**Секція 2. Актуальні проблеми практичної медицини**

**Гончарова И.Н.**, кандидат медичних наук, доцент кафедри дерматології, венерології та СНІДу

*Харківський національний медичний університет*

*м. Харків, Україна*

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОГО ГИПЕРКЕРАТОЗА**.

Знание данного материала имеет большое практическое значение не только в работе врача дерматолога, но и полезно врачам других специальностей (хирургам, педиатрам). Термин гиперкератозы является симбиозом двух греческих слов – “hyper” (много) и “keratosis” (кератин). Наиболее часто развивается утолщение рогового слоя кожи ладоней и подошв, известное под названием кератодермий.

Среди причин возникновения данных заболеваний выделяют две группы- внешние (экзогенные ) и внутренние (эндогенные). [3,11]. К **внутренним** причинам относятся: системные патологии организма (сахарный диабет, псориаз, ихтиоз), нарушения кровообращения в различных участках тела (варикозное расширение вен, облитерирующий атеросклероз), гипо- или авитаминозы. К **внешним** причинам относятся: длительная ходьба, тесная и неудобная обувь, большая масса тела, деформация стопы, наследственные факторы.

По характеру клинической картины кератодермии могут быть диффузными, со сплошным поражением всей поверхности ладоней и подошв ( кератодермии Унны-Тоста, Меледа, Папийона- Лефевра и др.) и локализованными, при которых участки избыточного ороговения располагаются очагами (кератодермия Сименса, кератодермия линейная Фукса, кератодермия Бушке-Фишера-Брауэрв и др.) [2,120].

**Кератодермия Унны-Тоста** ( кератома врожденная ладонно-подошвенная) – распространенная форма наследственной диффузной кератодермии, для которой характерен кератоз ладоней и подошв без перехода на другие участки кожи. Наследуется по аутосомно-доминантному типу. Заболевание проявляется в первые годы жизни в виде легкого утолщения кожи, постепенно к 4 – 5 годам кератоз нарастает. Заболевание характеризуется массивным сплошным ороговением ладоней и подошв. Роговые наслоения гладкие, толстые, желтого цвета, нередко с трещинами. Характерным признаком является узкая полоса ливидного цвета на границе со здоровой кожей. Наблюдается гипергидроз. Ногти могут быть утолщены, деформация ногтей с гребешками на их поверхности, возможны остеопороз и остеолизис фаланг.

**Кератодермия Меледа** ( кератоз наследственный трансградиентный) – форма диффузной кератодермии, отличающаяся переходом кератоза с ладонно-подошвенных поверхностей на тыл кистей, стоп, области локтевых, коленных суставов ( трансградиентный кератоз). Впервые описан среди кровных родственников населения острова Меледа. Первые проявления болезни возникают в детском возрасте в виде стойкой эритемы с шелушением кожи ладоней и подошв. В дальнейшем ороговение усиливается, к 15-20 годам видны массивные роговые наслоения желто-коричневого цвета, гипергидроз, поверхность очагов кератоза влажная , с черными точками выводных протоков потовых желез. Характерны сочетания с атопической экземой, возможно осложнение процесса пиококковой инфекцией, дистрофия ногтей др.

**Кератодермия диссеминированная Бушке-Фишера –Брауэра**- наиболее распространенная форма очаговой наследственной кератодермии. На коже ладоней и подошв появляются роговые узелки – «жемчужины» величиной от 2 до 10 мм в диаметре, которые превращаются в плотные роговые желтовато –коричневые пробки с кратерообразным краем. При отторжении центральных роговых масс остается углубление. Узелки местами располагаются внутрикожно, местами же возвышаются над окружающей поверхностью. На ощупь они тверды, спаяны с близлежащими частями и малочувствительны. Узелки располагаются изолированно или группами, и при проведении рукой по их поверхности возникает ощущение грубой терки. При ходьбе чувствуется болезненность, ощущение хождения по камням. На подошвах гиперкератотические высыпания преимущественно располагаются на местах, больше подвергающихся травматизации (на пятках). Влажность кожи ладоней и подошв повышена. Ногти без изменений.

**Кератодермия Папийона – Лефевра** – наследственная диффузная кератодермия, сочетающаяся с парадонтозом и пиогенными инфекциями кожи и десен. Тип наследования аутосомно-рецессивный. Наблюдаются снижение функции щитовидной и поджелудочной желез, нарушение функциональной активности лейкоцитов. На коже ладоней и подошв наблюдаются роговые наслоения, интенсивность которых постепенно увеличивается. Участки кератоза иногда выходят за пределы ладоней и подошв на тыл кистей и стоп, область пяточного сухожилия. Наблюдается гипергидроз. Ногти тусклые, ломкие. Волосы не изменены.

**Кератодермия очаговая Сименса ( Сименса синдром)** – редкая форма наследственной очаговой кератодермии. Тип наследования аутосомно-доминантный. Заболевание проявляется чаще в 4-5 лет. Затем развиваются очаги кератоза от 1 до 5 см в местах наибольшего давления на коже ладоней и подошв, затрудняющие ходьбу и сопровождающиеся болезненностью. Возможны краевые линейные участки ороговения латеральных поверхностей стоп.

**Кератодермия линеарная Фукса** - форма наследственной очаговой кератодермии, отличающаяся симметричными линеарными участками кератоза ладоней и подошв. Тип наследования аутосомно-доминантный. Наблюдаются островки роговых наслоений вытянутой (линеарной) формы на коже ладоней и подошв, а также в виде роговых гребней вдоль сухожильных влагалищ, выступающих над уровнем окружающей кожи; поверхность их изборождена мелкими и глубокими трещинами.

**Кератодермия краевая ладоней Рамос-и-Сильвы** – форма приобретенной ограниченной кератодермии, которая проявляется роговыми наслоениями по краю ладонных поверхностей. Развивается у больных со злокачественными новообразованиями внутренних органов, артритами, при нарушениях функции половых желез.

**Кератодермия климактерическая** – форма приобретенной диффузной кератодермии, развивающаяся у женщин в климактерическом периоде. Развитию заболевания способствуют эстрогенная недостаточность, снижение функциональной активности щитовидной железы. Первые симптомы болезни появляются на 5-м десятилетии жизни в виде эритемы на коже подошв. Количество роговых масс постепенно нарастает, появляется болезненность при ходьбе, зуд. Затем роговые наслоения появляются на ладонях. Наблюдается ухудшение в зимнее время года.

**Кератодермия эпидермолитическая** – очень редкая форма наследственной диффузной кератодермии. Мужчины и женщины болеют одинаково часто. Тип наследования аутосомно-доминантный. Заболевание прогрессирует постепенно.Гипергидроз отсутствует ,волосы, ногти, не изменены [1,128].

**Диагностика:** Диагностика кератодермий основывается на особенностях клиники и симптомах сопутствующих заболеваний. Дифференциальный диагноз проводят с омозолелостями, ладонно-подошвенным псориазом, ороговевающей экземой и вульгарным аутосомно-доминантным ихтиозом. [4,306].

**Лечение**

Лечение пациентов может быть местным и/или системным. При наследственных формах лечение только симптоматическое. Пациентам с приобретенными формами следует ограничить или устранить воздействие провоцирующих факторов (инфекции, токсины), назначают кератолитики, солевые ванны.

Регулярное использование теплых ручных и ножных ванн с добавлением соды, соли, отрубей очищает и увлажняет области ороговения. Это облегчает механическое удаление гиперкератоза. После бальнеотерапии необходимо использовать мази на основе мочевины, которые улучшают гидратацию кожи и оказывают кератолитический эффект ( мочевину можно сочетать с молочной кислотой, витамином А, хлоридом натрия). При климактерической кератодермии используют также 0,05% эстрадиоловый крем. Ретиноиды ( тигазон,неотигазон), витамин А (аевит), ангиопротекторы ( теоникол, трентал ).

При болезненных поражениях кожи стопы для защиты участка ороговения могут дать облегчение и способствовать улучшению мягкие прокладки, протекторы, которые рекомендуются ортопедами для коррекции положения стопы или отдельных ее частей.

Литература:

1. Вулф К. Дерматология по Томасу Фицпатрику / К. Вулф, Р.Джонсон,Д.Сюрмонд. - Второе русское издание. Пер.с англ.-М.,»Практика»,2007.1248с.,с.128-129.

2. Иванов О.Л. Кожные и венерические болезни . Справочник / О.Л. Иванов Справочник - М.: Медицина,1997.-352с.с.120-122.

3. Потоцкий И.И. Гиперкератозы / И.И.Потоцкий. – Киев, “Здоров'я”,1977 . - 151 с. с.11-24.

4.Скрипкин Ю.К. Руководство по детской дерматовенерологии / Ю.К. Скрипкин, Ф.А.Зверькова, Г.Я.Шарапова,А.А. Студницин – Л.: Медицина , 1983. 480 с., 306-310 с.