

**АО «Медицинский Университет Астана»**

**Кафедра внутренних болезней интернатуры**

## **Атопический дерматит**

**Подготовили: Олжабай Н.  
Усупова А.**

**Проверил: Ташмухаметова А.Б.**

**Астана 2018г.**

**Атопический дерматит** - аллергическое генетически обусловленное воспаление кожи, в основе которого лежат иммунные механизмы, приводящее к повреждению всех слоев эпидермиса и клинически характеризующееся зудом, возрастной морфологией высыпаний, локализацией, стадийностью и склонностью к хроническому течению



# Эпидемиология

- Атопический дерматит является одним из самых распространенных заболеваний аллергических заболеваний
- Распространенность в экономических развитых странах составляет от 10 до 28% Распространенность в экономических развитых странах составляет от 10 до 28%
- В структуре аллергических заболеваний АД составляет 50-75% В структуре аллергических заболеваний АД составляет 50-75%
- В Республике Казахстан распространенность АД составляет 123,25 на 1000 детского населения В Республике Казахстан распространенность АД составляет 123,25 на 1000 детского населения

- Среди заболевших 35%- мальчики, 65% - девочки;
- частота зависит от возраста, а возраст начала определяет степень тяжести. Если заболевание началось в первые 4 недели, оно протекает достоверно тяжелее, чем если началось после 8 недель; частота зависит от возраста, а возраст начала определяет степень тяжести. Если заболевание началось в первые 4 недели, оно протекает достоверно тяжелее, чем если началось после 8 недель;
- В большинстве случаев начало - в 10 недель (2,5 месяца); В большинстве случаев начало - в 10 недель (2,5 месяца); у 85% больных АД начинается на первом году, и в 95% случаев - до 4-х лет;
- у 85% больных АД начинается на первом году, и в 95% случаев - до 4-х лет; если заболевание началось ПОСЛЕ пубертата, то лечить его гораздо сложнее, чем до его начала;
- если заболевание началось ПОСЛЕ пубертата, то лечить его гораздо сложнее, чем до его начала;

# Факторы риска

## ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ

- Наследственность
- Атопия
- Гиперреактивность кожи

## ЭКЗОГЕННЫЙ ФАКТОРЫ

1. Причинные факторы (триггеры) Аллергенные / Неаллергенные
2. Факторы усугубляющие действие триггеров

# Причинные факторы (триггеры)

## 1. Аллергенные

- Пищевые, бытовые, пыльцевые, эпидермальные, грибковые, бактериальные, вакцинальные

2. Неаллергенные Психоэмоциональные нагрузки, изменение метеоситуации, табачный дым, пищевые добавки, поллютанты

# Факторы усугубляющие действие триггеров

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

# Критерии атопического дерматита

## Основные признаки:

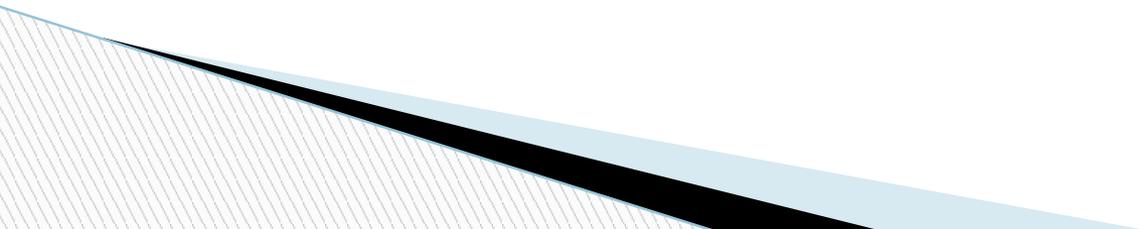
1. Зуд
2. Типичная морфология и расположение очагов
3. Хронически рецидивирующее течение
4. Наличие атопического заболевания в личном и семейном анамнезе

## Малые и менее характерные признаки:

1. Ксероз (*симптом, характеризующийся сильной сухостью, шероховатостью кожи и в некоторых случаях появлением отрубевидных чешуек.*)
2. Ихтиоз (*наследственное заболевание кожи, при котором нарушается процесс ороговения кожи.*)
3. Реакция кожного теста немедленного типа (1 тип)
4. Повышенный уровень IgE в сыворотке
5. Экзема в области сосков
6. Хейлит (*воспаление слизистой оболочки и кожи губ.* )
7. Рецидивирующий конъюнктивит
8. Зуд при потоотделении и др.

# Клиническая картина.

Различают 3 стадии:

1. Младенческая (до 2 лет)
  2. Детская (2-10 лет)
  3. Подростково-взрослая (после 12 лет)
- 

# Младенческая стадия (диатез)

- Обычно начинается в возрасте 7-8 недель жизни;
- острое и подостро воспалительные изменения кожи со склонностью к экссудации;
- На втором году жизни преобладают инфильтративные, лихеноидные, сквамозные (чешуйстые) изменения;
- Появляются экскорииации<sup>1</sup>, воспалительные фолликулярные папулы.



<sup>1</sup>ЭКСКОРИАЦИЯ (лат. exscorio - сдирать кожу; синонимы: ссадина, царапина) - механическое, обычно линейное поверхностное нарушение целостности кожи; в большинстве случаев возникает при расчёсах.

Типичные области поражения кожи при атопическом дерматите у детей: лицо, а также ручки и ножки в местах сгибов





# Детская стадия

- ❖ Развитие лихенизации
- ❖ Кожа становится сухой
- ❖ папулы, склонные к слиянию и образованию очагов лихенификации
- ❖ У части детей формируется «атопическое лицо» т.е тусклый серый цвет кожи с периорбитальной гиперпигментацией
- ❖ Развитие дополнительной складки нижнего века Денни-Моргана

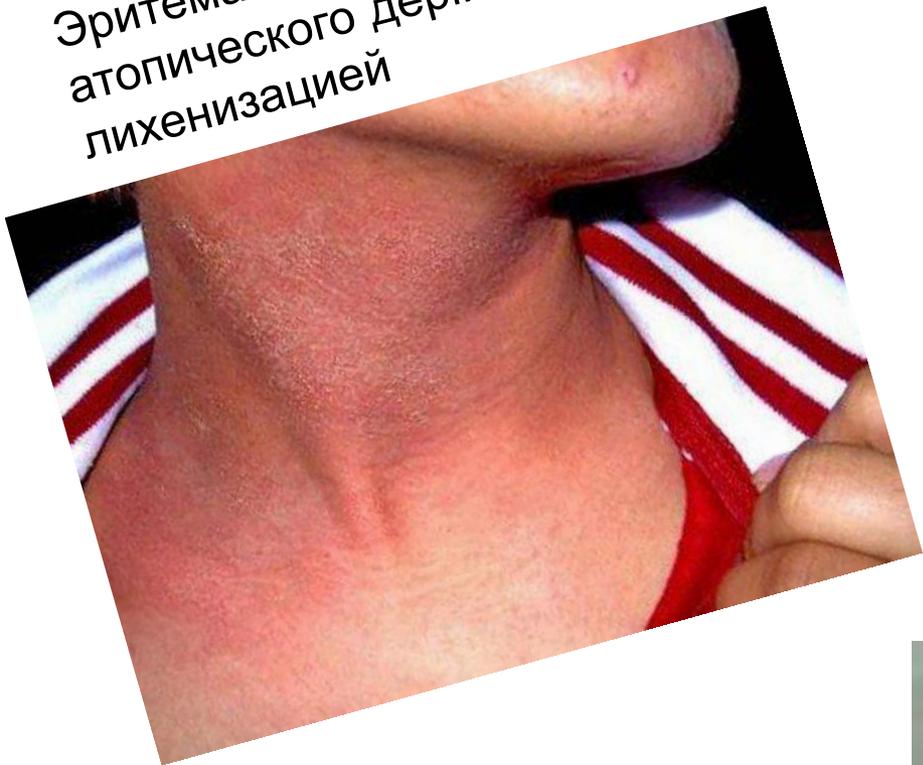
## Атопическое лицо



# Подростково-взрослая стадия

- Изменение локализации высыпаний
  - Диффузное поражение кожи лица, шеи
  - Преобладают лихенифицированные и инфильтрированные очаги, лихеноидные папулы и эксфолиации
  - Признаки атопического лица
- 

Эритематозно-сквамозная форма  
атопического дерматита с  
лихенизацией



Нейродермит на лице

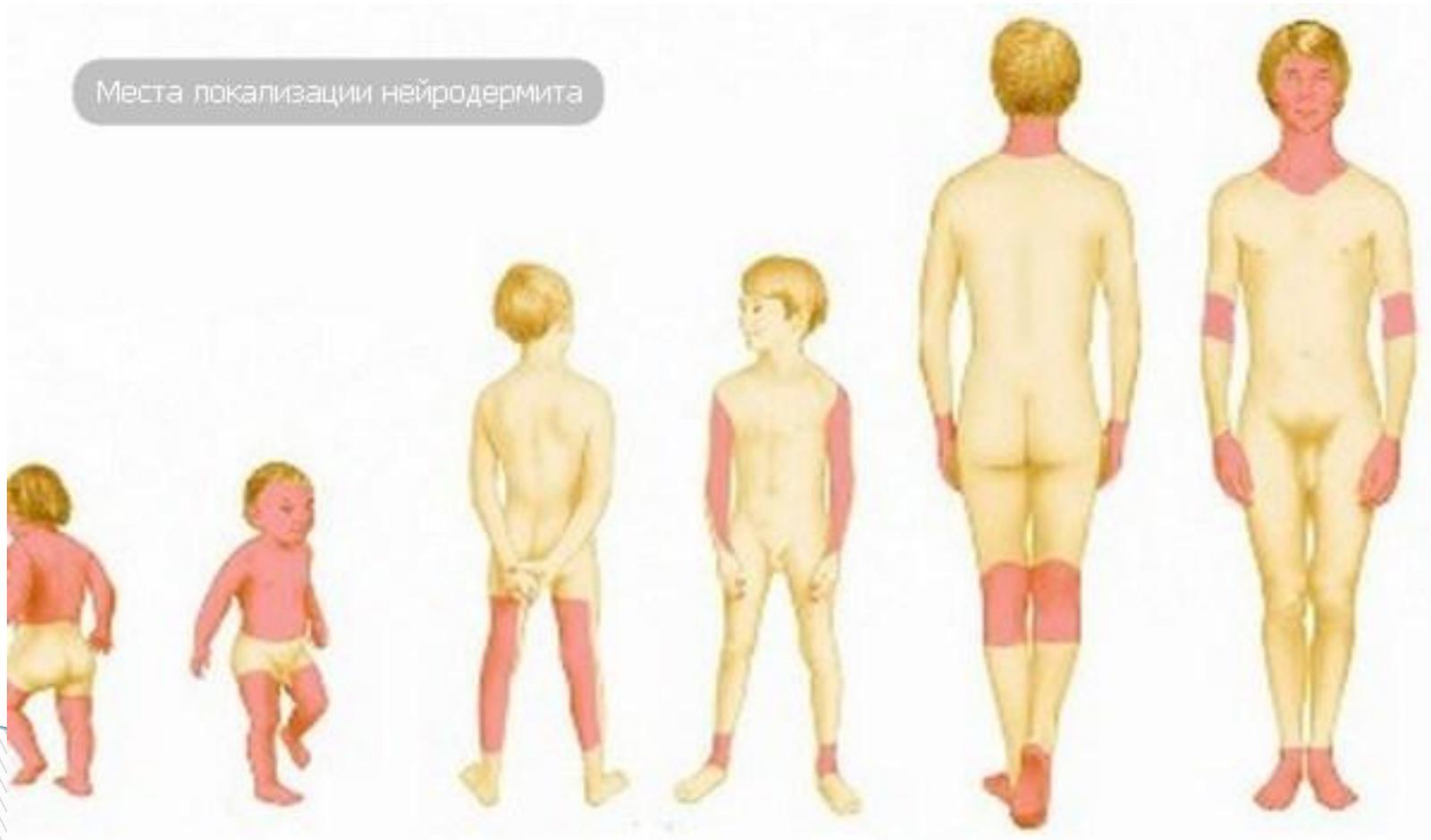


Нейродермит на руке



## Локализация:

**локтевые и подколенные складки, область голеностопных и запястных суставов, тыльные поверхности кистей, на коже спины, поверхность шеи, боковые поверхности туловища.**



# Диагностика атопического дерматита

Диагноз	Стадия болезни	Клинические формы	Острота течения	Тяжесть течения
Атопический дерматит	Младенческая стадия	Экссудативная форма	I степени	Легкое
	Детская стадия (2-12 лет)	Эритематосквамозная форма	II степени	Среднее
	Подростково-взрослая (после 12 лет)	Эритематосквамозная с лихенификацией форма	III степени	Тяжелое
		Лихеноидная форма Прургинозная форма		

# Диагноз

- Диагностика основана на наличии типичной клинической картины дерматоза-присутствие множественных папулезно-бляшечных элементов цвета нормальной кожи неостровоспалительного характера.
  - Белый дермографизм
  - Сильный зуд
- 

# Дифференциальная диагностика

Атопический дерматит следует отличать от следующих дерматозов:

- ✓ псориаза,
- ✓ хронической экземы,
- ✓ пруриго,
- ✓ экзематоидной стадии грибовидного микоза.

# Дифференциально-диагностический алгоритм признаков при нейродермите и псориазе.

Клинические и другие признаки	Нейродермит	Псориаз
Первичные и вторичные морфологические элементы	Папулы цвета нормальной кожи, покрытые мелкими отрубевидными чешуйками	Красно-розовые папулы, покрытые серебристыми чешуйками
Псориатическая триада	Отрицательная	Положительная
Зуд	Интенсивный	Эпизодический
Складка Денни-Моргана	Имеется при диффузном нейродермите	Отсутствует
Симптом Андогского	Часто имеется при диффузном нейродермите	Отсутствует
Поражение слизистых оболочек	Отсутствует	Встречается
Дермографизм	Белый	Красный
Цвет кожи	Серо-пепельный при диффузном нейродермите	Обычный

- **Псориатическая триада** - ряд феноменов, последовательно появляющихся при поскабливании папулы. К ним относятся:
  - **1. Феномен стеаринового пятна** - при поскабливании папулы чешуйки снимаются «стружкой», напоминающей стеарин. Патогистологической основой феномена является паракератоз, скопление пузырьков воздуха в роговом слое кожи и увеличение содержания липидов, что способствует ослаблению межклеточных связей.
  - **2. Феномен терминальной плёнки** - появление после удаления чешуек влажной поблёскивающей поверхности, напоминающей полиэтиленовую плёнку. Терминальная пленка - последняя пленка, уходящая с поверхности кожи, после чего дальнейшее поскабливание вызывает капельное кровотечение (следующий феномен). Патогистологическая основа - агранулёз (отсутствие зернистого слоя)
  - **3. Феномен точечного кровотечения («кровяной росы»)** - капельное кровотечение, возникающее при дальнейшем поскабливании. При поскабливании в результате неравномерного папилломатоза легко травмируется поверхностная сосудистая сеть капилляров. В связи с увеличением расстояния между сосочками (межсосочковый акантоз) наблюдается точечное кровотечение.



## Псориазическая триада: СИМПТОМЫ

- ▶ «стеаринового пятна»
- ▶ «терминальной пленки»
- ▶ «кровяной росы»



- Утолщение линии Денни-Моргана, или инфраорбитальных складок. Проявляется в виде толстых складок кожи под глазами.



- Андогского синдром  
( дерматогенная катаракта)



Рис. 6. Двусторонняя дерматогенная юношеская катаракта у больного рас пространенным нейродермитом (атопическая форма)

# Дифференциально-диагностический алгоритм признаков при нейродермите и хронической экземе

Клинические и другие признаки	Нейродермит	Хроническая экзема
Зуд	Постоянный, возникший еще до появления высыпаний	Вторичный
Первичные и вторичные морфологические элементы	Полиморфизм не выражен (отсутствует стадия везикуляции и мокнутия), при экссудативном нейродермите время появления экссудативных элементов кратковременное	Истинный и ложный эволюционный полиморфизм (эритематозные пятна, папулы, везикулы, эрозии, корочки, чешуйки)
Дермографизм	Белый	Красный
Локализация элементов	Преимущественно в области сгибов, задней поверхности шеи	Нет излюбленной локализации

# Дифференциально-диагностический алгоритм признаков при нейродермите и пруриго

Клинические и другие признаки	Нейродермит	Пруриго
Локализация высыпаний	Сгибательные поверхности конечностей и их сгибы	Разгибательные поверхности конечностей
Характер высыпаний	Папулы цвета нормальной кожи, сливающиеся в инфильтрированные бляшки	Рассеянное расположение сыпи, наличие уртикарных элементов, везикул и папул
Цвет кожи	Серо-пепельный при диффузном нейродермите	Обычный
Складка Денни-Моргана	Часто имеется при нейродермите	Отсутствует
Симптом Андогского	Встречается	Отсутствует
Питриазис века и выпадение бровей латеральных сторон	Встречается	Отсутствует

# Дифференциально-диагностический алгоритм признаков при нейродермите и грибовидном микозе

Клинические и другие признаки

Нейродермит

Грибовидный микоз  
(экзематозно-эритродермическая стадия)

Характер высыпаний

Инфильтрация очагов менее выражена

Выраженная инфильтрация очагов

Зуд

Интенсивный, не поддающийся обычным средствам терапии

Постоянный, интенсивный, мучительный, не поддающийся обычной терапии

Гиперкератоз ладоней и подошв

Отсутствует

Часто встречается

Микроабсцессы Брока-Потрие и митозы в ядрах клеток

Отсутствует

Имеются

Клинические и другие признаки	Нейродермит	Грибовидный микоз (экзематозно-эритродермическая стадия)
Цвет кожи	Серо-пепельный при диффузном нейродермите	Обычный или явления эритродермии, в дальнейшем приобретает темный, красно-синюшный оттенок
Выпадение волос	Отсутствует	Диффузное выпадение волос
Шелушение	Мелкопластинчатое	Крупнопластинчатое
Атрофия кожи	Отсутствует	Имеется по типу папиросной бумаги
Увеличение лимфоузлов	Имеется	Имеется, но отмечается генерализованное увеличение лимфоузлов, сливающихся друг с другом, увеличение до размера куриного яйца

# Лечение

- ✓ 1. Соблюдение диеты
- ✓ 2. Исключение продуктов, способствующих обострению кожного процесса ( колбасные изделия, жареное, жирное, пряности, сладости, цитрусовые, спиртные и прохладительные напитки, шоколад, сухофрукты- изюм, сушеный урюк, грецкий и земляной орехи, томатная паста)
- ✓ Широкое употребление должно получить крупяные изделия- гречневая, овсяная крупы, отварной рис.

# Лечение

## ▣ 1. Седативная терапия

▣ ( Л.С., действующие успокаивающе на ЦНС)

❖ Настой валерианы (*Infusum Valerianae*)

▣ По 1-2 ст.л., 3-4 р. в день,

▣ Детям старшего возраста – по 1 десертной ложке,

▣ Детям раннего возраста – по 1 чайной ложке 3-4 р. в день

❖ Препараты брома (Калия или натрия бромид)

▣ 3% р-ра по 1-2 ст.ложке на ночь

## 2. Антигистаминные средства

(оказывают противоаллергическое действие)

Мекбгидролин (Диазолин) -10 драже по 100 мг

- Сут.доза-100-200 мг.
- детям с 3 до 6 лет -по 25 мг 1-3 раза в день;
- детям с 6 до 12 лет – по 50 мг 1-3 раза в день; детям с 12 лет – взрослая дозировка.

Квифенадин ( Фенкарол)

- Взрослым - по 25-50 мг 3-4 раза в день.
- Детям до 3 лет - по 5 мг 2-3 раза в день;
- 3-7 лет - по 10 мг 2 раза в день;
- 7-12 лет - по 10-15 мг 2-3 раза в день;
- старше 12 лет - по 25 мг 2-3 раза в день. Продолжительность лечения - 10-15 дней.

## **Мази:**

( период лихенификации и инфильтрации)

- Борно-нафталановая, ихтиоловая
- Дегтярная

*В мази можно добавлять противозудные средства:*

*(анестезин, ментол, тимол, фенол и др.)*

**При гнойничковых поражениях кожи применяются :**

- Фукорцин
- Краска Кастеллани
- Р-ры бриллиантовой зелени
- Метиленовой сини

# Профилактика

- ✓ 1. Предупреждение рецидивов атопического дерматита и его осложнений
  - ✓ 2. Предупреждение возможного возникновения заболевания у лиц с отягощенным анамнезом
  - ✓ 3. Диспансеризация больных атопическим дерматитом
  - ✓ Современное медико-генетическое консультирование с целью предупреждения возникновения болезни
- 