepucijum ne može da se prevuče preko glansa --> glans ostaje otkriven		
Uzrok	A. Nepotpuna fimoza nastala usled suženja limbusa prepucijuma – <i>kongenitalna fimoza</i> B. Usled mehaničke prepreke – <i>stečena fimoza</i>	
Mehanizam	Paraphimosis interna Suženi prepucijalni limbus se zaglavi u koronarnom sulkusu, tako da <i>unutrašnji list prepucijuma</i> ostaje u zatvorenoj prepucijalnoj kesi	Suženi prepucijalni limbuse se zaglavi u koronarnom sulkusu, tako da <i>list prepucijuma</i> ostaje van prepucijalne kese
Promene	Dolazi do strangulacije --> ishemija --> nekroza * U zatvorenoj prepucijalnoj kesi dolazi do <i>umnožavanja mikroorganizama --> inflamacija i sekret --> cikatricijalne promene</i>	Edem unutrašnjeg lista prepucijuma --> on okružuje glans kao „ španska kragna “
Lečenje	Hitna repozicija prepucijuma: manuelna ili hirurška	

** Genitalna lokalizacija opštih dermatозa **

Mnoge opšte dermatoze imaju genitalnu lokalizaciju: *psoriasis vulgaris, dermatitis seborrhoica, lichen ruber planus, pemphigus vulgaris, erythema fixum, scabies, pityriasis rosea, folliculitis, TBC, lepra, generalizovani egzantemi, erythema exudativum multiforme, Mb. Stevens-Johnson, Mb. Lyell, amiloidoza*

* Takođe, ovde se mogu javiti i maligni tumori:

Epithelioma spinocellulare, morbus Bowen, morbus Paget, melanoma malignum

26. Benigni tumori, nevusi I neurokristopatije

A. Benigni tumori				
Ne rastu ili rastu sporo; histološki su dobro organizovani				
1. Verruca seborrhoica				
Oboleli	Papilomatozne promene koje potiču od epiderma Najčešće posle 50. godine života; ali postoje i <i>juvenilni oblici</i>			
Lokalizacija	Seboroični predeli: <i>lica, grudi i leđa</i> ; ali i na koži <i>abdomena i velikih pregiba</i> Promene su <i>multiple i simetrično raspoređene</i>			
Izgled	Početak	Kasnije		
Eflorescencija	Makule	Vegetacije		
Oblik	Ovalne ili okrugle, jasno ograničene	Ovalne ili okrugle, uzdignute		
Veličina	/	Dijametra do 2-3 cm		
Boja	Žućkasta ili mrka	Mrka do crna		
Površina	Somotasta	Hrapava i često prekrivena <i>skvamom</i> koja se lako skida! Često se na njima vide folikularni hiperkeratotski čepovi		
Tok	Hroničan: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Novi elementi se neprekidno javljaju --> može ih biti na i više desetina ili čak i do stotina ▪ Maligna transformacija <i>retka</i>; ▪ Nema spontanog povlačenja 			
DD	<i>Vulgarne veruke, pigmentni nevusi, bazocelularni epiteliom i maligni melanom</i>			
Lečenje	Vrši se isključivo iz kozmetičkih razloga: tečni azot, površna elektrokoagulacija ili kiretiranje Hirurška ekscizija – samo kad je potreban histološki pregled promene			
2. Epidermoidne ciste				
Nataju usled <i>cističnog proširenja folikula</i> i postoje dva oblika:				
	a. Epidermalne ciste	b. Pilarne ciste		
Poreklo	Od gornjeg dela folikula: <i>infundibulum</i>	Od dubljeg dela folikula: <i>istmus</i>		
Zid ciste histološki:	Liči na <i>epiderm</i> : sadrži <i>granulozni sloj</i> i stvara keratin	Liči na <i>folikularni epitel</i>		
Lokalizacija	<i>Lice, vrat, gornji deo grudnog koša</i> * Mogu biti pojedinačne ili multiple	<i>Kapilicijum</i>		
Izgled	Pastozni čvor (pastozan = gnjecav, mekan kao testo) <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Centar</u>: može postojati mali <i>orificijum</i> iz koga se cedi <i>beličasti filament</i> ▪ Promene se postepeno povećavaju --> koža iznad njih se stanjuje --> promene dobijaju žućkastu boju ▪ Često se inficiraju i prskaju 	Liče na epidermalne ciste ali su čvršće konzistencije		
Lečenje	Hirurško – neophodno odstraniti zid ciste (neinflamovane!)			

	3. Dermatofibroma	4. Molluscum pendulum (acrochordon)	5. Granuloma pyogenicum	6. Lipoma
Def.	Čvrst i ograničen intradermalni čvorić	/	Benigni, stečeni hemangiom	Benigni mezenhimalni tumor, porekla masnog tkiva
Etiologija	Trauma: <i>ujed insekta, ubod, češanje --> reaktivna hiperplazija</i>	Nastaje od vezivno-tkivnih ćelija	Nastaje nekoliko dana ili nedelja nakon povrede	/
Oboleli	Odrasli	Posle 50. godine života	Deca i mlade osobe	Mlade i sredovečne osobe, češće žene
Lokalizacija	<i>Donji ekstremiteti Ređe gornji esktremiteti i trup</i>	Vrat, aksile i perigenitalni predeli	Prsti šake i lice	Vrat, trup, ekstremiteti
Promene	Eflor. Noduli (čvorići)	Vegetacija	Tumefakt	Nodusi (čvorovi)
	Broj <i>Solitarni ili multipli</i>	<i>Solitarni ili multipli (naročito na vratu)</i>	<i>Solitaran</i>	<i>Solitarni ili multipli</i>
	Boja <i>Koža iznad promene može biti pigmentovana</i>	<i>Normalna koža ili pigmentovana</i>	<i>Svetlo – crven (podseća na malinu)</i>	<i>Koža iznad njih normalne boje</i>
	Veličina do 1 cm	1-2 mm do 1 cm	nekoliko mm do 1 cm	nekoliko cm i veći
	Ostalo <i>Mogu biti ispod nivoa kože ili kupolasto uzdignuti, pokretni prema podlozi, ali srasli sa kožom</i>	<i>Meke konzistencije, glatke površine Veće promene mogu biti pedunkulirane!</i>	<i>Uzdignut Lako krvari</i>	<i>Meke konzistencije Ograničeni Pokretni prema okolini</i>
DD	/	Meki nefusi	Amelanotični maligni melanom	/
Lečenje	Obično nije potrebno * Mogu spontano isčeznuti	Elektrohirurški	Kiretaža + elektrokauterizacija baze	Hirurško * Obično se vrši iz estetskih razloga!
7. Xantoma (ksantomi)				8. Keloid
Benigni tumori: ↑ cc plazmatičnih lipoproteina --> makrofagi fagocituju lipidni materijal --> nakupljaju se na određenim mestima --> javljaju se promene				Uzrok Povreda --> reparacija --> ↑ aktivnost fibroblasta --> reparacija prelazi granice oštećenja
	a. Xanthelasma	b. Xanthoma tuberosum	c. Xantoma eruptivum (nastaje naglo i eruptivno)	Predilekc. mesta: <i>Ušne školjke, ramena, presternalni predeo</i>
Mesto	<i>Unutrašnji polovi očnih kapaka</i>	Mesta izložena traumi: <i>laktovi, kolena, zglobovi</i>	<i>Ekstenzorne strane ekstremiteta, trup, sluzokoža (retko)</i>	Prva promena <i>Eritematozna i čvrsta papula * Pruriginozna i osetljiva; javlja se 3-4 meseca nakon povrede</i>
Izgled	Ploče * Jasno ograničene, žute ili narandžaste, ravne	Papule ili Čvorovi * Žute ili žuto-narandžaste boje	Papule * Brojne, difuzno rasute, žućkaste ili ružičaste na eritematoznoj podlozi	Evolucija promena Traje mesecima i godinama
Oboleli	1/3 ima hiperholisterolemiju	Imaju II i III tip hiperlipoproteinemije	Imaju visoke vrednosti serumskih triglicerida	Krajnja promena Pigmentovani, čvrsti keloidi * Nema subjektivnih simptoma;
Lečenje	Korekcija metabolizma --> promene se povlače	Korekcija metabolizma --> promene se ne povlače	Korekcija metabolizma --> promene se povlače	Lečenje Kompresivni zavoji + hirurški

B. Nevusi

Benigne tvorevine: nastaju zbog greške u toku embrionalnog razvoja;
Karakterišu se *abnormalnim rasporedom* normalnih tkiva jednog organa
Obično prisutni na rođenju, ali se mogu, ređe, razvijati i kasnije u životu

1. Nevusi epidermalnog porekla

a) Naevus epidermalis

- Hiperplazija površinskog ili adneksalnog epitela
- **Pojava:** prisutan na *rođenju* ili se javlja u prvim mesecima ili godinama života
- **Manifestuje se kao:**
 - Papule ili Ploče**
 - Linearna i unilateralna promena** – tada se lokalizuje duž *ekstremiteta* i na *trupu* (**naevus linearis unius lateris**)
 - * Površina promene je *somotasta, papilomatozna* ili *verukozna* i može biti od *svetlo smeđe* do *crne* boje
- Proširene promene mogu biti udružene sa promenama u CNS-u i skeletu
- **Lečenje:** samo iz kozmetskih razloga
Keratolitici + odstranjivanje **laserom** ili **ekscizijom**

b) Naevus sebaceus

- Kongenitalne abnormalnosti *sebacealnih i apokrinih žlezda i pilarnih folikula*
- **Lokalizacija:** kapilicijum
- **Promene:**
 - **Rođenje:** mala *alopecična ploča* žućkaste boje
 - **Pubertet:** promena postaje veća, neravna, *mamelonirana* ili *verukozna*
 - **Odraslo doba:** promena može preći u:
 - Benigne tumore: *pilarni i apokrini*
 - Maligne tumore: *bazocelularni epiteliom*
- **Lečenje:** profilaktična ekscizija pre puberteta

2. Nevomelanocitni nevusi

** Naevus pigmentosus (naevus naevocellularis - NN) **

Najčešći oblik nevusa; gotovo a nema čoveka bez njih

Histološki	Izgrađeni od nevus čelija : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Citoplazma: svetla; Jedra: svetla + prisutno jedarce ▪ Dendritični produžeci: vide se samo pri specijalnim bojenjima ▪ Teke: grupe <i>nevusnih čelija</i> koje su od okolnih epidermalnih čelija odvojene praznim prostorom 	* Za razliku od ovih čelija, normalni <i>melanociti</i> su u junkcionaloj zoni (spoj epiderma i derma) raspoređeni kao <i>pojedinačne čelije</i>
Pojava	<i>Retko</i> su prisutni na rođenju: razvijaju se u ranom detinjstvu --> umnožavaju u II i III deceniji (<i>stečeni melanocitni nevusi</i>) --> iščezavaju u starosti!	
Lokalizacija	Nema predilekcije: koža i sluzokože	
Klinički	Pigmentovane i oštro ograničene tvorevine, veličine od nekoliko mm do nekoliko cm; ređe zahvataju velike delove kože!	

Histološka podela nevusa:

	a. Junkcioni nevus	b. Složeni nevus	c. Dermalni nevus
"Teke"	predeo epidermo-dermalnog spoja	epidermo-dermalni spoj i derm	derm
Klinički	<ul style="list-style-type: none"> <i>Okrugli ili ovalni</i> <i>Ravnii ili lako uzdignuti</i> <i>Jako pigmentovani</i> <i>Jasno ograničeni</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Uzdignuti</i> <i>Pigmentovani</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Kupolasti, ponekad pedunkulirani</i> * Na njima se mogu videti <i>dlake</i>, a nekada mogu biti i <i>depigmentovani</i>
* U detinjstvu NN su junkcionalog tipa --> zatim prelaze u složene nevuse --> a nakon toka u dermalne nevuse			

Diferencijalna dijagnoza:

Lentigo i druge promene nastale usled povećanog broja melanocita ili povećanja njihove aktivnosti
Dermatofibrom, pigmentovani bazocelularni epiteliom, melanom

Displastični melanocitni nevus	Kongenitalni pigmentni nevus	Maligni melanom
<ul style="list-style-type: none"> Predstavlja <u>stečenu</u> promenu, koja nastaje od NN i ima veću šansu ka malignoj alteraciji <u>Karakteristike:</u> <ul style="list-style-type: none"> <u>Oblik:</u> nepravilan <u>Veličina:</u> iznad 5 mm <u>Boja:</u> tamna i nejednaka <u>Ivica:</u> neravna i često nejasna 	<ul style="list-style-type: none"> Predstavlja <u>urođenu</u> promenu koja ima veliku šansu za malignom transformacijom <u>Mogu se javiti kao:</u> <ol style="list-style-type: none"> Manje i ograničene papule ili plakoci Gigantski oblici: zahvataju velike površine 	<p>Predstavlja najozbiljniju komplikaciju NN, ali retko nastaje njegovom malignom alteracijom.</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Osnova:</u> maligna trasformacija intraepidermalne nevus ćelije <u>Znaci:</u> <ul style="list-style-type: none"> <i>Nagao, brz i asimetričan rast nevusa</i> <i>Promena boje, krvarenje</i> <i>Svrab, bol</i>

Lečenje:

Eliptična escizija sa histološkim oregledom odstranjene promene:

- Većina pigmentnih nevusa ne treba da se odstranjuje
- Treba odstraniti: *displastične nevuse, nevuse koji se menjaju, pigmentne nevuse izložene iritaciji, kongenitalne nevuse veličine iznad 1.5 cm*; Specijalizovane službe se bave *gigantskim oblicima kongenitalnih nevusa*

3. Vaskularni nevusi

a. Naevus flammeus

Kongenitalna vaskularna malformacija: aberacija u embrionalnom razvoju --> *vaskularna ekstazija*, bez endotelijalne proliferacije; prisutna je na rođenju

	Medijalni oblik	Lateralni oblik															
	Češči	Teži, može biti udružen sa drugim anomalijama															
Lolalizacija	Čelo, između obrva, nuhalni ili sakralni region	Promene su unilateralne! <i>Lice i ekstremiteti – u predelu dermatoma (zona radikulo-ganglionarne inervacije)</i>															
Promena	<table border="1"> <tr> <td>Boja</td><td><i>Svetlo crvena – poredi se sa bojom lososa “salmon patch”</i></td><td>Varira od <i>svetlo-crvene</i> do <i>tamno-crvene</i></td></tr> <tr> <td>Oblik</td><td>Nepravilan</td><td>Nepravilan</td></tr> <tr> <td>Granice</td><td>Jasno ograničen</td><td>Jasno ograničen</td></tr> <tr> <td>Veličina</td><td>/</td><td>Od nekoliko mm do velikih ploča</td></tr> <tr> <td>Ostalo</td><td>Pojačava se pri plaču deteta</td><td>Meke konzistencije</td></tr> </table>	Boja	<i>Svetlo crvena – poredi se sa bojom lososa “salmon patch”</i>	Varira od <i>svetlo-crvene</i> do <i>tamno-crvene</i>	Oblik	Nepravilan	Nepravilan	Granice	Jasno ograničen	Jasno ograničen	Veličina	/	Od nekoliko mm do velikih ploča	Ostalo	Pojačava se pri plaču deteta	Meke konzistencije	
Boja	<i>Svetlo crvena – poredi se sa bojom lososa “salmon patch”</i>	Varira od <i>svetlo-crvene</i> do <i>tamno-crvene</i>															
Oblik	Nepravilan	Nepravilan															
Granice	Jasno ograničen	Jasno ograničen															
Veličina	/	Od nekoliko mm do velikih ploča															
Ostalo	Pojačava se pri plaču deteta	Meke konzistencije															
Tok	<ul style="list-style-type: none"> <u>Frontalna promena:</u> iščezava vrlo brzo pri rođenju <u>Nuhalne i sakralne promene:</u> perzistiraju, ali su kozmetski prihvatljive! 	Ne povlače se!															
Lečenje	Nije potrebno	Tretiranje laserom: flushlamp pulsed dye laser (terapija izbora u poslednje vreme)															
Syndroma Sturge-Weber-Krabbe	<i>Lateralni naevus flammeus lica</i> (predeo prve dve grane n. trigeminusa) + <i>duboka angiomatoza horioidee i leptomeninga iste strane</i> * Klinički: epilepsija, buftalmus i glaukom																
Syndroma Kippel-Trenaunay	<i>Lateralni naevus flammeus jednog ekstremiteta</i> (pretežno donji) + <i>hipertrofija mekog tkiva i kostiju + varices + arterio venski šant</i> (može postojati)																

b. Haemangioma (infantilni hemangiomi)

Prestavlja *benignu vaskularnu neoplazmu* koja je sastavljena od tikva koje i normalno postoji u tom predelu

Patogeneza	Promena prolazi kroz dve faze: I. <u>Inicijalna proliferativna faza</u> : postoji brza <i>proliferacija endotelijalnih ćelija</i> II. <u>Involutivna faza</u> : prestaje proliferacija, javlja se <i>fibrozno tkivo</i> koje odvaja vaskularne prostore
Pojava	Ne vide se na rođenju, već se javljaju 2-4 nedelje kasnije
Lokalizacija	Glava i vrat (najčešće); zatim trup i ekstremiteti, a mogu nastati i na bukalnoj i genitalnoj sluzokoži
Izgled:	Rana promena: ružičasta makula ona dalje može preći u: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Crvenu kupolastu promenu ili ▪ Plak različitih dimenzija, čija je površina <i>glatka</i> ili lobulirana <p>* U toku proliferativne faze, može se javiti ulceracija, rekurentna krvarenja i infekcije</p>
Histološki	Postoje dva oblika: A. <u>Površni</u> : promene u papilarnom dermu B. <u>Duboki</u> : promene u retikularnom dermu i subkutisu *hemangiom je tada u vidu čvora nad kojim je koža <i>normalne boje</i> ili <i>plavičasta</i>
Tok bolesti	Bolest prolazi kroz nekoliko faza: <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Faza rasta</u> – u toku 1. godine života 2. <u>Stabilni period</u> – do 20. meseca 3. <u>Period spontane regresije</u> – kod 70% osoba se povlači do 7 godine; a kod 98% dece do 9 godine života Što se regresija ranije javi --> brze iščezavanje --> bolji kozmetski rezultat Nakon povlačenja promena, koža može biti <i>normalna</i> ili <i>lako atrofična sa teleangiektažama</i>
DD	<i>Naevus flammeus</i> : prisutan na rođenju, meke konzistencije, predstavlja malformaciju
Lečenje	Mali hemangiomi: čaka se spontana involucija Brzorastući hemangiomi, oni sa nepovoljnom lokalizacijom (očni kapci, orbita), opasna viscerarna lokalizacija: Sistemski kortikosteroidi + interferon-alfa + laserska terapija + hirurška ekscizija + kriohirurgija
c. Limfangiomi	
<i>Kongenitalne malformacije</i> : dilatacija limfnih katala i regionalnih limfnih sudova	
Lymphangioma superficiale (circumscriptum)	Lymphangioma cavernosum
Javlja se na <i>rođenju ili u detinjstvu</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Lokalizacija</u>: perineum, aksile, proksimalni deo udova, oralna mukoza ▪ <u>Izgled</u>: grupisane pseudovezikule – ukoliko se povrede, iz njih se izliva tečnost (limforeja) ▪ <u>Tok</u>: promene se <i>progresivno šire</i> i trajno perzistiraju 	<p>Hipodermalni čvor koji može zahvatiti <i>intermuskularne pregrade</i> Sastoje se iz velikih cističnih limfatičkih dilatacija</p>
Leče se hirurški ali je veoma komplikovano	

C. Neurokristopatije

Nastaju usled hereditarne ili nehereditarne displazije neuralne kreste

1. Neurofibromatosis von Recklinghausen

Autosomalno-dominantno nasledna neurokristoaptija kod koje se javljaju promene na koži i na unutrašnjim organima

Kožne lezije:

"Café au lait" mrlje (bela kafa)

- Obično prisutne već na rođenju --> najraniji znak bolesti
- Histološki: *epidermalna pigmentacija + gigantski melanozomi*
- Lokalizacija: *trup*
- Izgled: *okrugle ili ovalne, ograničene, dijametar nekoliko centimetara, mrke boje*
6 mrlja > od 1.5 cm --> sigurno neurofibromatoza
(čak i ako nema neurofibroma)

* U aksilama i perineumu postoje makule sličnih osobina

Neurofibromi

- Histološki: *švanove ćelije + fibroblasti + aksoni*
- Vrste:
 - Površni kutani neurofibromi (fibroma molluscum):**
 - Meki, sesilni ili pedunkulirani tumor
 - Boja *normalne kože*
 - Dijametar: 1-2 cm do 20 cm ili više
 - Broj: varira (do nekoliko stotina)
 - Pleksiformni neurofibromi:** *ploče* sa naboranom ili pigmentovanom kožom

Pored ovih promena, na koži se nalaze i: *cutis laxa localisata* (dermatoliza), *angiomi, limfangiomi, ahromični nevusi*

Promene na ostalim organima:

Mogu biti zahvaćeni svi organi --> simptomatologija je *polimorfn*; najčešće:

CNS	Neurološki znaci, mentalna retardacija
Oko	Neurofibromi irisa (Lischovi noduli) – gelatinozne papule, žute ili mrke boje; prisutne kod preko 90% obolelih
Kosti	Malformacije kičme, kongenitalna pseudoartroza tibije itd.
Endokrini	Tumori koji potiču od neuralne kreste: <i>feohromocitom, medularni karcinom tiroidee, karcinoidni tumor</i>

Tok i prognoza:

Nepredividiv --> od *blagih* do *izrazito teških* kliničkih slika sa komplikacijama koje ugrožavaju život: **neurofibrosarkom** itd.

DD

Lečenje:

Kod zdravih osoba se mogu javiti "Café au lait" mrlje, ali i pojedinačni neurofibromi

Hirurško odstranjivanje neurofibroma (estetski razlozi ili zbog maligne lokalizacije)

2. Sclerosis tuberosa Bourneville

Autosomalno-dominantno oboljenje koje može zahvatiti sve organe:

Kožne lezije:

	Adenoma sebaceum	Koenovi tumori	Šagrinska koža
% obolelih	85%; javljaju se u detinjstvu i umnožavaju do puberteta	20 – 50 % slučajeva	25 – 85% slučajeva
Histološki	Angiofibrom	Angiofibromi	Nevoidna promena kolagenog tipa
Lokalizacija	Simetrično: <i>nazolabijalni nabori, obraz i brada</i>	<i>Podnokatni bočni prevoji</i> (češće na stopalima)	<i>Donja polovina leđa</i>
Izgled	Čvorici koji mogu biti: a. Ružičaste boje – <i>teleangiekazije</i> b. Beli i čvrsti – <i>hiperplazija veziva</i>	<i>Ružičasto-mrke tumefakcije</i> * Mogu biti <i>solitarne</i> ili <i>multiple</i>	<i>Bleda ploča</i> * Lako uzdignuta, liči na koru od pomorandže

Uz ovo, na leđima se mogu naći i **ahromične mrlje i "café au lait" mrlje**

Ostali organi:

Cerebralni tumori

*Najznačajniji; sastoje se od fibroznih elemenata i glijalnih ćelija; po njima bolest dobila ime.

* Daju fokalne simptome: *hemiplegija, atetoza, epilepsija*

Jukstakapilarni tumor očiju

* Sastavljen od neurofibrila i glijalnih ćelija

Takođe mogu biti zahvaćeni i bilo

koji drugi organi;

Bubrežni tumori, srčani

rabdomiomi, pseudociste kostiju

27. Prekancerozne dermatoze, maligni tumori, pseudoepiteliomske hiperplazije i paraneoplastične dermatoze

A. Prekancerozne dermatoze

Grupa oboljenja kod kojih postoji potencijal maligne transformacije i histološki kod njih *postoje atipije nukleusa*;
 * Hronične dermatoze: *lupus vulgaris*, *lichen erosivus mucosae* itd. takođe zbog dugog trajanja, imaju šansu za malignom transformacijom, ali kod njih histološki *nema nikakvih ćelijskih atipija*.

	1. Keratosis solaris	2. Morbus Bowen	2a. Erythroplasia Queyart (Kejra)
Opšte	Još se naziva i <i>keratosis senilis</i> i <i>keratosis actinica</i>		
Etiologija	Hronično izlaganje UV zracima --> izmena diferencijacije bazalnih ćelija --> karakteristične promene	Intraepidermalni spinocelularni epitelom (<i>Carcinoma in situ</i>)	Predstavlja formu <i>morbus bowena</i> lokalizovanu na <i>glnsu penisa</i>
Oboleli	Osobe starije životne dobi, svetle kože i očiju; oni koji su u toku života veliki deo dana bili izloženi suncu: <i>seljaci, mornari</i>	Osobe starijeg životnog doba	Stariji muškarci koji <i>nisu cirkumcizovani</i>
Lokalizacija	Fotoekspozirane lezije: <i>čelo, nos, obraz, ušne školjke, dorzumi šaka, spoljašnje strane potkoljenica</i>	Trup ili lice	<i>Glans penisa</i> (ređe vulva)
Promene	Eflore-scencije <i>Adherentna beličasto-žuta skvama + teleangiektažije</i>	Beličasto – mrke krusto-skvame i kruste	<i>Jasno ograničeno, svetlo-eritematozno polje somotaste, sjajne površine</i>
	Osnova Eritematozna	Eritematozna	
	Oblik Jasno ograničene	Jasno ograničene, nepravilne	
	Prečnik 3-4 mm do 1 cm; Lezije se vremenom povećavaju	1- 10 cm i više!	
	Broj Vremenom im se broj povećava	Solitarne, kod nekih multiple	
	Ostalo Okolna koža izmenjena, sa promenama koje odgovaraju <i>solarnoj elastozi</i>	/	
Spinocelularni epiteliom	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Javlja se kod oko 20% KS posle višegodišnje evolucije; mala šansa za metastazama! ▪ <u>Znaci transformacije:</u> <i>porast pojedine promene, infiltracije</i>, pojava <i>ulceracija i inflamacija okoline</i> 	Invazivni oblik se javlja kod 5% slučajeva * Agresivniji nego onaj nastao kod solarne keratoze	Češće prelazi u <i>invazivni oblik</i> i <i>agresivniji</i> nego kod morbus bowen
Histologija	Epiderm <i>Hiperkeratoza</i> <u>Spinozni sloj:</u> atrofičan + regioni akantoze <u>Ćelije st. spinosum:</u> nepravilnog oblika, hiperhromatske sa atipičnim nukleusima	<i>Hiper/parakeratoza</i> <u>Keratinociti:</u> nejednaki i hiperhromatski nukleusi	
	Derm Elastotska degeneracija	Gust limfohistiocitni infiltrat	
DD	<i>Seboroične veruke (keratoze):</i> žućkasta do mrko-crna hiperkeratoza masnog izgleda sa mekšim i neadherentnim keratotičnim masama	<i>Superficialni bazocelularni epiteliom</i> Inflamatorne dermatoze: <i>psorijaza ili numularni ekzem</i>	
Lečenje	Tečni azot: uništava se KS Krem sa 5% 5-fluorouracilom (lokalni citostatik): 2x dnevno, sve dok se na mestu KS ne javi erozija	Hirurška eksicacija in toto – retki recidivi Kiretaža uz elektrodesikaciju dubljih slojeva – češći recidivi	

3. Cornu cutaneum

Predstavlja klinički termin, jer se može naći kao klinička slika više različitih bolesti:

- Prekanceroze: *Keratosis solaris, morbus Bowen, epidetrioma spinocellulare incipiens*
- Promene koje nisu prekanceroze: *verruca vulgaris, verruca seborrhoica*

Oboleli	Uglavnom starije osobe
Lokalizacija	<i>Lice, aurikule</i>
Promene	Adherentna keratotična proliferacija čija je visina $2x >$ prečnika baze! * Oblika piramide, žućkasto-mrke boje, eritematozna i ponekad infiltrovana baza
Dijagnoza	Biopsija – ključna u dijagnozi
Lečenje	Hirurška ekscizija

4. Leukoplakia (leukokeratoza)

Leukoplakija: beličasti plak na mukozama, koji se ne može skinuti/obrisati

Etiologija	<i>Pušenje, karizni zubi ili neprilagođene proteze</i> --> hronična iritacija sluzokože --> leukoplakia	
Lokalizacija	Usne: obično na <i>donjoj</i> i to na <i>lateralnim trećinama</i>	Bukalno: iza <i>comissurae labiorum</i> ili Dorzum jezika
Izgled	<i>Beličaste ili sivkaste, jasno ograničene, ovalne zone</i>	<i>Beličasti, sjajni, adherenti plakovi</i> koji lako prominiraju
Spinocelularni epiteliom	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Javlja se kod 2.4% osoba u toku 10 godina i kod 4% osoba nakon 20 godina ▪ Znaci: <i>infiltracija promene, pojava vegetacija ili ulceracija</i> --> treba uraditi histopatologiju 	
DD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Lichen planus mucosae oris</i>: na zadnjoj polovini bukalne sluznice ili na dorzalnim stranama jezika, u vidu mrežaste leukokeratoze; ▪ <i>Sekundarni sifilis</i> (<i>plaque muqueuse, mucosus patch</i>): akutnog karaktera i VDRL test je pozitivan ▪ <i>Candidiasis oris</i>: neadherentne, bele naslage + kulturom se izoluje Candida albicans 	
Lečenje	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Otkloniti predisponirajuće faktore ▪ Krioterapija, elektrodisekcija promena, laserska terapija, 0.1% tretionin (retinoična kiselina) – svi ovi terapijski pristupi nisu dovoljno efikasni ▪ Hirurška ekscizija in toto – ukoliko se sumnja na malignu alteraciju; *Obavezna histopatološka verifikacija promene! 	

B. Maligni tumori

1. Epithelioma basocellulare

Predstavlja *najčešći* maligni tumor kod *čoveka bele rase*, ali i tumor koji se *najefikasnije može lečiti*

Etiologija	Kumulativne doze UV zračenja --> anteracija <i>pluripotentnih, nediferentovanih epitelijalnih ćelija</i> koje su u vezi sa pilosebacealnom jedinicom i imaju sposobnost diferencijacije u pravcu folikula dlake		
Oboleli	Najčešće posle 50. godine, osobe sive kože i svetlih očiju		
Lokalizacija	<i>Lice i trup</i> – isključivo na zonama gde postoje folikuli dlake		
Postoji više kliničkih tipova:			
	a. Nodularni tip (najčešći oblik)		b. Ulcus rodens
Izgled	Tunefakt <ul style="list-style-type: none"> ▪ Boja: <i>prozračan</i>, ružičast ili <i>boje okolne kože</i> ▪ Prečnik: 4-5 mm, postepeno se uvećava ▪ Površina: vide se <i>teleangiekazije</i> ▪ Centar: javlja se ulceracija koja je prekrivena <i>hemoragičnom krustom</i> i okružena perlastom translucidnom ivicom, koja takođe ima teleangiekazije. 		Odmah od početka ima ulceraciju Jasne, infiltrowane ivice, eritemarognog ruba!
Komplikacije	Može <i>zahatiti veliku površinu i infiltrirati duboke strukture</i>		Postepeno zahvata <i>dublje strukture</i> (čak i kost) *Ulcus terebrans (terebra=burgija) – ukoliko zahvati veliku površinu i dubinu i doveđe do opsežne destrukcije
	c. Epithelioma basocellulare planum cicatrisans	d. Sklerozirajući (morfiformni) bazalni epiteliom	e. Epithelioma basocellulare superficiale
Lokalizacija	Lice: <i>temporalno i obrazni</i>	Samo na <i>licu</i>	<i>Trup</i>
Izgled	Plak sa cikatricijalnim centrom	Sklerozirajući plak voštano-žute boje	<i>Neinfiltrovan plak eritematozan ili emrtematozno-mrke boje</i> * Može ih biti i više!
Na površini plaka	Superficijalne ulceracije i hemoragične kruste	Može postojati mala ulceracija sa krustom	Sitna krusto-skvama
	f. Epithelioma basocellulare vegetans		g. Pigmentovani epithelioma basocellulare
	Vegetacije – mekane, ružičaste, prekrivene krustom * Klinički podseća na epithelioma spinocellulare i može se razlikovati isključivo <i>histološki</i> !		Nije u potpunosti poseban tip, jer i drugi tipovi mogu imati manju ili veću količinu melanina <ul style="list-style-type: none"> ▪ Javljuju se kod osoba tamnije kose i očiju ▪ Klinički podsećaju na maligni melanom, histološki srodn različiti!
Tok bolesti:			
Tumor vrlo sporo raste + metastaze su vrlo retke * Javljuju se jedino kod tumora <i>velikih dimenzija</i> koji su lečeni više puta, a zatim lokalno recidivirali		Ima lokalno invazivan-destruktivan rast: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Širi se u dublja tkiva (npr. i kosti lobanje) --> zahvata velike površine (čitava polovina lica ili čela) ▪ Može infiltrirati krvne sudove --> krvarenje ▪ Mogu se javiti <i>sekundarne infekcije</i> 	

Histologija:

* Pojedinačni klinički oblici, mogu imati svoje histopatološke slike, međutim najbitnija je histološka slika **solidnog tipa (*epithelioma basocellulare solidum*)**:

Osnovna tumorska masa je u **dermu**: čine je **ostrvca** međusobno odvojena **stromom**

Nepravilno ovalna ostrvca			Stroma
	Periferija ostrvca	Unutrašnjost ostrvca	
Ćelije	Cilindrične	Okrugle ili ovalne	
Raspored	Palisadno	Nepravilan	
Veličina	Krupnije	Sitnije	
Jedra	Ovalna, hiperhromatska, bazofilna	U sebi imaju po jedan nukleolus	Vezivno-tkivna sa manje ili više izraženim inflamatornim infiltratom (limfociti i histiociti)
Citoplazma	Oskudna	Minimalna	

* Na samoj periferiji ostrvca, nalaze se **polumesečaste lakune** – zone koje na rutinski fiksiranim i bojenim preparatima deluju prazno; (smatralo se da je to artefakt)

Lečenje:

- **Hirurška ekscizija:** radi se sa marginom od 5 mm zdravog tkiva; kod većih tumora, potrebna je i **plastična rekonstrukcija**
- **Radioterapija:** ukupna doza 40-50 Gy (daje se u seansama od 5-7.5 Gy)
 - Najčešće se primenjuje za tumore kod starijih osoba
 - Ne deluje na dublja tkiva --> primenjuje se samo za male tumore, čija je debljina < od 10 mm
- **Kiretiranje i elektrodesikacija** – takođe može dati dobre kozmetske rezultate

2. Epithelioma spinocellulare (carcinoma planocellulare, spinalioma)

Etiologija	Nastaje kao rezultat <i>kumulativnih efekata</i> različitih štetnih noks koji deluju karcinogeno na DNK i <i>mehanizme reparacije DNK</i> : Ultraljubičasto zračenje (najznačajnije, naročito UVB), infracrveni zraci, x-zraci Katrani, mineralna ulja, pušenje (kod lokalizovanih u predelu usta i jezika) Hronična iritacija ili inflamacija: višegodišnji <i>lupus</i> , <i>venske ulceracije</i> , <i>ožiljci od opekovina</i>										
Oboleli	U nešto starijem dobu u odnosu na <i>Ca basocellulare</i> Osobe svetle kože i kose, češće kod muškaraca										
Nastanak	Može nastati <i>de novo</i> ili na bazi: <i>solarne keratoze</i> , <i>Morbus Bowen</i> ili <i>leukoplakije</i>										
Predilekciono:	Fotoeksponirani regioni: lice, donja usna, dorzumi šaka, podlaktice Nodus										
Klinički:	<p><u>Površina</u>: u početku <i>skvamozna</i>, ubrzo se javlja i ulceracija sa <i>indurovanom</i> bazom i okolnom <i>uzdignutom</i> ivicom; Čvrste konzistencije, relativno brzo raste;</p> <p>* Ukoliko postoje limfogene metastaze --> lokalne limfne žlezde uvećane!</p>										
Metastaze	<p><i>Limfogeno i hematogeno</i>;</p> <p>Agresivnost zavisi od porekla ES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ES nastao na koži izmenjenoj solarnom radijacijom --> retke metastaze ▪ ES nastao na mukokutanim prelazima --> češće metastaze ▪ ES nastao na ožiljcima od opekovina --> još agresivniji i češće metastaze 										
Histologija	<p>Čelije su poreklom od <i>keratinocita epiderma</i> --> tkivo tumora je u kontaktu sa <i>epidermom</i> ali i svojim invazivno-destruktivnim rastom infiltrira <i>derm</i>, <i>hipoderm</i> a i <i>dublje strukture</i></p> <p>Građa:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Tumorske ćelije</td> <td style="padding: 5px;">Stroma</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Neoplastično tkivo sadrži Atipične ćelije ali i ćelije normalnog izgleda Atipične ćelije: <u>Veličina</u>: veće; <u>Citoplazma</u>: eozinofilna; <u>Nukleus</u>: hiperhromatski</td> <td style="padding: 5px;">Okružuje neoplastično tkivo a čini je: Vezivno tkivo + Zapaljenjski infiltrat: <i>limfociti</i>, <i>histiociti</i>, <i>neutrofili</i></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">A. <u>Dobro diferentovani oblici</u>: tumorske ćelije sačuvale sposobnost <i>keratinizacije</i> --> raspoređuju se u <i>koncentrične slojeve</i> (nalik na lukovicu) --> u centru tih promena nalaze se <i>keratinizovane ćelije sa piknoičnim jedrima – parakeratoza</i> --> ovi <i>parakeratotični centri</i> okruženi malignim ćelijama se nazivaju „<i>rakove perle</i>“</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B. <u>Manje diferentovani oblici</u>: tumorske ćelije <i>nemaju sposobnost keratinizacije</i> --> „<i>anaplastični oblici</i>“</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>			Tumorske ćelije	Stroma	Neoplastično tkivo sadrži Atipične ćelije ali i ćelije normalnog izgleda Atipične ćelije : <u>Veličina</u> : veće; <u>Citoplazma</u> : eozinofilna; <u>Nukleus</u> : hiperhromatski	Okružuje neoplastično tkivo a čini je: Vezivno tkivo + Zapaljenjski infiltrat : <i>limfociti</i> , <i>histiociti</i> , <i>neutrofili</i>	A. <u>Dobro diferentovani oblici</u> : tumorske ćelije sačuvale sposobnost <i>keratinizacije</i> --> raspoređuju se u <i>koncentrične slojeve</i> (nalik na lukovicu) --> u centru tih promena nalaze se <i>keratinizovane ćelije sa piknoičnim jedrima – parakeratoza</i> --> ovi <i>parakeratotični centri</i> okruženi malignim ćelijama se nazivaju „ <i>rakove perle</i> “		B. <u>Manje diferentovani oblici</u> : tumorske ćelije <i>nemaju sposobnost keratinizacije</i> --> „ <i>anaplastični oblici</i> “	
Tumorske ćelije	Stroma										
Neoplastično tkivo sadrži Atipične ćelije ali i ćelije normalnog izgleda Atipične ćelije : <u>Veličina</u> : veće; <u>Citoplazma</u> : eozinofilna; <u>Nukleus</u> : hiperhromatski	Okružuje neoplastično tkivo a čini je: Vezivno tkivo + Zapaljenjski infiltrat : <i>limfociti</i> , <i>histiociti</i> , <i>neutrofili</i>										
A. <u>Dobro diferentovani oblici</u> : tumorske ćelije sačuvale sposobnost <i>keratinizacije</i> --> raspoređuju se u <i>koncentrične slojeve</i> (nalik na lukovicu) --> u centru tih promena nalaze se <i>keratinizovane ćelije sa piknoičnim jedrima – parakeratoza</i> --> ovi <i>parakeratotični centri</i> okruženi malignim ćelijama se nazivaju „ <i>rakove perle</i> “											
B. <u>Manje diferentovani oblici</u> : tumorske ćelije <i>nemaju sposobnost keratinizacije</i> --> „ <i>anaplastični oblici</i> “											
Stepen maligniteta	<p>Određuje se na osnovu % atipičnih ćelija u preparatu:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%;">I stepen</th> <th style="width: 25%;">II stepen</th> <th style="width: 25%;">III stepen</th> <th style="width: 25%;">IV stepen</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">< od 25%</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25-50%</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">50-75%</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">> 75%</td> </tr> </table>			I stepen	II stepen	III stepen	IV stepen	< od 25%	25-50%	50-75%	> 75%
I stepen	II stepen	III stepen	IV stepen								
< od 25%	25-50%	50-75%	> 75%								
DD	<p><i>Virusna veruka</i>: njena baza nije infiltrovana (Ca na početku može ličiti na nju)</p> <p><i>Leukoplakia</i>: nema indurovanu bazu</p> <p><i>Solarna keratoza</i>: nikad nije infiltrovana</p> <p><i>Keratoacanthoma</i>: znatno brže raste</p> <p><i>Epithelioma basocelulare</i>: njegova ulceracija ima <i>perlastu ivicu</i></p>										
Lečenje	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hirurška ekscizija (margini od 5 mm u zdravo tkivo) + ekstirpacija regionalnih limfnih žlezda (ukoliko postoje limfogene metastaze) ▪ Radioterapija: primenjuje se kad je operacija kontraindikovana: <i>loše opšte stanje</i>, <i>duboka starost</i> itd. ▪ Hemoterapija: bleomicin (najčešće) – kada su ustanovljene metastaze unutrašnjih organa 										

3. Morbus Paget

Postoje dva oblika:

	a. Mamarni morbus Paget	b. Ekstramamarni morbus Paget
Oboleli	Uglavnom žene u menopauzi, izuzetno redak kod muškaraca	I žene i muškarci
Lokalizacija	Areola dojke	Zone u kojima postoje apokrine žlezde: <i>vulva, skrotum, pubis, perianalni i perinealni predeo</i>
Izgled	<p><i>Solitarno, jasno ograničeno, mrko-eritematozno polje</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Površina: erodovana, prekrivena krusto-skvamom</u> ▪ <u>Vlaženje: nije toliko izraženo (dd sa ekcemima)</u> ▪ Šromena se postepeno širi i može zahvatiti i područja van areole --> često dolazi do gubitka reljefa mammae 	<p><i>Jasno ograničena, eritematozna krusto-skvama</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Vlaženje: prisutno</u> ▪ Javljuju se <i>pruritus ili jak bol</i> ▪ Promena se postepeno širi
Prati	<p>Skoro uvek prati adenokarcinom dojke (intraduktalni)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ U trenutku postavljanja dijagnoze za MP, tumefakt adenokarcinoma može ali i nemora biti palpabilan, takođe i mamografija može biti i + i – ▪ Samo 3-5% karcinoma dojke bivaju praćeni Pagetovom bolešću 	<p>u < od 50% slučajeva praćen karcinomom porekla apokrine žlezde</p>
Prognoza	<p>Desetogodišnje preživljavanje zavisi od toga, da li je bilo palpabilne mase na dojci ili ne:</p> <p>A. <u>Bilo je</u> --> 90-100% preživi 10 godina B. <u>Nije bilo</u> --> 9-40% preživi 10 godina</p>	Posle ekskizije, česti su recidivi
DD	<i>Eczema mamae</i> (forma numularnog ekcema) – češća kod mlađih osoba, bilateralno	<i>Psoriasis inversa</i> <i>Intertrigo</i>
Lečenje	Hirurški – ablacija dojke	Hirurški – duboka lokalna ekskizija
Histologija	<p>Pagetove ćelije:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Smeštene u epidermu, mnogobrojne ▪ <u>Oblik: okrugle</u> ▪ <u>Citoplazma: svetla</u> ▪ <u>Jedro: krupno, hiperhromatsko i ekscentrično postavljeno</u> <p>*Smatra se da su ovo maligne ćelije adenokarcinoma koje imaju izražen <i>epidermotropizam</i></p>	

4. Melanoma malignum

Karakteriše se visokim malignim potencijalom i mogućnošću da daje metastaze; vrh incidencije se viđa između 40. i 50. godine života

Etiopatogeneza	Može se razviti:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>De novo</u>: u 50-80% slučajeva ▪ <u>Malignom alteracijom predhodno postojećih melanocitnih promena</u>: 20-50% <ul style="list-style-type: none"> ○ Najčešće maligno alterisu: <i>gigantski kongenitalni nevusi, displastični i junkcioni nevusi</i>
	Faktori:	Ultraljubičasto zračenje (najznačajniji faktor)
	Veći rizik imaju osobe: <ul style="list-style-type: none"> • Koje se <i>intermitentno</i>, ali <i>intenzivno</i> izlažu UV zračenju (npr. odlazak na letovanje sa sunčanjem); naročito ako nastanu opeketine nakon sunčanja • Kod kojih su u detinjstvu imale više puta opeketine od sunca • Svetlih očiju, riđe kose i svetle kože sa efelidima • Koje imaju veći broj nevusa na koži (prosečno, odrasla osoba ima oko 30 stečenih melanocitnih nevusa) 	
Javljanje	Sporadično ili Porodično : naročito u porodicima kod kojih postoji <i>sindrom displastičnih nevusa</i> Mehanička trauma postojećeg nevusa – NIJE povezana sa malignom alteracijom Takođe, mesta izložena pritisku i hroničnoj iritaciji (npr. predeo pojasa) NE predstavljaju mesto tipične lokalizacije MM	
* Klinički tipovi <i>melanoma malignum</i> *		
	1. Lentigo maligna – Hutchinsom (hačinson) (<i>melanosis Dubreuilh</i> čitati: Dibrej)	2. Melanom sa površinskim širenjem (<i>superficial spreading melanoma</i>)
	Predstavlja melanom <i>in situ</i> (premaligno stanje, ograničeno na epiderm)	/
Oboleli	Najčešće kod 60-70 godina starosti	između 40 – 50 godine, kod Belaca češći
Lokalizacija	Lice: <i>zigomatični predeo, obraz</i> * Ali može i na drugim fotoekspoziranim regijama	Muškarci: <i>leđa</i> Žene: <i>potkoljenice</i>
Izgled	<u>Početak</u> : manja, mrko-pigmentovana makula, koja može ličiti na <i>seboroičnu veruku</i> <u>Kasnije: Makula</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Asimetrija: da ▪ Border (ivica): nepravilna ▪ Colour (boja): neravnomerna, mrko-pigmentovana ▪ Dijametar: 4 – 5 cm (prihvatljivo sve > od 5 mm) ▪ Elevacija: postoji nepravilnost u njoj <ul style="list-style-type: none"> * Takođe može postojati i eritem u zonama koje su u regresiji * Ovo je ABCDE pravilo i koristi se u prepoznavanju svih MM 	Makula ili plak <ul style="list-style-type: none"> ▪ Asimetrija: da ▪ Border (ivica): nepravilna ▪ Colour (boja): neravnomerna, varira od crne i mrke do plavičaste ▪ Dijametar: 1-2 cm ▪ Elevacija: nepravilnost u njoj <ul style="list-style-type: none"> * Takođe može postojati eritematozni rub kao i zone hipopigmentacije na mestima gde je došlo do početne spontane regresije
Tok	Posle 10-15 godina evolucije, kod 30-50% osoba se razvija Lentigo maligna melanoma <ul style="list-style-type: none"> ▪ On predstavlja 5% svih melanoma ▪ Znak maligne alteracije: pojava pigmentovanog Nodulusa koji <i>sporo raste</i>, nekad je <i>prekriven krustom, vlaži ili krvari</i> ▪ Pansa za metastazom su iste kao i kod drugih melanoma 	Tokom više meseci ili čak godina, promena se radijalno širi – horizontalna faza rasta <ul style="list-style-type: none"> * Pojava nodulusa na površini ukazuje na započinjanje vertikalnog širenja tumora (nodulus isti kao kod lentigo maligna melanoma)

	3. Nodularni melanom	4. Akralni lentiginozni melanom		
Oboleli	Češće muškarci, osobe crne rase (javlja se kod 15-20% obolelih od MM)	Najčešći oblik MM kod osoba crne rase (40-50% svih MM)		
Lokalizacija	<i>Glava, vrat i trup</i>	<i>Dlanovi, tabani, prsti šaka i stopala ali i ispod noktiju</i>		
Izgled	Pigmentovani nodus Postoje i amelanotične forme;	<p>Može da podseća na <i>lentigo maligna</i></p> <p>* Ukoliko je lokalizovan na noktu – javlja se Hutchinsonov znak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Longitudinealna, subungvalna brazda sa pigmentacijom kutikule nokatne ploče ▪ Ovaj znak ne mora uvek biti MM – npr. kod dece je skoro uvek posledica pojave <i>subungvalnog melanocitnog nevusa</i> 		
Tok	NEMA fazu radijalnog rasta --> od nastanka se širi <i>vertikalno</i> ; * U uznapredovaloj fazi <i>egzulceriše i krvari</i>	Ovaj melanom <i>rano i brzo duboko infiltruje</i> --> lošija prognoza Obično se kasno postavlja dijagnoza zbog zoga što: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se pacijenti ne javljaju na vreme dermatologu ▪ Je na predilekcionim mestima deblji kornealni sloj 		
* Prognoza bolesti *				
Klasično – opisuju se 3 stadijuma:				
Stadijum	Pojava	petogodišnje preživljavanje		
I stadijum	Primarni tumor bez metastaza	75%		
II stadijum	Primarni tumor i metastaze u regionalnim limfnim čvorovima	25%		
III stadijum	Primarni tumor i udaljene metastaze	0-5 %		
Debljina tumora – predstavlja najznačajniji faktor za prognozu; postoje dva indeksa:				
Breslow indeks		Clark-ov indeks		
Određuje se na <i>histopatološkom preparatu</i> , tako što se pomoću posebnog <i>kalibrisanog okulara</i> meri udaljenost od granuloznog sloja do najdublje tačke do koje su dostigle maligne ćelije; Izražava se u milimetrima!		Pokazuje do kog nivoa su stigle maligne ćelije: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nivo I – zahvaćen epiderm, <i>carcinoma in situ</i> ▪ Nivo II – diskontinuirana zahvaćenost papilarn. derma ▪ Nivo III – kontinuirana zahvaćenost papilarnog derma ▪ Nivo IV – zahvaćen retikularni derm ▪ Nivo V zahvaćen hipoderm 		
Korelacija između Breslow i 5-godišnjeg preživljavanja:				
Breslow	5.god preživljavanje			
< 0.85 mm	99%			
0.85 mm – 1.69 mm	94%			
1.70 – 3.64 mm	78%			
> 3.65 mm	42%			
Korelacija između Breslow i zahvaćenosti limfnih žlezda				
Breslow	Zahvaćene limfne žlezde			
0.5 mm	Nisu			
> 3.1 mm	kod 39% pacijenata zahvaćene			
Pored debljine tumora, značajni faktori su:				
Faktor	Značaj			
Pol	Žene – bolja prognoza			
Uzrast	Gore posle 50. godine, naročito za muškarce			
Lokalizacija	Lošije: <i>trup, nadlaktice, vrat, kapilicijum</i>			
Ulceracija				
Diferencijalna dijagnoza				
<i>Iritirani ili inflamovani nevusi, naevus ceruleus, pigmentni bazaliom, seboroična veruka, dermatofibromi, subungvalni hematom, trombozirani angiom</i>				
* Dijagnoza MORA biti potvrđena histološki!				

Lečenje						
<i>Lentigo maligna – Hutchinson</i>		<i>Melanoma malignum</i>				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hirurški – ekscizija ▪ Radioterapija – predstavlja alternativu; <ul style="list-style-type: none"> • uključuje zračenje frakcionisanim dozama, do kumulativne doze od 80 – 100 Gy • Može se koristiti i za <i>lentigo maligna</i> ▪ Krem sa 20% azelaičnom kiselinom: 2 x dnevno, tokom više meseci (samo za <i>in situ oblik</i>) 		Hirurški- smernice za hirurški tretman:				
		Debljina (mm)	Margine (cm)	Zatvaranje		
		< 1	1	Primarno		
		1.0 – 1.5	1-2	Primarno		
		1.5 – 4.0	2-3	Primarno, graft ili režanj		
		> 4.0	3	Primarno, graft ili režanj		
<i>Metastaze:</i>						
<u>Limfogene metastaze</u> <ul style="list-style-type: none"> • limfnici čvorovi se odstranjuju samo ako postoje regionalne metastaze; a ako postoje i viscerale metastaze, ne odstranjuju se! • Postoji i posebna metoda pomoću koje se određuje <i>prva limfna žlezda</i> na putu limfnih sudova od tumora, pa se samo ona odstrani 			<u>Visceralne metastaze</u> Polihemioterapija pod nadzorom onkologa Najčešće se koristi kombinacija: bleomicin/lomustin/dakarbazin			
5. Fibrosarcoma						
Redak tumor vezivnog tkiva kog čine ćelije slične fibroblastima						
Oboleli	U bilo kom uzrastu, ali najveća incidencija u <i>detinjstvu</i> i kod <i>starijih osoba</i>					
Klinički:	Solitarni tumefakt koji <i>sporo raste</i> * Prekriven <i>eritematozno-lividnom kožom</i> , čvrste konzistencije; u kasnijoj fazi može doći do <i>egzulceracije</i>					
Metastaze	Hematogenim putem					
DD	<i>Dermatofibrosarcoma protuberans</i> i <i>amelanotični maligni melanom</i>					
Lečenje	Hirurška ekscizija sa širokim ivicama					

6. Sarcoma Kaposi

Maligno oboljenje koje nastaje *alteracijom endotela krvnih sudova*, najčešće multifokalno
Postoji 4 varijante ovog oboljenja:

		a. Klasični, sporadični Sarcoma Kaposi	b. Epidemijski Sarcoma Kaposi
		Prvi pronađen oblik	Danas najčešći i najznačajniji oblik
Etiologija		Genetski faktori + moguća infekcija citomegalovirusom + moguća uloga i herpes virusa HHV-8 (identifikovan u svim formama SK)	HIV infekcija + drugi faktori: infekcija citomegalovirusom, niske vrednosti CD4 limfocita (< 100/ mm ³)
Oboleli		Najčešće muškarci starosti 60 – 70 godina, naročito jevrejskog porekla u srednjoj evropi i oko sredozemnog mora	Skoro isključivo homoseksualci bele rase (Oko 20% obolelih od AIDS-a dobija i SK) Znatno ređe se javlja kod drugih rizičnih grupa: narkomani, hemofiličari
Lokalizacija		Donji ekstremiteti, naročito potkolenicice	Nos, lice, nepce, genitalno, ekstremiteti ali i bilo koji drugi delovi kože
Koža	Početak	Plakovi <i>* eritematozno-lividni, angiomatozni, mogu biti prekriveni diskretnom skvamom</i>	Makule <i>* Eritematozno-lividno-mrke, broj im varira od pojedinačnih do nekoliko stotina</i>
	Dalji tok	Plakovi postepeno postaju <i>infiltrovani</i> --> nastaju tumefakti koji mogu da egzulcerišu	Iz makula nastaju: eritematozno-lividni Plakovi i dermalne Papule često sa purpuričnom ivicom
Unutrašnji organi		Retko zahvaćeni	Digestivni trakt: kolon, rektum, ezofagus, želudac – u oko 80% slučajeva zahvaćeni Jetra, slezina, pluća i drugi organi
Prognoza		Dobra	Loša
Vreme prezivljavanja		Dostiže i 20 godina	11 meseci (od dijagnoza bolesti), bez obzira na primenjene terapijske mere
Uzrok smrti		Obično neka druga bolest koja nema veze sa KS	Ili usled KS ili usled oportunističkih infekcija
DD		/	Benigne vaskularne proliferacije Pseudosarcoma Kaposi – javlja se na potkolenicama osoba sa hroničnom venskom insufijencijom
Lečenje		Radioterapija: kumulativna doza 20-40 Gy Mono- ili polihemioterapija – za diseminovane oblike	Interleukin 2, rekombinantni Interferon 2a, Bleomicin, tretinomicin (retinoična kiselina) Različiti polihemioterapijski protokoli
		c. Endemski Sarcoma Kaposi	d. Sarcoma Kaposi uz imunosupresiju
Oboleli		Češće muškarci, ali mogu i deca Obično se dijagnostikuje u afriči	Pacijenti sa transplantiranim organima, limfomima, karcinomima, naročito nakon imunosupresivne/citotoksične terapije
Zahvaćeni		Koža i unutrašnji organi	Koža i unutrašnji organi
Lečenje		Zračenje i polihemioterapija	U nekim slučajevima obustavljanje imunosupresivne terapije dovodi do regresije SK

C. Pseudoepiteliomske hiperplazije

Predstavljaju tumorske ili tumorolike proliferacije tkiva koje pod kliničkim i/ili histopatološkim izgledom podsećaju na epitelijum, ali su benigne prirode

Keratoacanthoma

Benigni tumor koji potiče od *pilosebacealne jedinice*

Etiologija	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Faktori sredine:</u> <i>ultraljubičasto zračenje, izloženost katranima, mineralnim uljima</i> ▪ <u>Imunosupresivna stanja:</u> <i>maligne hemopatijske, jatrogena imunosupresija</i> ▪ <u>Genetski faktor:</u> pacijenti oboleli od <i>xeroderma pigmentosum</i> 				
Oboleli	Obično između 50 – 60 godine života, 3 x češće muškarci * Incidencija sa starošću ne raste (kao što je to slučaj sa spinocelularnim i basocelularnim ca)				
Lokalizacija	Fotoeksponirane regije i zone gde postoji folikul dlake: <i>lice (centrofacijalni region), dorzumi šaka, podlaktice</i>				
Klinički	Evolucija tumora se može podeliti u 4 faze:				
	1. faza - proliferacija	Javlja se <i>čvrsta, kupolasta Papula</i> , boje <i>okolne kože</i> ili <i>ružičasta</i> --> ona raste do tumefakta veličine 1-2 cm (na rukama i do 5 cm)			
	2. faza – maturacija	U centru tumefakta se razvija keratotični čep Bočne strane tumora su <i>glatke i sjajne</i> sa teleangiekazijama			
	3. faza – involucija	Ispada keratotični čep --> zatim se uzdignute ivice zaravnjuju sa okolnom kožom			
	4. faza – cikatrizacija	Dolazi do epitelizacije i stvaranja cikatriksa * Ovaj ciklus traje 6 – 12 meseci			
Posebne forme:	Gigantski keratoakantom: dostiže i 15 cm u dijametru; Multipli keratoakantomi; Eruptivni keratoakantom; Keratoakantom sa kratkom evolucijom: < od 2 meseca; Keratoakantom sa dugom evolucijom: > od 5 godina Takođe postoje i forme koje recidiviraju				
Tok	Autentični keratoakantom <i>NE prelazi</i> u epithelioma spinocellulare * Svaki keratoakantom koji spontano ne regredira posle 3 meseca, mora biti histopatološki verifikovan				
Histologija	Poželjna je eksicija čitavog tumora, jer se često postavi pogrešna dijagnoza pri analizi samo dela tkiva. <u>Centar:</u> Keratinski čep <u>Periferija:</u> dobro diferentovan epitel Proliferisano tkivo se širi ka <i>superficialnom dermu</i>				
DD	<i>Spinocelularni epiteliom:</i> sporija evolucija, manjih dimenzija, nepravilnog oblika, keratinski čep ne mora biti u sredini; <i>Cornu cutaneum, verruca vulgaris i molluscum contagiosum</i>				
Lečenje	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eksicija promene in toto <ul style="list-style-type: none"> • Može se sačekati da se javi <i>spontana regresija</i>, ali tako nastao ožiljak je ružniji od onog koji nastaje eksicijom promene. ▪ 5-fluroacil intralezional ▪ Radioterapija <div style="text-align: right; margin-top: -20px;">}</div> <p style="margin-left: 200px;">Alternativa</p>				

D. Paraneoplazmične dermatoze

Predstavljaju oboljenja koja *prate ili najavljuju pojavu nekog visceralnog maligniteta*, a sama dermatozna nema kliničke ni histološke karakteristike neoplazije

Mehanizam nastanka ovih dermatozra:

Mehanizam	Primer
Antitumorski imuni odgovor – dođe do ukrštenih antigenskih rekacija usled čega biva zahvaćena i koža	<i>Paraneoplazični pemphigus Dermatomyositis</i>
Dejstvo hormona ili faktora rasta koje sekretuje sama tumorska ćelija	<i>Paraneoplazična acanthosis nigricans</i>
Potrošnja određenih nutritivnih supstancija od strane tumora, što dovodi do deficitia tih jedinjenja	<i>Pelagroid-like promene u sklopu karcinoida</i>

Podela:

One koje su <i>uvek</i> udružene sa malignitetom:	One koje <i>mogu biti</i> paraneoplazične pa se mora tragati za malignitetom:	One koje su <i>ponekad</i> , ali retko paraneoplazične:
<i>Acanthosis nigricans acquista et pachydermatoglyphia</i> Glucagonoma sindrom Erythema gyratum repens Acrokeratosis paraneoplastica Bazex Chthyosis acquista Hypertrichosis lanuginosa acquista	<i>Dermatomyositis</i> Syndroma carcinoid Pyoderma gangrenosum Syndroma Sweet Thrombophlebitis migrans	Keratodermia palmo-plantaris acquisita Keratoacanthoma multiplex <i>Pemphigus vulgaris</i> <i>Pemphigoid bullous</i>

Acanthosis nigricans

Klasifikacija i etiopatogeneza	Postoji 5 osnovnih tipova:	
	1. Hereditarna benigna AN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autosomalno-dominantno nasledna ▪ Nije udružena sa poznatim endokrinološkim poremećajem
	2. Benigna AN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nastaje usled relativne rezistencije na insulin ▪ Žene: javlja se u sklopu HAIR-AN sindroma: hiper androgenizam, insulinska rezistencija, acanthosis nigricans
	3. Pseudoacanthosis nigricans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Javlja se kod gojaznih osoba ▪ Reverzibilne je prirode – povlači se smanjenjem težine ▪ Posledica je trenja i hiperinsulinemije
	4. Jatrogena AN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Javlja se uz terapiju nikotinskom kiselinom, oralnim kontraceptivima itd.
	5. Maligna AN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Javlja se uz adenokarcinome (naročito želuca) i neke limfome ▪ Svaki AN koji se javi u odrasлом dobu, zahteva ispitivanja u smislu neoplazije
Predilekciona mesta	<i>Aksile, ingvinalni predeo, zadnja strana vrata, submamarni i intermamarni predeo, umbilikus, ali i druge pregibne površine</i>	
Izgled	Pigmentacija sa neravnom, izbrazdanom površinom somotastog izgleda	

	Benigni oblici	Maligni oblici
Promene	Manje izražene	Više izražene
Zahvataju	Manje površine	Veće površine
Razvijaju se u	<i>Detinjstvu ili pubertetu</i> (ostaju nepromjenjene godinama)	<i>Adultnom dobu</i>
Ostalo	<i>Pseudoacanthosis nigricans</i> – često je praćena promenama tipa <i>molluscum pendulum (fibroma molle)</i> u aksilama i na vratu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Postoje izraženi i zadebljani dermatoglifi na <i>dlanovima i tabanima (pachyderma toglyphia)</i> ▪ Mogu biti prisutne promene na <i>mukozama i mukokutanim prelazima (vermilion i anguli usana)</i> u vidu papilomatoznih i verukoznih površina ▪ Promene mogu postojati i <i>nekoliko godina</i> pre postavljanja dijagnoze maligniteta, a mogu se <i>spontano povući</i> nakon odstranjivanja tumora.
DD	Razlikovati <i>benignu od maligne forme</i>	
Lečenje	Nije dovoljno efikasno Blagi keratolitici: 5% salicilna kiselina , 10% urea – mogu se primeniti lokalno Potrebna redukcija telesne težine	

28. Kutani limfomi I leukemije (hematodermije)

Primarni kutani limfomi

Predstavljaju *neoplazije imunog sistema* --> proliferacija započinje u *limoidnom tkivu* a tek kasnije zahvataju *kostnu srž*; Dele se na *primarne kutane limfome T-ćelija* I *primarne kutane limfome B-ćelija*

A. Primarni kutani T-ćelijski limfomi:

I Mycosis fungoides

Etiologija	<p>Nastaje monoklonskom proliferacijom T-helper ćelija</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Početak bolesti</u>: maligne ćelije imaju poseban afinitet za kožu --> promene samo na koži ▪ <u>Dalji tok bolesti</u>: subklonusima T-ćelija afinitet za kožu opada, a raste sklonost ka <i>hematogenoj diseminaciji</i> I <i>visceralnoj propagaciji</i> <p>Među uzrocima se pominju: <i>kancerozne materije, onkogeni virusi</i></p>														
Oboleli	<p>Pretežno <i>sredovečne osobe</i>, oba pola; ali se može videti I kod <i>adolescenata</i></p> <p>* Ovo je najčešći kutani limfom!</p>														
	<p>Pruritus: predstavlja jedan od najranijih simptoma, uporan je I prati oboljenje u celom toku</p> <p>Prolazi kroz tri faze:</p>														
	<p>1. Rana faza:</p> <p>Osnovna promena je Makula, veličine od 2-10 cm; U zavisnosti od izgleda makule, postoje dva oblika:</p>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Prvi oblik</th><th>Drugi oblik</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lokalizacija</td><td>Donji deo trupa: <i>glutealni predeli</i> I <i>kukovi Butine, lice</i>, a ređe I ostali deo kože</td><td>Donji deo trupa, ali I na <i>dojkama</i> I <i>unutrašnjim stranama ruku</i> I <i>butina</i></td></tr> <tr> <td>Izgled</td><td>Eritematozne I eritemoskvamozne površine Jasno ograničene, mogu imati ekcematiformni ili psorijaziformni izgled</td><td>Poikilodermične površine na kojima postoji blagi eritem, atrofija I retikularna pigmentacija</td></tr> <tr> <td>Tok</td><td colspan="2">Ova faza ima Hroničan tok I može trajati godinama</td></tr> </tbody> </table>				Prvi oblik	Drugi oblik	Lokalizacija	Donji deo trupa: <i>glutealni predeli</i> I <i>kukovi Butine, lice</i> , a ređe I ostali deo kože	Donji deo trupa, ali I na <i>dojkama</i> I <i>unutrašnjim stranama ruku</i> I <i>butina</i>	Izgled	Eritematozne I eritemoskvamozne površine Jasno ograničene, mogu imati ekcematiformni ili psorijaziformni izgled	Poikilodermične površine na kojima postoji blagi eritem , atrofija I retikularna pigmentacija	Tok	Ova faza ima Hroničan tok I može trajati godinama	
	Prvi oblik	Drugi oblik													
Lokalizacija	Donji deo trupa: <i>glutealni predeli</i> I <i>kukovi Butine, lice</i> , a ređe I ostali deo kože	Donji deo trupa, ali I na <i>dojkama</i> I <i>unutrašnjim stranama ruku</i> I <i>butina</i>													
Izgled	Eritematozne I eritemoskvamozne površine Jasno ograničene, mogu imati ekcematiformni ili psorijaziformni izgled	Poikilodermične površine na kojima postoji blagi eritem , atrofija I retikularna pigmentacija													
Tok	Ova faza ima Hroničan tok I može trajati godinama														
	<p>2. Intermedijarna faza</p>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Lokalizacija</th><th>2. Intermedijarna faza</th><th>3. Pozna faza</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lice, bočne strane trupa iproksimalni delovi ekstremiteta</td><td>Lice, bočne strane trupa iproksimalni delovi ekstremiteta</td><td>Lice I pregibi</td></tr> </tbody> </table>			Lokalizacija	2. Intermedijarna faza	3. Pozna faza	Lice, bočne strane trupa iproksimalni delovi ekstremiteta	Lice , bočne strane trupa iproksimalni delovi ekstremiteta	Lice I pregibi						
Lokalizacija	2. Intermedijarna faza	3. Pozna faza													
Lice, bočne strane trupa iproksimalni delovi ekstremiteta	Lice , bočne strane trupa iproksimalni delovi ekstremiteta	Lice I pregibi													
Klinički	<p>Izgled</p> <p>Osnovna promena je plak (infiltrovana ploča)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Razvijaju se na prethodnim promenama ili <i>de novo</i> ▪ <u>Ograničenost</u>: jasno ▪ <u>Oblik</u>: nepravilan ili arciforman ▪ <u>Boja</u>: od <i>svetlo-crvene</i> do <i>mrko crvene</i> ▪ Asimetrično raspoređeni ▪ <i>Infiltrovane, skvamozne</i> I često <i>lihenifikovane</i> <p>Tok</p> <p>U ovom stadijumu evolucija je brža</p> <p>hemisferični tumori</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Razvijaju se na <i>pločama</i> ili <i>plakovima</i> ▪ <u>Veličina</u>: kreće se od oraha do pomorandže ▪ <u>Boja</u>: od <i>svetlo-crvene</i>, <i>plavkaste</i> ili <i>mrko-crvene</i> ▪ Pokazuju sklonost ka <i>ulcerisanju</i> <p>Eksfolijativna eritrodermija: može se javiti u poznoj fazi bolesti; nastaje <i>de novo</i> ili usled progresije prethodnih promena</p> <p>Limfadenopatija: može se javiti u <i>intermedijarnoj</i> I <i>poznoj fazi bolesti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Početak</u>: promene nisu histološki specifične – “<i>dermatopatska limfadenopatija</i>” • <u>Dalja progresija</u>: u žlezdi se javljaju znaci <i>limfoma</i> I zahvatanje periferne krvi (<i>leukemija</i>) <p>U daljoj progresiji bolesti, proces se širi I na unutrašnje organe, najčešće: <i>pluća, slezina, jetra</i> I <i>bubreg</i>;</p> <p>Oboljenje traje godinama (I do 20), završava se letalno</p>														
Etiologija	<p>Nastaje monoklonskom proliferacijom T-helper ćelija</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Početak bolesti</u>: maligne ćelije imaju poseban afinitet za kožu --> promene samo na koži ▪ <u>Dalji tok bolesti</u>: subklonusima T-ćelija afinitet za kožu opada, a raste sklonost ka <i>hematogenoj diseminaciji</i> I <i>visceralnoj propagaciji</i> <p>Među uzrocima se pominju: <i>kancerozne materije, onkogeni virusi</i></p>														
Oboleli	<p>Pretežno <i>sredovečne osobe</i>, oba pola; ali se može videti I kod <i>adolescenata</i></p> <p>* Ovo je najčešći kutani limfom!</p>														
	<p>Pruritus: predstavlja jedan od najranijih simptoma, uporan je I prati oboljenje u celom toku</p> <p>Prolazi kroz tri faze:</p>														
	<p>1. Rana faza:</p> <p>Osnovna promena je Makula, veličine od 2-10 cm; U zavisnosti od izgleda makule, postoje dva oblika:</p>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Prvi oblik</th><th>Drugi oblik</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lokalizacija</td><td>Donji deo trupa: <i>glutealni predeli</i> I <i>kukovi Butine, lice</i>, a ređe I ostali deo kože</td><td>Donji deo trupa, ali I na <i>dojkama</i> I <i>unutrašnjim stranama ruku</i> I <i>butina</i></td></tr> <tr> <td>Izgled</td><td>Eritematozne I eritemoskvamozne površine Jasno ograničene, mogu imati ekcematiformni ili psorijaziformni izgled</td><td>Poikilodermične površine na kojima postoji blagi eritem, atrofija I retikularna pigmentacija</td></tr> <tr> <td>Tok</td><td colspan="2">Ova faza ima Hroničan tok I može trajati godinama</td></tr> </tbody> </table>				Prvi oblik	Drugi oblik	Lokalizacija	Donji deo trupa: <i>glutealni predeli</i> I <i>kukovi Butine, lice</i> , a ređe I ostali deo kože	Donji deo trupa, ali I na <i>dojkama</i> I <i>unutrašnjim stranama ruku</i> I <i>butina</i>	Izgled	Eritematozne I eritemoskvamozne površine Jasno ograničene, mogu imati ekcematiformni ili psorijaziformni izgled	Poikilodermične površine na kojima postoji blagi eritem , atrofija I retikularna pigmentacija	Tok	Ova faza ima Hroničan tok I može trajati godinama	
	Prvi oblik	Drugi oblik													
Lokalizacija	Donji deo trupa: <i>glutealni predeli</i> I <i>kukovi Butine, lice</i> , a ređe I ostali deo kože	Donji deo trupa, ali I na <i>dojkama</i> I <i>unutrašnjim stranama ruku</i> I <i>butina</i>													
Izgled	Eritematozne I eritemoskvamozne površine Jasno ograničene, mogu imati ekcematiformni ili psorijaziformni izgled	Poikilodermične površine na kojima postoji blagi eritem , atrofija I retikularna pigmentacija													
Tok	Ova faza ima Hroničan tok I može trajati godinama														
	<p>2. Intermedijarna faza</p>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Lokalizacija</th><th>2. Intermedijarna faza</th><th>3. Pozna faza</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lice, bočne strane trupa iproksimalni delovi ekstremiteta</td><td>Lice, bočne strane trupa iproksimalni delovi ekstremiteta</td><td>Lice I pregibi</td></tr> </tbody> </table>			Lokalizacija	2. Intermedijarna faza	3. Pozna faza	Lice, bočne strane trupa iproksimalni delovi ekstremiteta	Lice , bočne strane trupa iproksimalni delovi ekstremiteta	Lice I pregibi						
Lokalizacija	2. Intermedijarna faza	3. Pozna faza													
Lice, bočne strane trupa iproksimalni delovi ekstremiteta	Lice , bočne strane trupa iproksimalni delovi ekstremiteta	Lice I pregibi													
Klinički	<p>Izgled</p> <p>Osnovna promena je plak (infiltrovana ploča)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Razvijaju se na prethodnim promenama ili <i>de novo</i> ▪ <u>Ograničenost</u>: jasno ▪ <u>Oblik</u>: nepravilan ili arciforman ▪ <u>Boja</u>: od <i>svetlo-crvene</i> do <i>mrko crvene</i> ▪ Asimetrično raspoređeni ▪ <i>Infiltrovane, skvamozne</i> I često <i>lihenifikovane</i> <p>Tok</p> <p>U ovom stadijumu evolucija je brža</p> <p>hemisferični tumori</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Razvijaju se na <i>pločama</i> ili <i>plakovima</i> ▪ <u>Veličina</u>: kreće se od oraha do pomorandže ▪ <u>Boja</u>: od <i>svetlo-crvene</i>, <i>plavkaste</i> ili <i>mrko-crvene</i> ▪ Pokazuju sklonost ka <i>ulcerisanju</i> <p>Eksfolijativna eritrodermija: može se javiti u poznoj fazi bolesti; nastaje <i>de novo</i> ili usled progresije prethodnih promena</p> <p>Limfadenopatija: može se javiti u <i>intermedijarnoj</i> I <i>poznoj fazi bolesti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Početak</u>: promene nisu histološki specifične – “<i>dermatopatska limfadenopatija</i>” • <u>Dalja progresija</u>: u žlezdi se javljaju znaci <i>limfoma</i> I zahvatanje periferne krvi (<i>leukemija</i>) <p>U daljoj progresiji bolesti, proces se širi I na unutrašnje organe, najčešće: <i>pluća, slezina, jetra</i> I <i>bubreg</i>;</p> <p>Oboljenje traje godinama (I do 20), završava se letalno</p>														

Histologija		Rana faza	Intermedijarna faza	Pozna faza		
Epiderm		Epidermotrofizam patoloških limfocita	Atipični limfociti sa <i>cerebriformnim</i> jedrima, koji se skupljaju u Pautrieove pseudoapscese	Limfociti sa znatno većom atipijom		
Derm		Polimorfan infiltrat	Gust i trakast infiltrat	Infiltrat zahvata i supkutis		
U ovoj fazi ga je teško razlikovati, jer obično postoji slika <i>spongiotičnog i psorijaziformnog dermatitisa</i>						
Dijagnoza		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Histološki pregled kože: <ul style="list-style-type: none"> • U ranom stadijumu, histološka slika je nespecifična --> biopsiju treba vršiti na tri mesta • Ukoliko je zahvaćeno više od 10% kože, a postoje adenopatija i tumori, treba tražiti Seyaryeve ćelije ▪ Takođe treba izvršiti sledeća ispitivanja : <i>histološki pregled limfnih žlezda, broj leukocita, absolutni broj limfocita i procenat limfocita sa nazubljenim jedrom, detaljan pregled unutrašnjih organa</i> 				
DD		U kasnijim stadijumima treba isključiti druge <i>limfome</i> – za ovo postoje vrlo pouzdane imunohistohemijske metode				
Lečenje	Lokalno lečenje			Opšte lečenje		
	Rana i intermedijarna faza	Pozna, tumorska faza	Antineoplastični lekovi – koriste se ako su limfomom zahvaćene limfne žlezde i unutrašnji organi; Ima kratkotrajan, <i>palijativan</i> efekat			
II Syndroma Sezary						
Kod njega dolazi do <i>ekspanzije CD4 T-ćelijske populacije</i> --> povećan je odnos CD4/CD8						
Etiologija		Nepoznata				
Oboleli		Iznad 50. godina				
Klinički		Nekarakteristične ekcemske promene (prve se javljaju) --> generalizovani eritem sa <i>infiltracijom i intenzivnim svrabom + deskvamacija</i> Takođe je karakteristično: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hiperkeratoza dlanova i tamana ▪ Promene na noktima ▪ Uvećane limfne žlezde 				
Prognoza		Loša, agresivnija od <i>mycosis fungoides</i> Posle nekoliko godina dolazi do letalnog ishoda				
Ispitivanja:		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Broj leukocita: povećan – od 10.000 do 100.000/mm³ ▪ Absolutni broj limfocita: takođe može biti povišen ▪ Periferna krv: nalaze se Sezary ćelije – ćelije sa <i>cerebriformnim jedrom</i>; <p style="padding-left: 20px;">* Za dijagnozu, broj ovih ćelija treba da je iznad 10%</p>				
DD		<i>Eritrodermije drugog porekla</i>				
Lečenje		Refraktan na terapiju; Daju se svi vidovi <i>opšte i lokalne terapije</i> + savetuje se leukofereza (odstranjenje Sezary ćelija iz krvi)				

B. Primarni kutani B-ćelijski limfomi

Takođe se karakterišu većim brojem različitih varijanti

Klinički:	Promenama NE prethode nespecifične lezije I NEMA pruritusa Javljuju se na <i>ograničenim regionima</i> u vidu: <i>crvenih, ljubičastih i mrkih ploča ili tumora, BEZ deskvamacije i BEZ sklonosti ka ulcerisanju</i>			
Ostali organi	Mogu biti zahvaćeni, ukoliko se bolest ne leči;			
Dijagnoza	Histopatološki pregled	Imunohistohemijski:		
	Monoforman ćelijski infiltrat bez epidermotrofizma	B-ćelije koje eksprimiraju B-ćelijske antigene I pokazuju monotipsko bojenje za površinske Ig		
Lečenje	Solitarne promene --> radioterapija Prošireni oblici --> hemoterapija			
C. Kutane promene kod morbus Hodgkin				
Uzrok	Nepoznat			
Oboleli	Mlade osobe I posle 50. godine života, češće kod muškaraca			
Tok bolesti	Prve promene su na <i>limfnim žlezdama</i> : najpre vratne, a zatim I druge --> na kraju bivaju zahvaćeni I <i>unutrašnji organi</i> ; Prisutni su I opšti simptomi			
Kutane promene mogu biti:	Nespecifične	Specifične		
	Češće Predstavljaju paraneoplazične manifestacije I mogu biti prvi znak bolesti	Ređe Javljuju se u kasnoj fazi bolesti loš su prognošćki znak		
<i>Pruritus, Prurigo, Lokalizovana I generalizovana pigmentacija, Stečena ihtioza, Generalizovani herpes zoster</i> – nastaje usled imunosupresije		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Nastanak:</u> usled retrogradnog širenja procesa iz limfnih nodusa ▪ <u>Predilekciona mesta:</u> trup I glava ▪ <u>Izgled:</u> lividno-crveni plakovi ili čvorovi + mogu ulcerisati! 		
Histologija	Reed-Sternbergove ćelije – imaju više jedara ili jedno multilobularno jedro sa prominentnim jedarcem			
Lečenje	Lečenje osnovnog oboljenja			
D. Kutane promene kod leukemija				
Mogu zahvatiti koću <i>direktно</i> u vidu specifičnih promena ili <i>infirektно</i> u vidu nespecifičnih promena				
	Nespecifične promene	Specifične promene		
Kod:	Hronične limfocitne leukemije češće nego kod mijeloidne leukemije	Monocitnih leukemija (kod ostalih ređe)		
Specifičan infiltrat:	U promenama u koži I sluzokožama <i>nije prisutan patološki infiltrat</i>	U promenama u koži I sluzokožama <i>prisutan patološki infiltrat</i>		
Promene:	Generalizovani pruritus, prurigo Vezikulo-bule I Purpura Nespecifična eritrodermija – javla se kod <i>hronične T-ćelijske limfocitne leukemije</i> Usled imunosupresije, mogu se javiti: <i>diseminovani herpes zoster I hronični herpes simplex</i>	Infiltrovane lezije: papule, plakovi, noduli Eritrodermija – viđa se kod <i>hronične T-ćelijske limfocitne leukemije</i> * Kod <u>akutnih leukemija</u> – specifični infiltrati koji imaju sklonost ka nekrozi se javljaju na <i>bukalnoj I genitalnoj</i> sluzokoži		
Dijagnoza	Na osnovu pregleda krvne slike I histološke analize limfne žlezde I kože			
Lečenje	Lečenje osnovnog oboljenja			

II Venerologija

1. Syphilis

Spirohete iz roda treponema:

Patogene za ljudе su:

- *Treponema pallidum* (*spiroheta pallida*) – izaziva sifilis
- *Treponema pertenue* – izaziva yaws
- *Treponema carateum* – izaziva *pinto*

Treponema pallidum (TP)

Građa:		Kretanje:	
Tanki spiralni mikroorganizam:		Kreću se <i>talasasto, zmijoliko</i> – ima se utisak da se TP ispravlja I savija (pokreti slični spiralnom otvaraču za flašu)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dimenzije: dužina: 6-15 mm; širina: 0.1-02 mm ▪ Ima 6-14 pravilnih spiralnih zavoja ▪ Ima dva omotača: <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Unutrašnji</u>: mukopeptidni omotač – <i>Periplast</i> ○ <u>Spoljašnji</u>: lipoproteinska membrana – ona je selektivno permeabilna I osmotski senzitivna 		Spoljašnji faktori: Ekstremno osetljiva na: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Fizičke faktore</u>: toploća (živi 1h na temperaturi od 41°C); hladnoća (temperatura frižidera); sušenje; ▪ <u>Hemijeske faktore</u>: sapun I voda, slabi dezinficijensi * Godinama se može čuvati na temperaturi od – 78°C 	
Umnožavanje:			
Deli se <i>poprečnim cepanjem</i> svakih 30-36 sati			
Putevi prenošenja:	Tip sifilisa	Način prenošenja	Mehanizam:
	Stečeni venerični sifilis	Direktno, seksualno:	Heteroseksualni ili homoseksualni kontakt sa obolelom osobom: <i>geno-genitalni, anogenitalni, oralni seks, cunnilingus, fellatio</i> ili <i>vlažni poljupci</i>
	Syphilis d'emblee (džemblee)	Direktno, neseksualno	Kod medicinskih I laboratorijskih radnika pri kontaktu sa <i>inficiranim pacijentima</i> , pri <i>transfuziji krvi inficirane sa TP</i> * Ovde nema pojave znakova primarnog sifilisa!
	Stečeni nevenerični – endemski sifilis	Indirektno	Upotreba zajedničkog <i>pribora za jelo, piće, brijanje</i> * javlja se u endemskim područjima
Infekcija:	Kongenitalni sifilis	Transplacentalno	Trudnice obolele od sifilisa mogu inficirati plod
	!!! Za infekciju, dovoljno je 10 <i>T. pallidum</i> !!! Vlažna sredina kakva je na epitelnom tkivu <i>genitalne I anogenitalne regije</i> , pogoduje održavanju TP --> dovoljna je mikrolezija epitela (koja najčešće I nastaje pri seksualnom kontaktu) --> Infekcija treponemom --> odmah nakon infekcije ona se <i>umnožava</i> : <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Limfnim putevima</u>: bakterija dospeva u <i>regionalne limfne čvorove</i> ▪ <u>Cirkulacijom</u>: diseminuje se u druge organe i tkiva <ul style="list-style-type: none"> * Treponemija nastaje i pre pojave primarnog šankra! ▪ <u>Primarni šankr</u>: razvija se kao posledica <i>pseudoalergijske reakcije</i> u vreme kad je treponemija na vrhu! * Gde god da se nagomilava u organizmu --> <i>T. pallidum</i> proliferiše --> stimuliše <i>inflamatornu reakciju domaćina</i> --> privlače se <i>limfociti</i> i <i>plazma čelije</i> --> Na krvnim sudovima se javlja <i>proliferativni endarteritis (endarteritis obliterans)</i>		
Imunski odgovor domaćina	Takoše ima značaja u različitim stadijumima sifilisa:		
Inkubacioni period	Direktno je povezan sa projem <i>T. pallidum</i> : Dugačak inkubacioni period --> malo <i>T. pallidum</i> ; Kratak inkubacioni period --> veći broj <i>T. pallidum</i>		
Infektivnost bolesnika	Zavisi od broja <i>T. pallidum</i> u organizmu		

Prirodni tok nelečenog sifilisa:

Nelečeni sifilis prolazi kroz četri stadijuma:

1. **Primarni sifilis:** *T. pallidum* može biti izolovana iz promena
2. **Sekundarni sifilis:** *T. pallidum* se može izolovati iz svih *papuloznih lezija*, dok se kod *makuloznih* retko mogu izolovati
3. **Latentni stadijum:** Može trajati 5 – 50 godina; dalje može doći do:
 - a. Spontanog izlečenja – 30% pacijenata
 - b. Perzistentnog latentnog sifilisa – 30% pacijenata
 - c. **Tercijarnog sifilisa** sa zahvatanjem *kardiovaskularnog sistema* (14%), *nervnog sistema* (12%), *kože ili drugih tkiva* (14%)

Zarazni su *primarni I sekundarni stadijum!*

↓ Klasifikacija sifilisa: ↓

↓ Stečeni sifilis ↓

Kongenitalni sifilis

Stečeni venerični

Stečeni nevenerični sifilis

Rani kongenitalni sifilis: do 2. godine života

Kasni kongenitalni sifilis: u 2. godini ili kasnijim godinama

A. Rani sifilis: traje kraće od 2 godine:

- **Primarni sifilis**
- **Sekundarni sifilis**

B. Latentni sifilis:

- **Rani latentni:** do 2 godin od infekcije
- **Kasni latentni:** duže od 2 godine od infekcije

C. Kasni sifilis: razvija se posle perioda latencije od oko 2 – 20 godina – **tercijalni sifilis**

1. Stečeni venerični sifilis:

I **Syphilis primaria**

Manifestuje se pojavom *primarnog šankra I regionalne limfadenopatije*

Inkubacioni period: 9 – 90 dana

a. **Primarno šankr, tvrdi šankr (ulcus durum)**

Predstavlja prvu promenu koja se javlja na mestu inokulacije *T. pallidum*, perzistira 1-5 nedelja

Tamno-crvena makula --> papula koja na vrhu eroduje

Tipični tvrdi šankr

Atipični tvrdi šankr

- Solitaran, bezbolan, čistog dna
- Oblik: *ovalan* ili *okrugao*
- Dijametar: oko 1 cm
- Baza: indurovana, čvrsta, tvrda na palpaciju
- Ivica: široka nekoliko mm, uzdignuta, tvrda I oštra
- Serozni eksudat: može se istisnuti blagim pritiskom, u njemu se nalaze *T. pallidum*

- Multiple promene, koje nastaju *istovremeno* ili *sukcesivno*
- Na površinama promena koje se dodiruju --> mogu se javiti dva identična **ulkusa** – “*kissing ulcer*”
- * Ukoliko se javi na otvoru *uretre* ili *unutrašnjeg lista prepucijuma* --> može se javiti **fimoza**
- * Ukoliko se javi na prethodno postojećoj *analnoj fisuri* --> šankr tada ima *linearni oblik*

Izgled:

Genitalna lokalizacija Muškarci *Unutrašnji list prepucijuma, frenulum, koronarni sulkus, koren penisa I pubis*

Žene *Labia minora I maiora, klitoris, otvor uretre, comissura posterior, cervix uteri, vagina* (najređe)

Lokalizacija

Ekstragenitalna lokalizacija Javlja se zbog različitih seksualnih navika (*cunnilingus I fellatio*):
Anus, rektum, usne, jezik, tonzile, prsti, aksile, umbilikus, dojke, očni kapci, ušne školjke I vrat

Bol

Javlja se ukoliko je šankr lokalizovan **ekstragenitalno** (naročito na prstima) I ukoliko se javi **superinfekcija staphylococcus aureus-om**

Povlačenje

- Ukoliko se ne leči: povećava se sporo, do dijametra od 2 cm --> zatim sporo zarasta (obično bez ožiljka) u roku od 4 – 8 nedelja
- Ukoliko se leči: epitelizuje za 10 – 14 dana

b. Scleradenitis regionalis

Uvećanje regionalnih limfnih žlezda počinje 1-2 nedelje posle pojave primarnog šankra; ono je:

- **Unilateralno** – u početku, posle 1. nedelje
- **Bilateralno** – kasnije, posle 2. nedelje

Izgled	Lokalizacija	
<i>Male, tvde, bezbolne (bubo indolens)</i> Nisu srasle među sobom, koža koja ih prekriva nije izmenjena – scleradenitis bez periadenitisa	U zavisnosti od lokalizacije ulcusa durum-a, različite limfne žlezde će biti uvećane:	
	Ulcus durum:	Uvećane limfne žlezde
	Genitalije	<i>Ingvinalne</i>
	Usta	<i>Maksilarne i submandibularne</i>
	Gornja usna	<i>Periaurikularne</i>
	Dojka	<i>Aksilarne</i>
	Cerviks uterusa, anus ili rektum	<i>Karlice – ne mogu da se palpiraju!</i>

II Syphilis secundaria

Odlikuju ga *generalizovane promene na koži, sluzokožama i unutrašnjim organima, generalizovana limfadenopatija* koji nastaju usled hematogene i limfogene diseminacije

Tok	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nastanak promena: 6 i 8 nedelja posle infekcije <ul style="list-style-type: none"> • Ređe se javljaju već u 2. nedelji ili se ne javе ni nakon 2 godine po iščezavanju primarnog šankra • Primarni šankr – može biti prisutan u toku javljanja promena karakterističnih za sekundarni stadijum ▪ Povlačenje promena: u roku od 4-12 (sa lečenjem ili bez lečenja) <p>* Infekcija sifilisom kod obolelih od HIV-a ima drugačiji tok - javlja se Sindrom "akutne bolesti": <i>glavobolja, drgtavica, malakslost, artralgije i mijalgije.</i></p>
-----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

a. Opšti znaci i simptomi	b. Generalizovani skleradenitis
<p>Mogu se javiti <i>pre</i> promena na koži ili <i>pratiti ih</i>:</p> <p>Gubitak apetitia, slabljenje</p> <p>Glavobolje, mialgije, artralgije, umeren porast temperature</p> <p>Anemija, leukocitoza i povećana sedimentacija</p> <p>* U II stadijumu se mogu javiti: <i>hepatosplenomegalija, akutni membranozni glomerulonefritis i gastrične tegobe</i></p>	<p>Javlja se u <i>početku</i> II stadijuma i uključuje povećanje:</p> <p><i>Subokcipitalnih, cervicalnih Aksilarnih, epitrohlearne Ingvinalne limfne žlezde</i></p> <p>* Žlezde su istih karakteristika kao i one u primarnom stadijumu sifilisa</p>

c. Promene na koži

Javljuju se u *sukcesivnim naletima*; Nisu praćene svrabom; Sve su infektivne osim *makuloznih sifilida*

		1. Makulozni sifilidi (<i>roseola syphiliticum</i>)	2. Papulozni sifilidi	3. Condylomata lata
		Prve promene u II stadijumu, često se previde, naročito kod osoba sa tamnom kožom	Najčešći I najkarakterističniji znak II stadijuma sifilisa	Modifikovane papulozne lezije Najinfektivnije lezije sifilisa!
Javljanje		8. nedelja	3. mesec	6. mesec
Klinička slika	Eflores.	Makule	Papule	Papule - kasnije konfluiraju u ploče
	Oblik	Kružne ili ovalne	Okrugle, ponekad ovalne	Okrugle, ovalne
	Veličina	5-10 mm, nekad I veće	/	5- 20 mm, konfluiranjem rastu I mogu biti vrlo velikih dimenzija I vegetantne – frambeziformni sifilidi
	Boja	Varira: od bledo eritematozne do bakarno crvene	Bakarno-crvena	Svetlo mrka ili svetlo ružičasto-sivkasta
	Površina	/	Glatka ili prekrivena skvamom – psorijaziformni sifilidi	Zaravnjuje se I postaje <i>erodovana – papulae eroseeae</i>
Lokalizacija	* Imaju simetričan raspored * Trup: <i>ramena, grudi, ledja, Abdomen, gluteusi, fleksorna strana ekstremiteta</i> * Nekad mogu biti I <i>diseminovane</i> po celoj koži (uključuje I dlanove I tabane)		Lice: na granici <i>čela</i> I kose u vidu venca – corona veneris Dlanovi I tabani: - <i>Pojedinačne</i> promene - <i>Diseminovane</i> – clavi syphilitici - <i>Slivene</i> u vidu difuzne hiperkeratoze	Mesta na kojima postoji <i>trenje</i> , oko anusa, vulva, penis, skrotum, umbilikus, aksile, uglovi usana, submamarno, interdigitalno
		4. Milijarni sifilidi (folikularni sifilidi)	5. Pustulo-ulcerozni sifilidi (lues maligna, syphilis rupioides)	6. Pigmentne promene
		Javljuju se u naletu, često praćeni <i>pruritusom</i>	Može se očekivati njegova pojava u budućnosti kod pacijenata sa AIDS	Mogu se javiti rano u sekundarnom stadijumu
Izgled	Papule Veličine čiodine glave, lako prominentne, eritematozne	Papulo-pustule Velikih dimenzija, podležu <i>centralnoj nekrozi</i> --> ulceracije prekrivene krustama – rupia syphilitica	Hipopigmentovane makule ovičene <i>hiperpigmentacijom</i>	
Lokalizacija	Lice, skalp, trup I ekstremiteti	Lice, kapilicijum ili diseminovane	Vrat – leucoderma coli syphilitica – "Venerina ogrlica"	
		7. Pustulozni sifilidi	8. Atrofija	
		Postoji nekoliko varijanti: <i>milijarni, akneiformni, varioliformni, impetiginoidni, ektimatoидни</i> * Promena udružena sa stanjima koja <i>snižavaju otpornost organizma I lošim socioekonomskim uslovima</i>	Iščezavanje inflamatornih promena --> destrukcija elastičnih vlakana --> atrofija - anetoderma syphilitica secundaria	
		d. Promene na dlaci	e. Nokti	f. Promene na sluzokožama
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kapilicijum: <ul style="list-style-type: none"> A. Difuzni telogeni efluxijum – reverzibilno, difuzno proređenje dlake B. Alopecia areolaris, "kapilicijum izjeden moljcima" - alopecija u vidu nepravilnih zona sa proređenom dlakom ▪ Spoljašnja trećina obrva: proređena dlaka 		Nespecifične promene	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sifilidi: lokalizovani na <i>sluzokožama usne duplje, larinksu, farinksu, anusu I vulvi;</i> ▪ Mukozni plakovi: lokalizovani na <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tonzilama (angina syphilitica)</i> • <i>Sluzokoži usana</i> I na • <i>Jeziku</i> --> dolazi do potpune ili delimične afonije (vox rauca) 	

III Syphilis latens

Predstavlja stadijum u kome *ne postoje simptomi* i znaci sifilisne infekcije

Svi pacijenti oboleli od sifilisa će u jednom periodu imati latentni stadijum;

Trudnice u latentnom stadijumu *mogu* inficirati plod

Tok:

Podela:

Dijagnoza

Počinje iščezavanjem II stadijuma -->
dalje može doći do:

- * Spontane rezolucije
- * Perzistiranja do kraja života
- * Prelaska u III stadijum (25-40%)

Na osnovu dužine trajanja:
A. Rani: < od 2 godine
B. Kasni: > od 2 godine

Anamnestički podaci + klinički pregled
(isključivanje drugih stadijuma) +
testovi:

- Nespecifični testovi: mogu biti +/-
- Treponemski testovi: uvek +!

IV Syphilis tertaria

Promene u ovom stadijumu su *destruktivne* i ostavljaju *trajne rezidue*

a. Promene na koži

Javljuju se nakon perioda latencije i to u roku od 3 – 20 godina

Nastaju kao posledica *inflamatornog odgovora* na prisustvo malog broja treponema

Promene su *asimetrične, ograničene na jednu zonu* (nisu diseminovane)

Gumma

Nodularni sifilidi

Lokalizacija	<i>Kapilicijum, lice, grudi i noge</i>	<i>Lice, leđa i ekstenzorne strane ruku</i>
Osnovna efl.	Nodusi (čvorovi)	Nodusi koji se mogu grupisati ploče
Veličina	2-10 cm	> 0.5 cm
Početak	Počinju u subkutanom tkivu, a zatim se šire kako u dubinu tako i na površinu	Sporo se uvećavaju, prominiraju iznad ravnih koža gde mogu biti pokriveni <i>beličastom skvamom</i>
Ulceracija	Javlja se u centru, dno joj je pokriveno <i>nekrotičnim lepljivim masama</i>	Ukoliko se javi, to su <i>ulceracije podignutih ivica – noduloulcerozni sifilidi</i>
Bol	Bezbolne čak i kada ulcerišu	Bezbolne
Dalji tok	Svojim širenjem mogu dovesti do <i>teških destrukcija dubljih tkiva</i> ; proces se završava <i>stvaranjem ožiljka</i>	Kada se grupišu, na ploči dolazi do <i>centralne regresije</i> sa pojavom <i>atrofije, hiper- i hipopigmentacije</i> ; nove promene se stvaraju na <i>periferiji</i> i proces se lagano širi

b. Promene na sluzokožama

Gume, mogu zahvatiti:

Meko ili tvrdo nepce	Dovode do destrukcije kostiju i definitivne perforacije
Sluzokoža nosa	Dovode do destrukcije hrskacice i kosti --> nastaje sedlast nos
Jezik	Obično solitarna, može doći do <i>ulceracije</i> ili <i>difuzne infiltracije jezika (glossitis interstitialis chronica)</i>

Takođe mogu biti zahvaćeni: tonzile, farinks, larinks, usne i retko sluznokoža obraza

c. Kardiovaskularni sifilis

d. Neurosifilis

e. Promene na kostima

Javlja se kod 12% pacijenata, 10 – 30 godina nakon inicijalne infekcije:

- **Aorta: aneurizma**
- **Srce: aortna regurgitacija, koronarna ostijalna stenoza**

kod 12% pacijenata

* Prvo se javljaju meningovaskularne promene, a zatim parenhimalne promene:

Paralysis progressiva i tabes dorsalis (ataxia locomotoria progressiva)

Najčešće u vidu *periostitisa*:

- Osteoperiostitis dugih kostiju: nastaje *osteoblastični proces* --> dolazi do stvaranja dodatne kosti ispod periosta --> *zadebljanje i deformiteti kostiju*
- Osteoperiostitis kostiju lobanje i nosa: *osteoklastični proces* --> *ekstenzivna destrukcija i gubitak kostiju*

2. Stečeni nevenerični sifilis (endemski sifilis)

Javlja se u određenom vremenskom periodu, kod velikog broja stanovnika, bez obzira na pol, uzrast i društveni položaj

Infekcija	Indirektni put (najčešće)	Upotreba zajedničkog pribora za jelo, piće i brijanje	
	Direktni put	Poljubac, dojenje	
Primarni stadijum	Sekundarni stadijum	Latentni period	Tercijarni stadijum
Obično NE nastaje nakon infekcije, jer je broj inokulisanih treponema mali * Ukoliko se javi, primarni šankr je lokalizovan ekstragenitalno	Isto kao i kod veneričnog, samo sporije regrediraju	Veoma dug	Nastaje kasno * Gume se retko javljaju, ali mogu dovesti do teških i obimnih destrukcija kostiju
<p>* Nastaje najčešće u detinjstvu, a kod odraslih se nalazi u kasnom latentnom periodu --> slaba mogućnost nastanka kongenitalne infekcije</p> <p>3. Syphilis congenitalis</p> <p>Nastaje u toku graviditeta:</p> <p><i>T.pallidum</i> --> ulazi u cirkulaciju --> prolazi kroz placentarne kapilare --> infekcija ploda</p> <p>* Pošto je infekcija hematogenim putem --> kod deteta NEMA primarnog afekta već se javljaju manifestacije 2. sifilisa!</p>			
Infekcija ploda	Prema nekim autorima ne može se javiti pre 18. nedelje, a prema drugim može i u 16. nedelji		
Infekcija majke: (u zavisnosti od toga kad se javi, ima i različitih posledica po plod)	Rana trudnoća	<i>Smrt fetusa in utero, prevremeno rođenje</i> deteta nesposobnog za život, mrvorodenost u terminu porođaja ili rođenje deteta sa simptomima sifilisa	
	Kasnija trudnoća	Dete na rođenju <i>ne mora</i> imati znake sifilisa, već se oni mogu javiti posle nekoliko dana, nedelja, meseci ili godina	
*Što je sifilis majke stariji (u kasnjem stadijumu) --> manja je mogućnost prenošenja bolesti na dete			
Lečenje sifilisa:	Pre 4. meseca trudnoće	Može u sprečiti infekciju fetusa	
	Nakon 4. meseca	Može doći do izlečenja deteta, a nekad se mogu javiti promene na kostima, zglobovima, očima, može doći i do gluvoće	
<p>* Pored hematogenog puta, plod može biti inficiran i direktno: prilikom prolaska kroz inficirani porođajni kanal ili seksualnom zloupotrebom deteta od strane zaražene osobe</p> <p>Kongenitalni sifilis se deli na:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ rani – <i>syphilis congenitalis praecox</i> ▪ pozni – <i>syphilis congenitalis tarda</i> 			

a. <i>Syphilis congenitalis praecox</i> (rani)					
1. Promene na koži					
Nastaju u prvih 6 meseci života; sve promene su vrlo infektivne --> imaju veliki broj treponema; Manifestacije:					
Naziv	/	<i>Pemphigus syphiliticus</i>	<i>Hochsingerovi infiltrati</i>		
Lokalizacija	<i>Ekstremiteti, posebno dlanovi i tabani</i>	<i>Dlanovi i tabani</i>	<i>Peribukalno, na čelu, perigenitalno, dlanovi i tabani</i>		
Promene	Papule * Velikih dimezija, bakarne boje	Bule * Velikih dimenzija, infiltrovane osnove --> brzo prskaju --> sušenje --> kruste ispod kojih se mogu javiti <i>nekroza i ulceracije</i>	Plakovi (ploče) * Zagasito crvene boje, sa ili bez deskvamacije, nepravilnih ivica * Parrotove strije – duguljaste, duboke, zrakasto raspoređene brazde, koje nastaju povlačenjem promena sa bukalne regije, naročito oko gornje usne		
2. Promene na sluzokožama		3. Promene na adneksima			
Obično između 2. i 6. nedelje po rođenju <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rhinitis syphilitica – pojava eritema, edema i erozija na suzokoži nosa; Ovo je prvi znak na sluzokožama; ▪ Sluzokoža dalje delimično ulceriše i biva prekrivena krustama; iz nosa se cedi hemoragični sekret koji je neprijatnog mirisa (<i>coryza syphilitica</i>) ▪ Sedlast nos – nastaje daljim širenjem inflamatornog procesa na hrskavicu i kost. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Drake: mala alopecična polja (na kapilicijumu) ili potpuna čelavost koja može biti praćena nedostatkom obrva i trepavica ▪ Nokatne ploče: inflamacija + trofički poremećaji 			
4. Promene na kostima		5. Promene na unutrašnjim organima			
Osteochondritis syphilitica (9%) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zahvačene: duge kosti: <i>tibia i fibula</i>, rebra i bazalne falange prstiju ▪ Rentgenski: epifizeoliza koja se javlja na granici dijafize i epifize kosti usled usporenog procesa okoštavanja ▪ Klinički: oboleli zglob otečen --> pojava jakog bola --> dete izbegava pokrete koji izazivaju bol --> Parrotova pseudoparaliza 		<ul style="list-style-type: none"> * Mogu biti zahvaćeni: <i>pluća, jetra, sezina,ubrezi</i> kao i CNS * Dete je uz nemireno, plać je tih i hrapav 			
b. <i>Syphilis congenitalis tarda</i> (kasni)					
Nastaje nekoliko godina po rođenju (od 3. do 30. godine, a najčešće između 5. i 16. godine)					
Kod 60% pacijenata može biti latentan --> tada se samo dobrom epidemiološkom anketom može odvojiti od stečenog sifilisa					
1. Promene na koži i sluzokožama	Iste kao i kod trećeg stadijuma stečenog sifilisa				
2. Promene na kostima	3. Promene na očima	4. Ostalo			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gume: mogu se javiti, obično na kostima <i>nepca i nosa</i> izazivaju destrukciju i dovode do perforacije ▪ Periostitis: dovodi do zadebljavanja kostiju: <ul style="list-style-type: none"> • "Sabljasta tibia" – zadebljavanje srednjeg dela prednje strane tibije + anterioposteriorna savijenost tibije • Higoumenakisov znak – zadebljanje medijalnih krajeva klavikula • Scapula xiphoides – zadebljanje medijalne ivice skapule ▪ Cluttonovi zglobovi: <i>sinovitis</i> oba zgloba kolena + bol + ↑ T. Temp. 	Javljuju se kod 1/3 dece. Obično između 9. i 31. godine života: Keratitis interstitialis: suzenje + fotofobija + bol	Bilateralni neurolabirintis: počinje sa vertigom --> vremenom se razvija perceptivna gluvoča *Može doći do neurosifiisa, a ređe do kardiosifiila			
*** Stigmata kongenitalnog sifilisa ***					
Irreverzibilne promene koje su posledica postojanja pojedinih znakova u toku ranog ili kasnog kongenitalnog sifilisa					
Ovde spadaju: Sedlast nos sa ili bez perforacije, frontalna ispupčenja (<i>tubera frontalis</i>), kratka gornja vilica, izdužena donja vilica (izgled buldoga), visoko nepce ("gotsko nepce"), Higoumenakisov znak, sabljasta tibia, ksifoidna skapula ;					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parrotove strije: radijalno raspoređeni, linearni ožiјci oko usana, očiju, otvora nosa, anusa; <ul style="list-style-type: none"> • Nastaju usled postojanja <i>ragada i fisura</i> u toku ranog kongenitalnog sifilisa ▪ Hutchinsonov trijas: intersticijalni keratitis + neurolabrintis + <i>hutchinsonovi zubi</i> (sekutići u gornjoj vilici su razmaknuti, kratki, širi prema gingivi, bačvastog oblika sa polumesečastim udubljenjem) 					

Histologija			
	Primarni sifilis	Sekundarni sifilis	Tercijarni sifilis
Epiderm	<i>Hiperplazija + spongioza + invazija neutrofilima</i>	<i>Hiperkeratoza + parakeratoza + epidermalna hiperplazija sa vakuolnom degeneracijom</i>	Normalan, zaravnjen ili ulcerisan
Derm	<p>Perivaskularni infiltrat: <i>gust, difuzan, čine ga plazma ćelije, limfociti i histiociti</i></p> <p>+ Vaskularna proliferacija + Edem endotelijalnih ćelija</p>	<p>Perivaskularni infiltrat: <i>gust, čine ga plazma ćelije, limfociti i histiociti</i></p> <p>+ Edem endotelijalnih ćelija koji zajedno sa inflamatornim ćelijama može formirati nodularne, pseudogranulomatozne aggregate</p>	<p>Perivaskularni infiltrat: <i>slab, čine ga plazma ćelije, limfociti i histiociti</i></p> <p>+ Nodularni infiltrati (granulomi): lokalizovani perivaskularno i oko adneksa; čine ga: <i>epiteloidne i gigantske ćelije</i> okružene <i>plazma ćelijama, limfocitima i histiocitima</i></p> <p>+ Vaskularna proliferacija</p>
Specijalno bojenje sa srebrom	Dokazuje se veliki broj <i>T. pallidum</i> u zidu, oko krvnih sudova, dermu i limfnim čvorovima	Dokazuju se <i>T. pallidum</i> u epidermu i oko krvnih sudova u dermu	Nije moguće dokazati <i>T. pallidum</i>

*Vaskularna proliferacija --> suženje lumena ili potpuna obliteracija krvnih sudova --> pojava ulceracija

Dijagnoza sifilisa			
A. Mikroskopski testovi			
	Ispitivanje na mikroskopu sa tamnim poljem	Direktni imunofluorescentni test	
Primena	Za dijagnozu <i>primarnog i sekundarnog sifilisa</i>	Za uzorce iz usta gde postoje saprofitne treponeme kao i za dijagnozu ranog sifilisa	
Uzorak može biti:	Eksudat sa suspektne promene, aspirirani sadržaj iz uvećane limfne žlezde ili sekret iz nosa novorođenčeta		- II -
Izvođenje	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Materijal uzet sa kože i sluzokože: lezija se prvo očisti sa 0.9% NaCl --> zatim se grebe ezom --> dobijena serozna tečnost se stavlja na predmetno staklo --> prekriva se porovnim stakлом i posmatra u tamnom polju</u> ▪ <u>Ukoliko je lezija prethodno lečena antibiotskom mašču: u toku 24h stavlaju se oblozi od 0.9% NaCl, a nakon toga se uzima uzorak</u> ▪ <u>Ukoliko postoji superinfekcija: pre uzimanja uzorka prvo otkloniti krustu kiretažom</u> 		Uzorak --> stavlja se na predmetno staklo --> vrši se inkubacija sa anti-TP globulinom obeleženim fluorescinom --> ovakav preparat se posmatra pod <i>imunofluorescentim mikroskopom</i>
Interpretacija	<i>T. pallidum</i> ima karakteristične pokrete: <i>izdužuje se i skraćuje, spiralno uvrće i blago lučno savija</i>		-II-
Osetljivost	<p>Može se smanjiti ukoliko je:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Korišćena bilo kakva antibiotska terapija ▪ Uzorak neadekvatno uzet ▪ Prisutan nekrotični materijal i eritrociti <p>* Zbog ovoga, ispitivanje se vrši sukcesivno, u tri navrata!</p>		/

B. Serološki testovi

Infekcija *T. pallidum* --> stvaraju se dve vrste antitela:

1. Antitela na lipoidne antigene (reagini) – nespecifična antitela
2. Antitela po specifične antigene *T. pallidum* – specifična antitela:
 - a. Antitela koja se stvaraju samo na specifične antigene *patogenih treponema*
 - b. Antitela koja se stvaraju I na antigene *nepatogenih treponema* (grupna antitela)

* Po pravilu uvek se rade: 1 x netreponemski test + 1 x specifični treponemski test

1. Netreponemski (nespecifični) testovi

Kao antigen se koristi **kardiolipin**, a dokazuju se IgM I IgG antitela

a. Reakcija fiksacije komplementa (Wasserman, Kolmer)	b. Flokulacioni testovi – VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)	
Danas se više ne u ključuje u bateriju testova za sifils	Primena:	Za postavljanje dijagnoze, praćenje aktivnosti oboljenja
	Prednosti:	Ekonomični, jednostavni za izvođenje, lako se standardizuju
	Izvođenje	Antigen kardiolipin-lecitin-sterol se meša sa <i>inaktivisanim serumom</i> --> flokulacija se čita pod mikroskopom
	Reakcija	Obeležava se kao <i>reaktivna, slabo reaktivna, nereaktivna</i> Ona postaje pozitivna 14 dana od pojave tvrdog šankra
	Ukoliko je reakcija pozitivna --> određuje se I titar antitela (1:16 I više) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktivno oboljenje: titar antitela <i>raste</i> ▪ Završena terapija: titar antitela se <i>smanjuje</i> 	
	* Ovom reakcijom se dokazuju: 19S IgM (rana faza) I 7S IgG (kasna faza) antitela!	

2. Treponemski (specifični) testovi

Kao antigen se koristi **specifični Ag treponema**, dokazuju se **antitreponemska IgM I IgG antitela**

	a. TP immobilizacioni test (TPI)	b. TP hemaglutinacioni test (TPHA)
Izvođenje	Kao antigen se koristi živa treponema * Zbog toga što je komplikovano, dugotrajno I skupo, ne koristi se!	Eritrociti ovce na koje je adherirana lizirana TP --> prelivaju se serumom --> ukoliko postoje antitreponemska antitela, doći će do aglutinacije
Interpretacija	/	Reakcija se obeležava kao: <i>reaktivna ili nereaktivna</i>
	b. Fluorescentni treponemsko antitelo absorpcioni test (FTA-ABS)	c. 19s IgM-FTA-ABS test
Osobine	Najosetljiviji serološki test u svim stadijumima sifilisa	Visoko specifičan I vrlo osetljiv test
Izvođenje	Inaktivisan serum --> apsorbuju se nespecifična antitreponemska antitela --> to se inkubira sa antigenom T. pallidum --> zatim se dodaje <i>antihumani globulin obeležen fluorescinom</i> --> posmatranje	/
Interpretacija	<i>Reaktivna, minimalno reaktivna ili nereaktivna</i> reakcija	/
Pozitivan	Postaje u vreme pojave tvrdog šankra: 3.-4. nedelja od infekcije	Već u 2. nedelji infekcije, ali se inaktivira nakon 3 meseca ukoliko se pravilno lečio primarni sifilis ili 12. meseci po izlečenju kasnog sifilisa
Dokazuju se	19S IgM I 7S IgG antitela	19S igM antitela

*** Lažno pozitivne serološke reakcije za sifilis ***

Kada su netreponemski testovi + a treponemski –

Uzroci	Akutni	Testovi postaju negativni u toku 6 meseci	Antivariolična vakcina, infekcije enterovirusima, mycoplasma pneumoniae, infektivna mononukleoza, mycoplasma pneumoniae, infektivna mononukleoza, trudnoća, TBC, malaria, virusna pneumonija, narkomanija
	Hronični	Pozitivnost traje duže, preko 6 meseci	Starenje, lepra, sistemski lupus erythematosus, reumatoidni artritis, antifosfolipidni sindrom

***** Serološke reakcije kod sifilisa (nelečenog) prema stadijumima bolesti *****

Pozitivna serološka reakcija	1. sifiis (do 6. nedelje od inf.)	2. sifilis	3. sifilis
FTA-ABS	91 %	99.2 %	100%
VDRL	88%	100%	61- 70%
TPHA	72%	100%	100%

***** Dijagnostički postupci u različitim stadijumima sifilisa *****

Primarni sifilis	Mikroskop sa tamnim poljem + FTA-ABS
Sekundarni sifilis	VDRL, TPHA, FTA-ABS, tamno polje
Tercijarni sifilis	VDRL ±, TPHA, FTA-ABS

Diferencijalna dijagnoza

Sifilis je oboljenje koje nazivaju "*velikim imitatorom*"

Primarni sifilis	Herpes simplex genitalis, syphilis secundaria, balanitis erosiva, trauma sa ili bez sekundarne piogene infekcije, šuga, furunkulus, ulcerus molle, granuloma inguinale, lymphogranuloma venerum, tuberkuloza kože I amebne ulceracije	
Sekundarni sifilis	Makulozni sifilidi:	Exantema toxi-allergicum, rubella, pityriasis rosea, pityriasis versicolor, dermatitis seborrhoica, erythema multiforme, tifus I lepra
	Papulozni sifilidi	Exantema toxi-allergicum, lichen planus, acne vulgaris, scabies
	Papulo-skvamozne promene	Psoriasis vulgaris, dermatitis seborrhoica
	Palmo-plantarni sifilidi	Psorijaza I dermatomikoze
	Anularne lezije	Površna gljivična oboljenja, impetigo, erythema multiforme, granuloma annulare
	Condylomata lata	Condylomata acuminata
	Alopecia syphilitica	Alopecia areata
	Leukoderma syphiliticum	Pityriasis versicolor
Tercijarni sifilis	Promene na sluzokoži usne duplje	Herpes simplex virus infekcije, lichen planus, afte, leukoplakija, pemfigus, herpetična angina
Kongenitalni sifilis	Tuberkuloza, lepra, sarkoidoza, duboke I površne mikoze, karcinom, mycosis fungoides, aktinomikoza, osteomijelitis, malum perforans pedis, aneurizme aorte	
Pemphigus neonatorum I pelenski dermatitis		

Lečenje

Penicilin - predstavlja lek izbora za lečenje svih oblika sifilisa

- Zaustavlja deobu *T. Pallidum* ukoliko mu koncentracija u serumu iznosi minimum 0.03 J/ml;
- Ukoliko će ostane ispod minimuma 24 – 30 h --> opasnost od ponovne deobe treponema
- **Benzatin penicilin G (ekstencilin)**: preparat izbora jer ima sposobnost održavanja minimalne koncentracije u krvi tokom celog lečenja
- Voden rastvor **Prokain-penicilin G**: održava minimalnu koncentraciju u serumu, ali se mora davati svakodnevno u dozi od 600.000 jedinica, intramuskularno!

Klinički oblik:		Lek izbora	Doza	Aplikovanje	Primena	
Stečeni sifilis	<u>Rani stečeni sifilis:</u> <i>primarni, sekundarni, latentni</i> do 2 godine trajanja	Benzatin penicilin G	2.4 mil. jedinica	I. m.	1 x dan	
		Prokain penicilin G	600.000 jedinica	I.m.	1 x dan, 10 dana	
		Tetraciklin hidrohlorid	500 mg	per os	4 x dan, 15 dana	
		Eritromicin	500 mg	per os	4 x dan, 15 dana	
	<u>Kasni stečeni sifilis:</u> Latentni period > od 2 godine, tercijarni – kasni benigni	Benzatin penicilin G	2.4 mi jedin.	I.m.	3 nedelje	
		Prokain penicilin G	600.000 jedinica	I.m.	1 x dan, 15 dana	
		Tetraciklin hidrohlorid	500 mg	per os	4 x dan, 30 dana	
		Eritromicin	500 mg	per os	4 x dan, 30 dana	
Kongenitalni	KVS sifilis, neurosifilis	Prokain penicilin	600.000 jedinica	i.m.	1 x dan, 20 dana	
	Sifilis trudnica	Benzatin penicilin I prokain penicilin	Po istoj šemi koja se preporučuje za lečenje drugih pacijenata koji se nalaze u istom stadijumu			
	<u>Rani kongenitalni</u> (do 2. god) sa promenama u likvoru	Kristalni penicilin G	30 mg/kg/tt	I.m. ili i.v.	2 x dan, 10 dana	
		Prokain penicilin	50 mg/kg/tt	I.m.	1 x dan, 10 dana	
	<u>Rani kongenitalni</u> (do 2. god) bez promena u likvoru	Prokain penicilin G	50 mg/kg/tt	I.m.	1 x dan, 10 dana	
		Benzatin penicilin G	50.000 jedinica	I.m.	1 doza	
Kasni kongenitalni (> 2. god)		Leči se kao kasni stečeni sifilis				
Seksualni partneri		Takođe se trebaju lečiti <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dijagnozu potvrditi serološkim reakcijama ▪ Ukoliko se ne mogu potvrditi --> svi koji su bili izloženi infekciji u periodu kraćem od tri meseca, treba se pimeniti terapija kao kod ranog stečenog sifilisa 				

*** Jarisch-Herxheimer reakcija ***

Pacijenti oboleli od sifilisa: prva injekcija penicilina --> destrukcija velikog broja treponema --> oslobođaju se **lipopolisaharidi (bakterijski endotoksini)** --> masivna fagocitoza i oslobođanje **pirogenih citokina** --> akutna febrilna reakcija:

Groznica + glavobolja + gušobolja + malaksalost + ↑T (39-42°C) + lokalna inflamacija mukokutanih promena

- Ova reakcija se javlja 6-8-12 sati nakon aplikacije prve injekcije penicilina

- Razvija se kod:

- 50% pacijenata sa primarnim sifilisom
- 75% pacijenata sa sekundarnim sifilisom
- 30% pacijenata sa tercijernim stadijumom:
 - Neurosifilis: pacijenti imaju rizik da razviju *konvulzije, psihotičke krize ili meningizam*
 - Kardiosifilis: može doći do *rupture aneurizme*

2. Gonorrhoea

Gonorrhoea	
Najčešća bolest koja se prenosi seksualnim putem	
Izazivač:	Nisseria gonorrhoeae
	Osobine G – aerobni diplokok
	izgled Bubrežastog oblika, konveksne strane su okrenute upolje, a unutrašnje (bubrežaste) strane se dodiruju --> "izgled dva zrna kafe"
Veličina	1.5 x 0.8 mikrometara
Oboleli	Seksualno aktivni mladi, češće muškarci Između 20. – 24. godine; sve je veći broj obolelih I od 15. – 19. godine
Infekcija:	
A. Direktan put: <ul style="list-style-type: none">▪ Genito-genitalni kontakt (najčešće)▪ Anogenitalni kontakt – može dovesti do gonokoknog proktitisa B. Indirektan put: zaraženi peškiri, rublje, kateteri, irrigatori <ul style="list-style-type: none">▪ Veoma retko se javlja▪ Moguća je, jer ova bakterija može da preživi kratko u vlažnoj, toploj sredini van čovekovog organizma	<p><u>Nadražajni faktori:</u> Menstruacija Alkohol Fizički napor Postojanje sojeva <i>N. gonorrhoeae</i> koji su rezistentni na penicilin</p>
Zbog afiniteta ka cilindričnom epitelu, najčešće oboljevaju:	Mogu se javiti: <ul style="list-style-type: none">A. Asimptomatska gonoreja: češća kod žena i homoseksualaca; značajna je, jer doprinosi nekontrolisanom širenju infekcije;B. Simptomatska gonoreja
Inkubacioni period	U proseku 3 – 5 dana Može da se kreće I u intervalu od 1 – 14 dana

Klinička slika:		
	a. Simptomatska gonoreja kod muškaraca	b. Simptomatska gonoreja kod žena
Početak	Zahvata uretru; Prvi simptom je naglašeno žarenje u toku uriniranja	Simptomi obično slabo izraženi Javlja se oskudan <i>vaginalni sekret</i>
Dalji tok	<p>Urethritis gonorrhoeica acuta anterior</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Javja se daljom progresiom bolesti ▪ <u>Mokrenje</u>: učestalo i bolno ▪ <u>Mokračni kanal</u>: cedi se <i>obilan, žućkasto-zelenkast ili žućkasto-braonkasti gnojni sekret</i> * Obilniji u jutarnjim satima ▪ Javljuju se jake i bolne erekcije 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Vaginalni sekret</u>: postaje <i>mukopurulentan ili purulentan</i> ▪ <u>Mokrenje</u>: otežano, javlja se svrab i pečenje; * Ponekad se može javiti <i>abnormalno krvarenje</i> iz uterusa
Širenje	<p>Urethritis gonorrhoeica acuta posterior</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nastaje širenjem na <i>zadnji deo mokračnog kanala</i> ▪ <u>Mokrenje</u>: još učestalije, na kraju mikcije javlja se kap krvi ▪ Jake i bolne erekcije + tup bol u predelu perineuma ▪ Povećana telesna temperatura! 	<p>Cervicitis gonorrhoeica</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Edematozan i eritematozan</i> grlič materice ▪ Iz kanala se cedi <i>mukopurulentan ili purulentan sekret</i> ▪ Ukoliko je sadržaj manje obilan, pritiskom na <i>sympysis pubs</i>, može se iscediti gnoj
Komplikacije	<p><i>Gonokokni balanitis, balanopostitis, tysonitis, litteritis, cowperitis, prostatitis, epididymitis</i></p> <p>Urethritis postgonorrhoeica – predstavlja najčešću komplikaciju gonoroičnog uretritisa i kod muškaraca i kod žena Nastaje kada postoji istovremena infekcija <i>N. gonorrhoeae</i> i <i>Chlamidia trachomatis</i> Inkubacioni period za NG: 3-5 dana; a za CT: 1-3 nedelje --> NG će se ranije javiti --> ukoliko se leči samo lekovima za NG (npr. penicilin) --> nakon uspešnog lečenja (što je istovremeno i kraj inkubacionog perioda za CT) dolazi do ponovne sekrecije iz uretre</p>	<p><i>Bartholinitis</i> ili opasnije komplikacije kao što su: <i>adneksitis, salpingitis, endometritis, parametritis</i> (mogu dovesti do steriliteta)</p>
c. Asimptomatska gonoreja	<p>d. Diseminovana gonoreja</p> <p>Infekcija NG bez kliničkih simptoma ili znakova bolesti Češća kod žena (75%) i homoseksualaca (15 %)</p> <p>Redak oblik infekcije <u>Nastaju</u>: <i>hematogenom</i> i <i>limfogenom</i> diseminacijom</p> <ul style="list-style-type: none"> • Žene: u toku trudnoće ili menstruacije • Muškarci: usled postojanja asimptomatske gonoreje <p><u>Najčešća manifestacija</u>: dermatitis-artritis sindrom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Septičke temperature, artralgije, tendovaginitis</i> • Promene na koži: <ul style="list-style-type: none"> – <u>Lokalizacija</u>: oko zglobova – <u>Izgled</u>: makule, papule, pustule, vezikule, bule 	<p>e. Anorektalna gonoreja</p> <p><u>Nastaju</u>: usled <i>anogenita-Inog seksa</i>, mada mogu i kod žena sa endocervikal-nom gonorejom preći auto-inokulacijom na cerviks</p> <p><u>Manifestacije</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asimptomatska (najčešće) • Simptomatska: rektalno krvarenje, sekrecija, tenezmi
f. Orofaringealna gonoreja	<p>g. Gonoreja kod dece</p> <p><u>Oboleli</u>: najčešće homoseksualci, ali mogu i heteroseksualci i žene</p> <p><u>Manifestacije</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asimptomatska (najčešće) • Simptomatska: <i>gušobolja, ertiem farinška, purulentna sekrecija na tonsilama</i> <p>Retka</p> <p><u>Oboleli</u>: češće devojčice nego dečaci</p> <p><u>Nastaju</u>: indirektno (rublje, posteljina) ili direktno (seksualna zloupotreba deteta)</p> <p><u>Manifestacije</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vulvovaginitis gonorrhoeica: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Žućkasto-zelenkast vaginalni sekret; edem i eritem vulve + znaci infekcije rektuma i uretre ▪ Deca se žale na smetnje pri mokrenju; ▪ Roditelji primećuju prebojenost donjeg rublja • Ophtalmia neonatorum: nastaje kao posledica prolaska ploda kroz kontaminiran porođajni kanal majke; danas retka zbog Credeovih kapi! 	

Dijagnoza					
	Razmaz	Kultivanje	Reakcija vezivanja komplementa		
Materijal	Eksudat iz uretre, anusa i cerviksa	Eksudat iz uretre, cerviksa, rektuma ili drugih inficiranih mesta	Serum pacijenta		
Izvođenje	Materijal se razmazuje na staklenu pločicu --> fksira se zagrevanjem --> boji se po gramu	Materijal se inokuliše u specijalni medijum --> inkubira se 48h na temperaturi od 35-36°C	Dokazuju se antigenokokna antitela		
Interpretacija	Pozitivna reakcija: Ukoliko postoji polimorfonuklearni leukociti sa intracelularnim G – diplokokama bubrežastog oblika	Pozitivna reakcija: Pojava kulture na podlozi	* Test ključan za otkrivanje hroničnih i/ili asimptomatskim infekcijama		
Klinička dijagnoza + obavezna potvrda laboratorijskim nalazom!					
Diferencijalna dijagnoza					
Kod žena	Kod muškaraca	Asimptomatski			
Infekcije trihomonasom, kandidom i gardanerelom	Infekcije herpes simplex virus-om, mikoplazmama i hlamidijama	"Simptomi" ponekad mogu podsećati na one koji se viđaju kod negonoročnih uretritisa			
Lečenje:					
Preporučuju se:					
Lekovi	Doza	Aplikacija	Vreme		
Ceftriakson	250 mg	intramuskularno	1 doza		
Cefixim	400 mg	per os	1 doza		
Ciprofloksacin	500 mg	per os	1 doza		
Oksofloksacin	400 mg	per os	1 doza		
* Jedan od ovih lekova					
*Minutni tretman – uzimanje leka u jednoj dnevnoj dozi; preporučuje se kako bi se izbegla: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nelagodnost višekratnog uzimanja leka ▪ Mogućnost stvaranja tetraciklin resistentnih sojeva 					
Preporučuju se sledeće kombinacije:					
Lekovi	Doza	Aplikacija	Efikasnost/neefikasnost		
Prokain penicilin + Probenecid	4.8 mil. jedinica	intramuskularno	Neefikasni kod istovremene infekcije NG/CT (gonoreja se izleći, ostaju simptomi CT infekcije)		
	1 g	per os			
Amoksicilin ili Ampicilin + Probenecid	2 g	per os	Neefikasni kod: istovremene infekcije NG/CT, anorektalne i faringealne gonoreje		
	3.5 g	per os			
	1 g	per os			
Spektromicin	2 g	intramuskularno	Efikasan kod: anorektalne gonoreje Nenefikasan kod: faringealne gonoreje		
Cefalosporini: takođe se mogu primeniti kao minutni tretman, daju se intramuskularno u dozama od 500 mg do 1 g					
▪ <u>Seksualni partneri pacijenta:</u> trebaju se pregledati, napraviti razmaze sekreta i kulture na NG i profilaktički lečiti ▪ <u>Pacijenti:</u> trebaju da <i>apstiniraju</i> od seksualnih kontakta u toku primene terapije, sve dole dok kontrolne kulture za NG ne postanu negativne					
* Prvu kontrolnu kulturu uraditi 4 – 8 dana po prestanku antigenokokne terapije					

3. Ulcus molle

Izazivač		Epidemiološki:	
Haemophilus ducreyi (HD)		<ul style="list-style-type: none"> Endemski: afrika, azija, centralna i južna amerika Sporadično: evropa i amerika Češći kod muškaraca: M : Ž = 20 : 1 Žene mogu biti <i>asimptomatski prenosioци oboljenja</i> 	
Osnovno	Gram – bacil		* Nakon preležane infekcije NE stvara se imunitet --> <i>česti recidivi</i>
Dimenzije	15 – 20 x 0.5 mikrona		
Izgled	Štapićast, krajevi se jače boje od centra		
Kultura	Ima izgled višerednih lanaca		
Klinička slika:			
Inkubacija	3 – 5 dana (1- 14 dana; kod žena može trajati nedeljama)		
Predilekciona mesta	Genitalije:	Muškarci Žene	<i>Unutrašnji list prepucijuma, glans, orificijum uretre, sulcus coronarius, frenulum</i> <i>Velike usne, ulaz u vaginu</i>
Makula - javlja se na mjestu inokulacije		Pustula – nastaje već sledećeg dana, na mjestu makule	
		Ulkus – nastaje par sati kasnije, usled prskanja pustule; on je <i>malih dimenzija</i> , dno mu je prekriveno gnojem	
Autoinokulacija – dovodi do pojave <i>novih ulkusa</i> u okolini primarne promene i na zdravoj koži nasuprot primarnom ulkusu (" kissing" ulkus) * Ukoliko osobe istovremeno boluju i od <i>skabijesa, neurodermatitisa</i> ili <i>genitalnog herpesa</i> --> mogu se javiti 50 – 60 ulkusa		Meki šankr – formira se 4 ili 5 dana	
		Osnov. eflor.	Ulceracija
		Veličina	3 – 15 mm
		Oblik	Okrugla ili ovalna
		Ivice	Izreckane, krivudave, podrivene
		Dno	Neravno Veoma prokrvljeno --> krvari na dodir Pokriveno gnojem ili nekrotičnim naslagama
		Baza	Neznatno ifiltrovana i meka
		Bol	Konstantan simptom ("nesnosan bol")
Komplikacije:			
Balanitis, fimoza i edem	Limfne žlezde sa kožom mogu stvoriti fistule --> preko njih se stalno drenira gnoj	Ulcus molle phagedenicum <ul style="list-style-type: none"> Superinfekcija <i>fuzospirohetalnim</i> mikroorganizmima --> meki šankr prelazi u <i>ekstenzivni fagedenični ulkus</i> Javljuju se: <i>teška krvarenja, destrukcije sa mutilacijama na genitalijama</i> 	Ulcus mixum <ul style="list-style-type: none"> Nastaje usled istovremene infekcije HD i TP Prve 2 nedelje: kliničkom slikom dominira <i>ulcus molle</i> Kasnije: pridružuje se induracija karakteristična za <i>ulcus durum</i>

Dijagnoza:				
	Razmaz sekreta	Kultivisanje	Ito-reenstierna test	Autoinokulacija
Materijal	Bris ulkusa	Bris ulkusa	Antigen koji se uzima iz gnoja obolelih limfnih žlezda ili kulture HD	Gnoj iz mekog šankra
Izvođenje	Materijal se razmaže na staklenu pločicu --> fiksira se zagrevanjem --> boji se po gramu	Materijal se postavlja na agarske podloge koje sadrže krv --> čeka se 48h	On se aplikuje <i>intradermalno</i>	Materijal se prenosi na zdravu kožu (najčešće nadlaktica) obolelog
Interpretacija	U 88% slučajeva vide se <i>gram - bacili</i>	Javljuju se kolonije u vidu višerednih lanaca, koji su paralelni i podsećaju na "jata riba"	Pozitivna reakcija: nakon 48h, razvija se reakcija <i>tuberkulinskog tipa</i>	Pozitivna reakcija: nakon 48h, na mestu inokulacije se javljaju <i>papulo-pustule</i> * Ne koristi se danas!
Diferencijalna dijagnoza				
<i>Ulcus durum</i> – bezbolan, nepurulentan ulkus bademastih nepodrivenih ivica				
<i>Herpes genitalis</i> – nekoliko vezikula				
Lečenje				
Terapija izbora				
Lek	Doza	Primena		
Ceftriakson	250 mg	intramuskularno	1 doza	
Azitromicin	1 g	<i>per os</i>	1 doza	
Eritromicin	500 mg	<i>per os</i>	4 x dnevno, 10 dana	
Alternativno lečenje:				
Amoksicilin + Klavulonska kiselina	500 mg	<i>per os</i>	3 x dan, 7 dana	
	125 mg	<i>per os</i>		
Ciprofloksacin	500 mg	<i>per os</i>	2 x dan, 3 dana	

* Savetuje se *hospitalizacija* jer mirovanje sprečava pojavu adenopatije!

4. Lymphogranuloma venerum

Lymphogranuloma venerum (LV)				
seu lymphogranuloma iguinale, lymphopathia venerea, morbus Nicolas-Favre, climatic bubo, esthiomene, četvrta polna bolest				
Izazivač	Chlamydia trachomatis serotipovi L1, L2, L3			
Prenošenje	Direktno	Seksualni kontakti		
	Indirektno	Akcidentalne infekcije sa ekstragenitalnim lokalizacijama		
Oboleli	Najčešće između 20. i 40. godine, češće muškarci			
Regija	U evropi sporadično, prisutna u tropskim i suptropskim krajevima; najčešća u lučkim gradovima			
Inkubacija	Od 1 – 3 nedelje (postoje varijacije od nekoliko dana do nekoliko meseci)			
Postoje dva stadijuma bolesti:				
I Rani stadijum				
	a. Kožne promene	b. Regionalna adenopatija		
Pojava	Nakon perioda inkubacije	2-3 nedelje nakon pojave kožnih lezija		
Lokalizacija	Genitalije, ređe ekstragenitalno	Zbog anatomske razlike limfnog sistema: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Muškarci</u>: ingvinalne limfne žlezde ▪ <u>Žene</u>: ilijakalne i anorektalne limfne žlezde * Kod 1/3 pacijenata limfadenitis se širi na <i>ilijakalne i femoralne limfne žlezde</i>, a može se i <i>generalizovati</i> 		
Izgled	Mogu se javiti: Male, bezbolne papule herpetiformne vezikule Pustule Bezbolne ulceracije	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Početak</u>: bolne, pokretne limfne žlezde ▪ <u>Kasnije</u>: <ul style="list-style-type: none"> • Uvećavaju se: do veličine <i>jajeta ili pesnice</i> • Postaju <i>umereno osetljive</i> • Međusobno se spajaju, srastaju sa kožom • Koža iznad žlezda: otečena, plavičastocrvenasta, podejena na više transverzalnih kanala • Iznad svake žlezde se stvara fistula 		
Opšte stanje	/	Može se javiti: <i>groznica, slabost, anoreksija, mijalgija, artralgija</i>		
II Kasni stadijum				
Nastaje posle 3-10 godina, kada zapaljenje sa žlezda prelazi na okolne organe				
	a. Anorektalne lezije	b. Genitalne lezije		
Oboleli	češće žene i homoseksualci	/		
Promene	Proktitis Hemoragični ili mukopurulentni rektalni sekret Povišena telesna temperatura Svrab Naizmenične dijareje i opstipacije	<i>Elefantijatični otoci</i> penisa ii vulve Površne bezbolne hronične ulceracije, fistule, vegetacije, ožiljci i stenoze		
Dodatno	Mogu se javiti: <i>perirektalni apsesi, rektovaginalne i analne fistule</i>	Esthiomene (ulcus vulvae chronicum) – kada se ove promene istovremeno javе na vulvi, gluteusima i butinama		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistemske manifestacije – mogu se javiti samo ukoliko se nadoveže sekundarna bakterijska infekcija ▪ Usled toksialergijskog delovanja nastaju: <i>erythema nodosum, erythema multiforme, egzantema, pilimorfna svetlosna erupcija</i> 				

Dijagnoza						
	Frieov test		Reakcija vezivanja komplementa			
Pozitivan	3 – 6 nedelja od početka infekcije		1 – 3 nedelje posle inokulacije CT			
Materijal	Antigen koji se dobija kultivisanjem <i>C. trachomatis</i> L serotipa		Serum pacijenta			
Izvođenje	0.1 ml antigen --> ubrizgava se intradermalno --> nakon 48h na mestu inokulacije se javlja eritematozna infiltrirana papula (ovo je pozitivna reakcija)		/			
Interpretacija	Uvek se vrši uz kliničku sliku, jer je sam test <i>grupno specifičan</i> i može biti pozitivan i kod osoba koje su bile u kontaktu sa nekom drugom CT		Dijagnostičku vrednost ima tiar 1 : 40			
Diferencijalna dijagnoza						
Rana ingvinalna limfadenopatija:		Anorektalne lezije:				
<i>Šankroid, teške forme genitalnog herpesa i sifilisa, maligni limfom</i>		<i>Rektalna polipoza, condylomata acuminata, gonokokni proktitis, ulcerativni kolitis, Kronova bolest, hidradenitis suppurativa, karcinom</i>				
Lečenje						
Lek	Doza	Primena	Učestaloš			
Doksiciklin	100 mg	<i>per os</i>	2 x dan, 21 dan	Lek izbora		
Tetraciklini	500 mg	<i>per os</i>	4 x dan, 10 dana	Alternativa		
Eritromicin	500 mg	<i>per os</i>	4 x dan, 14 dana			
Sulfonamidi- bactrim	1 g	<i>per os</i>	4 x dan, 10 dana			

5. Granuloma inguinale

Granuloma inguinale								
Seu: <i>granuloma venerum, donovaniasis, donovanosis, granuloma pudendi chronicum</i>								
Uzročnik:		Epidemiologija:						
Donovania granulomatis (<i>Calymmatobacter granulomatis</i>)								
Osnovno	Gram – inkapsulirani enterobakter							
Dimenzije	1.5 x 0.7 mikrona							
Lokalizacija	Ekstracelularno i intracelularno (u mononuklearnim ćelijama)							
Kultivacija	Na žumančanoj kesi embriona piletina							
Inkubacioni period	varira od 1 – 12 nedelja							
Predilekciona mesta	genitalije, perigenitalni, ingvinalni, perianalni, interglutealni predeli							
Promene:								
<pre> graph TD A["Nodus – primarna lezija * Mali, mekan, bezbolan, sa crvenom granulomatoznom površinom"] --> B["Dolazi do ulceracije nodusa"] B --> C["Ulkus * Oštре, uzdignite ivice, na dnu prisutne meke granulacije koje lako krvare na dodir"] C --> D["Satelitske ulceracije – javljaju se u toku par nedelja"] D --> E["One međusobno konfluiraju"] E --> F["Tako se šire po površini i u dubinu"] F --> G["Nastaju Ploče * Jasno ograničene, uzdignite, policikličnih ivica"] G --> H["Nakon dužeg vremenskog perioda --> dolazi do bujanja granulacionog tkiva --> nastaju vegetantni, karfiolasti, gigantski tumori iz kojih se cedi gnoj"] H --> I["Duboki, neravni, atrofični Ožiljci – nastaju nakon više godina; * Mogu izazvati pseudoelefantijazu ili dovode do mutilacija na genitalijama"] I --> J["* Limfne žlezde nisu specifično zahvaćene!"] </pre>								
Kompikacije		Ukoliko se ne leči:						
<i>Elefantijaza genitalija, infekcije urinarnog trakta, sekundarne anemije; karcinomi, naročito spinocelularni (kod lezija koje traju godinama)</i>		Bolest će progredirati još 10 – 20 godina --> može dovesti do ekstenzivnih destrukcija genitalija						
Dijagnoza	Klinički + razmaz (boji se po Giemsi ili Wrightu)							
Diferencijalna dijagnoza	<i>Rane lezije condylomata acuminata, erythroplasia Queyart, psorijaza, duboke mikoze, vegetantne piodermije, ulcus molle, TBC cutis, karcinom</i>							
Lečenje:								
Lečenje	Doza	Primena	Učestalost					
Tetraciklin	500 mg	per os	4 x dan, 3-4 nedelje					
Hloramfenikol	500 mg	per os	3 x dan, 3-4 nedelje					
Gentamicin	1 mg/kg/tt	intravenski	2 x dan, 3-4 nedelje					
Azitromicin	500 mg	per os	1 x dan, 7 dana					
Doksiciklin	100 mg	per os	2 x dan, 21 dan					
Ceftriakson	1 g	intramuskularno ili intravenski	1 x dan, 14 dana					

***** Diferencijalna dijagnoza ulceracija na genitalijama *****

Oboljenje	Inkubacija	Primarna lezija	Ulceracija							Regionalne limfne gl.	Opšti simptomi
			Oblik	Ivica	Dubina	Dno	Baza	Bolnost	Broj		
Syphilis	9 – 90 dana	Papula	ovalan	bedemasta	plitka	Crveno, glatko, sjajno	tvrda	bezbolna	najčešće 1	Čvrsto-elastične, pojedinačne, bezbolne, „Bulbo indolens“	Retko prisutni
Ulcus molle	1- 14 dana	Papula ili pustula	nepravilan	podrivena „Izreckana“	plitka	Žuto-sivo, nekrotično, krvari na dodir	Meka	bolna	1-3, brojne	Meke, pojedinačne ili u paketima, srasle među sobom, bolne, „bulbo dolens“	Retko prisutni
Herpes genitalis	2-7 dana	Vezikula	nepravilan ovalan	eritematozna	plitka	Eritematozno glatko	nema	bolna	brojne	Tvrdi, pojedinačni, bolni	Prisutni
Lymphogranuloma venerum	1-3 nedelje	Papula ili vezikula ili pustula	promenljiv	promenljiva	plitka	promenljivo	nema	retko bolna	najčešće 1	Tvrde, pokretne, pojedinačne, bolne, srastaju međusobno, supuriraju	Prisutni
Granuloma inguinale	1 – 12 nedelja	Papula (granulom)	nepravilan	bedemasta, nepravilna	plitka	crveno, neravno, krvari na dodir	tvrda	retko bolna	1 ili više	retko izmenjene	retko prisutni

6. Urethritis non-gonorrhoeica

Urethritis non-gonorrhoeica (urethritis simplex, urthritis nonspecifica, urethritis blenorhoides)		
Smatra se da je on najfrekventnije oboljenje koje se prenosi seksualnim kontaktom		
Podela prema uzročniku:		
Traumatski	Mehanički	Udarac i/ili gnječeњe u predelu genitalija, kateterizacija, kamen u uretri
	Termički	Ispiranje uretre toplim rastvorima, pregled neohlađenim instrumentima
	Hemijski	Neadekvatna primena lekova za lečenje STD, kontraceptiva
Mikrobi	Bakterijski	<i>Chlamidia trachomatis, streptokoke, stafilocoke, korinebakterije, pseudomonas, proteus, E. coli</i>
	Mikoplazmatski	<i>Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum</i>
	Protozoalni	<i>Trichomonas vaginalis</i>
	Gljivični	<i>Candida albicans</i>
	Virusni	<i>Herpes simplex virus – HSV1 i/ili HSV 2</i>
Alergijski	Medikamentozni	Penicilin, streptomycin, PAS, salicilati, antimalarici, aminopirin, izoniazid, fenoltalein
	Nutritivni	Ostrige, rakovi, špargle, luk, jagode, limun ..
Simptomatski uretritis	U toku infektivnih oboljenja	<i>Typhus epidemicus, sepsis, influenza, malaria, parotitis epidemica, morbili, scarlatina, variola, varicella, uz druge STD: syphilis, ulcer molle, condylomata acuminata</i>
	U toku drugih kožnih oboljenja	<i>TBC, pemphigus vulgaris, lichen ruber planus, erythema multiforme, maligni i benigni tumri, Syndroma Reiter</i>
	Kod anomalija uretre	Strikture i divertikuli

* Simptomatski uretritis – oni uretritis kod kojih je inflamacija uretre i pojava uretralnog sekreta samo jedan od znakova nekog oboljenja

I Chlamidia trachomatis infekcija

Chlamidia trachomatis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gram – intracelularna bakterija ▪ Serotipovi: postoji 15; D i E izazivaju CTI ▪ <u>Specifičan životni ciklus:</u> Elementarno telo (<i>infektivno</i>, 350 mm) --transformiše se--> Inicijalno retikularno telo (<i>neinfektivno</i>, 1 mm, deli se binarnom fisijom) --> na kraju svakog ciklusa elementarno telo se oslobađa iz ćelije domaćina --> infekcija 					
Infekcija	<i>Seksualni kontakt ili perinatalno</i>					
Inkub. period	1 – 3 nedelje					
	Urethritis non-gonorrhoeica (UNG)		Endocervicitis mucopurulenta (EMP)			
Oboleli	Muškarci Najčešće homoseksualci između 15. i 25. godine, žive u dobrom uslovima, a često menjaju partnere		Žene Mlade, seksualno aktivne, koje češće menjaju seksualne partnere			
Manifestacije	<i>Serozni ili sluzav beličast ili zamućen, ponekad purulentan sekret</i> * Često je oskudan i javlja se samo ujutru		<i>Eritematozan i edematozan cervix uteri</i> koji krvari na dodir * Obično se detektuje tek pri pregledu			
Asimptomatska infekcija	Moguća		Moguća * I tada se na cerviku vidi zapaljenska reakcija			
Komplikacije	Aktivni epididimitis Uretralne strikture Prostatitis Proktitis		Akutni salpingitis (može dovesti do steriliteta) Postpartalni endometritis (ukoliko se javi u trudnoći) Negonokokna neonatalna oftalmija i neonatalna pneumonija			
Dijagnoza	Klinički + laboratorijski: <i>izolacija, kltivisanje, direktni i indirektni IF test, pravljenje razmaza uretralnog sekreta</i> (vide se polimorfonuklearni leukociti bez prisustva intracelularnih diplokoka)					
DD	Gonoreja ili UNG neke druge etiologije					
Lečenje						
Lek	Doza	Primena	Učestalost	Terapija izbora		
Doksiciklin	100 mg	<i>per os</i>	2 x dan, 7 dana			
Azitromicin	1 g	<i>per os</i>	Jedna doza			
Oksitetraciklin	500 mg	<i>per os</i>	4 x dan, 7 dana			
Ofloksacin	200 mg	<i>per os</i>	2 x dan, 7 dana			
Eritromicin	500 mg	<i>per os</i>	4 x dan, 7 dana			
Amoksicilin	500 mg	<i>per os</i>	3 x dnevno, 7 dana	Koriste se kao alternativa kod preosetljivosti na tetracikline i u trudnoći		

II Urethritis mycoplasmatica

Uzrokovači:		Inkubacioni period:		
Mikoplazme: <i>Mycoplasma hominis</i> i <i>Ureaplasma urealyticum</i>		10 dana (ali može od 2 -6 nedelja)		
Bojenje	Gram – bakterije	Manifestacije:		
Izgled	Kokobacila, diska, prstena ili končića	Sekret: slab ili oskudan, sluzav ili gnojav, bledo-žute boje, obično se javlja u jutarnjim časovima * Takođe se javljaju: svrab, žarenje ili pečenje pri mokrenju		
Veličina	0.1 – 0.7 mikrona	Tok		
Vrste	a)Animalne b)Humane – često se nalaze kod: • Žena koje boluju od <i>gonoreje</i> ili <i>trihomonijaze</i> • Muškaraca koji boluju od <i>prostatitisa</i> ili <i>cistitisa</i>	Bolest može poprimiti <i>hroničan karakter</i> kod osoba koje nisu adekvatno lečene ili ako se nisu istovremeno lečili seksualni partneri (izlečenog partnera ponovo zarazi neizlečeni)		
Dijagnoza:				
Fazni kontrastni mikroskop	Kultivisanje	Serologija		
Sekret uretre, mokraće, bris ili sekret genitalija --> postavljaju se na staklo --> boje se po Gramu ili Giemsai	Koriste se posebne veštačke podloge koje sadrže <i>bujon</i> , <i>konjski serum</i> , <i>ekstrakt kvasca</i> , <i>fenol crveno i</i> : <i>Ureu</i> – <i>U. urealyticum</i> <i>Agar</i> – <i>M. hominis</i>	Koriste se: Reakcija vezivanja komplementa Test aglutinacije Određivanje titra mikoplazmatskih antitela		
Diferencijalna dijagnoza				
Gonoroični i negonoroični uretritis druge prirode				
Lečenje:				
Lek	Doza	Primena	Učestalost	
Doksiciklin	100 mg	<i>per os</i>	2x dan, 7 dana	Lekovi izbora
Azitromicin	1g	<i>per os</i>	jedna doza	
Oksitetraciklin	500 mg	<i>per os</i>	4 x dan, 7 dana	
Ofloksacin	200 mg	<i>per os</i>	2x dan, 7 dana	
Eritromicin	500 mg	<i>per os</i>	4 x dan, 7 dana	Alternativa (preosetljivost i trudnoća)

III Trichomoniasis

Izazivač	Trichomonas vaginalis – protozoa (flagelata) * Kruškastog oblika, dužine između 15 i 30 mm, na prednjem delu poseduje 4 biča (flagele)	
Infekcija	<i>Seksualnim putem</i> (češće) ili <i>indirektno</i> : različitim predmetima, kupanjem u bazenima	
Inkubac. period	4 do 30 dana	
	Žene	Muškarci
Učestaost	Češće oboljevaju	
Manifestacije	Žućkasto-zelenkast penušav sekret neprijatnog mirisa Simptomi Svrab, pečenje i/ili bolovi u predelu vulve, perineuma, vagine ili uretre Dispareunija (bol tokom polnog odnosa) Disurija (bol pri mokrenju)	
Komplikacije	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vulva, perineum i natkolenice: <i>crveni</i> ▪ Labije: <i>otok</i> ▪ Zidovi vagine i cerviksa: <i>izrazito eritematozni + tačkaste maceracije</i> („<i>Jagoda</i>“) Daljim komplikovanjem mogu se javiti: Bartolinitis, skeneitis ili cistitis	Epididimitis ili prostatitis
Dijagnoza	Klinička + Laboratorijska: <i>nativni preparat, tamno polje, kultivisanje</i>	
DD	<i>Gonoreja i vulvovaginalna kandidijaza</i>	
Lečenje	Metronidazol: <i>per os + lokalno</i> Metronidazol: 250 mg/ <i>per os</i> , 3 x dan, 7 dana * <i>Minutni tretman</i> – lečenje samo jednom dozom leka – daje se 2 g metronidazola Kontraindikacija: trudnoća – tada se koristi klotrimazol (samo simptomatsko poboljšanje) * Dojiljama se daje metronidazol kao minutni tretman, ali ne smeju da doje 24h posle primljene terapije!	

7. Herpes genitalis

Herpes genitalis					
Izazivač	Herpes simplex virus DNK virus, veličine 200 nm; Umnožava se u jedrima epitelnih ćelija --> stvara tipične <i>intranuklearne inkluzije</i>	HSV tip 1	HSV tip 2		
		"Iznad struka"	"Ispod struka"		
		<i>HS labialis, HS facialis, Hs buccalis</i>	<i>HS genitalis HS glutealis</i>		
		Genitalna HSV 1 infekcija može nastati <i>orogenitalnim seksom</i> kada postoji asimptomatska salivarna infekcija	HSV 2 antitela su mnogo češća kod žena sa <i>karcinomom cerviksa uterusa</i> nego u kontrolnim grupama		
Prenošenje	Direktan kontakt	Seksualnim putem – za ovaj način prenošenja, naročito su značajni <i>asimptomatski prenosnici HSV</i>			
	Indirektno	Kapljičnim putem			
Oboleli	U uzrasnoj grupi od 18. do 30. godine, mnogo češće kod <i>heteroseksualaca</i> nego kod homoseksualaca				
Klinička slika					
	a. Primarni, inicijalni HG	b. Recidivantni HG			
Pojava	2- 21 dan nakon infekcije (inkubacioni period)	4 meseca nakon inicijalne infekcije (kasniji novi recidivi nastaju u razmaku od 6-8 nedelja)			
Prodromalni simptomi	<u>Opšti:</u> grozlica, glavobolja, mijalgije i opšta slabost <u>Lokalni:</u> bol, svrab i pečenje pri mokrenju + dizurija	Slabije izraženi i kraće traju: <i>Bol, svrab i žarenje</i>			
Limfne žlezde	Uvećane, čvrste i bolne na palpaciju	/			
Lokalizacija	Spoljašnje genitalije	Na mestu primarnog, inicijalnog HG			
Promene	Bilateralne	Unilateralne			
Izgled:	U vidu buketića, grupe (ili grupa); imaju svoju evoluciju: 1. Papule i vezikule ispunjene bistrim sadržajem 2. Pustule (nastaju iz papula i vezikula); međusobno se slivaju 3. Krov pustule prska --> erozija 4. Ukoliko dođe do sekundarne infekcije --> ulceracija 5. Dolazi do sasušivanja sekreta --> krusta 6. Potom dolazi do epitelizacije *Retko se stvara ožiljak	Mnogi pacijenti imaju samo prodrome, bez kožnih promena; Ukoliko se javе kožne promene, one su slične kao kod primarnog, samo blaže			
Izolacija HSV iz lezija	12 dana od početka infekcije	4 dana od pojave prvih vezikula			
Vreme trajanja	(od pojave prvih lezija do kompletne reepitelizacije) Žene: 19.5 dana; Muškarci: 16.5 dana	(od pojave prvih lezija do kompletne reepitelizacije) 10 dana			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primarni HG kod žena je uvek praćen sa HSV cervicitisom: <ul style="list-style-type: none"> • Cerviks uterusa: eritematozan sa ekstenzivnim ulceracijama ▪ Genitalna HSV infekcija se može manifestovati kao: <ul style="list-style-type: none"> • Recidivantni HSV cervicitis • HSV uretritis • HSV proktitis <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;">Javljuju se samostalno, bez promena na genitalijama!</div>					

Dijagnoza													
Histopatološki		Citodijagnostički Tzankov test			Identifikacija virusa								
<i>Intraepidermalne vezikule</i> <i>Balonska ili retikularna degeneracija</i> <i>Akantolitičke epidermalne ćelije</i> (višejedarne) <i>i/ili Tipična eozinofilna inkluziona telašca</i>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dno sveže vezikule --> uzima se bris --> preparat se boji po Giemsai ▪ Pozitivan test: prisustvo brojnih akantolitičkih ćelija sa jednim ili više jedara 			Vrši se kultivacijom ili direktnim imunofluorescentnim testom								
Diferencijalna dijagnoza													
<i>Sifilis, chranroid i lymphogranuloma venerum</i>													
Lečenje:													
Aciklovir – antiretrovirusni lek koji sprečava replikaciju virusa u inficiranoj ćeliji													
* Njegovom primenom smanjuje se trajanje inicijane akutne infekcije i redukuje se jačina naleta kod rekurentnih infekcija													
Lečenje primarnog herpes genitalisa				Lečenje recidivantnog herpes genitalisa									
Lek	Doza	Primena	Učestalost	Lek	Doza	Primena	Učestalost						
Aciklovir	200 mg	<i>per os</i>	5 x dan, 7-10 dana	Aciklovir	200 mg	<i>per os</i>	5 x dan, 5 dana						
Aciklovir	400 mg	<i>per os</i>	3 x dan, 7-10 dana	Aciklovir	400 mg	<i>per os</i>	3 x dan, 5 dana						
Valaciclovir	500 mg	<i>per os</i>	2 x dan, 7-10 dana	Valaciclovir	500 mg	<i>per os</i>	2 x dan, 5 dana						
Famciklovir	125 mg	<i>per os</i>	2 x dan, 7-10 dana	Famciklovir	125 mg	<i>per os</i>	2 x dan, 5 dana						
				* Terapija se savetuje samo kada su ispoljeni teški simptomi bolesti kao i kod pacijenata koji mogu da započnu terapiju u prvih 48h od pojave prvih simptoma bolesti									
Dodatno: <i>Prati lezije vodom i sapunom</i> Zabranjena primena kortikosteroida NIje potrebna terapija seksualnih partnera, ali se savetuje apstinencija!													

8. Condylomata acuminata

Condylomata acuminata (s. papillomata acuminata, anogenitalne bradavice)		
Izazivač		Epidemiologija:
Humani papiloma virus Virion (zrela virusna partikula):		Prenošenje <i>Polni kontakt, postoji mogućnost auto i heteroinokulacije</i>
Dijametar	50 – 55 nanometara	
Građa	Genom + Kapsid (sadrži 72 kapsomere)	
Podela	postoji 30 vrsta; oboljenja na genitalijama najčešće izazivaju: HPV 6, HPV 11, HPV 16 HPV 18	Najčešće oboljevaju: * Takođe može nastati kod dece: A. Posledica seksualne zloupotrebe deteta B. Prolaskom novorođenčeta kroz kontaminirani porođajni kanal
Tipovi	Komplikacija	
HPV 6, HPV 11, HPV 16	<i>Cervikalna intraepitelna displazija</i>	
HPV 6 HPV 16	<i>Vulvarna intraepitelna displazija</i>	
HPV 16	<i>Bowenoidna papuloza penisa I vulve</i>	
HPV 16 HPV 18	<i>Karcinomi cerviksa, uterusa I penisa</i>	
Klinička slika:		
Inkubacioni period	U intervalu od 3 nedelje do 1. godine	
Lokalizacija	Genitalije: <i>glans penisa, prepucijum, vulva, velike I male usne</i> Iterglutealna brazda, perianalno	
Klasične promene:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Početak: Papule</u>: <i>male, bradavičaste I bledožućaste</i> ▪ <u>Kasnije</u>: papule se izdužuju I dobijaju izgled papilomatoznih izraštaja sa <i>oštrim vrhom</i>; * Često su na peteljci! 	
Faktori koji favorizuju pojavu anogenitalnih bradavica	Trudnoća, primena kontraceptiva I pojačan vaginani sekret	
Tok	Može trajati nekoliko nedelja, meseci ili godina	
Pored klasičnih promena, mogu se videti :		
a. Promene nalik na "petlovu krestu"	b. Trudnoća	c. Condylomata gigantea Buschke-Lowenstein
Nastaju ukoliko su bradavice lokalizovane između dve površine koje se trlaju jedna o drugu --> promene postaju <i>pljosnate</i> I liče na krestu od petla	Promene se mogu menjati: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rastu do veličine pesnice ▪ Postaju <i>hiperplastične, karfiolaste mase</i> ▪ Imaju <i>neprijatan miris</i> 	Retka, tumorska forma oboljenja <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Lokalizacija</u>: <i>penis, ponekad vulva I anus</i> ▪ Brz I ekstenzivan rast --> <i>intenzivan bol, krvarenje, fistule, ulceracije I perforacije</i> ▪ Lokalno invazivne, ali ne daju metastaze!
Histologija:		
Epiderm		Derm
<i>Difuzna parakeratoza</i> <i>Filiformna papilarna epidermalna hiperplazija</i> <i>Zadebljanje I elongacija intraepidermalnih useka</i> <i>Perinuklearna vakuolizacija</i>		Edem Dilatirani kapilari Mononuklearni ćelijski infiltrat
Dijagnoza		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Klinička slika</u> – obično dovoljna za dijagnozu ▪ <u>Histopatološka analiza</u> – koristi se za svaku atipičnu formu koja traje dugo ▪ <u>Elektronska mikroskopija</u> – može se koristiti za otkrivanje virusa ▪ <u>Imunohistohemijske metode I tehnika DNK hibridizacije</u> – za dokazivanje virusnih antigena 		
Diferencijalna dijagnoza:		
<i>Condilomata lata, kod gigantskog oblika isključiti Karcinom</i>		

Lečenje		
a. Lokalna terapija	b. Destrukcija	c. Ostalo
Citotoksični agensi: podofilin I podofilotoksin DNK inhibitori: 5- fluroacil	Elektrokauterizacija Krioterapija: tečni azot, CO₂ CO ₂ laseri	Oralni retinoidi Interferoni: <i>intralezionali ili sistemski</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podofilotoksin ima prednosti nad podofilinom: nije mutagen, lako se čuva i aplikuje, ne dovodi do pojave lokalnih i sistemskih neželjenih reakcija ▪ Kombinacija: Krioterapija + Podofilin/ podofilotoksin – daju bolje rezultate u odnosu na monoterapiju ▪ Potrebna je istovremena terapija seksualnih partnera! 		

9. Sindrom stečene imunodefijencije

Sindrom stečene imunodefijencije – AIDS (acquired immunodeficiency syndrome)									
Predstavlja terminalni stadijum infekcije koju izaziva HIV virus									
Izazivač:		Izvor infekcije:							
HIV virus – virus humane imunodefijencije		Bolestan ili virusom zaražen čovek kao i virusom zaražene telesne tečnosti: krv, <i>sperma, vaginalni sekret, mokraća,</i> <i>pljuvačka, mleko, suze</i>							
Klasifikacija	Retrovirus (RNK virusi)	Način prenošenja:							
Građa	<p>-<u>Nukleoproteinsko jezgro</u>: čine ga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genom virusa : jednolančana RNK • Enzim <i>reverzna transkriptaza</i> – prevodi virusnu RNK u DNK koja se potom inkorporira u genom domaćina • Kapsid: čine ga tri glavna proteina: p 24, 17 i 15 <p>-<u>Dvoslojna lipidna membrana</u> - nalazi se oko jezgra</p>	<p>Interhumano:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seksualni kontakt: <i>homoseksualni, biseksualni, heteroseksualni</i> 2. Hematogeno: <i>transfuzija zaražene krvi ili korišćenje kontaminiranih špriceva i igala</i> (njačeće intravenski narkomani) 3. Sa inficirane majke na dete: <i>transplacentalno – in utero, na porođaju ili tokom dojenja</i> <p>Rizik od infekcije HIV-om</p>							
Veličina	100 – 140 nm	2-6 x veći, ukoliko osoba ima još neku STD; naročito ukoliko su to genitalne ulceracije!							
Podela	<table border="1"> <tr> <td>HIV 1</td> <td>Glavni uzročnik oboljenja</td> </tr> <tr> <td>HIV 2</td> <td>Otkriven nešto kasnije, kod pacijenata iz zapadne afrike, ali se danas proširio i na druge delove sveta * Manje je patogen i dovodi do sporijeg toka bolesti</td> </tr> <tr> <td>HIV 0</td> <td>Kod pacijenata iz Kameruna, smatra se da je varijanta HIV 1 virusa * Koinfekcija HIV 1 i HIV 2 moguća, mada infekcija HIV 1 virusom omogućava i zaštitu od HIV 2 superinfekcije!</td> </tr> </table>	HIV 1	Glavni uzročnik oboljenja	HIV 2	Otkriven nešto kasnije, kod pacijenata iz zapadne afrike, ali se danas proširio i na druge delove sveta * Manje je patogen i dovodi do sporijeg toka bolesti	HIV 0	Kod pacijenata iz Kameruna, smatra se da je varijanta HIV 1 virusa * Koinfekcija HIV 1 i HIV 2 moguća, mada infekcija HIV 1 virusom omogućava i zaštitu od HIV 2 superinfekcije!	Patogeneza	
HIV 1	Glavni uzročnik oboljenja								
HIV 2	Otkriven nešto kasnije, kod pacijenata iz zapadne afrike, ali se danas proširio i na druge delove sveta * Manje je patogen i dovodi do sporijeg toka bolesti								
HIV 0	Kod pacijenata iz Kameruna, smatra se da je varijanta HIV 1 virusa * Koinfekcija HIV 1 i HIV 2 moguća, mada infekcija HIV 1 virusom omogućava i zaštitu od HIV 2 superinfekcije!								
Target ćelije	<p>Sve ćelije koje na svojoj površini imaju CD4 receptore: <i>T-helper limfociti (CD4), makrofagi, monociti</i> kao i <i>mikroglije</i> (specijalizovani makrofagi CNS-a) --> HIV ima limfotropna i neurotropna svojsva</p> <p>* Pored CD4, smatra se da su za patogenezu bitni i: CCR5 i CXCR4 (fuzin)</p>								
Infekcija	<p>Na genitalnoj i/ili rektalnoj mukozi se nalazi veliki broj ćelija sa CD4 receptorima --> virus inficira ove ćelije --> ovako inficirane, ćelije migriju u limfne čvorove:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Virus se <i>aktivno replikuje</i> --> dolazi do njegove <i>diseminacije</i> --> javlja se <i>serokonverzija</i> ▪ Pošto se razvio imunski odgovor --> nivo virusa dramatično opada --> razvila se Latentna faza: u ovoj fazi nivo virusa je nizak, ali se on i dalje replikuje ▪ Replikacijom, virus oštećuje CD4 ćelije --> vremenom se smanjuje broj CD4+ limfocita --> kada njihov broj padne ispod kritičnog nivoa (ispod 400/mm) --> javlja se AIDS: klinički se manifestuje <i>oportunističkim infekcijama i tumoirma</i> 								
Drugi faktori	<p><i>Genetska predispozicija, različiti HLA tipovi</i> <i>Konkurentne polne infekcije, uzrast</i> <i>Doza inokulum, način ekspozicije, vrsta HIV virusa</i></p>								
	<p>} Takođe su ključni u razvoju i daljem toku HIV-a</p>								

Klinička slika:

Raznovrsna i podeljena je u nekoliko grupa; kategorije su definisane brojem CD4/mm³ i kliničkim manifestacijama
Kada je kod pacijenta jednom dijagnostikovana kategorija B, on ostaje u toj kategoriji i smatra se da progredira u kategoriju C

	Kategorije		
Broj CD4:	Kategorija A	Kategorija B	Kategorija C
> 500/mm ³	A1	B1	C1
200-499/mm ³	A2	B2	C2
< 200/mm ³	A3	B3	C3
Manifestacije	Asimptomatska HIV infekcija Perzistentna generalizovana limfadenopatija (PGL) Akutna (primarna) HIV infekcija	<i>Bacilarna angiomatoza</i> <i>Orofaringealna kandidijaza</i> <i>Vulvovaginalna kandidijaza, česti recidivi, slab terapijski odgovor</i> <i>Cervikalna displazija</i> <i>Oral hairy leukoplakia</i> <i>Herpes zoster, najmanje 2 recidiva, zahvaćena bar 2 dermatoma</i> <i>Idiopatska trombocitopenična purpura</i> <i>Listerioza</i> <i>Inflamatorno oboljenje karlice</i> <i>Periferna neuropatija</i>	<i>Kandidijaza bronhija, traheje, pluća, ezofagusa</i> <i>Kancer cerviksa, invazivni Kokcidiomikoza, diseminovana ili ekstrapulmonalna</i> <i>Kriptokokoza, ekstrapulmonalna</i> <i>Citomegalovirusne infekcije, isključujući jetru, slezinu ili limfne čvorove</i> <i>Citomegalovirusni retinitis</i> <i>Encefalopatija udružena sa HIV</i> <i>Herpes simplex: hronične ulceracije koje traju više od 1 mesec; ili bronhitis, pneumonitis, ezofagitis;</i> <i>Histoplazmoza, diseminovana ili ekstrapulmonalna</i> <i>Isosporijaza, hronična intestinana koja traje više od jedan mesec</i> <i>Kapoši sarkom</i> <i>Lymphoma burkitt,</i> <i>Imunoblastični limfom</i> <i>Mycobacterium avium kompleks ili M. kansasii, disemonovana ili ekstrapulmonalna</i> <i>M. Tuberculosis, pulmonalna ili ekstrapulmonalna</i> <i>Pneumocystis carinii pneumonia</i> <i>Leukoencefalopatija, progresivna, multifokalna</i> <i>Salmonella septikemija, recidivantna</i> <i>Toksoplazmoza mozga</i> <i>Wasting syndrome u toku HIV</i>

Klinička slika primarne HIV infekcije:

Opšte manifestacije	Promene na koži	Gastrointestinalni trakt	Neurološke manifestacije
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ↑ temperatura ▪ Faringitis ▪ Artralgija ▪ Mijalgija ▪ Letargija/slabost ▪ Anoreksija, gubitak kg 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Makulopapulozni egzantem: simetrično, zahvata lice, trup, dlanove i tabane ▪ Rozeoliformni egzantem ▪ Urticaria ▪ Alopecia ▪ Muko-kutane ulceracije 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oralna kandidijaza ▪ Muka/povraćanje ▪ Hepatitis 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Glavobolja ▪ Aseptični meningitis/ encefalitis ▪ Neuropatijske radikulopatijske

Promene na koži udružene sa AIDS-om

Kožna oboljenja koja su udružena sa HIV –om su obično: *atipične, težeg kliničkog toka, eksplozivne, ekstenzivne i slabo reaguju na uobičajenu terapiju*; to mogu biti:

		Izrazito agresivan sa visokom stopom mortaliteta						
1. Tumori	Kaposi sarcoma	Lokalizacija	Bilo gde na koži, oralnoj sluzokoži ili visceralnim organima					
		Promene na koži:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Početak: Makule</u> – svetlo ružičaste do braonkasto-mrke ▪ <u>Dalji tok: Makule</u> – postaju tamnije, dobijaju purpurnu boju; umnožavaju se, uvećavaju i izdužuju ▪ <u>Uznapredovao stadijum:</u> makule prelaze u purpurne plakove, noduse ili tumore 					
		Lymphoma	Može se javiti kao <i>non-Hodgkin</i> ili <i>Hodgkin</i> Na koži se javljaju papule i nodusi					
	Spinocelularni Ca	Može da zahvati kožu i sluzokožu (oralnu i analnu)						
	Bazocelularni Ca	Najčešće se manifestuje u vidu multiplih tumorâ						
2. Virusne infekcije		Lokalizacija	Promene	Tok	Lečenje			
	Herpes simplex	Diseminovane	Ulcerozne Teško zarastaju Bolne (naročito ako su <i>perianalno</i>)	Česti recidivi	Rezistencija na terapiju (aciclovir)			
	Molluscum contagiosum	Lice, a zatim se šire na kapilicijum	Umbiikovane papule , brojne, većih dimenzija	/	Rezistencija na terapiju			
	Herpes zoster	Diseminovane, zahvataju > od 1 dermatoma	Nekrotične Ulcerozne Gangrenozne promene	Težak, ponekad hroničan	/			
	Verrucae vulgaris i Cond. acuminata	Diseminovane	Većih dimenzija	/	Rezistencija na terapiju			
	Virusna leukoplakija	Bočne strane jezika, ili bilo gde u usnoj duplji	Plakovi (ploče): beličaste, filiformne (dlakave), vertikalne, linearne	/	/			
* Naziva se još i Oral hairy leukoplakija , nastaje usled kombinovane infekcije Epstein-Bar virusa i HPV i patognomonična je kod HIV + pacijenata; često udružena sa oralnom kandidijazom								
3. Bakt. infekcije	Syphilis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ HIV pacijenti često imaju <i>superinfekciju T.Pallidum</i> ▪ Manifestacije II stadijuma sifilisa: <i>atipične</i>; ▪ Pustulo-ulcerozni sifilidi (<i>lues maligna, syphilis rupioides</i>) – najčešće se javlja ▪ Pacijenti obično <i>dobro</i> odgovaraju na terapiju Penicilinom, ali ponekad adekvatne doze ne dovode do izlečenja 						
	Tuberculosis cutis	Može biti <i>diseminovana</i> i izazivaju je <i>atipične mikobakterije: M. avium-intracelulare</i> Na koži se javljaju: nodusi, ulceracije, ektimatoze						
	Ostale infekcije	Oportunističke infekcije + česte infekcije <i>Stafilocokama i streptokokama</i> --> ektima, celulitis, apscesi, impetigo, folikulitis, SSSS, bacilarne epiteloidne angiomatoze						
4. Glijivične infekcije	Candidiasis	Mogu se javiti: <i>oralna, ezofagealna ili diseminovana kandidijaza</i> (infekcija se širi na tanko i debelo crevo i anus); takođe se mogu javiti infekcije <i>kandidomicetične infekcije nokata</i>						
	Tinea superficialis	Javljuju se na koži: <i>lica, tela i stopala</i> (ovde su često hiperkeratotične forme)						
	Cryptococcosis	Izazivač: <i>cryptococcus neoformans</i> ; Obično <i>sistemska</i> --> može zahvatiti CNS i pluća --> potencijalno fatalna; Koža: promene slične molluscum contagiosum ;						
	Histoplasmosis	Koža: brojni papulonekrotični plakovi na trupu i ekstremitetima ili <i>diseminovane papule sa centralnim keratotičnim čepom</i>						

5. Parazitarna oboljenja	Scabies	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erupcija može biti atipična, sa teškom kliničkom slikom ▪ Krustozni skabijes (scabies norvegica) – vrlo se često javlja; 		
6. Epidermalna proliferativna oboljenja	Dermatitis seborrhoica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Može biti inicijalna manifestacija HIV-a ▪ <u>Promene: ekstenzivne erupcije</u> sa pojavom <i>eritema i debelih, masnih žućkasto-crvenkastih skvama</i> ▪ <u>Lokalizacija: kapilicijum, lice, aksile, prepone i genitalije</u> (istovremeno) 		
	Psoriasis vulgaris	Ako se javi kod pacijenata koji su već bolovali od psorijaze, recedivi su <i>ekstenzivni</i> ; Može doći do pojave psoriasis guttata i psoriasis palmo-plantaris		
	Icthyosis acquisita	Koža: suva + ihtioziformne skvame na donjim ekstremitetima Može biti udružena sa keratodermijom na dlanovima i tabanima		
7. Neželjene reakcije na lekovе	<p>Javljuju se posle primene <i>sulfo-preparata i penicilina</i> Manifestuju se u vidu: <i>akutnog, generalizovanog makulopapulognog egzantema, erythema exudativum multiforme</i> i <i>Stiven Johnson syndroma</i></p>			
Tok i prognoza				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prosečno vreme od infekcije do pojave AIDS-a je 10 godina ▪ Starije osobe i neonatusi koji se inficiraju in utero mnogo brže razvijaju AIDS ▪ Postoji izvestan broj pacijenata koji su inficirani, ali ne oboljevaju od AIDS-a ▪ Kada se razvije AIDS: $\frac{1}{2}$ pacijenata umire u roku od godinu dana, a $\frac{3}{4}$ u toku 4 godine 				
Dijagnoza				
A. Serološka dijagnostika:		B. Imunološko ispitivanje		
A. Testovi za detekciju antitela (PIA, EIA): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Otkrivaju 1 ili više antitela, a najčešće anti-HIV At prema proteinu omotača (gp 120) ▪ Ova antitela se najčešće razvijaju 6 nedelja od infekcije ▪ Ukoliko je rizik za HIV infekciju: <ul style="list-style-type: none"> a) <u>Nizak</u>: infekcija se isključuje ukoliko su testovi negativni 3 meseca b) <u>Visok</u>: testovi se ponavljaju u toku 6 meseci B. Testovi za detekciju antigena: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Testovi: EIA za p24 antigen i PCR za RNK genom HIV-a ▪ Korisni, jer mogu da detektuju antigene HIV-a, pre nego što se stvore antitela (serokonverzija) ▪ Testovi pokrivaju HIV1,2 i 0 		<p>Dokazuje se:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ↓CD4⁺ limfocita: < od 400/mm³ ▪ ↓ indeks CD4/CD8 limfocita: ispod 1,2 ▪ ↓ ili odsustvo odgovora na ubikvitarnе antigene ▪ Nesposobnost stvaranja i odgovora na IL-2 ▪ Smanjeno stvaranje interferona ▪ Limfopenije ▪ Leukopenije 		
Lečenje				
<p>Danas se koriste:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inhibitori nukleozidne reverzne transkriptaze: zidovudin, zalcitabin, didanosin, lamivudin, stavudin ▪ Inhibitori proteinaza: indinavir, ritonavir, nefinavir, sakvinavir ▪ Inhibitori nenukleozidne reverzne transkriptaze: nevirapin, delavirdin, lovirid <p>* Najteže se leče tumori udruženi sa HIV-om --> oni su najčešći uzrok smrti pacijenta!</p>				