

Термін	Визначення
Дерматит	- запалення шкіри, зумовлене безпосередньою подразнюючою або сенсibiliзуючою дією різноманітних екзогенних факторів, яке регресує протягом декількох днів після усунення їх дії. Відносно червоної окрайки губ дерматит називають „хейлітом”, а оболонки рота – „стоматитом”.
Класифікація	<i>облігатні</i> (безумовні) - завжди викликають захворювання - виникають <i>прості</i> (артифіціальні, контактні) дерматити, -<i>факультативні</i> (умовні) - викликають лише у осіб з підвищеною чутливістю -<i>алергічними дерматитами</i>. -<i>професійні алергічні дерматити</i> -виникають при контакті з різноманітними виробничими агентами Залежно від тривалості дії подразника, його властивостей, сили (концентрації), загальної резистентності організму хворого виникає <i>гострий</i> або <i>хронічний дерматит</i>. <i>Гострий дерматит</i> клінічно проявляється еритемою, набряком, появою пухирців, пупирів або некрозом тканини з утворенням виразок та рубців. <i>Хронічний дерматит</i> характеризується невираженою гіперемією, інфільтрацією, ліхеніфікацією та гіперкератозом.
Розрізняють:	Фізичні дерматити – опіки, відмороження, озноблення (реакція на холод у осіб з 1ортикостер та гіповітамінозом С, А), сонячний та променевий дерматити, електротравма. <i>Механічні</i> (у результаті тиску, тертя) потертість, мацерація, гіперкератоз, інтертріго (попрілість). <i>Хімічні дерматити</i> – кислоти та луги, солі лужних металів і мінеральних кислот, динітрохлорбензол, синтетичні тканини, миючі засоби, полімери, лаки, фарби, розчинники, нікель, хром, бойові отруйні речовини шкірно – наливної дії. <i>Біологічні дерматити</i> – фітодерматити (первоцвіт, чистотіл, степові трави, борщовик, північний ясенець, деякі сорти червоного дерева), комахи, гусениці та ін. <i>Медикаментозні дерматити</i> – новокаїн, пеніцилін, саліцилова, молочна, бензойна кислоти, резорцин, сірка (15% та більше), йод (5 – 10 %).
Простий контактний	– виникає гостро на місці впливу 1ортикостероїд фактора, після припинення дії якого швидко регресує, не має тенденції

дерматит –	до поширення.
Клініка	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, пухирів 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.
Контактний алергічний дерматит	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 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.
Діагноз	– 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.
Диференційний діагноз	– проводять між простим та алергічним дерматитом. Алергічний дерматит диференціюють від екземи.
Лікування простого контактного дерматиту.	– 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, фотозахисні засоби (сонячний дерматит). При наявності пухирів їх розкривають та

	обробляють. При хронічних дерматитах застосовують теплі ванночки та пом'якшуючі мазі, кортикостероїдні, а потім кератопластичні мазі. Лікування обширних опіків та відморожень здійснюють у спеціалізованих відділеннях.
Лікування контактного алергічного дерматиту.	– 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.
Екзема –	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.
Факторами ризику у виникненні захворювання являються:	– спадковість; – супутні алергічні хвороби; – стресові ситуації, травми; – вогнища хронічної інфекції; – шлунково–кишкові розлади; – дисфункції печінки та підшлункової залози; – ендокринопатії; піодермії; – різноманітні хімічні та біологічні речовини, медикаменти.
Розрізняють:	- гостру, підгостру та хронічну екзему (за перебігом); та клінічні форми екземи: справжня, себорейна, мікробна, дитяча, грибкова, професійна
Для перебігу гострої екземи характерні наступні стадії:	- еритематозна, - везикулярна, - стадія мокноття, - кіркова, - сквамозна;
Для хронічної у стадії	наявність ліхенізації, кірок, тріщин, везикуляції, лусочок, неяскової еритеми.

загострення	
Справжня екзема (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 мокнuttя утворюються кірки, лусочки; з'являються лущення, тріщини.
Різновидами справжньої екземи є пруригіозна та дисгідротична екзема	<i>Пруригіозна екзема</i> , яка характеризується появою дрібних папуловезикульозних елементів на ущільненій основі без утворення ерозій; нападаподібним свербіжем та тяжкими невротичними реакціями. З часом шкіра уражених ділянок грубіє, пігментується, стає сухою, 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 4ортико 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.
Себорейна екзема	- локалізується на шкірі волосистої частини голови, обличчя, грудей, між лопатками. Межі ураження не чіткі. Везикуляція і мокнuttя не спостерігаються, але характерна наявність жовтуватого – 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.
Мікробна екзема	У виникненні відіграє роль розвиток сенсibiliзації 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, Бортикостероїд н, пустулами. Вогнища ураження мають вигнуті межі, на їх поверхні містяться зеленувато – жовті, серозно – гнійні та кров'яністі кірки, ерозії. Часто мікробна екзема починається з появи пустул, Бортикостероїд н 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.
Дитяча екзема	Розвивається до 3 –х років, звичайно на фоні ексудативного діатезу. Поеднує ознаки справжньої, мікробної та себореїної 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 них збільшені, у крові відмічається еозинофілійний лейкоцитоз. У подальшому можлива трансформація дитячої екземи в atopічний дерматит.
Діагноз екземи	- встановлюють на підставі клінічної картини.
Диференціюють	- з atopічним дерматитом, контактним дерматитом, стрептодермією, псоріазом.
Лікування екземи	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, бортикост, 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).
Місцево	- 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
Для профілактики рецидивів	- 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.

Токсидермія	- гострий запальний токсикоалергічний дерматоз, що виникає у результаті проникнення в організм хімічних речовин аліментарним, парентеральним, інгаляційним або транскутанним шляхом
Розрізняють:	- медикаментозні; - аліментарні; - контактні (професійні, від косметичних засобів, укусів комах та ін.); - пов'язані з інтоксикацією; - аутоотоксичні дерматози.
Етіологічні фактори	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).
Клініка	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.
Розрізняють клінічні форми токсидермії:	- фіксована еритема та розповсюджена токсидермія.
Фіксована еритема	- Частою причиною появи фіксованої еритеми є похідні піразолону (антипірин, анальгін, амідопірин), сульфаніламід, саліцилати, антибіотики, та ін. лікарські препарати. Локалізується, як правило, на

	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.
Розповсюджена токсидермія	- 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 багатформної 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,

	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.
Диференціюють	- з алергодерматозами, алергічним васкулітом, червоним плоским лишаєм, багатоформною ексудативною еритемою, червоним вовчаком, розеолезним та папулезним сифілідом.
Тяжкою формою медикаментозної токсикодермії є гострий епідермальний некроліз, або синдром Лайєла	- 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 ортیکостер 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

	діяльності, різка токсемія, коматозний стан, висока смертність.
Діагноз	- встановлюють на основі симптомів відшарування епідермісу. Захворювання диференціюють від таксидермії, багатоформної ексудативної еритеми.
Лікування токсидермій	- 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.
Лікування синдрому Лайєла	- здійснюється у реанімаційному відділенні та полягає у підтримці водного, електролітного та білкового балансу. Застосовується гемосорбція, плазмаферез.

	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 змащуванні ерозій розчином химотрипсину, аніліновими барвниками, новокаїном; полосканні рота дезинфікуючими, в'язучими, 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.
--	--