**Азербайджанский Медицинский Университет**

**Кафедра Дерматовенерологии**

**Практическое занятие № 7**

**Дерматиты простой (ирритантный) и аллергический. Профессиональные дерматозы. Токсидермии. Многоформная экссудативная эритема. Синдром Стивенса-Джонсона.**

**Синдром Лайелла.**

*Эпидемиология. Этиопатогенез. Клинические и патоморфологические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика.*

**ВОПРОСЫ/ОТВЕТЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ САМОПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ**

1.Дайте определение дерматита.

МКБ-10: L23-L25 Дерматит -воспалительное поражение кожи, возникающее в результате непосредственного воздействия на кожу внешних факторов.Различают простой (ирритантный)контактный дерматит и аллергический контактный дерматит.

2.Дайте определение простого (ирритантного) контактного дерматита.

МКБ - 10: L24 Дерматит простой (ирритантный) контактный - воспалительное поражение кожи, возникающее у всех людей при непосредственном воздействии на кожу облигатных (обязательных) раздражителей.

3.Укажите типы облигатных (обязательных) раздражителей, которые могут быть причиной простого (ирритантного) контактного дерматита.

 ●механические (трение,длительное давление и т.д)

 ●физические (УФ-лучи,высокая и низкая температура,солнечная инсоляция и др.)

 ●химические (концентрированные кислоты,щелочи и другие реактивы)

 ●биологические (крапива,борщевик и др.)

 4.Опишите клинические проявления простого(ирритантного)контактного дерматита.

Простой контактный дерматит как в быту,так и на производстве обычно развивается в результате несчастного случая(ожоги,обморожения,удар током и др.).Степень выраженности клинических изменений на коже при простом контактном дерматите зависит от силы раздражителя,времени его воздействия на кожу и проявляется следующими нарушениями:

 ●эритематозными

 ●везикулезно-буллезными

 ●некротически-язвенными

5.Укажите, с какими заболеваниями дифференцируют простой(ирритантный) контактный дерматит.

Аллергический контактный дерматит,истинная/микробная экзема,атопический дерматит,поверхностные дерматомикозы.

6.Укажите принципы лечения простого(ирритантного) контактного дерматита.

Лечение заболевания начинают с устранения действия раздражителя. При простых дерматитах, развившихся под воздействием концентрированных кислот и щелочей, средством неотложной помощи является длительный и обильный смыв водой пораженных поверхностей. При простых дерматитах, сопровождающихся эритемой и отеком, применяют примочки, кортикостероидные мази; при везикулобуллезных высыпаниях производят вскрытие пузырьков/пузырей с последующим применением дезинфицирующих примочек и комбинированных кортикостероидных мазей с антибиотиками(целестодерм и др.);при эритематозно-папуллезных высыпаниях применяют кортикостероидные мази.

7.Дайте определение аллергического контактного дерматита.

МКБ-10: L23 Дерматит аллергический контактный - воспалительное поражение кожи,возникающее при непосредственном воздействии на кожу факультативных(сенсибилизирующих) раздражителей у лиц с повышенной чувствительностью к данным раздражителям.

8.Назовите разновидности факультативных(сенсибилизирующих) раздражителей, способствующих возникновению аллергического контактного дерматита.

Аллергический контактный дерматит вызывают различные химические вещества со свойствами сенсибилизаторов,например соли хрома, никеля, синтетические смолы, краски, инсектициды ,косметические и моющие средства и т.д. Большую группу аллергенов составляют лекарственные вещества: антибиотики, сульфоновые, йодистые, бромистые, ртутные препараты и многие другие наружно применяемые лекарственные средства. Аллергенами могут быть биологические раздражители: различные растения, животные, обитатели морских водоемов.

9.Укажите клинические проявления аллергического контактного дерматита.

Клиническая картина при аллергическом контактном дерматите разнообразна, но чаще проявляется по типу острой экземы - отеком, эритемой, везикуляцией кожи в месте контакта с аллергеном и интенсивным зудом. В связи с чем, в течении аллергического контактного дерматита различают эритематозную, везикулезную, мокнущую, корковую, сквамозную стадии. Интенсивность проявлений зависит от концентрации аллергена и длительности контакта; воспалительные изменения могут выходить за зону первичного контакта с аллергеном.

10. Назовите лабораторные тесты, которые проводят для диагностики аллергического контактного дерматита.

Кожные аллергические пробы, триптаза,I gE

11.Укажите,с какими заболеваниями дифференцируют аллергический контактный дерматит.

Ирритантный контактный дерматит,атопический дерматит,целлюлит,розацеа.

12.Перечислите принципы лечения аллергического контактного дерматита.

При лечении аллергического контактного дерматита необходимо идентифицировать аллерген и исключить контакт с ним больного.Кроме наружной противовоспалительной терапии(топические стероиды) проводят системную терапию - десенсибилизирующие,антигистаминные препараты,при тяжелом течении - кортикостероидные гормоны.

13.Укажите, чем отличается аллергический контактный дерматит от простого (ирритантного)контактного дерматита.

Простой (ирритантный) контактный дерматит возникает при воздействии на кожу облигатных (обязательных) раздражителей у всех людей, сразу после воздействия раздражителей. Очаг поражения по площади строго соответствует месту действия раздражителя. Аллергический контактный дерматит возникает при воздействии на кожу факультативных (сенсибилизирующих) раздражителей только у лиц с повышенной чувствительностью к данным раздражителям, через определенное время после сенсибилизации и представляет аллергическую реакцию замедленного типа.

14.Дайте определение профессиональным дерматозам.

Профессиональные дерматозы - заболевания кожи, которые впервые возникли в условиях производства под влиянием производственных факторов и сопровождаются нарушением трудоспососбности.

15.Укажите производственные факторы, которые способствуют развитию профессиональных дерматозов.

 ●химические факторы-кислоты, щелочи, скипидар, стекловолокно, никель, хлор, ртуть, синтетические смолы, лаки, краски, цемент, формалин, ядохимикаты и др.

 ●физические факторы - радиоактивные изотопы, рентгеновские и ультрафиолетовые лучи, механические и термические воздействия.

 ●инфекционные факторы - грибы рода Candida,Mycobacterium tuberculosis и др.

16.Перечислите клинические формы профессиональных дерматозов.

 ●профессиональный простой контактный дерматит

 ●профессиональный аллергический контактный дерматит

 ●профессиональные фотодерматозы

 ●профессиональная экзема

 ●профессиональные фолликулиты

 ●профессиональные язвы

 ●профессиональные гиперкератозы и папилломатозы.

17.Укажите клинические проявления профессиональных примет и их отличие от профессиональных дерматозов

 Профессиональные приметы клинически проявляются в виде омозолелости, трещин,пигментации,окрашивания,телеангиэктазий,рубцов и, в отличие от профессиональных дерматозов, не нарушают трудоспособность.

18.Назовите основные принципы диагностики профессиональных дерматозов.

 ●установление связи данного заболевания с определенным производственным фактором

 ●локализация на открытых участках кожного покрова

 ●результаты кожных проб к предполагаемым раздражителям и иммунологических тестов

 ●аналогичные заболевания среди сотрудников,работающих в одной производственной сфере

19.Перечислите принципы лечения профессиональных дерматозов.

Лечение профессиональных дерматозов не отличается от аналогичных кожных заболеваний. Проводят лечение десенсибилизирующими и антигистаминными препаратами, при тяжелом течении используют кортикостероидные гормоны. Необходимо устранить контакт с раздражающим производственным фактором.

20.Укажите методы профилактики профессиональных дерматозов.

 ●защита кожи от повреждающих факторов (спец.одежда, применение защитных средств-силиконовый крем, биологические перчатки, спирт 96 ° и др.)

 ●механизация, автоматизация, герметизация производства

 ●соблюдение и совершенствование санитарно-технических условий на производстве

 ●санитарно-просветительные работы

 ●профессиональный отбор персонала должен включать проведение кожных проб.

21.Дайте определение токсидермий.

МКБ-10:L27 Токсидермии-острое токсикоаллергическое воспаление кожи(возможно и слизистых оболочек),вызванное раздражителем, обладающим сенсибилизирующим действием и поступившим в организм через дыхательные пути, желудочно-кишечный тракт,инъекционно (подкожно, внутримышечно, внутривенно), через слизистые оболочки(влагалище, анус).В зависимости от причины развития токсидермий различают *медикаментозную*(антибиотики,сульфаниламидные препараты,анальгетики,салицилаты и др.) и *алиментарную*(пищевые продукты)токсидермии.

22.Укажите клинические проявления при токсидермиях.

Токсидермии проявляются разнообразными высыпаниями:пятнистые,уртикарные,папулезные,папуло-везикулезные/пустулезные,буллезные.Чаще наблюдается распространенная токсидермия, реже-локализованная(фиксированная эритема).Локализация-разнообразная; помимо кожи могут поражаться слизистые оболочки полости рта, глаз и половых органов.

23. Дайте определение и укажите причину возникновения синдрома Лайелла.

 МКБ-10:L51.2 Синдром Лайелла (син.токсический эпидермальный некролиз)-острое, тяжелое токсико-аллергическое, эритематозно-буллезное заболевание кожи и слизистых оболочек, угрожающее жизни больного и характеризующееся некрозом и отторжением эпидермиса. Причина возникновения синдрома Лайелла-токсико-аллергическая реакция на лекарственные препараты (салицилаты, антибиотики, анальгетики, сульфаниламидные препараты и др.),пищевые продукты, инфекционные триггеры. Предполагают, что в основе патогенеза синдрома Лайелла лежит гиперергическая реакция, приводящая к выраженным протеолитическим процессам в коже и слизистых оболочках, сопровождающимся выраженным синдромом эндогенной интоксикации.

24.Опишите клиническую картину синдрома Лайелла.

Процесс обычно начинается внезапно, остро и сопровождается тяжелым общим состоянием, артралгией, миалгией, нередно тошнотой/рвотой/диареей и повышением температуры до 39-40° в течение 1-3 дней. На коже туловища, конечностей, лица появляется обильная, диссеминированная сыпь в виде насыщенно-красного цвета отечных пятен, которые, разрастаясь, сливаются в обширные участки поражения, возможна петехиальная сыпь.Через несколько часов (до 48 часов) на воспаленной коже образуются множественные пузыри разных размеров с тонкой, дряблой покрышкой, при разрыве которой обнажаются обширные, болезненные, легко кровоточащие эрозии. Вся кожа становится диффузно гиперемированной и приобретает вид ошпаренной кожи. Эпидермис легко сдвигается при прикосновении, возникают симптомы “смоченного белья”,”перчаток”,”носков”.Симптом Никольского резко положительный. На слизистых оболочках полости рта, губах возникают болезненные, легко кровоточащие эрозии, трещины, затрудняющие прием пищи. В процесс могут вовлекаться слизистые оболочки глаз, бронхов, органов пищеварительного и урогенитального тракта. В стадии выздоровления (через 3-4 недели)наблюдается обильное крупнопластинчатое шелушение.

25.Укажите, с какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику синдрома Лайелла.

Вульгарный пемфигус, синдром Стивенса-Джонсона, герпетиформный дерматит Дюринга, пемфигоид буллезный Левера.

26.Перечислите принципы лечения синдрома Лайелла.

Необходима ранняя госпитализация больных с синдромом Лайелла и проведение лечения в отделении интенсивной терапии-высокие дозы кортикостероидных гормонов(100-200 мг/д),антигистаминные препараты,препараты ускоряющие регенерацию тканей,антитоксические средства,симптоматические препараты,при вторичном инфицировании-антибиотики.Наружно-мази/крема/гели,растворы антисептические, с серебром, ускоряющие регенерацию, кортикостероидные.

27.Дайте определение многоформной экссудативной эритемы.

МКБ-10:L 51 Многоформная экссудативная эритема(erythema exsudativum multhiforme)- острое, склонное к рецидивам полиморфное заболевание кожи и слизистых оболочек инфекционно-аллергической природы.

28.Укажите этиопатогенез многоформной экссудативной эритемы.

Этиопатогенез многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ) неясен. Заболевание рассматривается как гиперергическая реакция кожи,спровоцированная инфекцией,лекарственными препаратами,токсическими веществами с образованием циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови,отложением IgM и C3-комплемента в сосудах дермы.

29.Перечислите типичные места локализации многоформной экссудативной эритемы.

Высыпания локализуются симметрично,преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей(чаще кистей,стоп,предплечий,голеней),могут поражаться ладони и подошвы,лицо и др. участки кожного покрова,а также слизистые оболочки полости рта,носа,половых органов,конъюктива,красная кайма губ.Высыпания могут быть ограниченными,диссеминированными и генерализованными.

30.Перечислите клинические формы многоформной экссудативной эритемы.

 ●простая форма

 ●везикуло-буллезная форма

 ●буллезная форма,включая синдром Стивенса-Джонсона

31.Опишите характер высыпных элементов при многоформной экссудативной эритеме (МЭЭ).

При *простой форме* МЭЭ высыпания представлены воспалительными пятнами (или папулами) округлой формы, с резкими границами, которые в течение 2-3 дней могут увеличиваться до 1-2 см в диаметре. Края элементов красноватого цвета, центр-цианотичный, слегка западает(тип мишени/кокарды);иногда в центре располагается пузырек/пузырь.

При *везикуло-буллезной форме* МЭЭ отмечаются эритематозные бляшки с кольцом из пузырьков по периферии и пузырем в центре.

При *буллезной (тяжелой) форме* МЭЭ процесс начинается обычно со слизистых оболочек полости рта; появляются пузыри, кровоточащие эрозии, массивные геморрагические корки. На коже также отмечаются пузыри, пятнисто-папулезные мишенеподобные элементы. Буллезная форма МЭЭ чаще развивается у детей и подростков. Через 1-2 недели все перечисленные формы МЭЭ регрессируют спонтанно, оставляя гипер- или депигментированные участки. Возможна положительная изоморфная реакция Кебнера.

32.Дайте определение и укажите причину возниковения синдрома Стивенса-Джонсона.

МКБ-10: L51.1 Синдром Стивенса-Джонсона-тяжелая форма буллезной МЭЭ, при которой, наряду с кожей поражаются слизистые оболочки как минимум двух органов. Причина возникновения синдрома Стивенса-Джонсона-токсико-аллергическая реакция на лекарственные препараты (сульфаниламидные препараты, анальгетики, антибиотики, йод, бром и др.). В этой связи, если раньше синдром Стивенса-Джонсона и тяжелая форма МЭЭ рассматривались как одно заболевание, то в последнее время синдром Стивенса-Джонсона как и синдром Лайелла рассматривается как отдельная нозологическая форма, связанная преимущественно с лекарственной гиперчувствительностью.

33.Опишите клиническую картину синдрома Стивенса-Джонсона.

Процесс обычно начинается внезапно, остро, с высокой температуры, артралгии, миалгии, иногда с продромальным гриппоподобным периодом в течение 1-13 дней. Слизистая оболочка рта вовлекается в процесс в 100% случаев с появления пузырей, эрозий с серо-белыми пленками, геморрагических корок, нередко покрывающими и красную кайму губ. Вследствие тяжелого поражения рта и губ затрудняется речь, прием пищи. Поражение глаз (91%) характеризуется катаральным и гнойным конъюнктивитом, увеитом, панофтальмитом ,кератитом. В процесс вовлекаются мочеполовые органы (57%)-уретрит, вульвовагинит; слизистая оболочка бронхов (6%),ануса (5%).Сыпь на коже-в виде крупных, мишенеподобных, пятнисто-папулезных элементов (3-5 см в диаметре), насыщенно-красного цвета с багровой периферией и запавшим синюшным центром, где образуются пузыри с серозным/геморрагическим содержимым, ссыхающимся в грубые геморрагические корки или вскрывающиеся с обнажением болезненных эрозий ярко-красного цвета. Основная локализация поражений на коже-туловище. Симптом Никольского-отрицательный / положительный.

34.Укажите, с какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику многоформной экссудативной эритемы.

Токсидермия, герпетиформный дерматит Дюринга, синдром Лайелла, вульгарный пемфигус.

35.Перечислите принципы лечения многоформной экссудативной эритемы.

Системная терапия

 ●при легкой форме МЭЭ - антигистаминные препараты, витамины группы В,С.

 ●при тяжелой форме МЭЭ и синдроме Стивенса-Джонсона – кортикостероидные гормоны, антигистаминные препараты, при наличии вторичной инфекции-антибиотики, ациклические нуклеозиды.

 Топическая терапия

 ●мази/крема/гели/растворы с антисептиками, серебром, кортикостероидные.

36.Укажите процент летальности при синдромах Стивенса-Джонсона и Лайелла.

Летальность при синдроме Стивенса-Джонсона составляет 5-15 %,а при синдроме Лайелла-30% и зависит от площади поражения кожи и возраста пациентов. Возможные причины смерти при синдроме Лайелла-сепсис, желудочно-кишечные кровотечения, выраженные нарушения водно-электролитного баланса.