

Дерматиты



Раздражители:

Раздражители оказывают:

- раздражающее,
- токсическое
- повреждающее действие на кожу.

Степень и характер кожной реакции зависит от:

- свойств вещества,
- длительности экспозиции,
- возраста пациента,
- места контакта,
- генетической
предрасположенности и
- факторов окружающей среды.

Раздражающие экзогенные факторы:

- **механические;**
- **физические** – высокие и низкие температуры, электрический ток, ионизирующая радиация;
- **биологические** – укусы насекомых, растения;
- **химические** – кислоты, щелочи, соли тяжелых металлов, лекарственные вещества.

Классификация раздражителей

1. Облигатные

(безусловные, неиммунные)

вызывают дерматит у всех людей.

К ним относятся:

- конц. кислоты,
- конц. щелочи,
- вода высокой температуры и др.



2. Факультативные (условные)

Этим раздражителям присущи свойства облигатных, однако, развивается дерматит только после предшествующего повреждения эпидермиса в виде сухости, мацерации, шелушения (преморбидное состояние).

3. Аллерген -
вещество антигенной
природы, вызывающее
сенсibilизацию организма
и последующее развитие
аллергической реакции.

4. Фотодинамические и фотосенсибилизирующие раздражители

– вещества, определяющие чувствительность организма человека, его кожных покровов, к лучам солнечного спектра, прежде всего, к УФ лучам (фоточувствительность)

Простой дерматит

развивается в месте контакта повреждающего фактора с кожей и характеризуется следующими признаками:

- воспалительные изменения кожи возникают сразу после действия повреждающего фактора;
- площадь простого дерматита равна площади воздействия фактора;
- границы поражения четкие;
- клиника зависит от интенсивности и времени воздействия фактора;
- жалобы больного на боль и жжение;
- зуд не характерен.

Простой контактный дерматит

Острый контактный дерматит.

- Эритема
- Везикулы или пузыри
- Эрозии
- Корки
- Шелушение

Хронический контактный дерматит.

- воспалительная инфильтрация кожи
- шелушение
- трещины
- корки

Для острого простого контактного дерматита характерна стадийность развития клинических проявлений.

Первая стадия - При небольшой силе и кратковременном воздействии облигатного раздражителя повреждение клеток кожи поверхностное, поэтому воспаление проявляется лишь эритемой и небольшим отеком

Вторая стадия - Если поражающий фактор вызвал необратимое повреждение клеток всего эпидермиса, то клиническая картина характеризуется эритемой и крупными пузырями с серозным или серозно-геморрагическим содержимым

Третья стадия - При повреждении эпидермиса и дермы образуется некротический струп

Четвертая стадия - При повреждении всех слоев кожи, включая гиподерму, а также более глуболежащих тканей

Простые дерматиты от воздействия механических факторов

Механические факторы – такие как трение и давление, МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ *потертость*.

Локализация потертости четко соответствует местам трения обуви, рабочих инструментов ремней от рюкзаков, поясов и пр.

При интенсивных потертостях возникает острый дерматит, как правило, I и II степени.

Длительное слабое трение и давление на кожу приводит к хроническому простому дерматиту.





Опрелость

Развивается вследствие трения соприкасающихся поверхностей кожи в крупных и мелких кожных складках.

Способствует развитию опрелости повышенная влажность этих зон (ожирение, потливость, выделения из половых путей, недержание мочи и кала, выделение гноя из язв, свищей, нарушение гигиены и пр.).

Клиническая картина опрелости характеризуется появлением эритемы соприкасающихся кожных поверхностей, в глубине складки могут быть поверхностные трещины, далее процесс может усугубляться нарастанием мацерации, отторжением рогового слоя эпидермиса и появлением болезненных поверхностных эрозий.

Лечение

Умеренно выраженного травматического дерматита (в эритематозной стадии) заключается в применении индифферентных присыпок.

При резко выраженных эритеме и отеке - примочки или влажно-высыхающие повязки (**2-4%** раствор борной кислоты, свинцовая вода) или кортикостероидные мази.

При наличии пузырей их покрывку прокалывают, смазывают спиртовым раствором анилинового красителя, накладывают стерильную повязку, при нагноении покрывку пузыря удаляют; в случае развития лимфаденита показаны антибиотики. На эрозивную поверхность накладывают дезинфицирующую повязку, а по прекращении мокнутия - эпителизирующую мазь (борно-нафталановую).

При хроническом дерматите рекомендуются тепловые процедуры, кератолитические, кератопластические средства.

Дерматиты от воздействия высоких и низких температур

Поражение кожи высокими температурами при контакте с твердыми, жидкими и газообразными веществами называют ожогами,
низкими температурами – отморожениями и озноблениями.

Ожоги и отморожения **I** и **II** степени могут лечить дерматологи и хирурги.
Больных с поражениями **III** и **IV** степени должны лечить хирурги в ожоговых центрах.

Особой разновидностью ХОЛОДОВОГО поражения кожи является *ознобление*. *Экзогенной причиной ознобления являются относительно низкие температуры окружающего воздуха, причем они могут быть даже слабо положительные или около 0° С. Такие температуры не вызывают отморожения, но, сочетаясь с повышенной влажностью воздуха, у ослабленных людей (гиповитаминозы, ВСД, анемия и пр.) обуславливают патологическую сосудистую реакцию кожи открытых участков тела.* У пациентов с озноблением наблюдается спазм артериальных сосудов, образование красновато-синюшных припухлостей с нечеткими контурами мягкой консистенции. Они вызывают чувство жжения, зуда, болезненности. При длительном существовании озноблений местные трофические нарушения приводят к формированию субэпидермальных пузырей, при их вскрытии образуются болезненные, длительно незаживающие эрозии, которые могут осложняться вторичной инфекцией.

Дерматиты от воздействия электрического тока.

Повреждения кожи, вызванные электрическим током, как на месте контакта, так и на месте выхода тока, носят название «знаки тока». Они представляют собой твердые, возвышающиеся над поверхностью кожи сероватого цвета. В месте контакта кожи с электропроводником в центре струпа можно видеть западение черноватой окраски. отсутствие болезненных ощущений в зоне повреждения. Острое воспаление тканей вокруг струпа отсутствует. Величина и геометрическая форма «знака тока» соответствует форме электропроводника, с которым произошел контакт. Важно отметить, что в зоне электротравмы сохраняются волосы, так как они не обладают способностью электропроводения. Это обстоятельство отличает электротравму от термического ожога **III–IV** степени. Нередко вокруг струпа обнаруживается отслойка эпидермиса, которая объясняется радиарным распространением тока в коже и быстрой гибелью базальной мембраны вокруг основного очага коагуляции тканей. Отторжение струпа и заживление язвы длится **1,5-2** месяца, формируется рубец.

Дерматиты от воздействия инфракрасного излучения

В этой группе поражений выделяют *острый дерматит, вызванный интенсивным тепловым излучением. В этом случае клинические проявления поражения идентичны таковым при термических ожогах.* Хронический дерматит называют *хронической тепловой эритемой, причиной которой является длительное тепловое воздействие на кожу инфракрасных лучей небольшой интенсивности. Такая тепловая эритема может возникать у тех, кто долго находится у открытого огня (камины, печи), у рабочих горячих цехов*

После однократного воздействия подпороговых доз инфракрасного излучения на открытых участках кожи развивается транзиторная сетчатая эритема. При хроническом воздействии тепловых лучей развивается стойкая эритема, постепенно формируется гиперпигментация, атрофия эпидермиса. В запущенных случаях – стойкий меланоз, неравномерное окрашивание кожи.

Дерматит солнечный

Возникает в результате воздействия на кожу солнечных лучей, главным образом коротковолнового спектра: голубых, фиолетовых и особенно ультрафиолетовых.

Его развитие зависит также от продолжительности воздействия лучей, индивидуальной чувствительности и участка кожи.

Наибольшей чувствительностью к солнечным лучам обладает кожа живота, груди, спины; менее чувствительна кожа плеч, шеи, лба, бедер; наименее чувствительна кожа голеней, ладоней и подошв; пигментированная кожа менее чувствительна к свету, чем слабопигментированная (кожа блондинов).

Клиническая картина острого солнечного дерматита

характеризуется появлением на открытых участках кожи после скрытого периода в течение **2-4** час. диффузной яркой эритемы и отечности, сопровождающихся чувством стягивания и жжения.

В тяжелых случаях на воспаленной коже возникают пузыри с серозным или серозно-геморрагическим содержимым, часть которых, вскрываясь, образует болезненные эрозии.

Процесс заканчивается крупнопластинчатым шелушением и усиленным образованием пигмента - меланина (так называемый загар). Солнечный дерматит может развиваться и зимой из-за воздействия отраженных от снега солнечных лучей при сравнительно недолгом пребывании в заснеженных горах. Острый солнечный дерматит может сопровождаться общей слабостью, повышением температуры, головной болью, тошнотой, потерей аппетита.

Хронический солнечный дерматит

Развивается чаще у лиц, которые подвергаются повторной и длительной инсоляции

Вслед за воспалительной стадией кожа открытых участков тела приобретает бронзовый цвет, становится сухой, утолщенной, кожный рисунок усиливается

С годами развиваются гиперпигментированные и депигментированные участки, преждевременная возрастная дистрофия кожи, в тяжелых случаях - бородавчатые разрастания, на почве которых может возникать рак кожи.

У пожилых людей (чаще мужчин) может развиваться так называемый ромбовидная гипертрофическая кожа шеи (дистрофия кожи).

Лечение при остром солнечном дерматите –

обтирание кожи спиртом, одеколоном, охлаждающие примочки, взвеси, кремы; крупные пузыри прокалывают.

Дерматит от искусственных ультрафиолетовых лучей лечат так же, как дерматит от солнечных. Если УФО применяют с лечебной целью, то профилактически перед началом облучения нужно определить биологическую дозу УФО для данного больного.

На промышленных предприятиях и для предупреждения хронических дерматитов особое значение имеют профилактические меры, в частности применение фотозащитных веществ.



Клинические признаки поражений, вызванных всеми видами ионизирующей радиации,

Идентичны и подразделяются на *острые лучевые реакции и поздние или хронические лучевые поражения.*

К острым лучевым поражениям кожи относят раннюю лучевую реакцию, лучевую алопецию, острый лучевой дерматит.

*Ранняя лучевая реакция развивается через **1-2** суток после облучения в дозе не менее **3** Гр и представляет собой отечную эритему. Больного может беспокоить зуд. Процесс самостоятельно разрешается через несколько часов после возникновения.*

*Лучевая алопеция (облысение) развивается в зонах произрастания длинных волос после облучения кожи в суммарной дозе не менее **3,75** Гр. Лучевая алопеция сохраняется довольно долго, постепенная регенерация волос наблюдается спустя **2** и более месяцев.*

Острый лучевой дерматит

*может появляться и в первый день, и через **2** месяца после облучения. При суммарной дозе облучения от **8** до **12** Гр развивается **1** степень дерматита в виде застойно-синюшной эритемы, отека, выпадения волос.*

*Больной может испытывать боль, жжение, зуд. Процесс разрешается медленно, в течение **1-1,5** месяца, оставляя после себя стойкую пигментацию. Волосы постепенно отрастают. При суммарной дозе от **12** до **20** Гр развивается лучевой дерматит **2** степени, проявляющийся интенсивным покраснением облученной зоны кожи, отеком и пузырями с серозным и серозногеморрагическим содержимым.*

Возможно развитие регионарного лимфаденита, общего недомогания, лихорадки.

Больного беспокоят боли, жжение. Постепенно пузыри подсыхают в корки, полное заживление наступает через несколько месяцев и заканчивается образованием участков атрофии кожи, стойким облысением.

При суммарном облучении в дозе более **25** Гр развивается лучевой дерматит **3 степени**. На фоне отечной эритемы формируется зона некроза кожи, после отторжения которого длительно сохраняются язвы с сероватого цвета дном без выраженных грануляций. Язвы длительно не заживают, могут существовать месяцы и годы. Характерны мучительные боли.



Хронический лучевой дерматит

развивается наиболее часто на коже кистей рук и является профессиональным поражением (при несоблюдении техники безопасности) рентгенологов, лаборантов, имеющих контакт с растворами радиоактивных изотопов и др.

Заболевание проявляется нарастающей сухостью и шелушением кожи в зоне поражения, постепенно развивается атрофия, дисхромия кожи. При сохранении хронического лучевого воздействия может развиваться рак кожи.

Индуративный отек развивается в результате лучевого поражения стенок мелких лимфатических сосудов и нарушения оттока лимфы. Клинически проявляется уплотненным отеком в зоне облучения без болезненных ощущений. При разрешении индуративного отека остается зона атрофии кожи

Поздняя лучевая язва развивается в результате стойких трофических нарушений кожи с поражением нервов и стенок сосудов, вызванных ионизирующей радиацией.

Лучевой рак развивается вследствие малигнизации клеток эпидермиса в зоне длительно существующих хронических лучевых поражений.



Лечение

Больные с ранней лучевой реакцией кожи и лучевой алопецией обычно не нуждаются.

Для лечения в эритематозной стадии, а также при резко выраженной и затянувшейся на несколько дней начальной эритеме достаточны противовоспалительные средства: повязки с измельченным льдом, примочки, пасты, кортикостероидные мази и кремы, линол, линетол.

В буллезной стадии из пузырей следует периодически отсасывать шприцем жидкость, после чего накладывается слегка давящая повязка. При нагноении экссудата необходимо удалить покрышку пузыря, наложить повязку с дезинфицирующей примочкой или мазью и назначить антибиотики. Хорошим дезинфицирующим и обезболивающим действием обладают примочки из **0, 5%** раствора нитрата серебра.

После ликвидации острых воспалительных явлений показано применение повязок, пропитанных стерильными растительными маслами.

Лечение в язвенно-некротической стадии представляет большие трудности.

При ограниченном очаге поражения лучшим методом является иссечение очага в пределах здоровых тканей. В других случаях терапия должна быть направлена на поднятие защитных сил организма, предупреждение инфекции и ликвидацию дистрофического поражения тканей.

С этих позиций по индивидуальным показаниям применяют следующее: питание, богатое белками и витаминами, капельные гемотрансфузии (до **200** мл через каждые **4-6** дней), аутогемотерапию, антиретиккулярную цитотоксическую сыворотку Богомольца и цитозин, экстракт из листьев алоэ, стекловидное тело, ФИБС; назначают также аскорбиновую кислоту с рутином, тиамин, витамин Е, викасол, хлорид кальция, антигистаминные средства, кортикостероидные препараты, антибиотики, в т. ч. нистатин; в ряде случаев показаны местная новокаиновая блокада, при сильных болях - анальгетики, снотворные, наркотики.

Имеются сведения о благоприятном действии на лучевые язвы ультразвука. Для наружного лечения рекомендуются средства, стимулирующие регенеративные процессы, в частности листья или эмульсии алоэ, облепиховое масло, плазма и сыворотка крови, фибринная пленка, мази «Солкосерил», «Вулназан», **5-10%** метилурациловая мазь и др. В упорных случаях производят пластическую операцию.

При крайне тяжелом повреждении тканей с поражением глубоких сосудов приходится прибегать к ампутации конечности.

Лечение дерматита, вызванного радиоактивными веществами, следует начинать с тщательного удаления этих веществ с поверхности кожи, т. к. радиоактивные вещества проникают в роговой слой. Волосы, за исключением пушковых, рекомендуется сбрить, а ногти как можно короче обрезать.

Медикаментозный дерматит

при наружном применении некоторых фармакологических средств у больных, а также у медперсонала и у лиц, занятых на производстве медикаментов

При парентеральном и пероральном применении антибиотиков наблюдаются уртикарные сыпи, а при местном - контактный дерматит. В отдельных случаях дерматит от антибиотиков имеет тяжелое течение, иногда - характер эритродермии, крапивницы, сопровождаясь зудом; возможен анафилактический шок.

Дерматит могут вызвать новокаин, ртуть (в форме белой, ртутного пластыря, раствора сулемы - дерматит ртутный), хинин и его производные, сульфаниламиды, альдегиды



Препараты дегтя вызывают обычно фолликулит, реже диффузную эритему. От йода чаще возникает простой дерматит, (йодистый ожог) в результате повторных смазываний йодной настойкой участка кожи. Реже дерматит вызывают препараты пчелиного и змеиного яда, липкий пластырь, вазелин, анилиновые красители.

Дерматит от наружного применения лекарственных веществ обычно стихают после отмены этих средств.

Профилактика заключается в осторожном применении при заболеваниях кожи лекарственных средств, в частности антибиотиков, не применять длительно местно, при признаках обострения кожного поражения немедленно отменять их.

Во избежание развития проф. дерматитов с антибиотиками следует работать в резиновых перчатках, иногда бывает необходимо перейти на другую работу.

дерматит от растений

возникает от сочетания воздействия на кожу вещества, содержащегося в них, и физических факторов - солнечного света и трения. Хим. вещества в таких растениях, как крапива, едкий лютик, молочай, ядовитый бадьян, ясенец, кротон, являются облигатными раздражителями, в других растениях, например в примуле, ядовитом сумахе, герани, чесноке, инжире, высоком прангосе - факультативными, вызывающими дерматит только при наличии сенсibilизации. Ряд растительных хим. веществ (в осоке, сладком борщевике, пастернаке, дикой рябине, тысячелистнике и др.) являются фотосенсibilизаторами, вызывающими так называемые фотофитодерматиты. Чаще всего дерматит возникает от соприкосновения с примулой, ядовитым сумахом, лютиковыми, борщевиком, ясенцом кавказским, инжиром.

В клинической картине таких дерматитов много общего. Обычно поражения имеют эритематобуллезный или везикулезный характер. Высыпания появляются, как правило, через некоторое время после контакта с растением, сопровождаясь сильным зудом и жжением; образовавшиеся расчесы приводят к вторичному инфицированию. У некоторых больных, помимо возникновения очагов в местах соприкосновения с растением, возможно распространение поражения за счет переноса токсического вещества пальцами, одеждой. Часто наблюдаются лихорадка, недомогание, головная боль. Иногда фитодерматит возникает как профессиональный (у цветоводов, ботаников, огородников и др.). Дерматит от облигатных раздражителей растительного происхождения в большинстве случаев напоминает картину ожогов I - II степени.



Лечение и профилактика дерматитов от растений

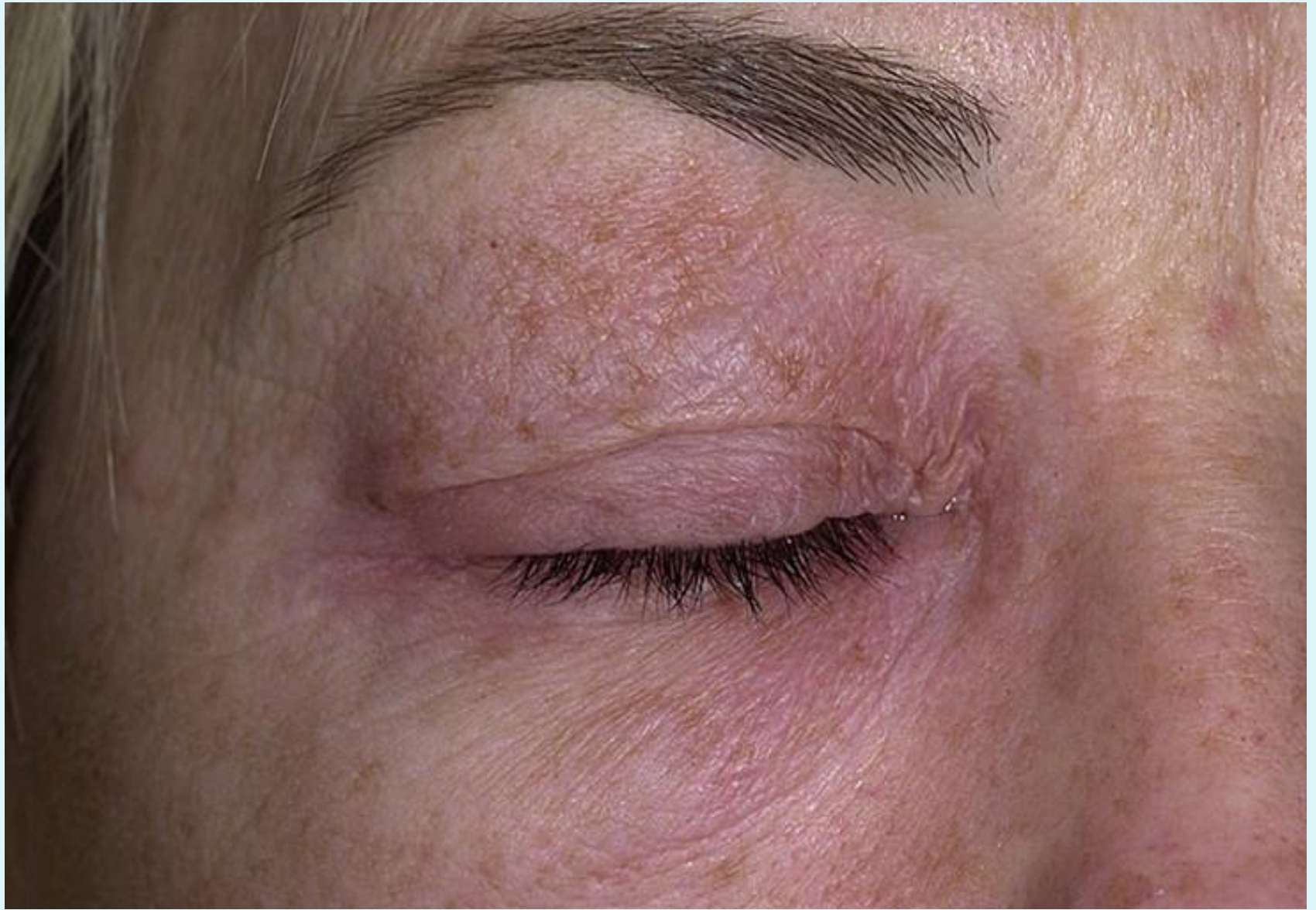
Прекращение контакта с растением ведет к быстрому излечению; кроме того, назначают десенсибилизирующие средства, наружно - противовоспалительные и дезинфицирующие средства. При дерматите от луговых трав - прокол пузырей и смазывание спиртовым раствором анилинового красителя.

Профилактика повторного лугового дерматита - избегать соприкосновения с данным растением, а в случае контакта протереть эти участки кожи бензином или спиртом.



При употреблении косметических средств и предметов парфюмерии - краска для волос и губная помада, театральный грим, тушь для ресниц, лак для ногтей, некоторые сорта одеколona - возможны воспалительные, чаще аллергические, поражения кожи - так называемый брелковый дерматит.







Принципы терапии простых дерматитов

Терапия простых дерматитов включает в себя:

- устранение действия поражающего фактора, при химическом воздействии – очистку кожи от химического вещества путем обильного промывания, нанесения веществ, нейтрализующих действие поражающего фактора;
- проведение рациональной наружной противовоспалительной терапии **в зависимости от остроты и тяжести дерматита.**

Симптоматическая терапия необходима при глубоких и тяжелых ожогах и лучевых поражениях (обезболивание, проведение детоксицирующей терапии, поддержание гомеостаза организма).

Следует отметить, что дерматиты **I** и **II** степени могут лечить дерматологи.

При острых дерматитах **I** степени рационально использовать холодные примочки с противовоспалительными средствами, жидкие кольдкремы. Для быстрого подавления воспалительной реакции допустимо кратковременное применение кремов, содержащих глюкокортикостероидные препараты. При солнечных дерматитах применяют антигистаминные препараты в виде гелей.

При наличии пузырных высыпаний проводят их вскрытие без удаления крышки пузыря с последующим наложением влажно-высыхающих повязок с антисептическими растворами.

Больным, у которых развились некротические поражения кожи и более глуболежащих тканей, а также повреждения больших площадей кожи (дерматиты **III** и **IV** степени), помощь оказывают хирурги в специализированном стационаре (так как требуется некротомия и интенсивная детоксикация).

Аллергический контактный дерматит

-это аллергическая реакция замедленного типа. Попавший на кожу антиген (аллерген) захватывается специализированными отростчатыми клетками эпидермиса - клетками Лангерганса, в которых он частично расщепляется и связывается с молекулами **HLA** класса **II**.

Клетки Лангерганса мигрируют из эпидермиса в регионарные лимфоузлы, где происходит презентация антигена Т-лимфоцитам.

Т-лимфоциты сенсibiliзируются, пролиферируют и из лимфоузлов перемещаются в кровь. Таким образом вся кожа становится сенсibiliзированной к данному антигену. Т-лимфоциты сами высвобождают цитокины и действуют на другие клетки, которые тоже вырабатывают цитокины при встрече с тем же антигеном.

Аллергический контактный дерматит возникает только у сенсibiliзированных людей. Концентрация раздражителя (аллергена) при этом почти не имеет значения, а тяжесть заболевания определяется степенью сенсibiliзации.





Аллергический дерматит

развивается на коже, сенсibilизированной в отношении к определенному аллергену. В основе воспалительного процесса лежит аллергическая реакция замедленного типа.

Аллергенами могут быть самые разнообразные вещества

- **Фармакологические препараты:** новокаин, антибиотики (пенициллин, стрептомицин), соединения ртути, резорцин, антигистаминные препараты, этиловый спирт, вазелин и др.
- **Соли хрома** - входят в состав цемента, стиральных порошков, одежды из окрашенных тканей и др.
- **Парфюмерно-косметические средства**
- **Некоторые сорта резины** (перчатки, обувь и др.)
- **Пластмассы, смолы, каучуки**
- **Химические вещества, содержащиеся в растениях** (хризантемы, тюльпаны, нарциссы, одуванчики, морковь, редис) и др.

Предрасполагающими факторами к развитию аллергических дерматитов являются:

- Наследственная предрасположенность
- Наличие других аллергических реакций
- Очаги хронической инфекции (обуславливают сенсibilизацию организма)
- Нервно-психические перенапряжения, стрессы
- Истончение рогового слоя эпидермиса (требуется меньшая концентрация аллергена для развития дерматита)
- Усиленное потоотделение (увеличивает вероятность возникновения дерматита при ношении обуви, одежды)

Для аллергического контактного дерматита характерны:

- Предшествующий контакт с веществом, предположительно вызвавшим дерматит.
- Скрытый период между воздействием повреждающего агента и развитием дерматита **48-96** ч.
- Активация после этого воздействия воспалительного процесса на всех участках кожи, когда-либо сенсibilизированных данным аллергеном.
- Стойкость аллергии на протяжении многих лет.

Аллергический контактный дерматит

Острый аллергический контактный дерматит.

- 1.эритема
- 2.папулы
- 3.везикулы
- 4.эрозии
- 5.корки
- 6.шелушение

Хронический аллергический контактный дерматит.

- 7.**папулы
- 8.**шелушение
- 9.**лихенизация
- 10.**эксфолиации.

Клиническая картина аллергических дерматитов имеет некоторые особенности по сравнению с простыми дерматитами:

- 1. Границы поражения при аллергическом дерматите нечеткие**
- 2. Процесс распространяется на другие участки кожи (а не только в месте действия аллергена)**
- 3. Воспалительный процесс ограничивается, как правило, гиперемией (для простых дерматитов характерны также буллезная и некротическая форма)**
- 4. Выражены экссудативные явления**
- 5. Вместо буллезной формы развивается микровезикулезная на фоне эритемы и отека имеются мельчайшие пузырьки, после вскрытия которых образуются эрозии. Такая картина напоминает экзему отсюда - другие названия аллергических дерматитов («экземоподобный дерматит», «контактная экзема»)**

*Острый аллергический дерматит возникает на открытых участках кожи и проявляется мелкими сгруппированными пузырьками, возникающими на фоне эритемы и отека, чаще расположены асимметрично, нечетко очерчены, выходят за пределы места контакта кожи с аллергеном и сопровождаются жжением и зудом. Многочисленные мелкие пузырьки вскрываются, образуя мелкие эрозии, которые стойко отделяют капельки серозного экссудата. Эти проявления аналогичны клинической картине экземы в острой стадии, поэтому эта реакция кожи была названа экзематозной. На разных стадиях развития экзематозного процесса доминируют определенные элементы сыпи. Так, при прогрессировании клинической картине доминируют мелкие папулы и везикулы, мелкокапельное мокнутье на фоне гиперемии и отечности. При прекращении контактов с аллергеном аллергический дерматит начинает постепенно регрессировать (в течение **2-4** недель). В очаге поражения постепенно уменьшаются гиперемия и отек, прекращают появляться новые папулезные и везикулезные элементы, в клинических проявлениях преобладают серозные корки и шелушение.*



Хронический аллергический дерматит возникает у пациентов с низкой степенью сенсибилизации самостоятельно или после регресса острого аллергического дерматита. Он проявляется незначительным воспалением кожи в месте повторяющихся контактов с определенным аллергеном в низкой концентрации и сопровождается утолщением эпидермиса и гиперкератозом.

Патоморфология.

При остром аллергическом дерматите в эпидермисе выражен межклеточный отек (спонгиоз), внутриэпидермально расположены мелкие полости, имеется внутриклеточный отек. Выражена также миграция в эпидермис лимфоцитов, нейтрофилов и эозинофилов. В верхней части дермы – расширение сосудов, отек и преимущественно периваскулярный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов, эозинофилов и нейтрофилов.

При хроническом аллергическом дерматите выражен акантоз с удлинением эпидермальных отростков и гиперкератозом, очаговый паракератоз. В верхней части дермы обнаруживают умеренно выраженный инфильтрат (преимущественно периваскулярный), состоящий из лимфоцитов, эозинофилов, гистиоцитов и фибробластов; увеличено количество капилляров.

Лечение.

гипоаллергенную диету (исключить спиртные напитки, citrusовые, острые блюда, ограничить употребление поваренной соли, углеводов и др.).

Традиционно назначают антигистаминные препараты, неспецифическую десенсибилизирующую терапию в форме внутривенных инъекций **30%** раствора тиосульфата натрия или **10%** раствора хлорида кальция.

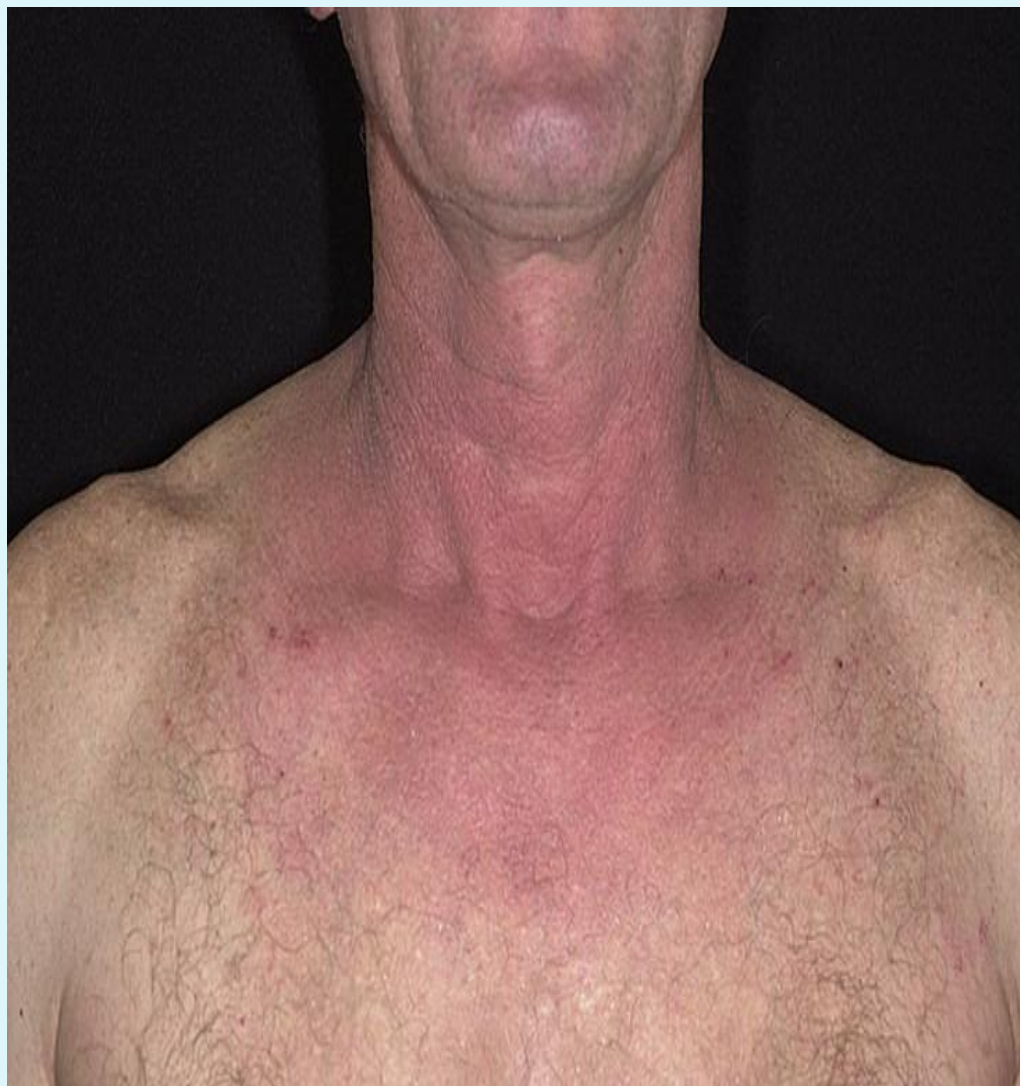
При выраженных островоспалительных проявлениях целесообразно кратковременное применение мочегонных и детоксицирующих средств.

- В тяжелых случаях назначают кортикостероиды внутрь. Преднизон: начинают с **70** мг/сут и в течение **2** нед уменьшают дозу на **5** мг/сут.

Наружно применяют противовоспалительные препараты
«В острой стадии назначают холодные, часто сменяемые примочки или влажно-высыхающие повязки с препаратами, усиливающими их противовоспалительное действие (**2%** раствор танина, **0,25%** раствор нитрата серебра, и др.).»

В подострой стадии, после прекращения мокнутья, когда преобладает образование серозных корочек и шелушение, назначают пасты (**2-5%** ихтиоловую, **5%** нафталановую и др.), охлаждающие кремы или лосьоны, а также кремы и мази с глюкокорти-костероидными гормонами (**0,1%** метилпреднизолона которые оказывают более быстрый терапевтически эффект

. В хронической стадии аллергического дерматита применяют разрешающие средства в форме мази, в частности препараты дегтя, АСД (3-5%), стероидные гормоны под окклюзионную повязку. При осложнен и аллергического дерматита пиодермией исключают топические стероиды и применяют в соответствующих формах те противомикробные средства (в том числе и внутрь), которые менее всего способны усилить сенсibilизацию кожи.



**Сравнительная характеристика
простого и аллергического контактного дерматита**

		Простой контактный дерматит	Аллергический контактный дерматит
Элементы кожной сыпи	<i>Острый контактный дерматит</i>	Эритема -> везикулы -> эрозии -> корки-> шелушение	Эритема -> папулы -> везикулы-> эрозии -> корки -> шелушение
	<i>Хронический контактный дерматит</i>	Папулы, бляшки, трещины, шелушение, корки	Папулы, бляшки, шелушение, корки
Очаг поражения	<i>Острый контактный дерматит</i>	Четкие границы, строго ограничен участком воздействия раздражителя	Четкие границы, начинается с участка воздействия аллергена, захватывает окружающую кожу (мельчайшие папулы по периферии), возможно генерализованное поражение
	<i>Хронический контактный дерматит</i>	Расплывчатые границы	Расплывчатые границы, склонность к распространению

Развитие заболевания	<i>Острый контактный дерматит</i>	Быстрое (через несколько часов после воздействия)	Не столь быстрое (12-74 ч после воздействия)
	<i>Хронический контактный дерматит</i>	Месяцы и годы регулярного воздействия	Месяцы или дольше, обострение возникает после каждого контакта с аллергеном
Раздражитель / аллерген		Тяжесть заболевания зависит от концентрации раздражителя; заболевание возникает при воздействии раздражителя в концентрациях выше пороговой	Относительная независимость от концентрации аллергена (для возникновения заболевания достаточно очень малой); тяжесть заболевания определяется степенью сенсибилизации
Сенсибилизация		Не играет роли, заболевание возникает у любого человека	Заболевание возникает только у сенсибилизированных больных