



# Аллергодерматозы

*Запорожский государственный медицинский университет  
Кафедра дерматовенерологии и косметологии с курсом  
дерматовенерологии и эстетической медицины ФПО*

*Запорожье-2016*



**ДЕРМАТИТЫ**

**ТОКСИКОДЕРМИИ**

- **Дерматиты** – воспалительные заболевания кожи, возникающие в результате непосредственного воздействия на нее агентов окружающей среды (физической, химической природы, растений и др.)
- **Токсикодермия** – острое воспаление кожи и/или слизистых оболочек в результате действия алергизирующего, токсического или токсико-аллергического агента, который попадает в организм с пищей, вводится парентерально, вдыхается

# **Классификация дерматитов по ЭТИОЛОГИИ:**

- **От механических факторов**
- **От физических факторов**
- **От химических факторов**
- **От биологических факторов**
- **От медикаментов**

# Классификация дерматитов:

- Простые (артифициальные)
- Аллергические

# Особенности течения

## Простой контактный дерматит:

- возникает сразу после воздействия раздражающего фактора;
- быстро разрешается после устранения раздражения

## Аллергический дерматит:

- возникает через некоторое время после нанесения раздражителя;
- рецидивирует, быстро разрешается

# Особенности клиники

## Простой контактный дерматит:

- поражения локализуются строго в местах контакта с этиологическим агентом, очаги поражения имеют четкие границы
- проявляются мономорфной сыпью (пятно, пузырь)
- сопровождается жжением и болью
- выраженность клинических проявлений определяется силой, площадью и продолжительностью действия этиологического фактора

## Аллергический дерматит:

- высыпания возникают и в отдаленных участках кожи
- отмечается склонность к полиморфизму (пятно, пузырек, узелок, корка)
- сопровождается зудом
- тяжесть заболевания определяется только степенью сенсибилизации

# Дерматиты от механических агентов

- Эритема, пузыри, жжение
- Опрелость – на соприкасающихся участках кожи в результате трения возникают более или менее выраженная краснота, сопровождающаяся зудом и жжением. Поражения усугубляются действием пота, местных выделений и присоединяющейся флорой
- Локализация: боковые поверхности пальцев стоп, внутренняя поверхность бедер, межягодичная складка, под грудными железами



# Дерматиты от высокой температуры - ожоги:

Различают 4 степени:

- I ст. – покраснение – при действии 50-75<sup>0</sup> температуры. Через 2-4 дня исчезает. Эритема, боль, чувство жара.
- II ст. – пузырь – возникает при t 75-100<sup>0</sup>. при вскрытии покрышки из него изливается лимонного цвета серозный экссудат, иногда студенистого характера. Заживление в течение 1-2 недель. Эпителизация идет из остатков эпителия устья волосяных фолликулов.
- III ст. – поверхностный некроз. После вскрытия пузыря обнажается некротизированное дно аспидоподобного цвета.
- IV ст. – глубокие некрозы. Обожженная поверхность имеет вид желто-бурого или черноватого струпа, формированием рубца, нередко обезображивающего.

# **Дерматиты от высокой температуры**

**Общее состояние больного, особенно при распространенных ожогах сильно страдает. Помимо сильных болей в обожженной поверхности появляется состояние сильной нервной возбудимости, анурия, гематурия. В первые часы после ожога больной может погибнуть от шока, на 2-3 день - от отравления продуктами распада.**

# Дерматиты от высокой температуры



# Дерматиты от воздействия низких температур (отморожения)

- I ст. – *congellatio erythematosa* – вначале наблюдаются резкие расстройства кровообращения. Наступает мертвенная бледность покровов, которая после согревания переходит в сине-багровую окраску. Болезненность, зуд, жжение держится несколько дней, затем постепенно стихают. Отмороженная область надолго сохраняет повышенную чувствительность к холоду.
- II ст. – *congellatio bullosa* - характеризуется еще большими расстройствами кровообращения. Эпидермис некротизируется до глубоких слоев, возникают пузыри, наполненные кровянистым содержимым.

# Дерматиты от воздействия низких температур

- III ст. – *congellatio escharotica* - наступает полный некроз кожи и подкожной клетчатки. Клиника: пузыри, наполненные геморрагическим экссудатом, полная потеря чувствительности. Самостоятельное отторжение некротизированных тканей происходит путем сухой мумификации или влажной гангрены.
- **Ознобыши** – возникают при повторных охлаждениях. Клиника: на пораженных местах (чаще пальцы рук, ног, уши) появляются ограниченные инфильтраты багрово-красного или синюшного цвета. При согревании они вызывают сильный зуд, жжение, боль. Могут появляться пузыри, эрозии, корки. Часто ознобышам сопутствует акроасфиксия.

# Дерматиты от воздействия низких температур



# Дерматиты от воздействия низких температур



# Актинические дерматиты

Вызываются коротковолновой частью спектра – УФ- лучами. При воздействии прямых и отраженных лучей кожа краснеет, припухает, развивается зуд и болезненность. При более длительной инсоляции или большой чувствительности организма к УФЛ появляются пузыри, эрозии. В отличие от ожогов актинические дерматиты развиваются лишь спустя известное время (различное для отдельных лиц) после воздействия света.

При сильных и распространенных солнечных дерматитах наблюдаются общие симптомы: повышение  $t$  тела, головокружение, головная боль и др. У лиц, сенсibilизированных к УФЛ, развивается полиморфный актинический дерматит



# Рентгеновский дерматит

Возникновение связано не только с передозировкой излучения или неправильного применения фильтра, но и с индивидуальной сверхчувствительностью к лучистой энергии.

# Рентгеновский дерматит

Различают 3 степени лучевого дерматита:

- I ст. – появляется эритема через 1-3 недели после облучения. Чем раньше наступает эритема, тем длительнее и серьезнее ее течение. После эритемы на длительное время может остаться пигментация, реже – кожа атрофируется, депигментируется, на ней появляются телеангиоэктазии, ярко выделяющиеся на белом фоне атрофического участка.
- II ст. – появление пузырей. Эрозии заживают медленно. На волосистой части головы волосы выпадают, атрофия сальных и потовых желез. Атрофия кожи, телеангиоэктазии.

# Рентгеновский дерматит

- III ст. – образование язв. Язвы возникают через несколько дней после облучения. Чем раньше появляются язвы, тем хуже прогноз. Язвы имеют ровные, уплотненные края. Дно их или серо-красного цвета, безжизненно или покрыто струпом черного цвета. Сильные боли не дают больному покоя. Демаркация наступает медленно, заживление требует нескольких месяцев. Образующийся бледный, блестящий рубец покрыт пигментными пятнами и телеангоэктазиями. Язвы могут осложниться раком.

# Хронический рентгеновский дерматит

Возникает чаще на кистях и пальцах рук. Вначале – покраснение, затем кожа становится сухой, ногти ломкие, шероховатые, легко обламываются. На них трещины, затем появляется атрофия кожи, она делается белой, покрывается телеангиоэктазиями. Далее могут появиться бородавчатые разрастания, легко переходящие в рак.

# Рентгеновский дерматит (хронический)



# Хронический рентгеновский дерматит

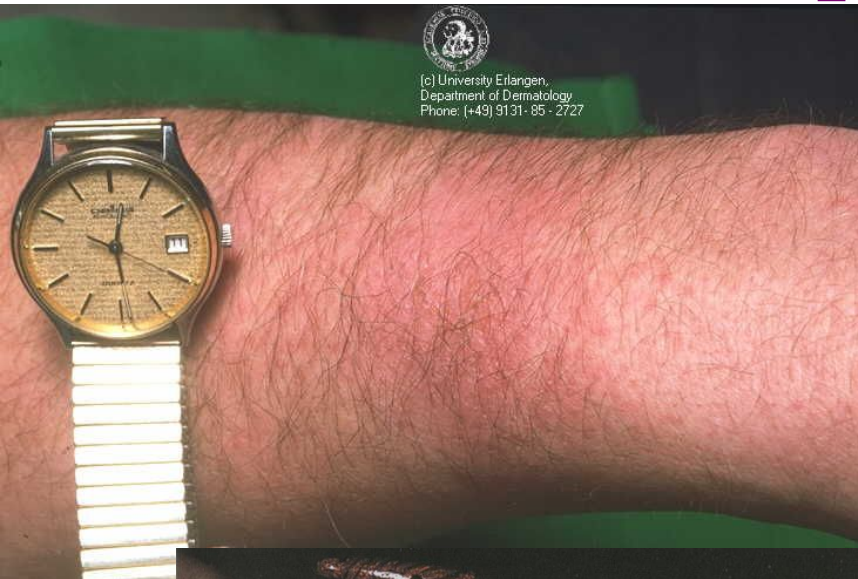


## **Дерматиты от химических веществ:**

- Простые контактные, вызываются концентрированными кислотами, щелочами (окислителями, растворителями).
- Аллергические: косметика, грим, красители волос, украшения – из никеля, хрома, пластмассы, золота. Синтетические ткани, красители одежды, обувь, средства гигиены.

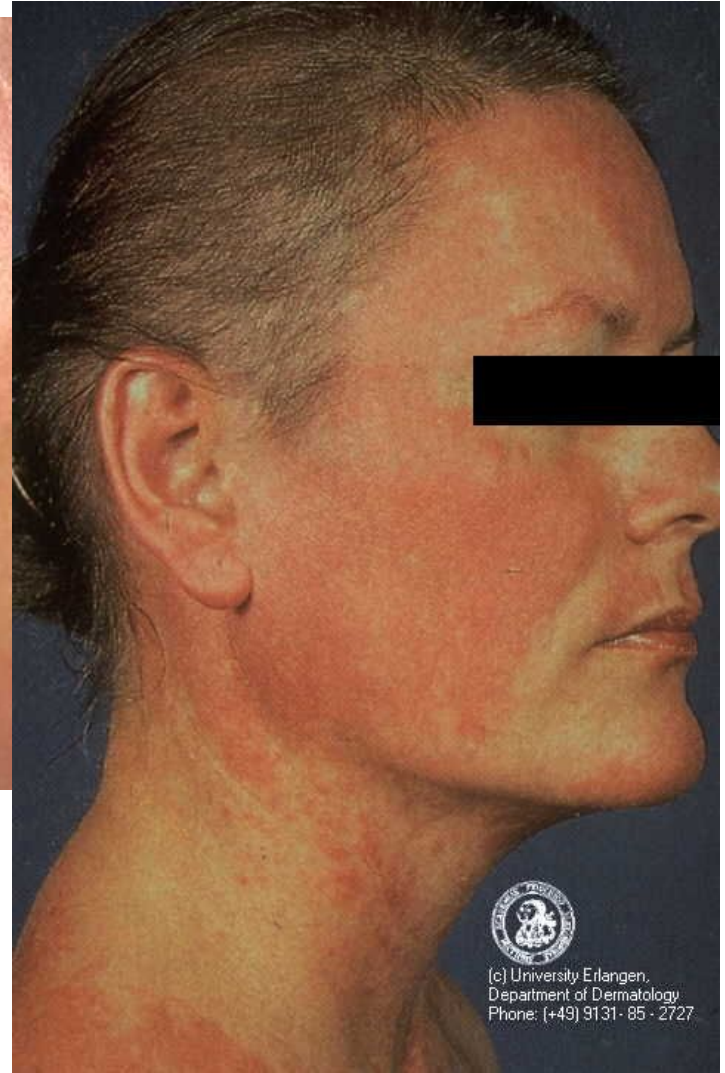
**Дерматиты от растений** – чаще от примулы, лютика, герани, питекума. Иногда нарциссов, хмеля, пастернака и др. Наблюдаются как простые контактные дерматиты, так и аллергические. Могут быть сезонные и луговые дерматиты.

# Дерматит контактный аллергический





# Дерматит контактный аллергический



# ТОКСИКОДЕРМИИ

**Токсикодермия – это острое воспаление кожи и слизистых в результате действия эндогенного раздражителя**

**Основные этиологические факторы:**

- Лекарственные препараты**
- Пищевые вещества**

# Клиника токсикодермий

- Ранняя реакция может возникнуть через 2-3 суток после лечения, поздняя – у несенсибилизированных на 9 сутки. Реакция на пенициллин иногда наблюдается через 2 недели после его отмены
- **СЫПЬ:** пятна, папулы, везикулы, иногда – пустулы; волдыри. Возможно развитие эксфолиативной (пузыри) эритродермии, особенно если препарат не отменен. Сыпь исчезая, оставляет после себя шелушение. Иногда – многоформная экссудативная эритема. Цвет – ярко-красный, потом лиловый или коричневый
- Сыпь сливающаяся, симметричная, зудящая. Локализация: туловище, конечности.

# Клиника токсикодермий

- Бывают **фиксированные и распространенные формы**
- **I. Фиксированная эритема**
- **II. Экземоподобные высыпания**
- **Скарлатиноподобная, коре- и краснухоподобная сыпь**
- **Крапивница**
- **Многоформная экссудативная эритема, красный плоский лишай**
- **Васкулиты вплоть до молниеносной, некротической пурпуры**
- **Йодисто-бромистые угри, йодо-бромодерма**
- **Острый эпидермальный некролиз (синдром Лайелла)**

# Признаки угрожающих жизни лекарственных токсикодермий (клиническая картина)

- Сливная эритема
- Отек лица или центральной ее части
- Боль
- Пальпируемая пурпура
- Некроз кожи
- Пузыри, отслойка эпидермиса
- Симптом Никольского
- Эрозии слизистых
- Крапивница
- Отек языка

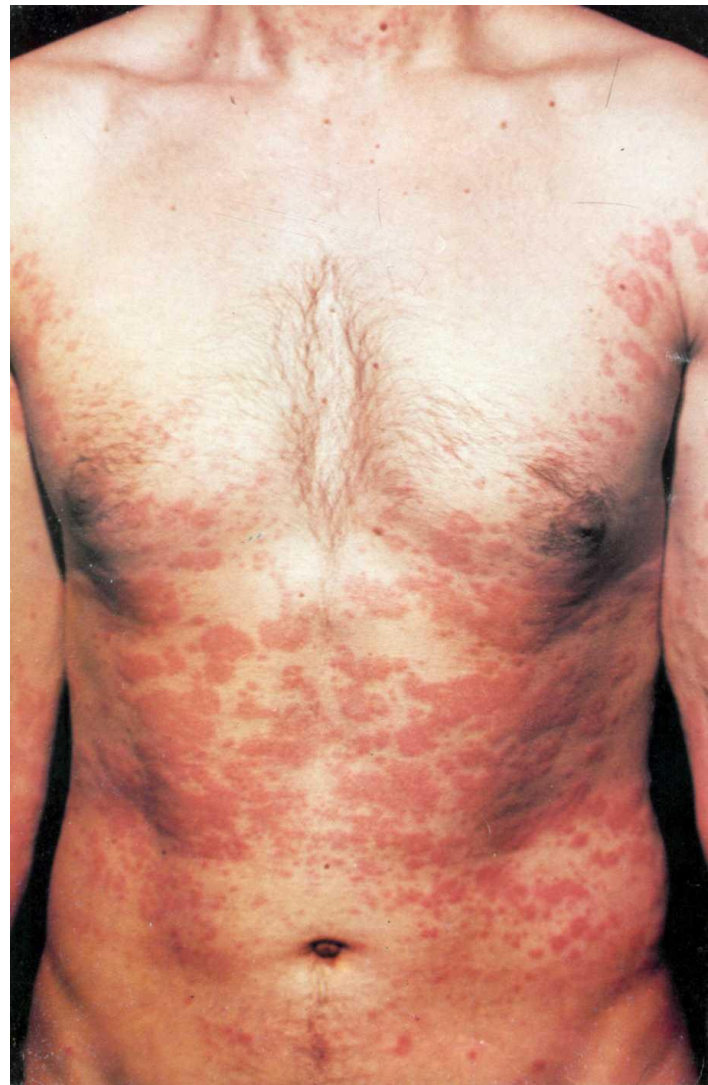
# Признаки угрожающих жизни лекарственных токсикодермий (общее состояние)

- Высокая температура тела (более 40<sup>0</sup>)
- Увеличенные лимфатические узлы
- Артрит, артралгии
- Одышка, свистящее дыхание
- Артериальная гипотензия

**В общем анализе крови:** эозинофилия,  
лимфоцитоз, атипичные лимфоциты.

**Изменения биохимических показателей печени.**

# Токсикодермии





**Токсидермия у ребенка  
3х лет, спровоцированная  
прививкой**



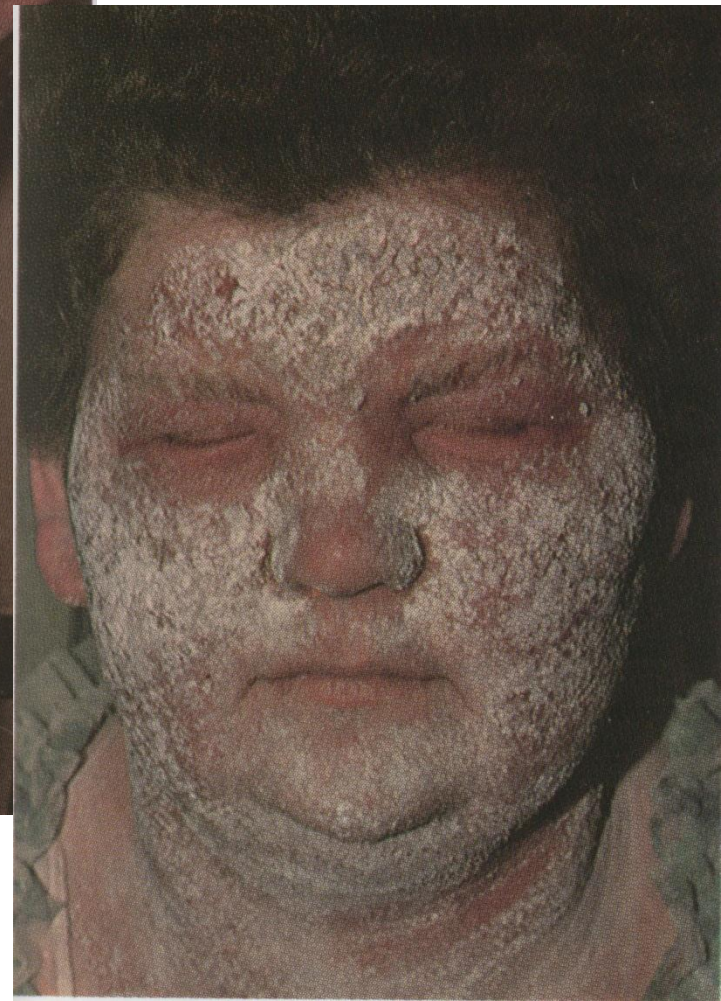
# Токсикодермии





Токсидермия

# Токсикодермии





Токсидермия по  
типу  
геморрагического  
васкулита



## Синдром Стивенса-Джонсона









# Принципы диагностики токсикодермий


- Изучают анамнез
- Исключают все другие возможные причины сыпи, в частности инфекционные
- Оценивают время, которое прошло от начала лечения препаратом до появления симптомов
- Оценивают состояние организма после отмены препарата – наступило ли улучшение
- Кожные пробы, тесты конъюнктивальные, мазевые, пробирочные

**Экзема** (от греческого ekzeo - вскипать) - хроническое, рецидивирующее, полиэтиологическое, островоспалительное заболевание кожи, представленное полиморфизмом морфологических элементов (истинным и эволюционным), которое формируется в результате сложного комплекса этиологических и патогенетических факторов.

## Клиника экземы

- на фоне воспалительной эритемы наблюдается инфильтрация, сгруппированные пузырьковые элементы, имеющие сходство с «пузырьками кипящей воды».

При вскрытии пузырьков образуются точечные эрозии или «серозные колодцы»,

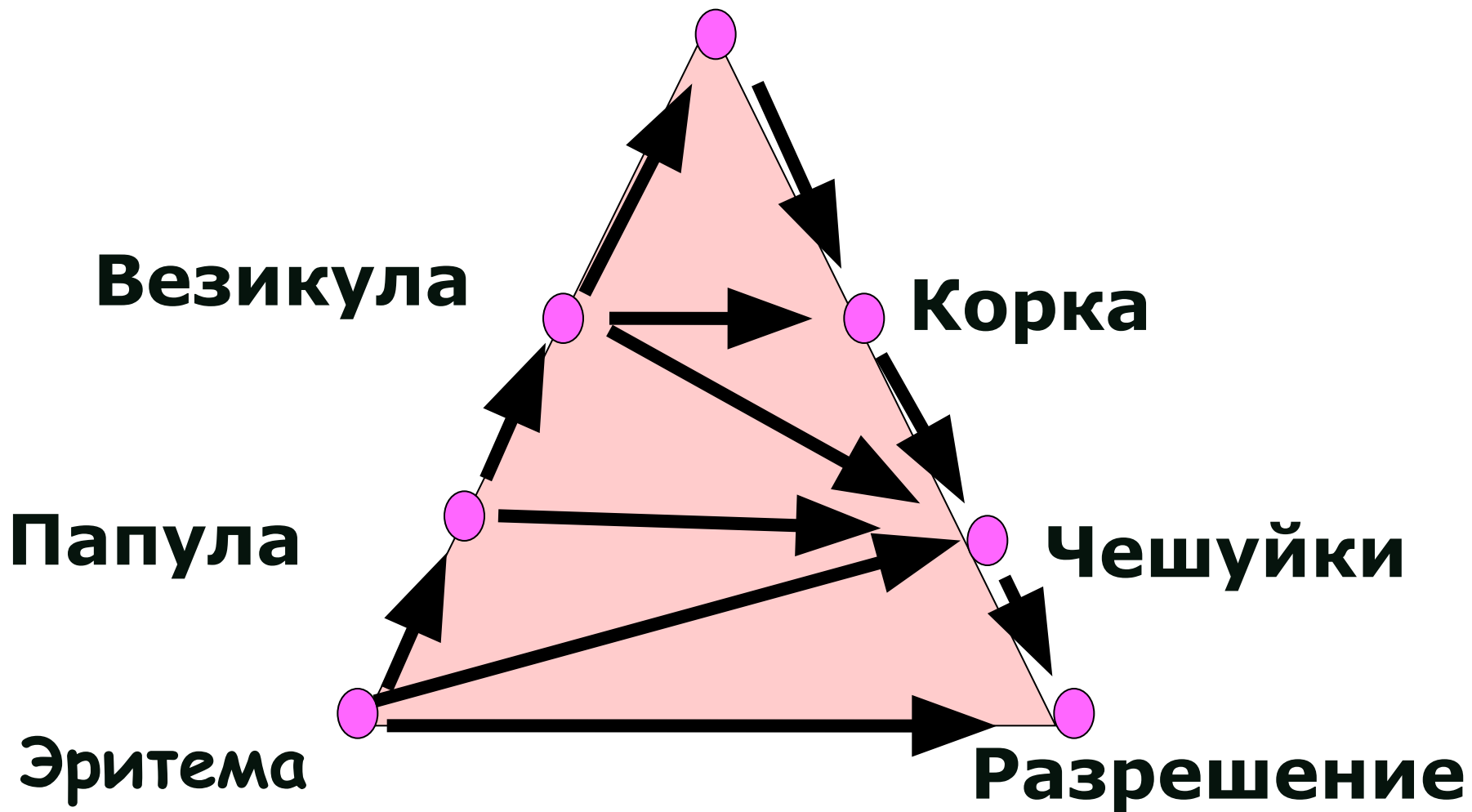


**По течению экзему  
подразделяют на:  
острую,  
подострую,  
хроническую.**

# Стадии экзематозного процесса

- Эритематозная
- Папулезная,  
везикулезная
- Мокнутия
- Пустулезная
- Корковая
- Шелушения

# Мокнутие





**Папуло-везикулезная стадия экземы**



**Мокнущая стадия экземы  
(madidans)**





**Эритематозная,  
везикулезная,  
мокнущая  
стадия экземы**

**Корковая стадия**



# Стадии корковая, шелушения



# Клинические формы экземы:

Истинная  
(пруригинозная,  
тилотическая,  
дисгидротическая)



# Дисгидротическая экзема





**Дисгидротическая экзема  
(множество мелких пузырьков на ладонях и пальцах)**

# Клинические формы экземы:

- Микробная  
(паратравматическая,  
варикозная,  
сикозиформная,  
нумулярная,  
околососковая)



# Паратрав- матическая экзема





# Паратравматическая экзема



# Нумулярная экзема





**Нуммулярная экзема  
(микробная)**

# Клинические формы экземы:

- Себорейная



# Клинические формы экземы:

- Профессиональная
- Детская





**Экзема от контакта с цементом (профессиональная)**

# Лечение экземы

должно быть комплексным, этиопатогенетическим, симптоматическим, с учетом формы и стадии заболевания, возраста и пола больного, состояния внутренних органов и систем, наличия сопутствующей фокальной инфекции, а также степени выраженности процесса.


Помимо этого лечение больных должно быть общим и местным.

# I. Общая, комплексная терапия различных форм экземы:

- гипосенсибилизирующая ,
- дезинтоксикационные средства,
- ГКС терапия
- препараты, воздействующие и ЦНС (седативные средства),
- препараты для коррекции изменений со стороны желудочно-кишечного тракта,
- витаминотерапия (вит. гр. В)





- 
- антибактериальная терапию,
  - иммуномодуляторы и иммунокорригирующие препараты,
  - нестероидные противовоспалительные средства,
  - ангиопротекторы
  - симптоматическая терапия.

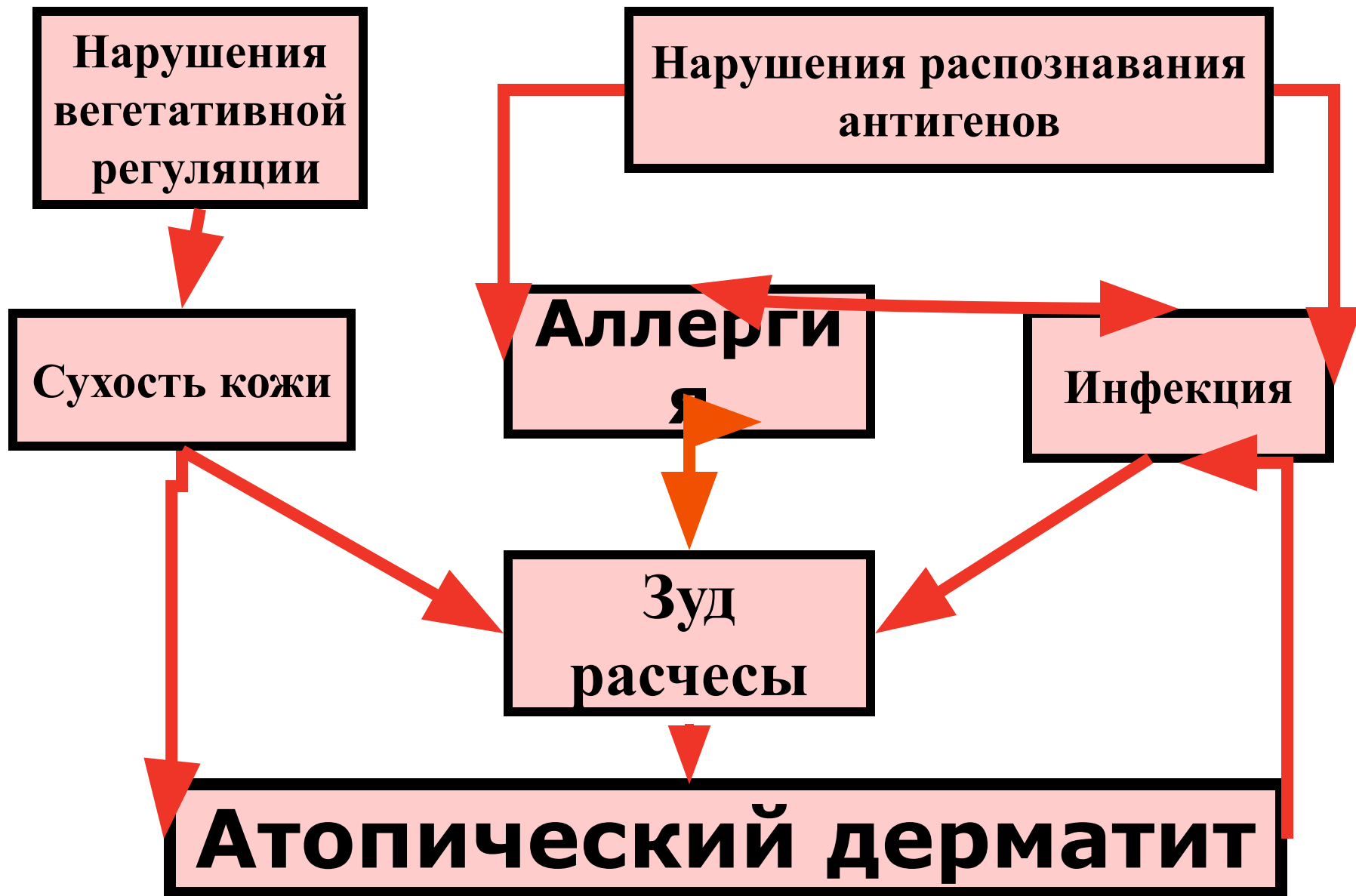
**II. Местное лечение.**

**III. Физиотерапия.**

# ***Атопический дерматит (АД)***

**- мультифакториальное  
аллергическое заболевание у  
лиц с генетически  
детерминированной  
аномальной  
направленностью иммунного  
ответа на факторы внешней  
и внутренней среды  
(атопены)**

# Схема патогенеза АД



# Факторы риска развития АД

## **ЭКЗОГЕННЫЕ**

### **I. Причинные факторы (триггеры)**

#### **Аллергенные:**

- Пищевые
- Бытовые
- Эпидермальные
- Грибковые
- Бактериальные
- Вакцинальные

#### **Неаллергенные:**

- Психоэмоциональные нагрузки
- Метеоситуация
- Табачный дым
- Пищевые добавки
- Поллютанты
- Ксенобиотики

# Факторы риска развития АД

## **ЭКЗОГЕННЫЕ**

### **II. Факторы, усугубляющие действие триггеров**

- Климато-географические
- Нарушения характера питания, правил режима и ухода за кожей
- Бытовые условия
- Вакцинация
- Психологический стресс
- Острые вирусные инфекции

# ***Классификация АД***

## **Клинические формы**

(в зависимости от возраста):

- **Младенческая (I)**
- **Детская (II)**
- **Подростковая,  
взрослых (III)**

## **Распространенность**

- **Ограниченный**
- **Распространенный**
- **Диффузный**

# Клинические формы АД в зависимости от возраста

## ■ I возрастной период

**Младенческая**

**форма (2-3 мес. – 3 года)**

- гиперемия, отечность, микровизиккулы, экссудация (мокнутие), корки, шелушение, трещины.
- Локализация: Лицо, наружная поверхность верхних и нижних конечностей, локтевые и подколенные ямки, запястье, туловище, ягодицы
- Зуд



# Особенности I возрастного периода

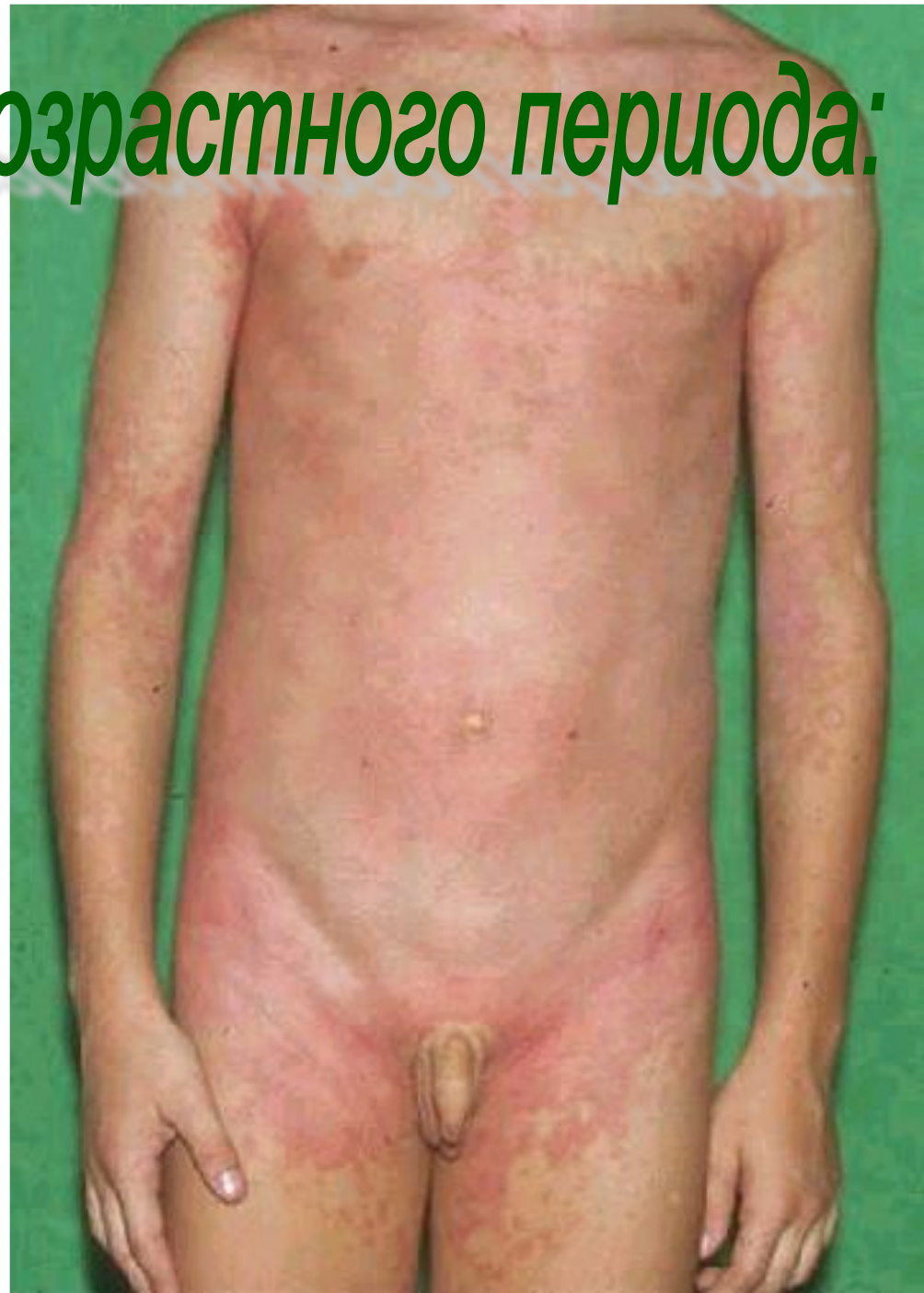
1. остро- и подостровоспалительный характер поражений с тенденцией к экссудативным изменениям;
2. определенная локализация – на лице, а при диссеминированном процессе на наружной стороне конечностей:





# Особенности 2 возрастного периода:

1. локализация сыпи в складках;
2. хронический воспалительный характер поражений с более выраженным лихеноидным синдромом;
3. развитие вторичных изменений (дисхромии);
4. проявление вегетативной дистонии;
5. волнообразность течения;
6. реакция на многие провоцирующие влияния с уменьшением алиментарной гиперчувствительности;
7. сезонность.



**Локализация сыпи в складках;  
хронический воспалительный характер  
поражений с более выраженным  
лихеноидным синдромом**



# II возрастной период

## Выраженный белый дермографизм



# III ВОЗРАСТНОЙ ПЕРИОД

Подростковая форма (12-18 лет),  
взрослые

- Блестящие лихеноидные папулы, выраженная лихенификация, множество эскориаций и геморрагических корочек.

- Локализация: Лицо

(периорбикулярная, периоральная области), шея (декольте), локтевые сгибы, запястья, тыльная поверхность кистей.

# Особенности 3 возрастного

периода:

- 1. изменение локализации поражений;**
- 2. выраженный гиперпластический инфильтративный характер поражений с меньшей тенденцией к островоспалительным проявлениям и усилением лихеноидного синдрома;**
- 3. менее заметная реакция**







**Гиперемия периорбитальной области; Складки Денье-Моргана  
Поредение латеральной части бровей**



**Поражение ногтей при АД**



**БЛАГОДАРЮ**

**ЗА**

**ВНИМАНИЕ**

