

Лекція

Токсидермії

Кафедра шкірних та венеричних хвороб ПДМУ

**Токсидермії - гострий запальний
токсикоалергічний дерматоз, що виникає у
результаті проникнення в організм хімічних
речовин аліментарним, парентеральним,
інгаляційним або транскутанним шляхом.**

медикаментозні

аліментарні

контактні

пов'язані з
інтоксикацією

аутоксичні
дерматози





Клініка токсидермії 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.



клінічні форми токсидермії

фіксована еритема



*розповсюджена
токсидермія*



Фіксована еритема.

Частою причиною появи є похідні піразолону (антипірін, анальгін, амідопірін), сульфаніламід, саліцилати, антибіотики, антибіотики та ін. лікарські препарати. Локалізується на слизових оболонках рота і статевих органів, 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.





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. Нерідко 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.



Гострий епідермальний некроліз, або синдром Лайєла

Це 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 токсидермію або кропив'янку. 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.. Відмічаються виражені порушення діяльності внутрішніх органів, симптоми зневоднення, альбумінурія, прискорена ШОЕ, порушення серцево – судинної діяльності, різка токсемія, коматозний стан, висока смертність.





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. *Місцево* призначають протисвербіжні бовтанки, кортикостероїдні мазі та аерозолі, дезінфікуючі примочки або волого – висихаючи 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 дезінфікуючими, 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 дезінфікуючими, протизапальними, епітелізуючими засобами, кортикостероїдними комбінованими аерозолями. Прогноз захворювання сумнівний і залежить від терміну початку лікування.

