

**Міністерство охорони здоров'я України**  
**Українська медична стоматологічна академія**

«ЗАТВЕРДЖЕНО»  
на засіданні кафедри  
внутрішніх хвороб та  
медицини невідкладних  
станів з шкірними та  
венеричними хворобами  
протокол №1 от 28.08.2019  
Зав. курсом, к.мед. н., доц.  
\_\_\_\_\_ Попова І.Б.

**Методичні рекомендації для самостійної підготовки студентів**  
**під час підготовки до практичного заняття**

Навчальна дисципліна	Дерматологія, венерологія
Модуль №1	Дерматовенерологія
Тема заняття №8	Алергодерматози: дерматити, екзема, токсикодермії. Клінічний перебіг, діагностика та лікування.
Курс	IV
Факультет	Медичний

## **Змістовний модуль №1**

### **Тема: Дерматити. Екзема**

**Актуальність теми.** Дерматити зустрічаються досить часто у робочих промислових підприємств і в побуті. Захворювання виникає при контакті з облігатними подразниками, хімікатами, від дії високої і низької температур, сонячних променів і ін. Завдання лікаря полягає в своєчасній діагностиці, правильному і ефективному лікуванні, профілактиці.

Проблема лікарських дерматитів та медикаментозної токсидермії в останній час є дуже актуальною у зв'язку з продажем в аптеках великої кількості медикаментів, надмірній рекламі фармацевтичних фірм, поширеного серед населення самолікування, дуже часто необгрунтованого та тривалого самостійного приймання лікувальних засобів, а також призначенням іноді необгрунтовано багатої кількості препаратів лікарем.

Екзематозні поразки шкіри є широко розповсюдженою групою дерматологічної патології. Своєчасна діагностика, виявлення провокуючих факторів на виробництві й у побуті дозволяє скорегувати умови життя пацієнтів з цією патологією. Індивідуально підібраний режим, дієта, усунення контактів зі шкідливими речовинами дозволяє знизити частоту рецидивів і скоротити період непрацездатності. **Загальна мета:** Вміти на підставі даних анамнезу, скарг, об'єктивного обстеження, лабораторних показників, диференціально – діагностичних критеріїв виставити остаточний діагноз дерматиту або токсикодермії, визначити тактику ведення хворого, уміти запідозрити екзематозні поразки шкіри і намітити тактику ведення хворого.

### **2.Конкретні цілі:**

1. Вибрати зі скарг хворого, даних анамнезу життя і хвороби, об'єктивного дослідження свідомості, що відображують наявність дерматиту, токсикодермії, екземи.
1. Скласти індивідуальну схему діагностичного пошуку при дерматиті, токсикодермії, екземі, інтерпретувати ці дані.
2. Визначити необхідний обсяг і послідовність методів обстеження, інтерпретувати їх результати:
  - імунологічних досліджень;
  - загальноклінічних та інструментальних методів дослідження
2. Провести диференційний діагноз на підставі діагностичного алгоритму.
3. Виділити провідні симптоми та синдроми дерматиті, токсикодермії, екземи.
4. Поставити заключний діагноз і визначити тактику ведення хворого на дерматити, токсикодермії, екзему.
5. Обгрунтувати вибір основних груп фармакотерапевтичних засобів при дерматитах, токсикодерміях, екземі

**3.Базові знання, вміння, навички для вивчення теми  
(міждисциплінарна інтеграція)**

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
1. КАФЕДРА БІОЛОГІЧНОЇ ХІМІЇ 2. КАФЕДРА БІОНЕРГАНІЧНОЇ, ФІЗИКО – КОЛОЇДНОЇ, БІООРГАНІЧНОЇ ХІМІЇ 3. КАФЕДРА ФАРМАКОЛОГІЇ З АЛЕРГОЛОГІЄЮ 4. КАФ.ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Знання біохімічних властивостей подразників та алергічних чинників               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Вміти поставити та проаналізувати алергопроби</li> <li>• Вміння робити мікроскопічне дослідження збудника в патологічному матеріалі при мікробній екземі</li> <li>• Обґрунтувати вибір основних груп фармакотерапевтичних засобів при алергічних захворюваннях шкіри</li> </ul> </li> <li>•Збирати та оцінювати скарги, анамнез, дані об'єктивного обстеження хворого з алергодерматозом               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Виділяти патогномонічні симптоми та типові клінічні ознаки («себореїної корони», серозних криничок», «географічного язика» та інші),та на їх основі встановлювати діагноз алергодерматозу</li> <li>• Організація та проведення профілактичних заходів при алергодерматозах.</li> </ul> </li> </ul>

**4.Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття**

**4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:**

ТЕРМІН	ВИЗНАЧЕННЯ
Дерматит	- запалення шкіри, зумовлене безпосередньою подразнюючою або сенсibilізуючою дією різноманітних екзогенних факторів, яке регресує протягом декількох днів після усунення їх дії. Відносно червоної окрайки губ

	дерматит називають „хейлітом”, а оболонки рота – „стоматитом”.
<b>Класифікація</b>	<p><i>облігатні</i> (безумовні) - завжди викликають захворювання - виникають <i>проті</i> (артифіціальні, контактні) дерматити,</p> <p>- <i>факультативні</i> (умовні) - викликають лише у осіб з підвищеною чутливістю - <i>алергічними дерматитами</i>.</p> <p>- <i>професійні алергічні дерматити</i> - виникають при контакті з різноманітними виробничими агентами</p> <p>Залежно від тривалості дії подразника, його властивостей, сили (концентрації), загальної резистентності організму хворого виникає <i>гострий</i> або <i>хронічний дерматит</i>.</p> <p><i>Гострий дерматит</i> клінічно проявляється еритемою, набряком, появою пухирців, пузирів або некрозом тканини з утворенням виразок та рубців.</p> <p><i>Хронічний дерматит</i> характеризується невираженою гіперемією, інфільтрацією, ліхеніфікацією та гіперкератозом.</p>
<b>Розрізняють:</b>	<p>Фізичні дерматити – опіки, відмороження, озноблення (реакція на холод у осіб з 4ортикостер та гіповітамінозом С, А), сонячний та променевий дерматити, електротравма.</p> <p><b><i>Механічні</i></b> (у результаті тиску, тертя) потертість, мацерація, гіперкератоз, інтертріго (попрілість).</p> <p><b><i>Хімічні дерматити</i></b> – кислоти та луги, солі лужних металів і мінеральних кислот, динітрохлорбензол, синтетичні тканини, миючі засоби, полімери, лаки, фарби, розчинники, нікель, хром, бойові отруйні речовини шкірно –</p>

	<p>наривної дії.</p> <p><b>Біологічні дерматити</b> – фітодерматити (первоцвіт, чистотіл, степові трави, борщовик, північний ясенєць, деякі сорти червоного дерева), комахи, гусениці та ін.</p> <p><b>Медикаментозні дерматити</b> – новокаїн, пеніцилін, саліцилова, молочна, бензойна кислоти, резорцин, сірка (15% та більше), йод (5 – 10 %).</p>
<b>Простий контактний дерматит –</b>	– виникає гостро на місці впливу 5ортикостероїд фактора, після припинення дії якого швидко регресує, не має тенденції до поширення.
<b>Клініка</b>	<p>для простого дерматиту характерна відсутність сенсibilізації. Найбільш частими етіологічними факторами є первинні облігатні подразники (безумовні) – концентровані кислоти, луги, низькі і високі температури та первинні факультативні подразники: інсоляції, рослини, трави, комахи. На шкіру ці фактори діють як місцево подразнюючі та руйнуючі і викликають на місці дії появу клінічних симптомів від еритеми, пупирів до некрозу. Суб'єктивно можливі відчуття болю та печіння. Вогнище ураження локалізується на місці дії фактора, має чіткі межі і швидко зникає після усунення подразника. Повторний вплив агенту може визвати повторну появу дерматиту.</p>
<b>Контактний алергічний дерматит</b>	виникає у осіб з підвищеною чутливістю до певної речовини – алергену. У розвитку має значення наявність моновалентної сенсibilізації, часто за типом гіперчутливості сповільненого типу. Етіологічну роль

	<p>відіграють факультативні (умовні) сенсibilізуючі речовини (гаптени) – синтетичні тканини та миючі засоби, полімери, фарби, лаки, новокаїн та ін. У результаті на місці дії подразника та на віддалених ділянках виникають еритема, папули, пухирці, ерозії, мокнуття, кірки, лусочки. Суб'єктивно виражені свербіж та печіння. Початково висипи локалізуються на місці дії подразника, при подальшому впливі – у віддалених ділянках. Але зникають після усунення дії алергену. Відмічається позитивна шкірна проба з алергеном. При повторній дії алергену спостерігаються рецидиви.</p>
<b>Діагноз</b>	<p>– простого дерматиту полягає у виявленні екзогенного фактору. Для встановлення діагнозу алергічного дерматиту велику роль відіграє анамнез, а також постановка шкірних проб, що особливо важливе при виявленні професійних алергенів. Можна застосовувати лабораторні дослідження: імунологічні реакції зі специфічними антигенами.</p>
<b>Диференційний діагноз</b>	<p>– проводять між простим та алергічним дерматитом. Алергічний дерматит диференціюють від екземи.</p>
<b>Лікування простого контактного дерматиту.</b>	<p>– усунення дії подразнюючого фактора та нейтралізації його дії (наприклад, уражену ділянку слід промити струмом водопровідної води при дерматитах від хімічних речовин). Місцеву терапію проводять з урахуванням ступеню вираженості запальних явищ. Застосовують присипки, дезинфікуючі примочки, анілінові барвники, комбіновані кортикостероїдні аерозолі, креми, мазі, фотозахистні засоби (сонячний дерматит). При наявності пузирів їх розкривають та обробляють. При хронічних дерматитах застосовують теплі ванночки та пом'якшуючі мазі,</p>

	кортикостероїдні, а потім кератопластичні мазі. Лікування обширних опіків та відморожень здійснюють у спеціалізованих відділеннях.
<b>Лікування контактного алергічного дерматиту.</b>	– усунення дії сенсibiliзуючих речовин. При виражених клінічних проявах призначають дієту з обмеженням повареної солі, вуглеводів та екстрактивних речовин. Загальне лікування полягає у призначенні гіпосенсибилізуючих засобів (30% розчин тіосульфату натрію, препарати кальцію per os або в/в); ентеросорбентів, сечогінних, вітамінів (аскорбінова кислота, кальцію пантотенат, кальцію пангамат, калію оротат), у тяжких випадках – кортикостероїдів та гемодезу. Місцеве лікування проводять з урахуванням стадії захворювання та вираженості запального процесу. Застосовують присипки, примочки, водні та масляні бовтанки, індиферентні пасти (цинкова з додаванням 1 – 2% дерматолу), розсмоктуючі мазі (2% сірчано – саліцилову, 2% сірчано – дігтярну, 1 – 2% іхтіолову), кортикостероїдні креми, мазі, аерозолі.
<b>Екзема –</b>	поліетіологічне захворювання з гострим або хронічним перебігом, що характеризується поліморфізмом висипних елементів з перевагою дрібних пухирців, що швидко розкриваються („закипають”) з утворенням мокнучих ерозій, відчуттям свербіжу та печіння у ділянках ураження. У структурі шкірної захворюваності екзема складає 30 – 40% від усіх дерматозів.
<b>Факторами ризику у виникненні захворювання являються:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– спадковість;</li> <li>– супутні алергічні хвороби;</li> <li>– стресові ситуації, травми;</li> <li>– вогнища хронічної інфекції;</li> <li>– шлунково–кишкові розлади;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- дисфункції печінки та підшлункової залози;</li> <li>- ендокринопатії; піодермії;</li> <li>- різноманітні хімічні та біологічні речовини, медикаменти.</li> </ul>
<b>Розрізняють:</b>	- гостру, підгостру та хронічну екзему (за перебігом); та клінічні форми екземи: справжня, себорейна, мікробна, дитяча, грибкова, професійна
<b>Для перебігу <i>гострої екземи</i> характерні слідуючі стадії:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- еритематозна,</li> <li>- везикулярна,</li> <li>- стадія мокноття,</li> <li>- кіркова,</li> <li>- сквамозна;</li> </ul>
<b>Для <i>хронічної</i> у стадії загострення</b>	наявність ліхенізації, кірок, тріщин, везикуляції, лусочок, неяскової еритеми.
<b>Справжня екзема</b> (екзема ідіоматична, істинна).	Уражується шкіра верхніх та нижніх кінцівок, тулуба, обличчя. Клініка характеризується наявністю поліморфізму (справжнього та несправжнього) та строкатістю висипів. Спочатку з'являється еритема, на фоні якої формуються пухирці (мікроевезикули) та переважно ексудативні папули і пустули. Характерно, що при розкритті серозний ексудат поступає на поверхню шкіри у вигляді невеликих крапель (серозні колодязі). Також можна відмітити чергування уражених ділянок шкіри з неуразженими („архіпелаг островів”). Висипи розташовуються симетрично. Хворих турбує свербіж різної інтенсивності. Далі на місці мокноття утворюються кірки, лусочки; з'являються лущення, тріщини.
<b>Різновидами справжньої екземи є <i>пруригіозна</i> та <i>дисгідротична</i> екзема</b>	<i>Пруригіозна екзема</i> , яка характеризується появою дрібних папуловезикулярних елементів на ущільненій основі без утворення ерозій; нападаподібним свербіжем та тяжкими невротичними реакціями. З часом шкіра уражених ділянок грубіє, пігментується, стає сухою,



	<p>ліхенізується. Процес локалізується на шкірі обличчя, ліктьових згинів, під колінами, пахової ділянки; має хронічний рецидивуючий перебіг. Загострення спостерігається, як правило, взимку. Характеризується утворенням сверблячих, дрібних, щільних при пальпації епідермальних пухирців на бокових поверхнях пальців, іноді на шкірі 9ортико та підощв. Пухирці просвічуються через епідерміс у вигляді зерен вареного рису. Вони можуть розкриватися та зсихатися у жовтуваті кірочки. У подальшому утворюються обмежені ділянки гіперемії.</p>
<b>Себорейна екзема</b>	<p>- локалізується на шкірі волосистої частини голови, обличчя, грудей, між лопатками. Межі ураження не чіткі. Везикуляція і мокнуття не спостерігаються, але характерна наявність жовтувато – рожевих еритематозних плям, вкритих жирними жовтуватими лусочками (себореїди). За вухами можлива серозно – гнійна ексудація. Хворі скаржаться на інтенсивний свербіж, який може передувати клінічним проявам. Захворювання, як правило, виникає у дітей грудного віку або вже після статевої зрілості.</p>
<b>Мікробна екзема</b>	<p>У виникненні відіграє роль розвиток сенсibilізації до мікробного антигену (піококки, гриби); наявність нейроендокринних порушень, зміна процесів обміну, імунітету. Процес локалізується на шкірі гомілок, тилу кистей, волосистої частини голови. Спочатку висипи асиметричні, представлені гостро запальною еритемою, ексудативними папулами, 9ортикостероїд н, пустулами. Вогнища ураження мають вигнуті межі, на їх поверхні містяться зеленувато – жовті, серозно – гнійні та кров'яністі кірки,</p>

	<p>ерозії. Часто мікробна екзема починається з появи пустул, фолікулитів, еритеми та ексудативних папул по периферії трофічної виразки гомілки, у ділянці післяопераційної культі, навколо свіщового ходу. У цьому випадку говорять про паратравматичну, або навколораньову екзему. Якщо спочатку захворювання з'являються набряк, почервоніння, ексудативні папули та крапельне мокнення; вогнища ураження до 1 – 2 см і більше у діаметрі, підвищуються над рівнем шкіри, різко обмежені, округлі – говорять про нумулярну (монетоподібну) екзему. Для цієї форми мікробної екземи характерний рецидивуючий перебіг та поява під час загострення вторинних алергічних сверблячих висипів. Іноді можлива трансформація у справжню екзему. Також виділяють варикозну екзему, розвитку якої сприяє варикозний симптомокомплекс. Вогнища з чіткими межами локалізуються на нижніх кінцівках у ділянці розширених вен, навколо варикозних виразок, ділянок склерозування шкіри. Можливий помірний свербіж.</p>
<b>Дитяча екзема</b>	<p>Розвивається до 3 –х років, звичайно на фоні ексудативного діатезу. Поєднує ознаки справжньої, мікробної та себорейної екземи. Починається з появи на почервонілій набряклій шкірі обличчя та волосистої частини голови чисельних, зливних ексудативних папул і дрібних везикул, які поступово вкриваються бурими кірками та лишають ерозивну поверхню. Поступово процес поширюється на інші ділянки тіла. Поряд з цим можуть спостерігатися плямисті себорейні висипи. Звичайно діти пастозні, погано сплять, збуджені, лімфатичні вузли у</p>

	них збільшені, у крові відмічається еозинофілійний лейкоцитоз. У подальшому можлива трансформація дитячої екземи в atopічний дерматит.
<b>Діагноз екземи</b>	- встановлюють на підставі клінічної картини.
<b>Диференціюють</b>	- з atopічним дерматитом, контактним дерматитом, стрептодермією, псоріазом.
<b>Лікування екземи</b>	Проводиться комплексне лікування з урахуванням стадії шкірного процесу. Необхідно усунути контакт з алергеном, якщо такий виявлено. Загальне лікування включає призначення гіпоалергенної дієти зі зменшенням вживання рідини, повареної солі, вуглеводів та виключенням екстрактивних речовин; застосовується гіпносугестивна терапія та електросон, що забезпечує вплив на (центральна нервова система) та механізми алергічних запальних реакцій. Також призначають седативні препарати (броміди, валеріана, 11ортикост, транквілізатори та нейролептики – еленіум, седуксен, терилен); гіпосенсибілізуючу терапію: препарати кальцію (10% хлорид. кальцію 5 – 10 мл в/в), натрію (30% тіосульфат натрію 2 – 10 мл в/в); сечогінні засоби (25% розчин магнію сульфату по 4 – 10 мл в/м, фуросемід, діуретин); антигістамінні препарати per os або в/м (супрастин, діазолін, димедрол, піпольфен, фенкарол); ентеросорбенти (активоване вугілля, поліфепан, белосорб); ферментні препарати (панкреатин, абомін, фестал); імуномодуючі засоби (діуцефон, нуклеінат натрію, т-актевін, тимоген). У разі мікробної екземи, призначають протигрибкові препарати та антибіотики. У хронічній стадії показана вітамінотерапія (вітаміни А, Е, С, В6, В15); пірогенні препарати

	(пірогенал, продігіозан). При тяжких формах екземи вводять кортикостероїди (преднізолон, дексаметазон) та анаболічні гормони (нероболіл, ретаболіл).
<b>Місцево</b>	- у стадії мокнення призначають примочки з дезинфікуючими розчинами (2% борна кислота, 0,25% нітрату срібла, 0,5% резорцину), аерозолі (оксикорт, дексокорт, пантенол); у підгострій стадії переходять до застосування водних та жирових бовтанок, кортикостероїдних лосьонів, кремів та аерозолів, теплих ванн з відваром ромашки, дубової кори, висівок. У хронічну стадію призначають кератопластичні мазі з сіркою, дьогтем, нафталаном, АСД, іхтіолом; кортикостероїдні мазі. При мікробній екземі також застосовують суміш мазі Вількінсона та цинкової пасти, антипаразитарні дезинфікуючі засоби, анілінові барвники. При себорейній екземі призначають масляні компреси для видалення кірок, потім мазі з сіркою, саліциловою кислотою, білою ртуттю
<b>Для профілактики рецидивів</b>	- важливе дотримання гіпоалергенної дієти, виключення можливих алергенів, стресових ситуацій. Необхідне лікування ран, трофічних виразок, фолікулітів та інших супутніх захворювань. Хворі повинні дотримуватись правил гігієни, їм не рекомендується вдягати синтетичну та вовняну білизну. Усі хворі на екзему знаходяться на диспансерному обліку.

<b>Токсидермія</b>	- гострий запальний токсикоалергічний дерматоз, що виникає у результаті проникнення в організм хімічних речовин аліментарним, парентеральним, інгаляційним або транскутанним шляхом
<b>Розрізняють:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- медикаментозні;</li> <li>- аліментарні;</li> <li>- контактні (професійні, від косметичних засобів, укусів комах та ін.);</li> <li>- пов'язані з інтоксикацією;</li> <li>- аутоксичні дерматози.</li> </ul>
<b>Етіологічні фактори</b>	Токсидермії розвиваються за миттєвим або сповільненим типом гіперчутливості (від декількох годин до 1,5 місяця) з характерною алергічною або токсико–алергічною дією. Найбільш частими етіологічними факторами є лікарські засоби: антибіотики, сульфаніламід, анальгетики, барбітурати; метали: з металічними протезами та конструкціями, що використовуються у травматології та ортопедії; харчові: з продуктами та різноманітними домішками (консерванти, барвники).
<b>Клініка</b>	Токсидермія характеризується, як правило, дисемінованою, симетричною висипкою, часто мономорфного, іноді – поліморфного характеру, яка представлена усіма первинними елементами шкірної висипки, окрім горбків та гум. Висипи на шкірі можуть поєднуватись з ураженням видимих слизових оболонок рота та статевих органів, порушенням загального стану. Перебіг звичайно гострий, але іноді може затягуватись.
<b>Розрізняють клінічні форми токсидермії:</b>	- фіксована еритема та розповсюджена токсидермія.
<b>Фіксована еритема</b>	- Частою причиною появи фіксованої еритеми є похідні піразолону (антипірін, анальгін, амідопірін), сульфаніламід, саліцилати, антибіотики, та ін. лікарські препарати. Локалізується, як правило, на

	<p>слизових оболонках рота і статевих органів, іноді в ділянці заднього проходу та на шкірі. Клінічно спостерігається поява однієї або декількох округлих яскраво – червоних крупних плям, діаметром до 2 – 5см, котрі скоро у центрі набувають синюшного відтінку, а через декілька днів на їх місці лишається стійка пігментація своєрідного аспідно – коричневого кольору. У центрі плям може формуватися пухир, який швидко розкривається з утворенням болючої ерозії, потім – кірки. Процес триває протягом 7 – 10 днів, якщо прийом препарату припинено. Але при повторному прийомі відповідного препарату обов’язково спостерігається рецидив захворювання на тих же місцях, з підсиленням пігментації та поступовим розповсюдженням процесу на інші ділянки шкірного покриву. Іноді фіксована токсидермія спостерігається на слизовій оболонці рота без видимої еритеми і характеризується лише появою напружених пухирів.</p>
<p><b>Розповсюджена токсидермія</b></p>	<p>- При цьому захворюванні шкірно – слизова симптоматика поєднується з ураженням інших органів та систем. Процес локалізується на всьому шкірному покриві, слизових оболонках рота та статевих органів. Висипка розташовується симетрично і може бути плямистою, пігментною, папульозною, вузлуватою, везикульозною, пустульозною, бульозною, подібною до багатоформної ексудативної еритеми, у вигляді еритродермії, долонно – підошвенної кератодермії, алергічного васкуліту, ерозивно – виразкового стоматиту. На слизовій оболонці рота висипка проявляється катаральними, геморагічними, пухирно – виразковими явищами; локалізується лише на яснах,</p>

	<p>язиці, губах, але іноді ураження поширюється на всю слизову оболонку рота. Хворі скаржаться на загальну слабкість, нездужання, головний біль, запаморочення; може спостерігатись підвищення температури тіла, збільшення ШОЕ, лейкоцитоз, еозинофілія, помірна анемія, як ускладнення – тромбоцитопенія, агранулоцитоз, вісцеропатії, ураження оболонок мозку, алергічний міокардит, ДВЗ – синдром.</p>
<b>Диференціюють</b>	<p>- з алергодерматозами, алергічним васкулітом, червоним плоским лишаєм, багатоформною ексудативною еритемою, червоним вовчаком, розеолезним та папулезним сифілідом.</p>
<p>Тяжкою формою медикаментозної токсикодермії є <b>гострий епідермальний некроліз, або синдром Лайєла</b></p>	<p>- захворювання починається гостро, характеризується підвищенням температури тіла до 38 – 41 С, погіршенням загального стану та появою висипки. Вона складається з гіперемічних плям, пузирів та нагадує клінічно ортикостер або кропив'янку. Нерідко висипи з'являються спочатку на слизових оболонках рота, порожнини носа та ортикосте. Через декілька днів на шиї, в пахвових і пахвинних ділянках розвивається дифузна еритема, що швидко розповсюджується на весь шкірний покрив. Приблизно протягом наступних 12 годин відбувається відшарування епідермісу, з утворенням великих, дуже болючих, кровоточивих ерозій при його відторгненні, та поява в'ялих пузирів. Клінічна картина нагадує опік 2 – го ступеню („обварена шкіра”). На сусідніх ділянках шкірного покриву визначається позитивний симптом Нікольського. У процес залучується до 90% шкірного покриву, уражуються слизові оболонки носоглотки, стравоходу, трахеї, бронхів. Відмічаються виражені порушення діяльності внутрішніх органів, симптоми зневоднення, альбумінурія, прискорена ШОЕ, порушення серцево-судинної</p>

	діяльності, різка токсемія, коматозний стан, висока смертність.
<b>Діагноз</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- встановлюють на основі симптомів відшарування епідермісу. Захворювання диференціюють від таксидермії, багатформної ексудативної еритеми.</li> </ul>
<b>Лікування токсидермій</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- перш за все полягає у припиненні дії на організм етіологічного фактору (відміна лікарського засобу). Призначають раціональну дієту, з прийомом великої кількості води, ентеросорбенти (поліфепан), сечогінні препарати (лазикс, фуросемід) та проносні засоби для виведення алергену з організму. Парентерально або per os вводять препарати кальцію, тіосульфат натрію, антигістамінні препарати, вітаміни С, Р. При середньотяжких формах токсидермії призначають кортикостероїди з гемодезом. Іноді показана гемосорбція. При токсичних токсидерміях застосовують антидоти (унітіол), форсований діурез. <i>Місцево</i> призначають протисвербіжні бовтанки, кортикостероїдні мазі та аерозолі, дезинфікуючі примочки або волого–висихаючі пов'язки, епітелізуючі засоби.</li> </ul>
<b>Лікування синдрому Лайєла</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- здійснюється у реанімаційному відділенні та полягає у підтримці водного, електролітного та білкового балансу. Застосовується гемосорбція, плазмаферез.</li> </ul>



	<p>Призначають кортикостероїдні препарати в/м та в/в, антипротеолітики (контрикал, амінокапронова кислота), антигістамінні, серцеві, сечогінні препарати, вітаміни С, Р. Лікування здійснюють відкритим способом з видаленням некротичних мас хірургічним способом. Туалет порожнини рота і носа полягає у змашуванні ерозій розчином химотрипсину, аніліновими барвниками, новокаїном; полосканні рота дезинфікуючими, в'яжучими, засобами: настій ромашки, розчини борної кислоти, фурациліну, перманганату калію. При явищах кон'юнктивіту застосовують краплі з дексаметазоном, софрадекс, гідрокортизонову мазь. Уражену шкіру обробляють дезинфікуючими, протизапальними, епітелізуючими засобами, кортикостероїдними комбінованими аерозолями. Прогноз захворювання сумнівний і залежить від терміну початку лікування.</p>
--	--

#### **4.2. Теоретичні питання до заняття:**

1. Фактори, які сприяють виникненню дерматитів, токсідермій, екземи.
2. Клініка дерматитів, токсідермій, екзем.
3. Характеристика первинних та вторинних висипних елементів при цих ураженнях.
4. Визначити ведучі симптоми при алергодерматозах.
5. Провести диференційну діагностику дерматитів, токсідермій, екзем.
6. Принципи етіологічного та патогенетичного лікування при алергодерматозах.
7. Організація профілактичних та диспансерних дій при ураженнях шкіри при алергодерматозах

#### **4.3. Практичні роботи, які виконуються на занятті:**

Практичне заняття починається з участі студентів в ранковому огляді хворих у відділеннях. Звертається увага курсантів на важких пацієнтів. Далі шляхом тестового контролю визначається початковий рівень підготовки студентів до практичного заняття.

Самостійна робота студентів під керівництвом викладача включає: курацію тематичних хворих (опитування, огляд, фізикальне обстеження хворих, знайомство з даними обстеження, постановка діагнозу, призначення лікувальних та профілактичних заходів, вирішення питань лікувально-трудової експертизи); вирішення ситуаційних задач.

Після закінчення самостійної роботи студентів проводиться її аналіз і корекція. Клінічний розбір тематичних хворих включає доповідь студентів про скарги хворих, анамнез, дані лабораторних і інструментальних досліджень, диференційний діагноз, остаточний діагноз та ускладнення. Студенти обговорюють лікування, питання тактики, профілактики, лікувально-трудової експертизи, реабілітації тематичних хворих.

В кінці заняття проводиться підсумковий тестовий контроль. Оцінюється робота студентів, обговорюються результати. Підводиться підсумок заняття та виставляються оцінки.

## **Матеріали для самоконтролю**

### **Завдання № 1**

Хворий 26 років, апаратник хімічного заводу, звернувся з скаргами на набряклість і паління обличчя. Захворювання з'явилося після роботи у відкритого реактора і дії на шкіру парів аміаку і сірчаної кислоти. При огляді: обличчя набрякле, очні щілини звужені. Шкіра особи, передньої і бічної поверхні шиї яскраво-червона, численні дрібні пухирі, одиничні пухирі, місцями ерозії і мокнуття. Граніни осередку ураження чіткі. Закриті спецодягом ділянки шкіри не змінені. Данні якого анамнезу важливі при цьому становищі?

- A. епідеміологічного
- B. сімейного
- C. професійного
- D. ендемічного
- E. алергологічного

### **Завдання № 2**

До дерматолога звернувся чоловік 55 років зі скаргами на головний біль, загальну слабкість, висипання на шкірі та слизових оболонках, свербіж шкіри. При огляді: на шкірі тулубу та кінцівках визначаються мономорфні висипання, які представлені еритематозними елементами з синюшним відтінком, западаючим центром. Висипання ізольовані, трохи набряклі, з лущенням на поверхні. Відомо що 4 дні тому самостійно лікував міальгію (прийняв з цього приводу індометацин). Лікар виставив діагноз: медикаментозна токсикодермія. Який ведучий симптом при цьому?

- A. лущення
- B. ізольованість висипання
- C. погіршення самопочуття
- D. свербіж
- E. еритематозні елементами з западаючим центром

### Завдання № 3

Жінка 25 років, робітниця цеху синтетичних смол хімічного заводу, звернулася з приводу папульозних висипань, що зудять, ерозій та мокнуття на шкірі обличчя, кистей, грудей і спини висипання з'явилися 2,5 року тому на пальцях рук через 3 місяці після початку роботи в цьому цеху. Поступово висипання розповсюджувалися і на інші ділянки шкірного покриву. Лікування різними мазями було мало ефективно. Під час відпустки і відраджень стан значно поліпшувався, зникало свербіння, висип регресував. Ваш діагноз?

- A. Простий дерматит
- B. Алергічний дерматит
- C. Токсидермія
- D. Сульфурітема
- E. Ідіопатична екзема

### Завдання № 4

До лікаря звернулася жінка 22 років зі скаргами на виражену сверблячку і почервоніння шкіри обличчя. Висипання виникли наступного дня після використання лосьйону “Клеарасіл”. Раніше відзначала подібну реакцію при використанні косметических засобів. Об-но: шкіра обличчя еритематозна, набрякла, на цьому фоні відзначаються одиничні везикулярні висипання.

Призначте зовнішню терапію:

- A. Еритроміцинова мазь
- B. Присипка
- C. Мазь Лоринден А
- D. Цинкова паста
- E. Примочки з борно-таніновим розчином
- A. Тільки нагляд

### Завдання №5

Хвора, 25 років, касир, скаржиться на сверблячі висипання на шкірі грудей, межлопаточної області, волосистій частині голови. Занедужала 2 роки тому, коли вперше з'явилися висипання в зазначених місцях. При огляді - на шкірі грудей і межлопаточної області маютьс я множинні, округлі жовтувато-рожеві еритематозні плями, покриті жирними лусочками. На волосистій частині голови – рясні шаруваті, жовтуваті кірки і лусочки, волосся блискучі, склеєні у виді пучка, у складках за вушними раковинами – серозно-гнійні кірки на тлі гіперемії. Лікар запідозрив себореїну екзему.

Які дані історії хвороби свідчать на користь цього діагнозу?

- A. Локалізація висипань.
- B. Дослідження дермографізму.
- C. Давнина захворювання.
- D. Професія

Е. Часті рецидиви.

### **Завдання №6**

До дерматолога звернулася хвора, 37 років, маляр, зі скаргами на сверблячі висипання на шкірі кистей. Хворіє протягом 3 років, періодично в неї виникають подібні висипання на шкірі кистей, зникають під час відпустки. Лікувалася неодноразово у дерматолога. Останнє загострення почалося тиждень назад. Об'єктивно: на шкірі тильної поверхні обох кистей маються множинні папульозно-везикулезні висипання, ерозії, лусочки, серозні скоринки, на тлі еритеми без чітких границь. Лікар запідозрив екзему.

Які дані допоможуть у постановці діагнозу?

- А. Професія.
- В. Вік.
- С. Стать.
- Д. Тривалість захворювання.
- Е. Супутня патологія.

### **Завдання №7**

Батьки звернулися на прийом до дерматолога з 2 -х літньою дівчинкою в зв'язку з наявністю в неї висипань на шкірі особи, тулуба, кінцівок. З анамнезу удалося з'ясувати, що з першого року життя в неї були явища екссудативного діатезу. При огляді – на шкірі особи, тулуба, верхніх і нижніх кінцівок на тлі розповсюдженої гіперемії маються симетрично розташовані, множинні екссудативні папули, мікроевезикули, яскраво-червоні ерозії, серозні скоринки. Ваш попередній діагноз?

- А. Дитяча екзема.
- В. Атопічний дерматит.
- С. Екссудативний діатез.
- Д. Мікроспорія гладкої шкіри.
- Е. Алергійний дерматит.

### **Завдання №8**

Хворий, 42 років, скаржитися на висипання на шкірі лівої гомілки і тулуба, що супроводжуються сверблячкою. Хворим себе вважає протягом року, коли після травми лівої гомілки стали з'являтися висипання навколо травми. При огляді – на шкірі передньої поверхні середньої третини лівої гомілки мається шрам після перенесеної травми, навколо якого на тлі розлитої гіперемії маються дрібнопапульозні висипання. На шкірі тулуба – дрібні еритематозні плями, дрібнопапулезні елементи, що не зливаються між собою. Лікар запідозрив паратравматичну екзему.

Які зовнішні засоби варто запропонувати хворий?

- А. Фунгіцидні мазі.
- В. Антибактеріальні мазі.
- С. Кортикостероїдні креми.

D. Протизапальні нестероїдні мазі.

E. Противозудні мазі з місцевими анестетиками.

## **Література**

### **Основна:**

- 1.Скрипкин Ю.К. Шкірні і венеричні хвороби: Навчальний посібник для студентів педіатричних факультетів медичних інститутів - М.: Тріада, 2000, - 688с.
- 2.Адаскевич В.И. Захворювання, що передаються статевим шляхом. - Вітебськ: Вітебський медичний інститут, 1997. - 310с.
- 3.Зудин Б.И. Шкірні і венеричні хвороби. - М.: Медицина, 1990 214с.

### **Додаткова:**

- 1.Айзятулов Р.Ф. Сифіліс. - Донецьк: Донеччина, 1998. - 227С.
- 2.Венеричні хвороби // Керівництво для лікарів - під ред. О.К. Шапошникова. - М.: Медицина, 1992. - 554с.

### **Електронні ресурси:**

- 1.[http:// www.umsa.edu.ua](http://www.umsa.edu.ua)
- 2.[http:// www.compedium.com.ua](http://www.compedium.com.ua)
- 3.<http://ukrmed.org.ua>
- 4.[http:// www.derma - don.org.ua](http://www.derma-don.org.ua)
- 5.[http:// www.medicina.kharkov.ua](http://www.medicina.kharkov.ua)

Методичні рекомендації підготував  
доц. мед.н., асистент

\_\_\_\_\_Емченко Я. А.