

KRZYSZTOF KUMAŃSKI, ANTONI PISARSKI

*Miejski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień*  
*Niciarniana 41, 92-320 Łódź*  
*E-mail: mopitu@hot.pl*

## UZALEŻNIENIE ALKOHOLOWE A CHOROBY SKÓRY

### WSTĘP

Jak wiadomo alkohol jest trucizną, której działanie zależy przede wszystkim od ilości jego spożycia. Efektem krańcowego przedawkowania mogą być skutki śmiertelne. Jednocześnie alkohol uważany jest za narkotyki analogiczny do innych substancji psychoaktywnych zmieniających świadomość, gdyż efekty jego stosowania okazują się podobne do skutków działania innych narkotyków.

Tak więc należy stwierdzić, że spożywanie alkoholu, zwłaszcza w okresie przewlekłej intoksykacji, stwarza ogromne zagrożenie dla zdrowia i życia człowieka i w znacznej mierze przyczynia się do powstawania wielu chorób, w tym chorób skóry (KINNEY i LEATON 1996).

Ludzie uzależnieni, to niejednorodna pod względem przyczyn i problemów związanych ze stosowaniem substancji psychoaktywnych, populacja pacjentów. Mają oni z reguły słabą motywację do zmiany sposobu funkcjonowania w życiu osobistym, pozostają w złym stanie zdrowia, żyją w trudnych warunkach socjalnych, są często bezdomni, najczęściej bezrobotni, mają za sobą szereg nieskutecznych prób leczenia. Z drugiej strony, problemy związane z uzależnieniem są stale obecne w życiu grupowym człowieka, poczynając od ryzykownego dla zdrowia picia alkoholu, poprzez stosowanie dopingu czy innych substancji psychoaktywnych. Pacjenci-alkoholicy doświadczają tego *continuum* przez cały okres swego życia, co w znacznej mierze przyczynia się do rozwoju różnych chorób współistniejących z chorobą alkoholową.

Analizując z perspektywy zdrowia publicznego grupę alkoholików obserwujemy, że liczba osób pijących nałogowo waha się od 5 do 7% populacji. Uzależnieni stanowią ok. 2–3%, natomiast dorośli i dzieci żyjący w otoczeniu alkoholika to ok. 3–4% populacji, przy czym 66% tych ostatnich doświadcza różnych form przemocy związanej z piciem alkoholu.

Alkohol jest odpowiedzialny za ponad 12% przedwczesnych zgonów i niepełnosprawności fizycznej wraz z inwalidztwem u mężczyzn oraz około 2% u kobiet.

Niektóre wskaźniki obrazujące zakres tego zjawiska w tak modelowym mieście jak Łódź, liczącym 600 tysięcy mieszkańców, przedstawiają się następująco: liczba osób uzależnionych od alkoholu to 2–3% populacji (ok. 20 tys. osób), dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice,) to około 4% populacji (około 32 tys. osób), dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików to około 4% populacji (około 32 tys. osób), osoby pijące nałogowo to 5–7% populacji (ok. 50 tys. osób), ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym, to  $\frac{2}{3}$  osób dorosłych i  $\frac{2}{3}$  dzieci z tych rodzin (ok. 40 tys. osób).

Łącznie, liczbę osób dotkniętych problemami alkoholowymi w Łodzi, szacuje się na około 130 tysięcy jej mieszkańców. W Zakładzie Psychoterapii Uzależnień (ZPU) Miejskiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień (MOPiTU) im. Bł. R. Chylińskiego w Łodzi, zarejestrowanych było w 2008

r. prawie 11 tys. osób uzależnionych i współuzależnionych. W 2009 r. zarejestrowano około 700 pacjentów „pierwszorazowych”, podejmujących leczenie w ramach proponowanej oferty terapeutycznej (przy średniej wieloletniej 850). Do Zakładu Medycyny Uzależnień (ZMU) tego ośrodka trafia rocznie 13–15 tysięcy osób, a więc miesięcznie 1.000–1.100, dziennie od 30 do 50 pacjentów. Większość z nich stanowią mężczyźni (88%), osoby niepracujące (90%), przebywające w tej placówce więcej niż dwa razy w skali roku (60%). Blisko 65% z nich to osoby przywiezione do ZMU bezpośrednio z ulicy, a ponad 40% ich liczby wchodziło w konflikt z prawem.

Obserwacje pacjentów leczonych w Miejskim Ośrodku Profilaktyki i Terapii

Uzależnień w Łodzi wskazują, że najczęściej leczą się mężczyźni chorzy, palacze tytoniu, osobnicy w wieku 30-50 lat, bezrobotni, bezdomni, w bardzo małym stopniu przekonani o konieczności podjęcia terapii.

Powyższe dane pozwalają zaklasyfikować pacjentów ZMU jako grupę społeczną wysokiego ryzyka, obciążoną chorobami i związaną z licznymi patologiami życia społecznego. Do najczęściej obserwowanych u nich schorzeń należy zaliczyć odmrożenia, zranienia i urazy, cukrzycę, nadciśnienie, chorobę niedokrwienną serca, astmę oskrzelową, choroby naczyń obwodowych, napady padaczkowe, krwotoki w obrębie OUN, choroby skóry oraz choroby pasożytnicze.

#### CHOROBY SKÓRY A ALKOHOL

Analiza synergizmu występowania schorzeń skóry z uzależnieniem od alkoholu wydaje się interesująca. Alkohol jako trucizna, w znacznej mierze przyczynia się do powstawania licznych schorzeń narządowych, a co za tym idzie, w dalszym etapie, do schorzeń uogólnionych. Skóra, jako narząd obronny i ochronny, oddzielający organizm od świata zewnętrznego, jest obszarem szczególnie narażonym na czynniki zewnętrzne i na patogenne czynniki wewnętrzne, a zmiany w niej obserwowane mogą być analizowane jako objaw destrukcji całego ustroju w wyniku przewlekłej choroby alkoholowej.

Schorzenia skóry u pacjentów uzależnionych podzielić zatem należy na schorzenia endogenne oraz egzogenne.

Jest oczywiste, że występowanie schorzeń zapalnych o charakterze zewnątrzpochodnym, wywołanym przez mikroorganizmy lub czynniki fizyczno-chemiczne, może doprowadzić do uogólnionej choroby całego organizmu. Patogeny chorobotwórcze takie jak wirusy, bakterie czy grzyby mogą prowadzić nie tylko do miejscowych schorzeń skóry, ale ze względu na toksyczność, także do uogólnionych układowych chorób zakaźnych. Nieuszkodzona skóra uniemożliwia wtargnięcie patogenów do organizmu. Jednak u osób uzależnionych, ze względu na łatwość tworzenia się wrót zakażenia, proces chorobowy może rozprzestrzeniać się szybko. Powstające obrazy kliniczne choroby są zależne nie tylko od rodzaju, właściwości i agresywności danego czynnika chorobotwórczego, lecz również

od możliwości obronnych ustroju, a zwłaszcza od ich potencjału tak swoistego, jak i nieswoistego. Wiadomo jest powszechnie, że obronny charakter skóry zależny jest właśnie od możliwości obronnych całego ustroju. Przewlekłe nadużywanie alkoholu prowadzi do znacznego obniżenia tej odporności, co jest przyczyną wielu chorób towarzyszących uzależnieniu.

Choroby zakaźne skóry, spotykane w naszej praktyce lekarskiej, można zasadniczo podzielić na dwie grupy:

- miejscowe choroby zakaźne – szerzenie się przez „ciągłość”, przeważnie z powodu obniżonej odporności oraz braku higieny;
- zakażenia ogólnoustrojowe – szerzenie się drogami krwionośnymi lub włóknami nerwowymi, przy obniżonej odporności.

Zakażenia skóry są wywołane m.in. przez bakterie Gram-ujemne, takie jak *Proteus*, *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Escherichia coli*. Nagminnie występują one u pacjentów przyjmowanych do MOPiTU ZMU. Osoby te, długotrwale przebywając w niesprzyjających warunkach środowiskowych bez dostępu do zaspokojenia podstawowych potrzeb higienicznych, dotknięte są szczególnie schorzeniami wywołanymi przez te rodzaje flory bakteryjnej.

Objawami klinicznymi obserwowanymi najczęściej są stany przewlekłej maceracji skóry oraz stan zapalny z nadżerkami w przestrzeniach międzypalcowych stóp, dłoni, okolic pach oraz pachwin, a także w wyniku przeczosów (powierzchniowe ubytki skór-

ry), również w miejscach przylegania odzieży, tj. na udach, barkach, ramionach. Często na ten obraz kliniczny nakłada się zakażenie grzybicze w okolicy stóp, co powoduje konieczność leczenia skojarzonego. Czynnikiem sprzyjającym szerzeniu się zakażenia jest fatalny stan higieniczny pacjenta, a maceracja skóry w wyżej opisanych obszarach jest wynikiem przebywania chorego przez wiele dni w tej samej brudnej odzieży oraz brak możliwości umycia się, m. in. w okolicach przestrzeni międzypalcowych stóp. W wyniku długotrwałego przebywania w obuwiu i nie zdejmowania go nawet do snu lub używania obuwia zakażonego, procesy te niebezpiecznie się pogłębiają. Miejscowe osłabienie odporności, takie jak atopowe zapalenie skóry czy wyprysk kontaktowy, to powszechne zmiany skórne u tych pacjentów, przyczyniające się do szerzenia zakażenia. Mechaniczne uszkodzenia skóry są również bardzo istotnym czynnikiem chorobotwórczym, a częstą infekcją im towarzyszącą jest gram ujemne zapalenie mieszków włosowych.

Leczenie w MOPiTU ZMU, to przede wszystkim leczenie miejscowe, ukierunkowane na poprawę stanu higienicznego, kąpiele, zmiany odzieży oraz działania skojarzone przeciwbakteryjne i przeciwgrzybicze.

#### GRZYBICE SKÓRY

Grzybice skóry potrafią być bardzo groźne w żmudnym i długotrwałym leczeniu.

Większość zakażeń grzybiczych szerzy się przez kontakt z zarażonymi ludźmi, zwierzętami lub roślinami. Przewlekłe chorobowe zmiany skórne, jednak bez wystąpienia istotnych objawów chorobowych, mogą być spowodowane także przez grzyby saprofityczne. Uszkodzenia zaatakowanej tkanki powstają przeważnie miejscowo, wskutek rozkładu substancji organicznych przez odpowiednie enzymy grzybicze (HAVLICKOVA i współaut. 2008).

Najczęściej obserwujemy zakażenia grzybicze, skojarzone z innymi rodzajami zakażeń, oraz stany chorobowe z udziałem grzybów, jako powikłania chorób układowych. Przede wszystkim są to grzybice wywołane grzybami chorobotwórczymi, takimi jak dermatofity, drożdże i pleśnie. Chorobotwórczość tych grzybów jest przeważnie mała, żeby więc mogło dojść do zakażenia, muszą wystąpić dodatkowe zewnątrzpochodne lub wewnątrzpochodne czynniki, czyli wrota zakażenia. Brak higieny osobistej oraz wyniszczenie organizmu predysponują właśnie do

zakażeń tego rodzaju grzybami. Na pierwszym miejscu należy wymienić grzybice powierzchniowe zajmujące naskórek, paznokcie, włosy oraz grzybice głębokie obejmujące skórę właściwą lub tkankę podskórną. Znacznie rzadziej, prawdopodobnie ze względu na trudności diagnostyczne, rozpoznawane są grzybice układowe, jako powikłanie cukrzycy czy zakażenia wirusem HIV.

Podobnie jak przy rozpoznaniu zakażeń bakteryjnych decydujące znaczenie ma obraz kliniczny, tak tu decydujące jest również rozpoznanie kliniczne (rzadko histologiczne, ze względu na krótki okres przebywania danego pacjenta w oddziale MOPiTU). Postępowanie lekarskie dotyczące leczenia grzybicy ukierunkowane jest tu także na działania higieniczne, łącznie z wymianą odzieży i obuwia, oraz postępowanie farmakologiczne przy użyciu środków o szerokim spektrum stosowanych miejscowo.

#### WSZAWICA

W codziennej praktyce MOPiTU najczęściej obserwowaną chorobą skóry jest wszawica (łac. *pediculosis*), obserwowana u około 4 tysięcy osób na 15 tysięcy przyjęć. Pacjenci dotknięci nią to najczęściej kłoszardzi, którzy od szeregu lat przebywają na ulicy. Brak możliwości umycia się i zmiany odzieży są głównymi czynnikami sprzyjającymi tego rodzaju zakażeniu.

Wszy ludzkie są hematofagowymi, zewnętrzными pasożytami zwierzęcymi człowieka o wysokiej specyficy żywiciela. Pod względem morfologicznym można rozróżnić wszy głowowe (*Pediculi capitis*), wszy odzieżowe (*Pediculi vestimentorum*) i wszy łonowe (*Pediculi pubis*). Wszy głowowe i wszy odzieżowe są wielkości około 2–4 mm, wszy łonowe są nieco mniejsze.

Aparatem gębowym wesz przebija skórę w celu pobrania krwi i jednocześnie wpuszcza miejscowo znieczulającą wydzielinę. Jaja (gnidy) są przyklejane do włosów na głowie (wszy głowowe), do włosów łonowych (wszy łonowe) lub składane w bieliznie (wszy odzieżowe). Ze stadiów larwalnych rozwijają się dorosłe osobniki. Rozwój ten trwa około 2–3 tygodni. Długość życia dorosłych osobników wynosi około miesiąca.

Wszawica przenosi się przez ścisłe osobiste kontakty, ale także przez przedmioty, w których bytują wszy (bielizna, łóżka itp.). Poza tym wszy mogą same wywoływać dermatozy lub przenosić specyficzne zarazki (np. riketsje). Dominującym obrazem, ujaw-

niającym się we wszawicy u pacjentów MOPiTU ZMU, są zmiany skórne o charakterze przewlekłym. Do zmian związanych z ukąszeniami, przeczosami i siedliskami gnid, dołączają się zmiany w postaci wtórnych zakażeń powierzchniowych podobnych do ropnego zapalenia skóry lub do wyprysku, które opisywane są jako skóra włóczęgów. Często pojawia się wtórne zakażenie z powierzchniowymi zmianami skórnymi, podobnymi do ropnego zapalenia skóry lub do wyprysku. Włosy są sklejone, a niekiedy możemy obserwować zmiany charakterystyczne dla kołtuna (łac. *Plica polonica*), węzły chłonne są też powiększone.

Skóra włóczęgów może ujawniać oznaki przewlekłego, uogólnionego stanu zapalnego, który opisywany jest często jako powikłanie wszawicy. Problem wszawicy obserwowany w MOPiTU, to najczęściej właśnie taka przewlekła jej forma.

Oczywiście obserwuje się także mniej drastyczne objawy wszawicy, do których należą zmiany skórne wywoływane przez wszy głowowe, występujące pod postacią owadów i ich gnid we włosach na głowie i zaroście na twarzy u mężczyzn; ujawniają wtedy towarzyszące temu silne swędzenie w miejscach ukłucia oraz ślady po zadrapaniach. Zmiany skórne wywołane przez wszy łonowe zlokalizowane są przede wszystkim w okolicy narządów płciowych. Obrazu dopełniają punktowe ukłucia, w obrębie których tworzą się błękitnie podbarwione plamy, spowodowane zaburzeniami krzepnięcia krwi, powstałymi w wyniku przedostania się śliny wszy. W miejscach po ukłuciu pojawia się silne swędzenie zmuszające do drapania, a charakterystyczne przeczosy są źródłem powikłań, gdyż dochodzi do wtórnego bakteryjnego lub grzybiczego zakażenia skóry. Zmiany skórne wywołane przez wszy odzieżowe obecne w fałdach i szwach odzieży, podobnie jak wcześniej opisane, ujawniają charakterystyczne punktowe miejsca ukłucia, grudki i przeczosy spowodowane silnym swędzeniem. Leczenie dotyczy tutaj postępowania ukierunkowanego na zniszczenie wszy i gnid odpowiednim działaniem miejscowym, często goleniem owłosienia oraz zakładaniem opatrunków, kąpielą, zmianą odzieży i obuwia, a także niszczeniem starych, zużytych okryć i butów. Około 40% pacjentów to osoby, które z powodu wszawicy wielokrotnie trafiają do MOPiTU. Wprowadzony program higieniczno-sanitarny zaczyna przynosić

efekty w postaci zmniejszonej liczby nawrotów wszawicy.

Mimo iż jednoczesne leczenie nosicieli lub zakażonych osób z kontaktu jest w naszych polskich warunkach niemożliwe, to jednak należy rozważyć podjęcie takich działań, np. poprzez profilaktykę. Istotnym elementem jest tu leczenie reakcji wtórnych skóry, takich jak nadkażenie bakteryjne czy jej stany zapalne, pojawiające się jako odczyn odpowiedzi obronnej organizmu.

#### ŚWIERZB LUDZKI

Innym bardzo częstym schorzeniem skóry spotykanym w oddziale MOPiTU jest świerz b (łac. *scabies*). Świerz b bardzo często skorelowany jest z wszawicą i powikłany zakażeniami bakteryjnymi.

Świerzbowce ludzkie wywołują zakaźną kontaktową chorobę skóry z silnym świądem prowokującym do drapania (łac. *scabere*, drapać). W historii medycyny jest to interesujące i ważne schorzenie, ponieważ roztocza, choć były już dawno znane, to jednak pod względem patologiczno-humoralnym były traktowane nie jako przyczyna choroby, lecz jako objawy wtórnego, złego składu „soków ustrojowych”. Dlatego też poważnym błędem w sztuce było tłumienie procesów leczniczych przez niedostateczne leczenie miejscowe i przez to „wpędzanie do wnętrza skóry świerzbowców”.

Czynnikiem chorobotwórczym jest tu pasożyt należący do roztoczy, o wymiarach ciała około 0,3–0,5 mm *Sarcoptes hominis*. Człowiek jest jego jedynym żywicielem. Osobniki męskie po kopulacji na powierzchni skóry giną, a osobniki żeńskie drążą kanały w warstwie rogowej skóry w celu złożenia jaj. Z jaj w okresie 10–15 dni wykluwa się i dojrzewa, poprzez stadium larwalne dorosły, osobnik. Choroba szerzy się wyłącznie przez ścisły kontakt dotykowy (partnerzy seksualni, kontakt dziecko-dziecko i matka-dziecko).

Obraz kliniczny świerzbu jest jednoznaczny. Osobniki żeńskie roztoczy, w liczbie początkowej 20–30, poprzez drażnienie korytarzy w warstwie rogowej, powodują reakcje zapalne i objawy wtórne, wynikające z mechanicznego niszczenia naskórka oraz drażnienia kałem i wydzielinami. Tunele roztoczy, obserwowane w powiększeniu, są widoczne jako nitkowate, kręte uniesienie skóry na długości około 5 mm, z występującym na końcu wyraźniejszym wzniesieniem, komorą, w której żyje samiczka. Obrazu dopełniają grudkowo-pokrzywkowe odczyny zapalne ze



ślądami zadrapań. Ze względu na brak możliwości zachowania higieny osobistej, obserwujemy u zaatakowanych świerzem pacjentów MOPiTU jego objawy w formie powikłanej wtórnymi zakażeniami bakteryjnymi oraz wszawicą, co daje wspomniany obraz skóry włóczęgów. Sącące się strupy, przeczosy, zadrapania, drobne ranki tworzą powikłany obraz choroby. Zmiany praktycznie dotyczą całego ciała, ale bardziej nasilone objawy obserwuje się w okolicach rąk, szczególnie zgięć łokciowych, pach, klatki piersiowej, narządów płciowych i stóp. Pacjenci skarżą się wtedy na silne swędzenie.

Świerzem może występować w różnych formach nasilenia objawów choroby. Wyróżnia się: (i) świerzem dyskretny (mała liczba ognisk u osób przestrzegających zasad higieny), (ii) świerzem guzkowaty, interpretowany jako odpowiedź immunologiczna, gdyż w obecności roztoczy na skórze pojawiają się guzkowate odczyny (jest to często obserwowana forma spotykana w MOPiTU) oraz (iii) świerzem strupowaty, jako forma najczęściej obserwowana u pacjentów uzależnionych, ze zmniejszoną odpornością. W obrazie klinicznym dominują wtedy liczne zlewające się ze sobą ogniska zapalne skóry pokryte strupami, z dużą liczbą aktywnych pasożytów. W przypadku pacjentów MOPiTU szansa na wy-

leczenie jest mała, jeżeli oni sami takiej inicjatywy nie podejmą. Krótki pobyt w zakładzie nie daje możliwości podjęcia skutecznej terapii, tym bardziej, że przebieg choroby jest przewlekły.

W warunkach leczenia prowadzonego w MOPiTU rozpoznanie świerzemu u pacjentów nie jest proste i jednoznaczne, gdyż czyste klinicznie formy chorób skóry u nich nie występują. Wywiad jest oczywiście istotny, ale świąd skóry może towarzyszyć innym jednostkom chorobowym. Wykrywanie świerzemowców (wydobycie roztocza z nie uszkodzonego kanału za pomocą igły, wykrycie świerzemowca przy pomocy mikroskopu) jest bardzo trudne. W rozpoznaniu różnicowym należy więc przede wszystkim zwrócić uwagę na takie zmiany jak wyprysk czy ropne zapalenie skóry. Postępowanie medyczne powinno być tu ukierunkowane na zniszczenie roztoczy w wyniku miejscowego leczenia przeciwświerzemowego (hekschlorocykloheksan, krotamiton). Podobnie jak w przypadku leczenia wszawicy, należy zwrócić też uwagę na wtórne reakcje zapalne i zakażenia oraz bezzwłocznie podjąć leczenie miejscowe. Pacjenci, którzy nie chcą pozostać w oddziale szpitalnym, powinni mieć wymienioną odzież.

#### SCHORZENIA SKÓRY WYWOŁANE PRZEZ CZYNNIKI FIZYCZNO-CHEMICZNE

Pacjenci MOPiTU, to przede wszystkim ludzie ubodzy, którzy nie mają stałego miejsca zamieszkania i znaczną część doby spędzają pod gołym niebem, w okresach ciepłych nawet wiele tygodni. Jak wiadomo, środowisko człowieka ma charakter biologiczno-fizyczno-chemiczny, ale w coraz większym stopniu przeobraża się tracąc równowagę naturalną, a dążąc do zmniejszenia komponenty biologicznej na korzyść chemiczno-fizycznej, zwiększa się więc presja czynników fizycznych, które mogą oddziaływać na skórę. Obejmują one wpływy mechaniczne, temperaturę, promieniowanie, zjawiska elektryczne. U osób bezdomnych, stale przebywających w takim środowisku, obserwować można swoiste adaptacje organizmu do surowych, nieraz ekstremalnych warunków bytowych. W mieście ludzie ci narażeni są nie tylko na atmosferyczne wpływy środowiska, ale przede wszystkim na wpływy ujemnych czynników wielkiego miasta, sztucznie wy-

tworzonych i bardzo niekorzystnych, szczególnie w miejscach nieprzystosowanych do przebywania, takich jak kanały ciepłownicze, przejścia podziemne czy opuszczone budynki. Trudno wykrywalnymi diagnostycznie uszkodzeniami skóry są uszkodzenia spowodowane złym stanem wielkomiejskiego środowiska człowieka (brudu, braku bieżącej wody, braku świeżego pożywienia, upału lub mrozu, uszkodzeń mechanicznych i chemicznych). Organizm ludzi bezdomnych i uzależnionych ma w znacznym stopniu uszkodzone mechanizmy obronne, co sprzyja powstawaniu niekorzystnych zmian chorobowych. Takie zmiany i uszkodzenia często ujawniają się stopniowo po długim okresie utajenia.

Uszkodzenia czy zmiany patologiczne skóry pod wpływem czynników fizyczno-chemicznych powstają w wyniku korelacji dawki ekspozycji i jej czasu. Silne czynniki szkodliwe mogą prowadzić do uszkodzenia skóry w krótkim okresie, słabsze dopiero po długo-

trwałej ekspozycji. Jest tu też ważne miejsce lokalizacji na skórze, rodzaj elementów predysponujących, a także odporność swoista i nieswoista potencjalnego pacjenta.

Schorzenia wywołane mechanicznie to przede wszystkim rany i pęcherze.

Otwarte rany powstają wskutek mechanicznego, najczęściej pionowego przerwania ciągłości skóry, jako lekkie obrażenia, lub zmiany o różnym obszarze powierzchni oraz zależnie od oddziaływującej siły.

Klasyczny podział ran w zależności od sposobu ich powstawania wyróżnia: rany cięte, klute, szarpane, miażdżone, kłusane, wytworzone w wyniku otarcia oraz rany powstałe wskutek wybuchu.

Jednym z bardzo ważnych elementów oceny pacjenta przyjmowanego do leczenia w MOPiTU ZMU jest diagnozowanie ujawniające rany, tym bardziej, że wielu pacjentów nie zauważa ich. Głównym i najczęstszym powikłaniem jest krwawienie, które może być początkowo niewidoczne. Szczególnie niebezpieczne są rany klute, w wyniku których może nawet dojść do zejścia śmiertelnego. Są one często trudne do oceny, gdyż mogą być bardzo małe, a nawet imitować inne schorzenia skóry, np. owrzodzenia. Bardzo groźne są rany klute np. klatki piersiowej i brzucha oraz okolicy lędźwiowej ze względu na możliwość uszkodzenia narządów wewnętrznych, a także te, powodujące krwawienia do tkanek masy mięśniowej kończyn. Obserwowane są niekiedy powikłania po ranach okolicy pośladkowej z uszkodzeniem tętnicy udowej i krwawieniem do uda. Ponieważ zebranie wywiadu nie zawsze jest możliwe, ważne są dokładne oględziny. Jeśli rany i owrzodzenia źle się goją, należy, po uprzednim wykluczeniu nowotworu, przypisać to przede wszystkim działaniu czynników predysponujących (zaburzeń krążenia, cukrzycy itd.). Do szczególnie częstych powikłań należą:

- krwotoki lub krwawienia zewnętrzne i wewnętrzne;
- zakażenia (rana stanowi wrota zakażenia dla drobnoustrojów lub zakażenie występuje już podczas zranienia), np. przy zranieniach wskutek pokąsania;
- owrzodzenia na obszarze: wstępnie uszkodzonej skóry (np. podczas cukrzycy czy tętniczego zaburzenia krążenia), wadliwego powstawanie blizn (np. blizny hipertroficzne, keloidy) czy znamionach zawodowych powstałe w wyniku ciężkiej pracy fizycznej. W przypadku pacjentów MOPiTU zmiany te, podobnie jak pęcherze na skórze, spowodo-

wane są życiem w ekstremalnych negatywnych warunkach wielkiego miasta. Przewlekłe uszkodzenia są wywoływane uciskiem przy przewlekłym obciążeniu skóry, takim jak hiperkeratozy, modzele, nagniotki. Krwawienia są wtedy wynikiem bezpośredniego, stałego narażenia skóry na ucisk. Notoryczni bezdomni i brudni alkoholicy noszą przy sobie cały dobytek, tak więc zmiany w wyniku ucisku pojawiają się na ich ramionach lub szyi. Zmiany takie należy odróżnić od chorób nowotworowych, a w szczególności od czerniaka złośliwego.

Oczywiście, podobne zmiany mogą również występować w wyniku obciążenia fizjologicznego skóry, zależnie od charakteru wykonywanej pracy. W przebiegu np. obwodowej neuropatii najczęściej należy brać pod uwagę hiperkeratozy u pacjentów z wypryskiem, modzelami lub nagniotkami. Neuropatia jest powikłaniem przewlekłej choroby alkoholowej. Brak bólu, jako objawu ostrzegawczego u osób uzależnionych, jest przyczyną rozwoju tych zmian, a później powikłań w postaci ropnia modzelowatego, martwicy czy owrzodzeń. Klasyczne leczenie jest leczeniem miejscowym, polegającym na keratolizie lub chirurgicznym usunięciu zmiany, co w naszej praktyce, aczkolwiek możliwe, jest trudne do realizacji. Jeżeli pacjent podejmuje terapię, motywujemy chorego, aby niwelował przyczynę powstawania tych zmian.

Pęcherze skórne powstają wskutek poziomego rozdzielania się ciągłości tkanki skórnej i są przeważnie podnaskórkowe. Do ich powstawania dochodzi przede wszystkim na rękach i stopach wskutek нефизjologicznego ucisku i rozciągania. Powstawanie pęcherzy przy „normalnym obciążeniu” skóry wskazuje na istnienie czynników lub chorób predysponujących, takich jak genodermatozy (np. pęcherzowe oddzielanie się naskórka), pęcherzowe schorzenia autoimmunologiczne, zaburzenia przemiany materii (łac. *porfiriaria cutanea tarda*) czy cukrzyca z patologią drobnych naczyń skóry (łac. *bullosis diabetica*).

Warto podkreślić, że podczas rozpoznania należy zawsze dokonywać oględzin całego ciała pacjenta. Pęcherze, wraz z maceracją naskórka, powstają przede wszystkim na stopach ze względu na brak higieny osobistej, w wyniku niedopasowania obuwia oraz ich dużej i przeważnie stałej wilgotności. Pęcherze na dłoniach są wynikiem pracy fizycznej, związanej ze zdobywaniem środków do życia (zbieranie złomu, makulatury, surowców

wtórnych) oraz pracy związanej z zapewnieniem noclegu w warunkach bezdomności. Bardzo często obserwuje się u tego rodzaju pacjentów owe zmiany pęcherzowe, także ze wspomnianą maceracją naskórka w okolicach pachowych i na wewnętrznych powierzchniach ramion oraz okolicy pachwinowej i na powierzchni wewnętrznej ud. Zmiany te związane są z brakiem higieny osobistej w przypadku nietrzymania moczu i kału. Nasze doświadczenia wskazują z drugiej strony, że zbyt szybkie czynności higieniczno-sanitarne mogą być przyczyną powikłań o charakterze wstrząsowym.

Często otwarcie pęcherzy następuje w wyniku zdejmowania odzieży, która u klo-

szarda jest niemal zintegrowana ze skórą. Należy wtedy postępować ostrożnie, gdyż ubytek zbyt dużej powierzchni naskórka w czasie ewakuacji pęcherzy może doprowadzić do powikłań o charakterze zakażeń bakteryjnych. Zawsze w tych wypadkach należy rozpatrywać i mieć na uwadze także inne choroby predysponujące i towarzyszące, które wymieniono wcześniej. Diagnostyka w warunkach MOPiTU nie jest prosta, ale biorąc pod uwagę niechęć „alkoholowego” pacjenta do leczenia się i tym samym brak możliwości leczenia specjalistycznego w oddziale dermatologicznym, lekarz dyżurny MOPiTU w ZMU musi dołożyć wszelkich starań, aby zabezpieczyć chorego przed powikłaniami.

#### PRZEWLEKŁE USZKODZENIA SPOWODOWANE UCISKIEM

Przewlekłe, mechaniczne obciążenia, z okresowymi przerwami, mogą prowadzić do reakcji adaptacyjnych skóry. Dostarczają one często wskazówek co do sposobów ich powstania (ciężka praca fizyczna, specjalne znamiona zawodowe, zmiany skórne u osób psychicznie chorych). W przypadku pacjentów MOPiTU zmiany te, podobnie jak pęche-

rze, spowodowane są życiem w środowisku wybitnie negatywnych, ekstremalnych warunków wielkiego miasta. Przewlekłe uszkodzenia skóry, takie jak hiperkeratozy, modzele i nagniotki, powodowane są chronicznym, niefizjologicznym jej uciskiem. Krwawienia są wtedy wynikiem bezpośredniego stałego narażenia skóry na ucisk.

#### ODMROŻENIA

Odmrożenie jest szczególnie pilnie diagnozowane w ZMU ze względu na dramatyczny przebieg powikłań. Odmrożenia skóry powstają w wyniku jej narażenia na działanie niskiej temperatury, efektem czego jest uszkodzenie podskórnych naczyń krwionośnych i samej tkanki. Są one często trudne do leczenia w naszych polskich warunkach przede wszystkim dlatego, że pacjenci nie zgadzają się na hospitalizację, a pobyt w MOPiTU traktują jako sposób na życie. Po otrzymaniu pierwszej, podstawowej pomocy w postaci jedzenia oraz czystej odzieży opuszczają Ośrodek po jednym lub dwóch dniach.

Ważnym elementem w obrazie klinicznym odmrożenia jest jego podział ze względu na stopień rozległości zmian miejscowych. Wyróżnia się zatem (i) odmrożenia I stopnia, charakteryzujące się błądząścią skóry i reaktywnym przekrwieniem, (ii) odmrożenia II stopnia, gdzie przy tych zmianach dodatkowo tworzą się pęcherze typu podnaskórkowego mogące podkrwawiać, i (iii)

odmrożenia III stopnia charakteryzujące się błękitno-czarną martwicą tkanek.

Tak jak w przypadkach opisywanych wyżej, zawsze przy diagnozie należy pamiętać o różnicowaniu. U kloszardów praktycznie nie ma zmian jednoznacznych. Poszczególne schorzenia nakładają się na siebie, wzmacniają lub osłabiają charakterystyczne objawy, zaciemniają często w znacznym stopniu obraz choroby. Diagnozując, często bez wywiadu, te stany podczas pierwszego kontaktu musimy rozstrzygać i podejmować leczenie w taki sposób, aby zapewnić choremu bezpieczeństwo. Zmiany odmrożeniowe przeważnie nie są zbyt rozległe, jak np. w oparzeniu czynnikiem fizycznym czy chemicznym, gdyż nie penetrują tak gwałtownie w głąb tkanek. Często są one umiejscowione obwodowo. W wyniku działania niskiej temperatury początkowo pojawia się miejscowe, wyrównawcze przekrwienie, a następnie oddzielające zwężenie naczyń, które, kosztem obwodowych rejonów skóry, chroni tkanki głębokie przed rozszerzeniem się zmiany.

Jeśli oddziaływanie zimna się utrzymuje, to zmiany poszerzają się i wchodzą w głąb tkanki. Mamy wtedy do czynienia z powikłaniami w postaci martwicy, która może objąć mięśnie, nerwy, a nawet kości. W takich wypadkach należy również brać pod uwagę hipotermię, czyli ogólne wychłodzenie. Oprócz działania niskiej temperatury znaczenie mają tu także takie czynniki jak stan skóry, w szczególności jej ochronny płaszcz tłuszczowy, a także stan jej odżywienia, napięcie i ukrwienie. Oczywiście stan ogólny ustroju, odżywianie, poziom odporności, a także za-

burzenia ograniczające ruchomość kończyn są też istotnymi czynnikami korelującymi z tego rodzaju patologiami tkanki skórnej. Osoby uzależnione od alkoholu są częściej narażone na ryzyko odmrożeń.

Należy dodać, że nie tylko temperatura poniżej zera jest przyczyną odmrożeń, ale częstym schorzeniem jest tu tak zwana stopa okopowa. Jest to odmrożenie spowodowane stale utrzymującą się wilgotnością w obrębie stóp, przy stosunkowo wysokiej temperaturze powietrza w graniach od 0 do  $-5^{\circ}\text{C}$ .

### WEWNĄTRZPOCHODNE SCHORZENIA SKÓRY

Przyczyną chorób skóry mogą być też wewnątrzpochodne czynniki szkodliwe, gdyż często skóra jest włączana wtórnie w proces chorobowy, wywodzący się z innych narządów. Należy brać pod uwagę np. zaburzenia odżywiania, choroby przemiany materii, choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego, schorzenia narządów wewnętrznych, np. jelit, wątroby, nerek, schorzenia reumatyczne czy nowotwory.

Mechanizm powstania tych schorzeń jest różny. Skóra funkcjonuje jako narząd w takim samym stopniu jak inne organy, a więc może brać udział w ogólnym procesie chorobowym, a zaburzenia w jej obrębie mogą być spowodowane niedoborem substratów lub szkodliwym wpływem produktów przemiany materii, zaburzeniami hormonalnymi, zaburzeniami czynności narządów wewnętr-

nych np., wątroby czy nerek, swoistymi i nieswoistymi reakcjami zapalnymi.

Wewnątrzpochodne czynniki patologiczne są zdolne uszkadzać całą skórę. Występujące zmiany skórne mogą mieć charakter kosmetyczny lub mogą być zmianami chorobowymi. Zawsze należy brać pod uwagę ich wartość diagnostyczną, ponieważ mogą sygnalizować choroby podstawowe innych narządów. Rozpoznanie opiera się w tym przypadku na stwierdzeniu występowania zespołu typowych objawów zmian skórnych i narządowych, choć często są konieczne badania konsultacyjne z zakresu innych specjalności. W leczeniu należy uwzględnić fakt, że chodzi o wtórne procesy chorobowe, które, oprócz leczenia skóry, wymagają również leczenia choroby podstawowej.

### ZESPOŁY NIEPRAWIDŁOWEGO ODŻYWIANIA SKÓRY

Pacjenci uzależnieni od alkoholu lub narkotyków mogą ujawniać rzadkie obecnie dermatozy spowodowane awitaminozą. Choroby te są uwarunkowane przeważnie czynnikami indywidualnymi, mało zróżnicowaną dietą oraz zaburzeniami odżywiania i resorpcji, powstałymi w wyniku uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Jak już wcześniej zaznaczono, trudno rozpoznawać czyste postaci tych schorzeń. Kloszardzi, mimo iż ich dieta jest z reguły uboga, tak naprawdę nie są pozbawieni opieki i bardzo dobrze sobie radzą we współczesnym miejskim środowisku, wykorzystując w znakomity sposób możliwości, jakie daje opieka tworzona przez gminy, organizacje pozarządowe, związki zawodowe czy inne formy pomocy, np. chary-

tatywne. Nie obserwujemy u naszych pacjentów pozostających w uzależnieniu alkoholowym klasycznych jednostek chorobowych z niedoboru dietetycznego. Dla porządku należy jednak opisać te schorzenia skóry, których objawy ustępują po wzbogaceniu diety. A jest ich wiele.

#### PELAGRA

Przed wszystkim trudno powiedzieć czy można obecnie rozpoznawać tę chorobę w czystej postaci, gdyż wiele objawów nakłada się na siebie, zaciemniając pierwotny obraz, zwłaszcza podczas alkoholizmu czy narkomanii. Należy jednak brać poważnie pod uwagę ten rodzaj awitaminozy, jako powikłanie uzależnienia. Pelagra, to klasyczna dermatoza



z niedoboru witamin, wywołana deficytem kwasu nikotynowego i częściowo niedoborem witamin z grupy B, często również białka.

Pelagra klasycznie dzieli się na pierwotną, spowodowaną nieprawidłowym odżywianiem oraz wtórną, wywołaną zaburzeniami resorpcji w żołądku i jelitach, spowodowanymi przewlekłym uzależnieniem do alkoholu lub narkotyków.

Obraz kliniczny pelagry, czyli klasyczna triada objawów, *dermatidis, diarrhoea, dementi* (zapalenie skóry, biegunka, demencja), w naszej praktyce nie jest spotykana. Najczęściej obserwuje się zapalenie skóry oraz zapalenie jelit z biegunką. Należy przypomnieć, że właśnie biegunki i nietrzymanie moczu prowadzą do przewlekłych stanów zapalnych skóry w okolicy krocza, opisanych wcześniej.

*Dermatidis*, to zapalenie skóry z przebarwieniami i jej zanikiem w okolicach eksponowanych na światło. *Diarrhoea*, to objaw przewlekłego zapalenia jelit, ale także zmiany zapalne górnego odcinka przewodu pokarmowego, w tym zapalenie języka i jamy ustnej. Uzależnienie od środków psychoaktywnych prowadzi początkowo do obwodowych objawów neurologicznych, tzw. „wypadania”, a ostatecznie do demencji, czyli otępienia. Leczenie sprowadza się do prawidłowego odżywiania z kompletem witamin, odstawienia substancji psychoaktywnych i leczenia chorób podstawowych.

#### DERMATOZY Z NIEDOBORU WITAMINY A

Dermatozy z niedoboru witaminy A, to zwiększone rogowacenie skóry (tak zwane rogowacenie mieszkowe i przymieszkowe) oraz błony śluzowej, a także suche zapalenie rogówki i spojówek.

#### DERMATOZY Z NIEDOBORU WITAMINY B

Dermatozy z niedoboru witaminy B powstają z izolowanego lub mieszanego niedoboru zespołu witamin B ( $B_1, B_2, B_6$ , biotylna, kwas foliowy, witamina  $B_{12}$ ) i ujawniają się jako zapalenie warg oraz błony śluzowej jamy ustnej, języka, a również pod postacią wyprysków na skórze, występujących często na twarzy i w okolicy narządów płciowych.

#### DERMATOZY Z NIEDOBORU WITAMINY C

Dermatozy z niedoboru witaminy C wywołują tzw. szkorbut, krwawienie skóry oraz rogowacenie mieszkowe, zapalenie dziąseł i języka.

#### CHOROBY POWSTAŁE Z NIEDOŻYWIENIA ORGANIZMU

Opisane wyżej niedobory witamin nakładają się na niedobory pożywienia, a w szczególności niedobory w odniesieniu do kalorii i białek. Powstające w wyniku niedożywienia zmiany skórne wzajemnie się przenikają, dając niejednolity i niejednoznaczny obraz choroby. Suche zmiany dystroficzne ze złuszczeniem się naskórkiem, a w dalszym etapie zaniki skórne, mogą posiadać również cechy awitaminozy. Charakterystyczne dla pacjentów ZMU MOPiTU są zmiany skórne ujawniające utratę jej napięcia oraz tworzenie się zmarszczek. Przy powikłanej chorobie alkoholowej charakterystyczne są również obrzęki wywołane niedoborem białka.

#### ZESPOŁY SKÓRNO-WĄTROBOWE

W ostrych schorzeniach wątrobowych nie obserwuje się praktycznie zmian skórnych, natomiast częściej pojawiają się one w przewlekłych schorzeniach. Prócz zmiany zabarwienia skóry spowodowanej żółtaczką, mogą występować na niej inne oznaki charakterystyczne dla uszkodzeń wątroby.

#### PRZEWLEKŁE ZAPALENIE WĄTROBY I MARSKOŚĆ WĄTROBY

*Hepatitis chronica et cirrhosis hepatis* jest powikłaniem alkoholizmu. Objawami skórnymi zatem, oprócz żółtaczki, są brązowe przebarwienia skóry, świąd, zmiany naczyniowe dotyczące drobnych naczyń powierzchownych o charakterze pajęczków i rumienia, żyłaki odbytu z towarzyszącymi krwotokami, *caput medusae* (głowa meduzy), gładka powierzchnia języka, powiększenie sutków u mężczyzn, ubytek owłosienia pachowego.

Pierwotna, żółciowa marskość charakteryzuje się swędzeniem, występowaniem przebarwień, zmianami na powiekach w postaci żółtych kępek, plamisto-grudkową wysypką oraz plamicą naczyniową. Dla wątrobowej porfirii skórnej charakterystyczne są pęcherze.

#### WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY B

*Hepatitis viralis* jest również jedną z chorób wikłającą przewlekły alkoholizm, o etiologii wirusowej. Zmiany skórne pojawiają się w wyniku reakcji immunologicznych i mają charakter pokrzywki lub obrzęku naczynioruchowego.

#### ZASTÓJ ŻÓŁCI

*Cholestasis* jest następstwem schorzeń wątroby, charakteryzującym się uporczywym

świądem uogólnionym, występującym głównie w nocy. Przyczyną tej dolegliwości są gromadzące się w skórze kwasy żółciowe.

#### ŚWIĄD

Świąd jest najczęstszym, subiektywnym objawem skórny. Może sygnalizować występowanie dermatoz lub być w korelacji ze schorzeniami natury psychicznej. Może też być stanem idiomatycznym. Nasilenie świądu jest różne, od okresowych niewielkich napadów po dokuczliwy, nie do wytrzymania. Swędzenie skóry jest nieprzyjemnym uczuciem, które pacjent woli zamienić w ból. Pacjent, często się drapiąc, zakaża powstające przeczasy, wprowadzając bakterie. Tworzące się rany mają charakter trudno gojących się owrzodzeń. Nie jest jednoznaczne czy swę-

dzenie stanowi podprogową formę bólu czy też w jakiś sposób zmienioną jakość jego odczuwania. Jak wiadomo, receptory bólu mieszczą się między innymi w skórze, w rogówce i w błonie śluzowej. Receptory te połączone są z korą mózgową dośrodkowymi drogami prowadzącymi przez rdzeń kręgowy i wzgórze. W procesie odczuwania świądu uczestniczą niektóre mediatory, jak np. histamina. W ocenie klinicznej swędzenia należy też uwzględnić jego lokalizację i rozróżnić swędzenie uogólnione od miejscowego oraz czas trwania w postaci świądu stałego lub przerywanego. Można zatem rozróżnić swędzenie podczas schorzeń skórnych, swędzenie podczas schorzeń narządów wewnętrznych oraz tzw. swędzenie idiomatyczne.

#### SWĘDZENIE W SCHORZENIACH SKÓRY

Swędzenie jest częstym objawem licznych dermatoz, szczególnie tych, które są wynikiem braku higieny osobistej. Pacjenci MOPI-TU ZMU często skarżą się na tę dolegliwość, dlatego też przy oględzinach lekarskich konieczne jest dokładne badanie skóry. W warunkach ZMU nie jest to zadanie proste, gdyż zebranie wywiadu jest prawie zawsze utrudnione. Diagnostyka chorób skóry schodzi na drugi plan, ponieważ priorytetem staje się zabezpieczenie funkcji życiowych chorego. Najczęściej obserwowanymi dermatozami, połączonymi z częstym swędzeniem, są infek-

cje bakteryjne, schorzenia wywołane przez pasożyty zwierzęce takie jak ukłucia owadów (komarów, wszy) czy świerzbowce. Istotne miejsce zajmują uszkodzenia fizyczne skóry, wysuszenie, oparzenie słoneczne, odmrożenie. Z tymi stanami często wiążą się powikłania związane z uszkodzeniem ochronnej warstwy tłuszczowej powierzchni skóry. Lekarz dyżurny powinien brać pod uwagę również schorzenia wywołane przez czynniki immunologiczne, wyprysk, pokrzywkę, zapalenie opryszczkowe, a także świerzbiączkę i nowotwory.

#### SWĘDZENIE W SYTUACJI SCHORZEŃ NARZĄDÓW WEWNĘTRZNYCH

Świąd może być objawem schorzeń narządowych, np. świąd mocznicowy w chorobach nerek, świąd wątrobowy w żółtaczce, w zastoju żółci, w pierwotnej marskości żółciowej podczas schorzeń wątroby, w wyniku chorób lub zaburzeń gruczołów wydzielania wewnętrznego w cukrzycy czy podczas ciąży. Świąd może być objawem nowotworów, schorzeń neurologicznych, a także ujawniać się jako zjawisko psychogenne.

Świąd idiomatyczny (łac. *pruritus sine materia*) możemy diagnozować wtedy, gdy nie można stwierdzić jego przyczyn. Należy wówczas prowadzić obserwacje i kontrolować przebieg tego procesu. Świąd psychogeny oraz idiomatyczny należy różnicować z delirium. W leczeniu objawowym

stosuje się leki przeciwhistaminowe oraz znieczulające miejscowo.

Przy omawianym diagnozowaniu są także istotne schorzenia lub uszkodzenia nerwów skórnych wywołane przez czynniki zewnętrzne pochodne, miejscowe i wewnętrzne pochodne. Mogą one być przyczyną uporczywego świądu lub bólu. Czynniki zewnętrzne pochodne wywołującymi uszkodzenia nerwów skórnych są najczęściej niska, a także wysoka temperatura.

Miejscowe schorzenia skóry bądź urazy prowadzą często do uszkodzeń układu nerwowego skóry wywołując świąd lub ból. Do nich należy zaliczyć w pierwszym rzędzie zaburzenia ukrwienia. Do objawów skórnych mogą prowadzić też pierwotne schorzenia układu nerwowego takie jak polineuropatia

obwodowa występująca w cukrzycy, w alkoholizmie, z czuciowymi, motorycznymi i autonomicznymi objawami wypadnięcia czynności, a także z zaburzeniami troficznymi. Początkowo objawy choroby dotyczą głównie stopy (postać skarpetkowata), ujawniają się też w postaci zaburzeń czuciowych jak parestezje (ang. burning feet), zanik odczuwania ucisku i bólu oraz zaburzeń ruchowych, np. nieprawidłowego ułożenia palców (np. palec

młotkowaty), zniekształcenia stopy, połączonego początkowo z miejscami ucisku oraz z modzelami, a następnie z głębokimi owrzodzeniami (łac. *malum perforans*). Pojawiają się też zaburzenia autonomiczne, jak zmniejszona potliwość, zaburzenia unerwienia naczyń (zniszczenie układu współczulnego), nawet całkowite przekrwienia. Skóra stopy jest wtedy czerwona, ciepła, o suchych modzelach i owrzodzeniu „neurotroficznym”.

#### PRZEROSTY NABŁONKOWE I NOWOTWORY

W codziennej praktyce, należy zwracać uwagę na zmiany o charakterze rozrostowym, mimo iż nie są to częste stany. Pacjenci ZMU, żyjąc pod gołym niebem, narażeni

są w znacznym stopniu na działanie niekiedy bardzo ostrych czynników środowiska. Predysponuje ich to do powstawania, m.in. w skórze, zmian rozrostowych.

#### ROGOWACENIE BIAŁE

Rogowacenie białe jest ograniczonym zaburzeniem rogowacenia, może być idiopatyczne lub powstawać w wyniku podrażnień, może być też stanem przedrakowym. Zmiany w postaci rogowacenia białego występują także jako zmiany wtórne, powiązane z objawami ujawniającymi się w przebiegu innych schorzeń skóry i błony śluzowej. Ważne jest rozróżnienie między rogowaceniem białym o charakterze przedrakowym a rogowaceniem bez cech atypowych.

W obrazie klinicznym dominują białawe, nie dające się zlikwidować plamy (nie powodujące dolegliwości) lub ułożone na podobieństwo kostek bruku rozprzestrzenione ogniska bez oznak zapalenia. Zmiany są umiejscowione na błonie śluzowej policzków, na języku, błonie śluzowej warg i na podniebieniu. Nasuwa to podejrzenie stanu przedrakowego, a mianowicie brodawkowego rogowacenia białego czy zapalnego rogowacenia białego (ogniska rogowacenia białego ze stanem zapalnym w rogowaceniu).

Rozróżnia się dwie zasadnicze formy rogowacenia białego, a mianowicie:

1) rogowacenie białe idiopatyczne, gdzie nie występują czynniki drażniące, ale można stwierdzić przyczynowe schorzenia skóry i błony śluzowej (nieprawidłowy rozwój). Rozpoznanie różnicowe może sugerować przedrakowe rogowacenie białe;

2) rogowacenie białe w miejscu podrażnień, a więc w miejscu działania czynników drażniących, np. wady zębów, miejsca ucisku protezy, miejsca kontaktu z tytoniem lub dy-

mem. Odmiana szczególna to *leucokeratosis nicotinic* (podniebienie).

Leczenie dotyczy wyłączenie czynników drażniących (leczenie zębów, prawidłowa proteza, zakaz palenia). W razie braku pozytywnych rezultatów należy pobrać wycinek do badania histopatologicznego i ewentualnie stosować leczenie miejscowe (wycięcie, krioterapia).

Istnieje też *Cheilitis praecancerosa*, jako schorzenie występujące przeważnie u starszych mężczyzn, narażonych na zwiększoną ekspozycję świetlną. Objawy są umiejscowione na dolnej wardze i występują częściowo jako ogniskowe, częściowo jako pasmowate złuszczenie, nadmierne rogowacenie, albo w postaci ognisk podobnych do rogowacenia białego. W okresie późniejszym powstają nadżerki na granicy skóry i błony śluzowej, która w wyniku tego jest nieregularna i zniekształcona. Leczenie, to zabieg operacyjny, obejmujący wycięcie ograniczonych ognisk, w innym przypadku pasmowate wycięcie całego obszaru skóry i błony śluzowej z pokryciem błony śluzowej jamy ustnej włącznie.

Schorzenie znane jako choroba Bowena (ang. morbus Bowen) występuje przeważnie w postaci nieregularnego, ostro ograniczonego ogniska, podobnego do ogniska rogowacenia białego, rzadko jako ogniska czerwono-aksamitnego lub hiperplastycznego. Umiejscowienie obejmuje język, dno jamy ustnej i błonę śluzową policzków. Wymagane jest tu histologiczne potwierdzenie rozpoznania i leczenie operacyjne.



## PSYCHODERMATOLOGIA

Psychodermatologia, to stosunkowo nowa dziedzina nauki, będąca syntezą psychiatrii, psychologii oraz dermatologii, która odnosi się do chorób skóry powstających na tle stanu psychicznego chorego. Pacjenci MOPiTU, obciążeni chorobami skóry, popadają w swego rodzaju błędne koło, gdyż pomiędzy prawidłowym, fizjologicznym stanem skóry, stanem psychicznym zainteresowanego, uzależnieniem alkoholowym czy narkotycznym a otoczeniem społecznym tworzą się wielorakie zarówno normalne, jak i patologiczne związki. Związki te są oczywiste, a w potocznym języku doczekały się powiązań frazeologicznych znanych każdemu, np. mówimy „spiekł raka” przy zaczerwienieniu twarzy z radości lub wstydu albo „biały jak papier” przy zblednięciu z przerażenia, wściekłości; poceniu się ze strachu, podniecenia czy jeżeniu się włosów - „gęsia skóra” itd. Czynniki psychiczne wywierają wpływ na stan skóry. Mówi się, że skóra jest zwierciadłem stanu psychicznego. Oczywiście jest to, że stan skóry w bardzo znacznym stopniu oddziałuje zwrotnie na psychikę. Interakcje „psychiczno-skrórne” obejmują różnorakie współzależności stanów emocjonalnych i psychopatologicznych. Istnieje tzw. chwiejność emocjonalna, która objawia się reaktywnością skóry w postaci emocjonalnych odczynów skórnych, np. wspomnianej już gry naczyniowej, co daje efekty zmiany jej barwy. Nadmierne pobudzenie, w tzw. nerwowości czy zaburzeniach osobowości, oraz inne, różnego stopnia niepokoje psychiczne prowokują przymusowe działania, takie jak obgryzanie paznokci, tiki polegające na stałym pocieraniu powierzchni skóry dotkniętej znamionami, najczęściej okolicy twarzy, nawykowe wrywanie włosów (trichitillomania – gr. *tricho*, czyli włosy i ang. *till*, czyli wrywać). Jej objawem jest drapanie się i tworzenie głębokich przeczosów w obrębie istniejących, zmienionych chorobowo ognisk skórnych (trądzik pospolity czy przewlekła świerzbiączka).

Duże znaczenie diagnostyczne mają zmiany wywołane przez zamierzone działanie pacjenta i artefakty. Są to defekty skórne powstałe w wyniku celowego uszkodzenia skóry (uderzenia, tarcia i oparzenia). Pacjent w stanie przewlekłego alkoholizmu chce w ten sposób uzyskać zapomogę socjalną, pobyt w szpitalu lub rentę chorobową. Istotne są też urojenia w postaci lęku przed zwierzętami (zoofobia), lęku przed pasożytami skórnymi,

istnieniem choroby wenerycznej (wenerofobia), bądź nowotworowej (karcynofobia).

Również emocje i zaburzenia psychiczne, sytuacje konfliktowe, stany stresowe mogą wyzwać choroby skórne, indukować nowe ogniska lub pogorszyć przebieg choroby już istniejącej. Przykładami są tu opryszczka zwykła, atopowe zapalenie skóry i błon śluzowych, łuszczyca, pokrzywka, liszaj czerwony, łysienie i świąd. Toczy się obecnie poważna dyskusja na temat czynników psychicznych oddziałujących na reakcje odpornościowe organizmu, także na ochronę przed rozwojem choroby nowotworowej. Dowiedziono, że oddziaływanie psychoterapeutyczne na chorego może mieć istotny wpływ na uzyskanie poprawy stanu dermatologicznego.

Interakcje skórno-psychiczne są powiązane bardzo często z problemem uzależnień. Nierzadko przyczyną/powodem sięgania po substancje psychoaktywne są właśnie choroby skóry. Przewlekłe i widoczne schorzenia skóry, w szczególności łuszczyca czy atopowe zapalenie, mogą wywołać reakcje emocjonalne, a nieprawidłowe leczenie choroby może prowadzić do uzależnienia. Również stosowanie środków przeciwbólowych może być przyczyną rozwoju uzależnienia. Negatywnie odbierane przez pacjenta, głównie z powodu niewiedzy, znamiona chorób skórnych wywołują u niego odrazę do samego siebie, strach przed zarażeniem innych bądź dalszym przekazaniem schorzenia np. partnerowi, potomstwu, co powoduje też unikanie związków z partnerami i poczucie winy. Stany takie odgrywają rolę w powstawaniu zmian w psychice i licznych, uniemożliwiających prawidłowe funkcjonowanie organizmu, kompleksów. Schorzenia skórne mogą mieć istotne, społeczne następstwa, dotyczące sfery nie tylko zawodowej, jak niezdolność do pracy, konieczność zmiany zawodu czy utrata miejsca pracy, lecz także osobistej. Dermatozom mogą towarzyszyć zaburzenia wyglądu, zeszpecenie, przykry zapach i nieprzyjemne wrażenie dotykowe. Może to wywoływać negatywne reakcje otoczenia i prowadzić do izolacji osoby chorej, a niekiedy nawet drastycznie ograniczyć możliwości życiowe i samą jakość życia chorego. To zaś znowu może wywierać ujemny wpływ na psychikę i przebieg choroby skórnej. Tworzy się, jak już wspomniano, błędne koło, nad którym należy zapanować. Dlatego podczas leczenia chorób skóry ważnym zadaniem medycznym jest nie tylko obserwacja dermatozy,



leczyć również stałe uwzględnianie możliwych aspektów psychosocjalnych oraz wzajemnych oddziaływań wymienionych czynników.

Warto zauważyć, że do nienormalnych reakcji psychicznych mogą prowadzić nawet drobne lub minimalne zmiany skórne o charakterze przemijającym, takie jak trądzik, blizny, znamiona, łojotok, wypadanie włosów. Prawdą jest również i to, że wielu pacjentom udaje się żyć bez powikłań psychicznych, nawet z ciężkimi schorzeniami skórny.

Na temat relacji między uzależnieniem alkoholowym a różnego rodzaju schorzeniami skóry istnieje wiele opracowań (HOLT i współaut. 1981, GUPTA i współaut. 1993, HIGGINS i DU VIVIER 1994, BADER i współaut. 1999, SMITH i FENSKE 2000, GATHA 2004, KOSTOVIĆ i LIPOZENCIĆ 2004, BEHNAM i współaut. 2005, VALEYRIE-ALLANORE i współaut. 2007, MATIĆIĆ i współaut. 2008, THYSSEN i współaut. 2008, SATAPATHY i BERNSTEIN 2011).

## UZALEŻNIENIE ALKOHOŁOWE A CHOROBY SKÓRY

### Streszczenie

Uzależnienie od alkoholu związane jest z powstawaniem wielu chorób, między innymi różnego rodzaju schorzeń skóry. Mogą być one częste u osobników pijących, ale także bezdomnych, starszych i z małą odpornością ogólną, zarówno fizyczną, jak i psychiczną. Choroby skóry można podzielić na miejscowe choroby zakaźne, wywołane bakteriami i grzybami, oraz zakażenia ogólnoustrojowe, np. zranienia, zaburzenia metaboliczne, dermatozy, odmrożenia, pelagra czy świać. Artykuł omawia między innymi

objawy wszawicy (pediculosis), świerzbu (scabies), roztoczy (sarcoptes) i analizuje częstość ich występowania na tle skutków długookresowego oddziaływania przyjmowanego alkoholu. Modelowym przykładem przeciwdziałania wymienionym objawom jest postępowanie diagnostyczne i metodyka leczenia alkoholików w zakładach MOPiTU (Miejskiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień) oraz w jego Zakładzie Terapii Uzależnień w Łodzi.

## THE ALCOHOL ADDICTION AND SKIN DISEASES

### Summary

Alcohol addiction is connected with development of numerous diseases, among others with illnesses of skin. They are very frequent among the drinking and homeless individuals, and older men exhibiting decreased physical and psychological resistance. The skin diseases may be divided on the local infections caused by bacteria and fungi, and general infections, for example injuries, metabolic disorders, dermatoses, frosbites and pellagra. In this

article symptoms of pediculosis, scabies, sarcoptes etc. are analyzed in correlation with the frequency of alcohol addiction. As a model example of counteraction and curing of addicted people can serve diagnostic and therapeutic procedures employed in the Municipal Centre of Prophylaxis and Addiction Medicine (MOPiTU) and it's Department of Addiction Therapy (ZMU) in the town Łódź (about 600 thousand inhabitants).

## LITERATURA

- BADER U., HAFNER J., BURG G., 1999. *Erythroderma and alcohol abuse*. Schweiz Med. Wochenschr. 129, 508-513.
- BEHNAM S. M., BEHNAM S. E., KOO J. Y., 2005. *Alcohol as a risk factor for plaque-type psoriasis*. Cutis 76, 181-185.
- GATHA S. R., 2004. *Cutaneous changes in chronic alcoholics*. Indian J. Dermatol. Ven. 70, 79-81.
- GUPTA M. A., SCHORK N. J., GUPTA A. K., ELLIS C. N., 1993. *Alcohol intake and treatment responsiveness of psoriasis: a prospective study*. J. Am. Acad. Dermatol. 28, 730-732.
- HAVLICKOVA B., CZIKA V.A., FRIEDRICH M., 2008. *Epidemiological trends in skin mycoses worldwide*. Mycoses 51, 2-15.
- HIGGINS E. M., DU VIVIER A. W., 1994. *Alcohol abuse and treatment resistance in skin disease*. J. Am. Acad. Dermatol. 30, 1048-1055.
- HOLT S., SKINNER H. A., ISRAEL Y., 1981. *Early identification of alcohol abuse: 2: Clinical and laboratory indicators*. Can. Med. Assoc. J. 15, 1279-1294.
- KINNEY J., LEATON G., 1996. *Zrozumieć alkohol*. PARPA, Warszawa.
- KOSTOVIĆ K., LIPOZENCIĆ J., 2004. *Skin diseases in alcoholics*. Acta Dermatovener. Cr. 12, 181-190.
- MATIĆIĆ M., POLJAK M., LUNDER T., RENER-SITAR K., STOJANOVIC L., 2008. *Lichen planus and other cutaneous manifestations in chronic hepatitis C: pre- and post-interferon-based treatment prevalence vary in a cohort of patients from low hepatitis C virus endemic area*. J. Eur. Acad. Derm. Vener. 22, 779-788.
- SATAPATHY S. K., BERNSTEIN D., 2011. *Dermatologic disorders and the liver*. Clin. Liver Dis. 15, 165-182.
- SMITH K. E., FENSKE N. A., 2000. *Cutaneous manifestations of alcohol abuse*. J. Am. Acad. Dermatol. 43, 1-16.

- THYSSEN J. P., NIELSEN N. H., LINNEBERG A., 2008. *The association between alcohol consumption and contact sensitization in Danish adults: the Glostrup Allergy Study*. Brit. J. Dermatol.158, 306-312.
- VALEYRIE-ALLANORE L., SASSOLAS B., ROUJEAU J. C., 2007. *Drug-induced skin, nail and hair disorders*. Drug Safety 30, 1011-1030.