

УДК 616.5+616-02+616.03

## ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ ТА ПЕРВИННА ЛАНКА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Сенишин Н.Ю., Александрук О.Д., Чмут В.Г.

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра дерматології та венерології, м.Івано-Франківськ, Україна, e-mail: nataliia03nataliia@gmail.com*

**Резюме.** Обґрунтовано важливість знань про засади дерматовенерології та запропоновано варіанти їх оволодіння спеціалістами первинної ланки надання медичної допомоги. Запропоновано засоби, що сприятимуть оволодінню лікарями первинної ланки необхідними знаннями щодо діагностики та лікування найбільш частих захворювань шкіри та інфекцій, що передаються статевим шляхом; представлено спеціалізовані цикли тематичного удосконалення та навчально-методична література.

**Ключові слова:** шкіра, висипання, морфологічні елементи.

«Шкіра – дзеркало стану всього організму», «що їмо – так і виглядаємо» – фрази, загальновідомі та часто вживані лікарями в розмові з пацієнтами. Розуміння того, що проблеми зі станом шкіри тісно пов'язані з патологією внутрішніх органів, є достатньо типовим для сучасної медицини та суспільства в цілому. Так, до прикладу, лише виникнення свербіжу шкіри може вказувати на цілу групу серйозних змін здоров'я людини: підвищення рівня глюкози, білірубину в крові, розвиток психоневрозів, глистну інвазію, пухлинні процеси тощо.

У зв'язку із реформуванням системи надання медичної допомоги населенню України спостерігається перерозподіл маршруту пацієнтів із патологією шкіри на користь лікарів загальної практики – сімейної медицини. У більшості випадків, первинний лікарський огляд при появі перших ознак шкірної патології буде проводитись не профільними спеціалістами – дерматовенерологами. Така ситуація закладає потенційні ризики для правильної діагностики та лікування дерматовенерологічної патології.

Протягом підготовки лікаря загальної практики – сімейної медицини, який буде працювати із патологією шкіри на первинній ланці, дисципліна «Дерматовенерологія» викладається на 4-му році навчання в медичному університеті, а також у вигляді короткого циклу під час підготовки лікаря-інтерна. На жаль,

цей обсяг підготовки не дозволяє лікарю первинної ланки отримати достатні базові знання з дерматовенерології. Як результат, типовим явищем стають не тільки помилки в діагностиці поширених захворювань шкіри, але й використання неправильної термінології, методів обстеження та лікування, що мають виконуватись вже на первинному етапі.

Ще однією з потенційних проблем може стати збільшення числа інфекційних захворювань шкіри, що не типові для України, але стають можливими внаслідок постійного збільшення міграції населення та відвідування найвіддаленіших куточків світу. Відсутність знань про таку патологію внаслідок обмежених можливостей типових навчальних програм з дерматовенерології може також суттєво позначитись на ефективності діагностики та лікування хвороб шкіри.

Таким чином, із метою попередження різкого погіршення надання допомоги хворим із шкірною патологією в умовах реформи системи охорони здоров'я в Україні, постає потреба підвищення рівня знань лікарів первинної ланки. І якщо на додипломному етапі підготовки та при проходженні інтернатури в межах існуючих типових навчальних програм підготовка наближена до оптимальної, подальше удосконалення знань і умінь роботи лікарів первинної ланки із хворобами шкіри є абсолютно недостатнім.

На кафедрі дерматовенерології пропонується проходження циклу тематичного удосконалення «Дерматологія для лікарів загальної практики» для оволодіння необхідними знаннями щодо діагностики та лікування дерматозів, які найчастіше зустрічаються. Вважаємо за необхідне нагадати лікарям про морфологічні елементи (первинні, вторинні); реакцію судинного апарату шкіри на найрізноманітніші подразники, можливі прояви на шкірі тих чи інших захворювань внутрішніх органів; диференційну діагностику патологій.

Широко висвітлюється в засобах масової інформації збільшення кількості злоякісних новоутворів на шкірі, органами охорони здо-

ров'я проводяться «Дні меланому», популяризуються косметологія, дерматоскопія та трихологія. Детальніше з цими напрямками можна буде ознайомитися у нас на кафедрі.

Також хотілося б зазначити, що пацієнти при шкірних проблемах первинно не звертаються до дерматолога, вони потрапляють до терапевта (це при оптимальному варіанті), до провізора аптечної мережі або займаються самолікуванням. Клінічна картина висипань змінюється в залежності від того, який топічний засіб використовувався.

Для підвищення рівня знань із дисципліни «Дерматологія» нашою кафедрою пропонується проходження курсів підвищення кваліфікації, як в очному, так і в дистанційному форматі не тільки лікарям зі спеціальністю «Дерматовенерологія», але й лікарям зі спеціальностей: «Сімейна медицина»; «Терапія»; «Ендокринологія»; «Психіатрія»; «Інфекційні хвороби»; «Ревматологія»; «Онкологія», на яких вони зможуть отримати найновішу інформацію щодо нашої дисципліни із подальшим використанням в своїй медичній практиці.

Плануємо ознайомити лікарів з новітніми підходами до діагностики, лікування та профілактики дерматологічних захворювань. При проходженні циклу пропонуються наступні теми лекцій, практичних та семінарських занять.

#### **Тематичний план лекцій.**

1. Анатомія, фізіологія і патофізіологія шкіри людини.
2. Принципи лікування хвороб шкіри.
3. Діагностика найбільш частих дерматозів по локалізації на місцях висипань.
4. Педикульоз: клініка, діагностика, лікування.
5. Піодермії новонароджених.
6. Вірусні дерматози (бородавки, контагіозний моллюск): клініка, лікування.
7. Атопічний дерматит, етіологія, клініка, лікування.
8. Преканкрози і пухлини шкіри: класифікація, клініка, диференційна діагностика, лікування.

#### **Тематичний план семінарських занять.**

1. Пропедевтика: анатомія, фізіологія, патофізіологія шкіри, принципи діагностики дерматозів.
2. Пропедевтика: лікування і профілактика дерматозів.
3. Діагностика найбільш частих дерматозів по локалізації на місцях висипань.
4. Гострозаразні дерматози: короста, педикульоз, трихомікози.

5. Гноячкові захворювання шкіри (піодерміти).

6. Вірусні дерматози: герпеси, бородавки, контагіозний моллюск.

7. Алергічні дерматози: дерматити, екзема, токсидермії, атопічний дерматит.

8. Папулосквамозні дерматози: псоріаз, червоний плоский лишай.

9. Пухлини шкіри і передпухлинні стани.

#### **Тематичний план практичних занять.**

1. Пропедевтика: принципи діагностики дерматозів.
2. Пропедевтика: лікування, профілактика дерматозів.
3. Діагностика найбільш частих дерматозів по локалізації на місцях висипань.
4. Короста: клініка, діагностика, лікування.
5. Кератомікози. Мікози стоп. Клінічні прояви, класифікація, діагностика, лікування.
6. Мікроспорія. Трихофітія: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.
7. Стафілодермії: класифікація, клінічні прояви, лікування.
8. Стрептодермії: класифікація, клінічні прояви, лікування.
9. Простий і оперізуючий герпеси: клініка, діагностика, лікування.
10. Дерматити, токсидермії.
11. Екзема: класифікація, перебіг, лікування.
12. Псоріаз: класифікація, клініка, перебіг, лікування.

Плануємо випустити посібник, в якому в стислій та доступній формі буде викладено матеріал по кожній нозології. Для прикладу, хочемо ознайомити з темою «Короста».

КОРОСТА (SCABIES). Діагноз: Короста Код МКХ–10: В.86

Медико-технологічні документи:

1. Наказ МОЗ України №286 від 07.06.2004 року «Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України».
2. Наказ МОЗ України від 08.05.2009 року №312 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання».
3. Наказ МОЗ України № 751 від 28.09.2012 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».
4. Наказ МОЗ України № 1 від 10.06.2006 «Про затвердження Форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенероло-

гічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення».

Короста – це паразитарне захворювання шкіри, збудником якого є коростяний кліщ *Sarcoptes scabiei*. Короста характеризується надзвичайно високою контагіозністю та поширеністю.

**Етіологія та епідеміологія.** Коростяний свербун походить з родини Sarcoptidae, є підшкірним паразитом, має невеликі розміри. Самки в два рази більші за самців – довжина їх тіла досягає 0,3-0,4 мм. Тіло має кулясту форму, нагадує черепаха, вкрите множинними дрібними голками. Самці кліщів гинуть відразу після спарювання. Запліднена самка прикріплюється на шкірі і проникає в роговий шар епідермісу та прокладає паралельно поверхні шкіри коростяні ходи довжиною 5-10 мм (іноді до 10 см), відкладаючи до 50 яєць. З них через 3-4 дні починають з'являтися личинки, що формуються в статевозрілого кліща. Тривалість життя коростяних свербунів становить 2-2,5 місяці. Більшість кліщів харчуються не кров'ю, а роговими масами поверхневих шарів шкіри людини та тварин.

Найбільш сприятливими місцями для життя, крім шкіри людини, є натуральні тканини (шерстяні, шовкові, бавовняні), а також домашній пил та вироби з дерева. При температурі повітря + 8-14 С° кліщ може жити у зовнішньому середовищі до трьох тижнів, а при 18-20 С° – всього 3-4 дні.

Заразитися коростою можна при контакті з хворою людиною (прямої шлях), в тому числі і після статевого контакту (тому це захворювання відносять до захворювань, що передаються статевим шляхом) або при користуванні інфікованими предметами, найчастіше особистого користування (непрямої шлях).

Природна сприйнятливість до зараження коростою висока. Ймовірність інфікування залежить від: наявності безпосереднього контакту з хворим (наприклад, заражений член сім'ї, сексуальний партнер), тривалості контакту, кількості збудників на джерелі зараження, супутньої патології (наприклад, цукровий діабет може служити додатковим фактором, що прискорює розмноження паразитів).

Підвищений ризик зараження у наступних категорій населення:

1. Осіб, що знаходяться в ув'язненні та інших спеціалізованих закритих установах.
2. Осіб, які ведуть активне сексуальне життя.
3. Дітей в дошкільних установах.

**Клініка.** Клініка корости зумовлена особливостями паразитування збудника, реакцією шкіри й локалізацією. Період від зараження до розвитку характерної клінічної кар-

тини становить 1-2 тижні. При зараженні людини вперше симптоми корости можуть з'явитися і через місяць після попадання кліща на шкіру, при вторинному інфікуванні – симптоми з'являються значно раніше.

Основними типовими ознаки корости є сильний свербіж (особливо виражений ввечері та в нічний час), поява в типових місцях парних папуло-везикул, коростяних ходів та слідів розчухів (екскоріацій).

Свербіж може бути як локалізованим, так і генералізованим. Він стає інтенсивнішим в вечірній та нічний час в зв'язку з періодом активності збудника, виділенням ним слини та речовин, які містяться в екскрементах; подразненням нервових закінчень при русі кліща та розвитком сенсibiliзації організму до паразитів та продуктів їхньої життєдіяльності.

Типовою локалізацією уражень при корості є ділянки з тонким роговим шаром, зокрема міжпальцеві складки кистей, бокові поверхні пальців рук, згинальна поверхня променево-зап'ястних суглобів, передньо-бокові поверхні тулуба, ділянки передніх стінок пахвинних ямок, молочних залоз (ареоли сосків), живота, особливо пупка, сідниць, стегон, гомілок, статевого члена та мошонки.

Волосиста частина голови, обличчя, долоні та підшви у дорослих не уражаються.

В маленьких дітей при корості також уражаються внутрішні краї стоп, підшви, долоні, сідниці, обличчя та шкіра голови.

У чорношкірих пацієнтів захворювання виглядає як гранулематозні вузлики. Іноді ділянки ураження покриваються кров'янистогнійними кірочками.

Особливостями сучасної корости є незначний свербіж та обмежена кількість висипань, відсутність висипань на кистях внаслідок частого контакту з мийними засобами (scabies discreta). Ця форма корости спостерігається у чистоплотних людей або при неправильному лікуванні.

Симптом Горчакова-Арді: знаходження на розгинальній поверхні ліктьових суглобів сухих кірок та лусок, що вкривають папуло-везикульозні елементи.

Симптомом трикутника чи ромба Міхаеліса: висипання у вигляді гноячкових елементів, папуло-везикул, кірочок на шкірі міжсідничної складки з переходом на попереки.

Короста часто ускладнюється вторинною гнійничковою інфекцією в результаті розчухів, алергічним контактним дерматитом та екземою при неправильному та тривалому лікуванні.

**Норвезька короста.** Дуже рідкісна та контагіозна форма захворювання, що форму-

ється у хворих з важкими системними захворюваннями (олігофренія, онкологічна патологія, СНІД і інше) або осіб, тривало лікованих цитостатиками, глюкокортикостероїдами. При цій формі корости свербіж може бути відсутній або буває не різко виражений, а запальні зміни проявляються масивними еритематозними поверхнями, покритими множинними пошаровими кірками сірувато-брудного кольору, серед яких накопичується дуже велика кількість коростяних кліщів. Уражаються тулуб, кінцівки, обличчя, волосиста частина голови по типу еритродермії. Шкіра в ділянках ураження суха, покрита товстими темно-зеленими кірками, що місцями нагадує суцільний панцир, що обмежує рухи і робить їх болючими. Нігті різко потовщені. Волосся на ділянках ураження мають сухий та тьмянний вигляд. Помітне загальне збільшення лімфатичних вузлів. Від хворого чути неприємний запах. При насильному видаленні кірок оголюється гіперемійована шкіра, на якій неозброєним оком можна бачити масу білих точок – коростяних кліщів.

**Постскабіозна лімфопазія.** При цій формі корости на шкірі виявляються червоні сверблячі вузлики округлої чи овальної форми з гладкою поверхнею, які є вогнищами гіперплазії лімфоїдної тканини. Вони розвиваються в результаті алергічної реакції сповільненого типу на самого кліща і продукти його життєдіяльності. Вузликова короста розвивається при хронізації процесу, після рецидивів або повторного зараження. Ці вузлики стійкі до протикоростяної терапії. Характерним є самостійний регрес висипань і повторна їх поява. У крові спостерігається лімфоцитоз.

**Діагностика.** Діагноз корости може встановити лікар при фізикальному огляді і підтвердити при мікроскопічному лабораторному дослідженні (достовірність аналізу – лише 30%). Щоб взяти зішкріб, на уражену ділянку наносять гліцерин, потім скальпелем зішкрібується матеріал для аналізу. Оскільки тільки в кожному 3 випадку виявляються екскременти, яйця або самі кліщі, в інших клінічних випадках діагноз визначається лікарем на підставі клініки і скарг пацієнта.

Отриманий матеріал накладають на предметне скло в краплю 10% розчину КОН і розчавлюють її покривним склом. Готові препарати досліджують через 10-20 хвилин під мікроскопом.

Для виявлення коростяних ходів використовують простий, доступний для кожного лікаря метод: уражену ділянку шкіри змазують 3-5% спиртовим розчином йоду або будь-яким барвником, що заходить в коростяні ходи і

чітко контрастує їх у вигляді зафарбованої лінії довжиною 3-5 мм.

**Диференціальний діагноз** проводиться з такими шкірними захворюваннями, як атопічний дерматит, свербіж (prurigo), екзема, токсикодермія, вторинний рецидивуючий сифіліс.

**Лікування.** Протипаразитарні засоби (на вибір):

- водно-мильна емульсія бензилбензоату 20% (дорослі) та 10% (діти) – 1р. на вечір, тривалість курсу лікування 3 дні. Препарат щоденно втирається в шкіру (крім обличчя та волосистої частини голови). Хворий приймає ванну перед першою обробкою і після 3-х днів лікування. Змінює постільну та натільну білизну перед першою обробкою та після 3-ьох днів лікування;

- сірчана мазь 33 % (дорослі) та 10-15% (діти) – 1 р. на вечір, тривалість курсу лікування 5 днів. Препарат щоденно втирається в шкіру (крім обличчя та волосистої частини голови). Хворий приймає ванну перед першою обробкою і після 5-ти днів лікування. Змінює постільну та натільну білизну перед першою обробкою та після 5-ти днів лікування;

- есбіол + піперонілу бутоксид (спрегал) аерозоль для зовнішнього застосування. Все аналогічно – прийом ванни та заміна натільної і постільної білизни до та після лікування. Препаратом ретельно обробляють всю поверхню тіла, окрім голови та обличчя, з відстані 20-30 см від поверхні шкіри. Препарат потрібно залишити на шкірі протягом 12 годин, потім ретельно вимитися з милом та витертись. Звичай, одноразового застосування достатньо. При лікуванні дітей та новонароджених під час розпилення препарату потрібно захистити ніс та рот серветкою від потрапляння лікарського засобу. У разі заміни пелюшок необхідно заново обробити всю поверхню сідниць. Якщо розчесані ділянки локалізовані на обличчі, їх обробляють ватним тампоном, змоченим у спрегалі.

Необхідно мати на увазі, що навіть у випадку ефективності проведеного лікування, свербіж та інші симптоми можуть зберігатись ще протягом 8-10 днів. Якщо симптоми зберігаються довше, потрібно нанести препарат повторно.

Лікування посткоростяної сверблячки проводять одним із антигістамінних препаратів, в поєднанні з топічним кортикостероїдом, емольтентом. Протипаразитарні засоби застосовувати не слід.

**Протиепідемічні заходи.** З метою обліку захворюваності, проведення протиепіде-

мічних заходів до територіального дерматовенерологічного диспансеру/кабінету та органу санітарно-епідеміологічної служби надсилають заповнене повідомлення встановленої форми (N 089-2/о).

Обов'язковий огляд контактів/статевих контактів хворого за останні 2 місяці.

Білизну кип'ятять, прасують гарячою праскою. Речі, що не підлягають кип'ятінню, можна дезінфікувати пакуванням в закриті пластикові пакети на 3-7 днів (кліщ зазвичай гине при перебуванні поза межами шкіри людини протягом 2-3 днів).

**Диспансерне спостереження.** Після проведеного лікування допускається повернення до роботи/навчання в колективах на наступний день. Повторний огляд особи, що отримала лікування з приводу корості, проводять через 2 тижні.

#### Література:

1. Вибрані лекції по дерматології. – Івано-Франківськ: Місто НВ, 2011. – 172 с., 36 іл.
2. Дерматологія венерологія. Підручник / За редакцією В.І. Степаненка. – К.: КІМ, 2012. – 848 с., 253 іл.
3. Клинические рекомендации. Дерматовенерология / Под.ред. А.А.Кубановой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – 32 с.
4. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей / Скрипкин Ю. К. – М.: Медицина, 2002 год. – Т. 1. – 576 с.
5. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей / Под редакцией Ю.К.Скрипкина. – М, 1995. – С. 309.
6. Савчак В., Галнікіна С. Практична дерматологія. Навчальний посібник. – К.: Укрмедкнига, 1998. – 272 с.
7. Савчак В.І., Ковальчук М.Т. Хвороби шкіри в практиці сімейного лікаря: Посібник. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 398 с.
8. Торсуєвські читання : [збірник науково – практичних робіт / Донецький ДМУ]. – Донецьк : медінфо, 2001. - 272 с.
9. Т. Фицпатрик. Дерматология. Атлас-справочник / Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вулф, М. Полано, Д. Сюрмонд. – Москва: Практика, 1999. – 1088 с., 612 илл.
10. Хэбиф Т. П. Кожные болезни: диагностика и лечение / Т. П. Хэбиф; [пер. с англ. ; под общ. ред. акад. РАМН, проф. А. А. Кубановой]. – М.: МЕДпресс-информ., 2007. – [2-е изд.]. – 672 с.: ил.
11. Centers for Disease Control and Prevention <https://www.cdc.gov/parasites/scabies/prevent.html>
12. European guideline for the management of scabies, 2017 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.14351/pdf>

УДК 616.5+616-02+616.03

## ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Сенишин Н.Ю., Александрук А.Д.,  
Чмут В.Г., Ткач В.Е.

*ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет», кафедра дерматологии та венерологии, г.Ивано-Франковск, Украина*  
*e-mail: nataliia03nataliia@gmail.com*

**Резюме.** Обоснованно важность знаний основ дерматовенерологии и предложено варианты их овладения специалистами первичного звена оказания медицинской помощи. В связи с реформированием системы предоставления медицинской помощи населению Украины наблюдается перераспределение маршрута пациентов с патологией кожи на пользу врачей общей практики – семейной медицины. В большинстве случаев первичный осмотр при появлении первых признаков кожной патологии будет проводиться не профильными специалистами – дерматовенерологами. Данная ситуация закладывает потенциальные риски для правильной диагностики и лечения дерматовенерологической патологии.

С целью предупреждения резкого ухудшения качества оказания помощи больным с кожной патологией в условиях реформы системы охраны здоровья в Украине, возникает необходимость повышения уровня знаний врачей первичного звена. Предлагаются разнообразные методы повышения квалификации врачей общей практики на последипломном этапе с целью обеспечения высокого качества лечебно-диагностической помощи пациентам дерматовенерологического профиля на этапе первичного звена. В качестве данных методов предложены специализированные циклы тематического усовершенствования, учебно-методические пособия, совместные научно-популяризационные мероприятия для широкой общественности.

**Ключевые слова:** кожа, высыпания, морфологические элементы.

UDC 616.5+616-02+616.03

## DERMATOVENEROLOGY AT THE PRIMARY MEDICAL CARE LEVEL

N.J. Senyshyn, A.D. Aleksandruk,  
V.G Chmut, V.Y. Tkach

*SHEI «Ivano-Frankivsk National Medical University», Department of Dermatology and Venerology, Ivano-Frankivsk, Ukraine  
e-mail:nataliia03nataliia@gmail.com*

**Abstract.** The article points out the importance of Dermatology and Venereology basic knowledge for the specialists of the primary care level. Due to the reform of the medical care system in Ukraine, patients with skin pathology will consult practitioners first - family doctors. In most cases, the initial medical examination of the first signs of skin pathologies will be made not by dermatologists. This situation may have potential risks for proper diagnosis and treatment of skin pathology.

During the training of a general practitioner - family doctor who will work with the primary pathology of the skin, the discipline "Dermatovenerology" is taught during the 4th year at the medical university, as well as in the short period during the internship training. Unfortunately, this training does not allow the primary care physician to obtain sufficient knowledge of skin and sexually transmitted diseases. As a result, a typical phenomenon is not only errors in the diagnosis of common diseases of the skin but also use of the wrong terminology, wrong methods of assessment and treatment that should have been performed at the initial stage.

Another potential problem may be a greater number of infectious diseases of the skin

that are not typical for Ukraine, but they become possible due to the constant increase in population migration cases and visits to the remote corners of the world. Lack of knowledge about this pathology due to the limited possibilities of training programs in dermatology can also significantly influence the effectiveness of diagnosis and treatment of skin diseases.

Thus, to prevent a sharp deterioration in the treatment of patients with skin pathology in the context of the reform of the health care system in Ukraine, there is an urgent need to increase the level of knowledge of primary care physicians. The training is near optimal in the pre-graduation stage and internship within the existing standard curriculum, but further improvement of knowledge and working skills of the primary care physicians with skin diseases seems completely inadequate.

The Department of Dermatovenerology offers the course "Dermatology for general practitioners" for mastering the necessary skills on the diagnosis and treatment of the most frequently occurring dermatoses. It is necessary to remind physicians of the morphological elements (primary, secondary); the reaction of the vascular apparatus of the skin to a variety of stimuli, possible manifestations of the skin of various diseases of the internal organs; differential diagnosis of pathologies. There are some suggestions which will give primary care physicians the necessary knowledge for the diagnosis and treatment of the most frequent diseases of the skin and sexually transmitted infections, including specialized topics and educational-methodical literature.

**Keywords:** skin, rash, morphological elements.

Стаття надійшла до редакції 14.02.2018 р.