

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

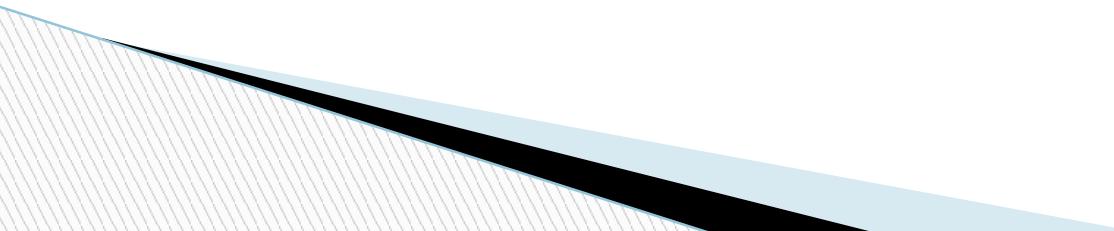
Причинные факторы (триггеры)

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 экскорииации¹, воспалительные фолликулярные папулы.



¹ЭКСКОРИАЦИЯ (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





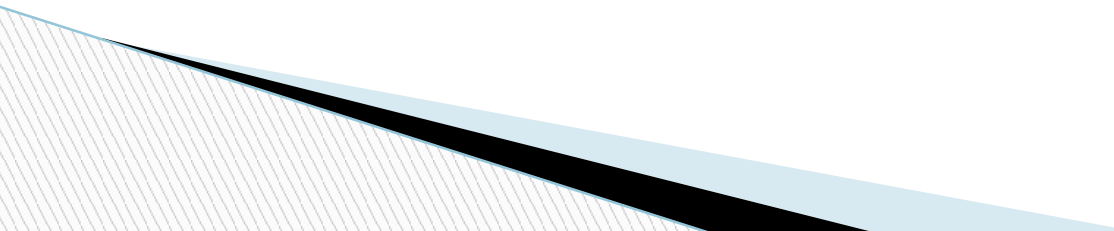
Детская стадия

- ❖ 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

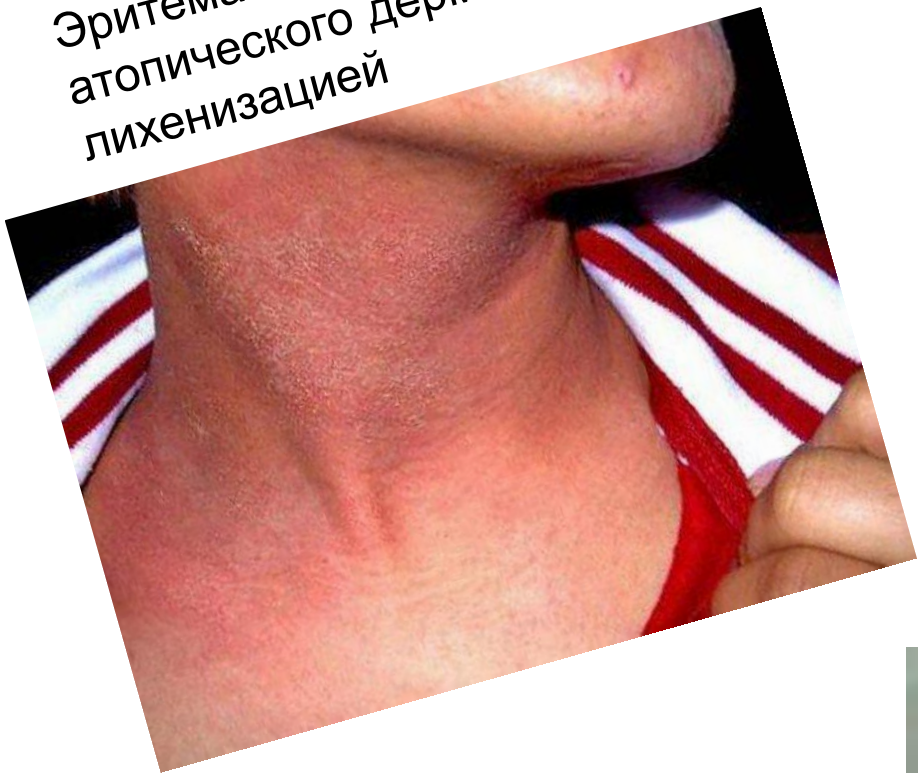
Атопическое лицо



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

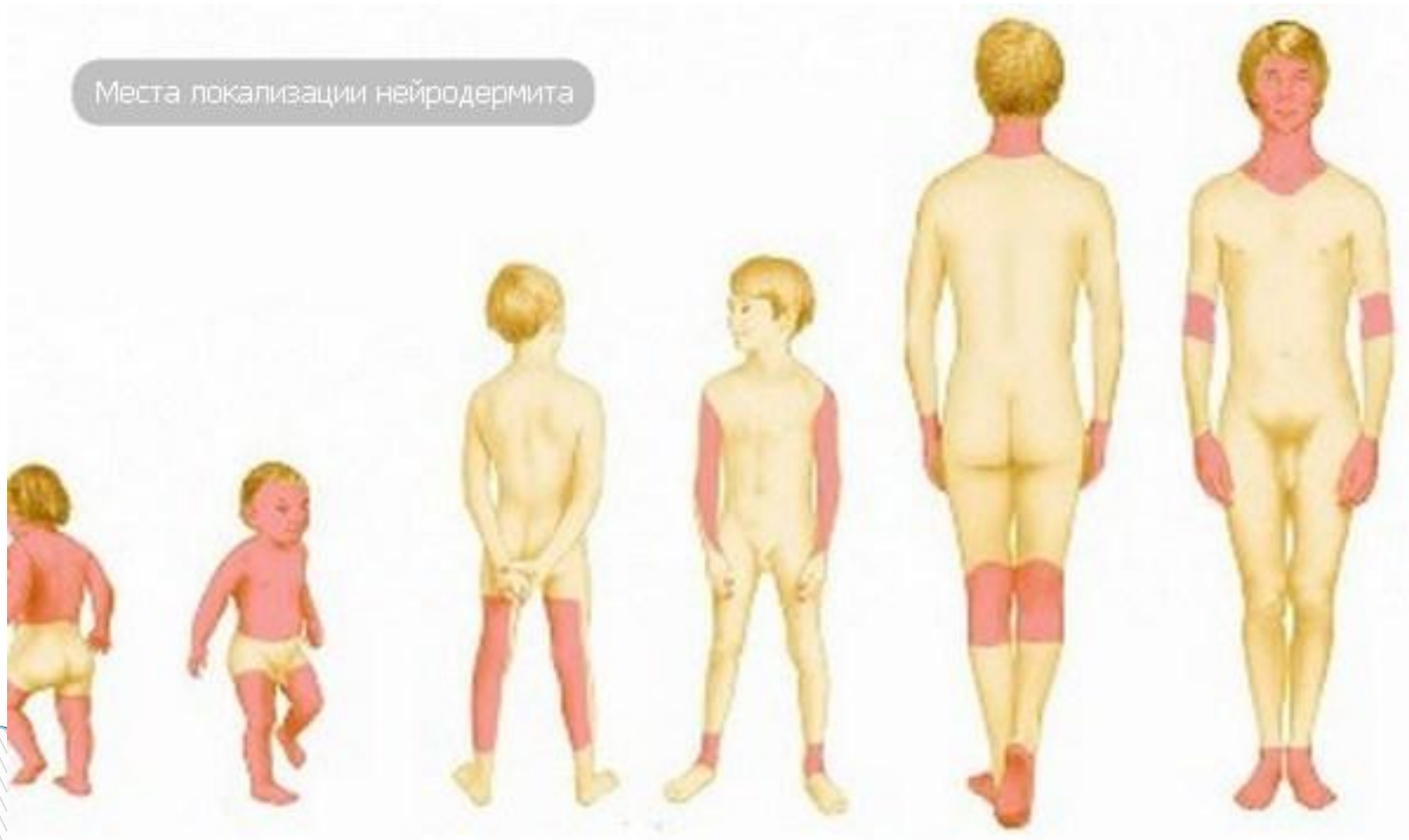


Нейродермит на руке



Локализация:

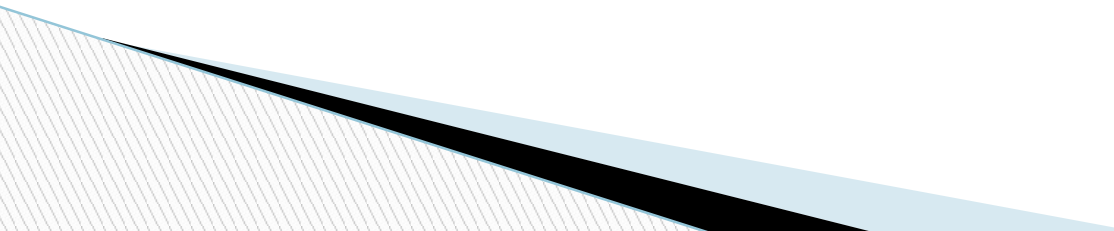
локтевые и подколенные складки, область голеностопных и запястных суставов, тыльные поверхности кистей, на коже спины, поверхность шеи, боковые поверхности туловища.



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

- **Псориазная 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 («кровавой 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»
- ▶ «кровавой 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
- 