**Azərbaycan Tibb Universiteti**

**Dermatovenerologiya kafedrası**

**Praktik məşğələ №7**

**Sadə (irritant) və allergik dermatitlər. Peşə dermatozları.Toksikodermiyalar. Çox formalı ekssudativ eritema. Stivens –Conson sindromu.**

**Layella sindromu**

*Epidemiologiya. Etiopatogenez. Kliniki və patomorfoloji əlamətləri. Diaqnostika. Differensial diaqnostika. Müalicə və profilaktika.*

**Tələbələrin özünühazırlıq səviyyəsinin**

**müəyyənləşdirilməsi üçün suallar/cavablar**

1. Dermatitin tərifini verin.

XBT-10: L23-L25 Deramtit – dərinin iltihabi zədələnməsidir, xarici faktorların dəriyə birbaşa təsiri nəticəsində əmələ gəlir.Sadə (irritant) kontakt dermatiti və alergik kontakt dermatiti fərqləndirilir.

2.Sadə ( irritant) kontakt dermatitinin tərifini verin.

XBT – 10: L-24 Sadə (İrritant) kontakt dermatiti – dərinin iltihabi zədələnməsi olub,bütün insanlarda obliqat (mütləq) qıcıqlandırıcıların dəriyə birbaşa təsiri nəticəsində əmələ gəlir.

3.Sadə ( irritant) kontakt dermatitinə səbəb olan obliqat (mütləq) tip qıcıqlandırıcıları göstərin.

* mexaniki (sürtünmə, uzun müddətli təzyiq və s.)
* fiziki (UB-şualar, yüksək və aşağı tempratur, gün şuaları və s.)
* kimyəvi (qatılaşdırılmış turşular, qələvilər və digər reaktivlər)
* bioloji (gicitkan, baldırğan)

4.Sadə (irritant)kontakt dermatitinin klinik xüsusyyətlərini təsvir edin.

Sadə kontakt dermatiti həm məişətdə və həmdə istehsalatda bədbəxt hadisənin( don vurma,yanma,elektrik cəryanı vurmasıının və s. ) təsiri nəticəsində əmələ gəlir. Sadə kontakt dermatitində dəridəki kliniki dəyişikliklərin dərəcəsi qıcıqlandırıcının gücündən,dəriyə təsir etmə vaxtından aslıdır və aşağıdakı dəyişiklərlə özünü göstərir.

* eritematoz
* vezikulo – bullyoz
* nekrotik –xoralı

5.Sadə ( irritant) kontakt dermatiti hansı xəstəliklərlə differensial diaqnozu aparılır, göstərin.

Differensial diaqnoz allergik kontakt dermatiti, həqiqi/mikrob ekzeması, atopik dermatit, səthi dermatomikozlar ilə aparılır.

6.Sadə ( irritant) kontakt dermatitinin müalicə prinsiplərini sadalayın.

Xəstəliyin müalicəsi dərinin qıcıqlandırıcılar ilə təmasın istisna edilməsi ilə başlayır. Qatılaşdırılmış turşu və qələvilərin təsiri nəticəsində yaranmış sadə kontakt dermatitində təcili yardım zədələnmiş nahiyələri suyun altında yuyulmasıdı.Eritema və ödemlə müşahidə olan sadə dermatitlərdə islatmalar, kortikosteroid məlhəmlər tətbiq edilir: vezikulobulyoz səpgilərdə qovuqcuq/qovuq acılır dizenfeksiya edici islatmalar və antibiotiklərlə (çelestoderm və digərləri)kombinə olunmuş kortikosteroid məlhəmlər :eritematoz-papulyoz səpgilərdə kortikosteroid məlhəmlərdən istifadə olunur.

7.Allergik kontakt dermatitin tərifini verin.

XBT – 10: L23 Allergik kontakt dermatit – dərinin iltihabi zədələnməsi olub, fakultativ (sensibilizəedici) qıcıqlandırıcıların dəriyə birbaşa təsiri yüksək hasaslığa malik şəxslərdə bu qıcıqlandırıcılara qarşı yaranır.

8. Allergik kontakt dermatitinə səbəb olan fakultativ (sensibilizəedici) qıcıqlandırıcıların növlərini sadalayın.

Allergik kontakt dermatitinə sensibilizasiya xüsusiyyətinə malik olan kimyəvi maddələr səbəb olurlar, məsələn xrom, nikel duzları, sintetik qətran, boyalar, insektisidlər, yuyucu və kosmetik vasitələr və s. Allergenlərin böyük qrupunu dərman vasitələri təşkil edir:antibiotiklər, sulfon, yod, brom, civə preparatları və bir çox xaricə istifadə olunan dərman maddələri.Həmçinin bioloji qıcıqlandırıcılar: müxtəlif bitkilər, heyvanlar, dəniz sakinləri allergen ola bilərlər.

9.Allergik kontakt dermatitin klinik şəklini təsvir edin.

Allergik kontakt dermatitinin klinik şəkli müxtəlifdir, əsasən kəskin ekzema tipində üzə çıxır- dərinin ödemi, eritema, vezikulyasiyası allergenlə kontakt nahiyyəsində və intensiv qaşınma.

Allergik kontakt dermatitinin gedişatı zamanı eritematoz, vezikulyoz, sulanan, qabıqlanan, skvamoz mərhələləri ayırd edilir.Üzə çıxma intensivliyi allergenin konsentrasiyasından və kontaktın davam etmə müddətindən aslıdır:iltihabi dəyişıkliklər allergenlə birincili təmas nahiyyəsindən kənara yayıla bilər.

10. Allergik kontakt dermatitin diaqnostikasında istifadə olunan labarator üsullarını sadalayın.

Dəri allergik testlər, triptaza, İgE.

11.Allergik kontakt dermatitin differensial diaqnozu hansı xəstəliklərlə aparılır, göstərin.

İrritant kontakt dermatit, atopik dermatit, sellulit, rozasea.

12.Allergik kontakt dermatitin müalicə üsullarını sadalayın.

Allergik kontakt dermatitinin müalicəsi zamanı allergen təyin olunmalı və onunla təmasdan çəkinmək lazımdır. Xarici iltihab əleyhinə (topik steroidlər) terapiyadan başqa sistem terapiya aparılır- desensibilizə edici, antihistamin preparatlar,ağır gedişatda - kortikosteroid preparatlar.

13. Allergik kontakt dermatiti ilə sadə irritant kontakt dermatitinin fərqini göstərin.

Sadə( irritant) kontakt dermatiti obliqat(mütləq) qıcıqlandırıcının təsirindən bütün insanlarda həmən zaman yaranır.Zədələnmə ocağı sahəsinə görə qıcıqlandırıcının təmas elədiyi sahəyə uygundu.Allergik kontakt dermatiti fakultativ (sensibilizəedici) qıcıqlandrıcının dəriyə təsiri çox yüksək hassaslığa malik şaxslərdə bu qıcıqlandırıcılara sensibilizasiyadan müəyyən vaxt sonra yaranır və allergik reaksiyanın ləng tipi ilə xarakterizə olunur.

14.Peşə dermatozlarının tərifini verin.

Peşə dermatozları - ilk dəfə istehsalat şəraitində istehsalat amillərinin təsiri nəticəsində meydana çıxan və əmək qabiliyyətinin pozulması ilə müşahidə olunan dəri xəstəlikləridir.

15.Profesional dermatozların inkişafına səbəb olan istehsalat amillərin göstərin.

* kimyəvi amillər -turşular, qələvilər, skipidar, şüşə liflər, nikel, xlor, civə birləşmələri, sement, sintetik qətran, boyalar, laklar, formalin kimyəvi zəhərlər və s.
* fiziki amillər-radioaktiv izotoplar, rentgen şuaları, ultrabənövşəyi şualar, mexaniki və termiki amillər.
* infeksion amillər - Candida cinsi göbələkləri, Mycobacterium tuberculosis və s.

16. Peşə dermatozlarının klinik formalarını sadalayın.

* sadə kontakt peşə dermatiti
* allergik kontakt peşə dermatiti
* peşə fotodermatozları
* peşə ekzeması
* peşə folikulitləri
* peşə xoraları
* peşə hiperkeratozları və papilomatozları.

17.Peşə əlamətlərinin klinik xüsusiyyətləri və peşə dermatozlarından fərqlərini göstərin.

Kliniki olaraq peşə əlamətləri aşagıdakı şəkildə üzə çıxır döyənək, çat, piqmentasiya, teleangioektaziya, çapıq və profesional dermatozlardan fərqli olaraq əmək qabiliyyətini pozmur.

18.Peşə dermatozlarının diaqnozun qoyulması meyarlarını sadalayın.

* müəyyən istehsalat amili ilə əlaqənin təyin edilməsi.
* bədənin açıq sahələrində lokalizasiyası.
* güman edilən qıcıqlandırıcılara dəri sınağı və immunoloji testlər.
* eyni şəraitdə işləyən fəhlələr arasında oxşar xəstəliyin olması.

19.Peşə dermatozlarının müalicə prinsiplərini sadalayın.

Peşə dermatozlarının müalicəsi analoji dəri xəstəliklərinin müalicəsindən fərqlənmir.Histaminəleyhinə, desensibilizə edici müalicə və ağır hallarda kortikosteroidlərdən istifadə olunur.İstehsalatdakı qıcıqlandırıcı amillərlə təmasdan uzaqlaşdırmaq lazımdır.

20.Peşə dermatozlarının profilaktikası üsullarını sadalayın.

* dərinin zərərli maddələrdən qorunması (xüsusi peşə geyimləri, qoruyucu vasitələrin – silikon kremlərin, bioloji əlcəklərin, spirt 96° vəs.)
* istehsalatın mexanikiləşdirilməsi, avtomatlaşdırılması və hermetizasiyası
* istehsalatda sanitar-texniki şərtlərə əməl etmək və inkişaf etdirmək
* sanitar-maarifləndirmə işi
* fəhlələrin peşə seçimi dəri sınaqlarının aparılması ilə həyata keçirilməlidir

21.Toksikodermiyaların tərifini verin.

XBT-10:L27 Toksikodermiya – dərinin(həmçinin selikli qişaların) kəskin toksikoallergik iltihabıdı sensibilizəedici xüsusiyyətə malik qıcıqlandırıcının orqanizmə tənəffüs yollarından, mədə -bağırsaq traktından, inyeksiya (dəri altı, əzələ daxili, vena daxili), selikli qişalardan(uşaqlıq yolu,anus)daxil olmasıdır.İnkişaf etmə səbəbindən aslı olaraq toksikodermiyanın medikamentoz(antibiotik, sulfanilamid preparatları, analgetiklər, salisilatlar və başqaları)və alimentar (qida məhsulları)növləri var.

22.Toksikodermiyanın klinik xüsusiyyətlərin göstərin.

Toksikodermiyada müxtəlif səpgilər əmələ gəlir: ləkəli, urtikar ,papulyoz, papulovezikulyoz/pustulyoz, bulyoz.Tez-tez yayılmış toksikodermiya,az halda lokalizasiya(fiksə olmuş eritema) olunmuş müşahidə olunur.Lokalizasiyası müxtəlifdir:dəridən əlavə ağzın və cinsi orqanların sekili qişası zədələnə bilər.

23.Layella sindromunun tərifini verin və onun yaranma səbəbini göstərin.

XBT-10:L51.2 Layella sindromu (sin.toksiki epidermal nekroliz) – dəri və selikli qışaların kəskin, ağır toksiko – allergik, eritematoz – bullyoz, xəstənin həyatına təhlükə yaradan və epidermisin nekrozu və aralanması ilə xarakterizə olunur.Layella sindromunun əmələ gəlmə səbəbi dərman preparatlarına(salisilatlar, antibiotiklər,analgetiklər, sulfanilamid preparatları və s.), qida məhsullarına, ifeksion trigerlərə qarşı toksiki- allergik reaksiyasıdır.Belə hesab olunurki Layella sindromunun patogenezində hiperergik reaksiya durur, hansıki dəridə və selikli qişalarda görünən proteolitik proseslərə səbəb olur və görünən endogen intoksikasiya sindromu ilə müşayiət olunur.

24.Layella sindromunun kliniki şəklini təsvir edin.

Proses qəflətən başlayır, kəskin və ümumi ağır vəziyyət, artralgiya, mialgiya, ürəkbulanma, qusma , diareya və 1-3 gün müddətində tempraturun 39-40° qalxması.Gövdənin,ətrafların,üzun dərisində disseminə olunmuş ləkə şəklində səpgilər, tünd-qırmızı rəngdə əmələ gəlir, hansıki böyüyərək bir-biri ilə birləşərək iri zədələnmə sahələri əmələ gətirilər, petexial səpgidə ola bilər.Bir neçə saatdan sonra (48 saatacan) iltihablanmış dəridə çoxsaylı və müxtəlif formalı nazik örtüklü qovuqlar əmələ gəlir, bunların açılması nəticəsində yüngül qanayan ağrılı eroziyalar əmələ gəlir.Bütün dəri diffuz hiperemiyalaşmış olur və pörtülmüş şəkil alır.Toxunma zamanı epidermis asanlıqla yerini dəyişir ” islanmış ağ”, “əlcək”, “corab” simptomları əmələ gəlir.Nikolski simptomu kəskin müsbətdir.Ağzın seliki qişasında, dodaqlarda qidanın qəbulunu çətinləşdirən, ağrılı, tez qanayan eroziyalar, çatlar əmələ gəlir.Gözün, bronxların, həzm və sidik –cinsiyyət traktının selikli qişasıda prosesə cəlb oluna bilər.Sağalma mərhələsində(3-4həftədən sonra) iri löhvəcikli qabıqlanma müşahidə olunur.

25.Layella sindromunu hansı xəstəliklərlə differensial diaqnozu aprılır, göstərin.

Vulqar pemfiqus, Stivens-Conson sindromu, Dyurinqin herpetiformalı dermatiti, Leverin bulyoz pemfiqoidi.

26.Layella sindromunun müalicə prinsiplərini sadalayın.

Layella sindromlu xəstələr erkən hospitalizasiya olunmalıdır, müalicə intensiv terapiya şöbəsində aparılmalıdır, yüksək dozalı hormonal kortikosteroidlər(100-200mq\d), antihistamin preparatlar, toxumaların regenerasiyasın sürətləndirən preparatlar antitoksik vasitələr, simptomatik preparatlar, ikincili infeksiyalaşma zamanı antibiotiklər təyin olunur.Xaricə məlhəmlər/kremlər/gellər, məhlullar antiseptik, gümüşlə olan, regenerasiyanı artıran, kortikosteroidlər.

27.Çox formalı ekssudativ eritemanın tərifini verin.

XBT – 10: L51Çox formalı ekssudativ eritema (erythema exsudativum multhiforme) infeksion-allergik mənşəli kəskin, residivlərə meyilli olan dərinin və selikli qişaların polimorf xəstəliyidir.

28.Çox formalı ekssudativ eritemanın etiopatogenezini göstərin.

Çox formalı ekssudativ eritemanın (ÇEE) etiopatogenezi məlum deyil.Xəstəlik infeksiya, dərman preparatları, toksiki maddələrin təsiri nəticəsində qan zərdabında sirkulyasiya edən immun komplekslərin əmələ gəlməsi ,İgM və C3 komplementin çöküntülərin dermanın damarlarında dərinin hiperergik reaksiyası kimi baxılır.

29.Çox formalı ekssudativ eritemanın lokalizasiya yerlərini təsvir edin.

Səpgilər simmetrik , ətrafların açıcı səthlərində lokalizasiya olunur(bilək , pəncə, qol, baldır) ovuc və ayaqaltı , üz və dəri örtüyünün digər sahələridə zədələnə bilər, həmçinin ağzın, burnun, cinsiyyət orqanlarının selikli qişası, konyuktiva, dodağın qırmızı haşiyəsinədə lokalizasiya edir.Səpgilər məhdud, disseminə və generalizə olunmuş xarakter daşıya bilər.

30.Çox formalı ekssudativ eritemanın klinik formalarını sadalayın.

* sadə forma
* vezikulyoz - bullyoz forma
* bullyoz forma, Stivens-Conson sindromu da daxil olmaqla.

31.Çox formalı ekssudativ eritemanın(ÇEE) səpgilərinin xarakteristikasını təsvir edin.

ÇEE sadə formasında səpgilər iltihabi ləkələr(papulalar) dairəvi formalı, kəskin sərhədli, hansıki 2-3gün müddətində 1-2 sm dək böyüyür.Elementlərin kənarı qırmızı rəngdədi, mərkəzi-sianotikdir, yüngülvari içəri batır(hədəf tipi), bəzi hallarda mərkəzdə qovuqcuq/qovuq yerləşir.

ÇEE vezikulo-bulyoz formasında halqalı eritematoz lövhəciklər periferiyada qovuqcuqlar mərkəzdə qovuq qeyd olunur.

ÇEE bulyoz( ağır) formasında proses ağız boşluğunun selikli qişasından başlayır, qovuqlar, qanayan eroziyalar, massiv hemoragik qartmaqlar əmələ gəlir.Həmçinin dəridədə hədəfə bənzər ləkəli-papulyoz, qovuqlar qeyd olunur.ÇEE bulyoz forması əsasən uşaq və yeniyetmələrdə rast gəlinir.ÇEE sadalnan formaları 1-2 həftədən sonra spontan olaraq reqressiyaya uğrayaraq hiper ya da depiqmentasiyalı sahələr qoyurlar.Kebnerim müsbət izomorf reaksiyası mümkündür.

32.Stivens –Conson sindromunun tərifini və yaranma səbəbini göstərin.

XBT-10; L51.1 Stivens-Conson sindormu - bulyoz ÇEE ağır forması olub dəri ilə bərabər minimum iki orqanın selikli qişalarıda zədələnirlər.Stivens –Conson sindromunun yaranma səbəbi dərman preparatlarına(sulfanilamid preparatları, analgetiklər, antibiotiklər, yod, brom və s.) qarşı yaranan toksiko allergik reaksiyadır.Əvəllər Stivens –Conson sindromu və ÇEE ağır forması bir xəstəlik kimi baxılsada ,axır zamanlar Stivens-Conson sindromu necə ki Layella sindromu ayri nozoloji forma kimi baxılır, hansı ki dərman hiperhəsaslığı ilə əlaqədardır.

33.Stivens - Conson sindromunun klinik əlamətlərini təsvir edin.

Proses adətən gözlənilmədən, kəskin ,yüksək tempratur, artralgiya ,mialgiya, bəzən qripəbənzər prodromal periodla 1-13 gün müddətində başlayır.Ağzın selikli qişası 100 % hallarda prosesə cəlb olunur, dodağın qırmızı haşiyəsin əhatə edən qovuqlar boz-ağımtıl örtüklü eroziyalar və hemoragik qartmaqlar əmələ gəlir.Ağız və dodaq zədələndiyindən qida qəbulu və nitq pozulur.Gözlərin zədələnməsi(91% ) irinli və kataral konyuktivitlə, uveitlə, panoftalmitlə, keratitlə xarakterizə olunur. Prosesə sidik cinsiyyət orqanları(57%)-uretrit, vulvovaqinit; selikli qişası bronxlar (6%), anus(5%) cəlb olunur.Dəridəki səpgilər iridi, hədəfəbənzər, ləkəli-papulyoz elementlər(3-5sm diametrində), tünd-qırmızı rəngdə baqrovı periferiyalı, içəri çökmüş göyümtül mərkəzli, hardaki serroz/hemoragik tərkibli qovuqlar əmələ gəlir, bunlar ya kobud hemoragik qartmaqla örtülür ya da açılaraq ağrılı parlaq-qırmızı eroziyaya çevrilirlər.Zədələnmənin əsas lokalizasiya nahiyəsi gövdənin dərisidi. Nikolski simptomu mənfi/müsbətdir.

34.Çox formalı ekssudativ eritemanı hansı xəstəliklərlə differensial diaqnozu aparılmalıdır.

Vulqar pemfiqus, Dürinq dermatiti, toksikodermiya, Layella sindromu.

35.Çox formalı ekssudativ eritemanın müalicəsini sadalayın.

Sistem terapiya

* yüngül forma ÇEE - histaminəleyhinə preparatlar, B,C qupu vitaminləri.
* ağır forma ÇEE- və Stivens - Conson sindromunda - kortikosteroid hormonlar, antihistamin preparatlar, İkincili infeksiya qoşulduqda - antibiotiklər, asiklik nukleozidlər.

Topik terapiya

* məlhəmlər/kremlər/gellər/ məhlullar antiseptik, gümüşlə olan, kortikosteroidlər.

36.Stivens - Conson sindromu və Layella sindromunda letallıq neçə % təşkil edir.

Stivens - Conson sindromunda 5-15% təşkil edir. Layella sindromunda 30% təşkil edir. Xəstənin yaşından və dərinin zədələnmə sahəsindən aslıdr.Layella sindromunda ölümün səbəbləri sepsis, mədə-bağırsaq qanaxmaları, su – elektrolit balansının nəzərə çarpan pozulmalarıdır.