

ДЕРМАТИТЫ. ТОКСИДЕРМИИ.
ЭКЗЕМА

Дерматит

воспаление кожи, обусловленное воздействием различных экзо - и эндогенных факторов.

ДЕРМАТИТ

```
graph TD; A[ДЕРМАТИТ] --- B[ПРОСТОЙ (АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ)]; A --- C[АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ]
```

**ПРОСТОЙ
(АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ)**

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ

ДЕРМАТИТ

```
graph TD; A[ДЕРМАТИТ] --- B[ОСТРЫЙ]; A --- C[ХРОНИЧЕСКИЙ]
```

The diagram is a simple tree structure. At the top is a box containing the word 'ДЕРМАТИТ'. A vertical line descends from the center of this box, then splits into two horizontal lines that lead to two separate boxes below. The left box contains the word 'ОСТРЫЙ' and the right box contains the word 'ХРОНИЧЕСКИЙ'. All boxes have a light blue background with a white rounded rectangle in the center containing the text. The boxes are layered with a darker blue shadow behind them.

ОСТРЫЙ

ХРОНИЧЕСКИЙ

ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ

```
graph TD; A[ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ] --> B[ОБЛИГАТНЫЕ (БЕЗУСЛОВНЫЕ)]; A --> C[ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ (УСЛОВНЫЕ)]; B --> D[ВЫЗЫВАЮТ ВОСПАЛЕНИЕ КОЖИ У ВСЕХ]; C --> E[ВЫЗЫВАЮТ ВОСПАЛЕНИЕ КОЖИ У ПРЕДВАРИТЕЛЬНО СЕНСИБИЛИЗИРОВАННЫХ]; D --> F[ПРОСТОЙ ДЕРМАТИТ]; E --> G[АЛЕРГИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ];
```

ОБЛИГАТНЫЕ
(БЕЗУСЛОВНЫЕ)

ВЫЗЫВАЮТ
ВОСПАЛЕНИЕ
КОЖИ У ВСЕХ

ПРОСТОЙ
ДЕРМАТИТ

ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ
(УСЛОВНЫЕ)

ВЫЗЫВАЮТ ВОСПАЛЕНИЕ
КОЖИ У ПРЕДВАРИТЕЛЬНО
СЕНСИБИЛИЗИРОВАННЫХ

АЛЕРГИЧЕСКИЙ
ДЕРМАТИТ

Облигатные раздражители

- ❑ концентрированные кислоты и щелочи;
- ❑ высокие и низкие температуры;
- ❑ ультрафиолет;
- ❑ электроток;
- ❑ радиация и т.д.

Условные раздражители

- ❑ вызывают воспаление кожи лишь при повторных контактах;
- ❑ через определенный латентный период;
- ❑ у лиц, имеющих к ним повышенную чувствительность (сенсбилизацию).

ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ

- МЕХАНИЧЕСКИЕ
- ФИЗИЧЕСКИЕ
- ХИМИЧЕСКИЕ
- БИОЛОГИЧЕСКИЕ

механические факторы

- трение
- давление;

Физические факторы:

- Высокие и низкие температуры;
- Лучистая энергия:
 - ультрафиолет
 - рентгеновское излучение
 - ионизирующая радиация;
- Воздействие электрического тока.

ХИМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

- кислоты и щелочи высокой и низкой концентрации,
- соли щелочных металлов,
- органические кислоты и органические растворители,
- лекарственные средства наружного применения,
- металлы и металлизированные ткани, полимеры,
- косметические средства и др.

Биологические факторы

- Растения (непосредственный контакт, компрессы, при попадании сока и т.д.) – фитодерматиты;
- Животные (насекомые)

АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ ДЕРМАТИТ

- возникновение воспалительной реакции при первичном контакте с раздражителем;
- острое начало процесса;
- возникновение поражения кожи на месте воздействия раздражающего фактора;
- четкость границ воспаления с отсутствием периферического роста и диссеминации;
- мономорфный характер высыпаний;
- разрешение процесса после прекращения контакта с раздражителем.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПРОСТОГО ДЕРМАТИТА

- ❑ ЭРИТЕМАТОЗНАЯ
- ❑ БУЛЛЕЗНАЯ
- ❑ НЕКРОТИЧЕСКАЯ

Дерматиты от действия механических факторов

- **Потертость** : в результате длительного трения обуви, белья и т.д., появляется незначительная гиперемия и отечность кожи, чувство жжения, болезненность, затем возникают пузыри с серозным или серозно-геморрагическим содержимым, после вскрытия которых, остаются эрозии, которые постепенно эпителизируются. Возможно инфицирование.
- **Омозолелость** является защитной реакцией кожи на длительное действие механических раздражителей, характеризуется выраженным гиперкератозом желто-бурого цвета, которая чаще всего локализуется на коже пяток и ладоней. Омозолелость безболезненна, менее

Опрелость (интертригинозный дерматит)

- Развивается вследствие трения соприкасающихся участков кожи в условиях мацерирующего действия продуктов кожной секреции.
- К образованию опрелости предрасполагает усиленное пото- и сало-отделение, недержание мочи, геморрой и т.д.
- Типичные места локализации опрелости - межпальцевые складки ног (реже - рук), пахово-бедренные и ягодичные складки, подмышечные впадины, складки под молочными железами и др.
- Проявляется в виде эритемы с поверхностными трещинами в глубине складки
- При прогрессировании процесса роговой слой отторгается, и образуются эрозии.
- Присоединение пиококковой и дрожжевой инфекции приводит к осложнению процесса.

Простой дерматит от воздействия температур

- Ожоги
- Отморожения

- При ожоге I степени на пораженном участке кожи образуются эритема и небольшая отечность.
- При ожоге II степени на фоне эритемы и отечности кожи появляются пузыри с серозным или геморрагическим содержимым. Субъективно процесс сопровождается болезненностью и жжением. Разрешение процесса приводит к формированию гиперпигментации.
- Ожог III степени характеризуется некрозом поверхностных слоев дермы без образования струпа
- Ожог IV степени — некроз всех слоев дермы и подлежащих тканей с образованием струпа. Процесс разрешается с образованием рубца. Общие явления зависят от степени поражения и размеров обожженного участка кожи.

- При отморожении I степени в коже развивается нарушение кровообращения, которое проявляется в побледнении кожных покровов. После согревания пораженный участок приобретает застойно-синюшную окраску и становится отечным. Процесс заканчивается шелушением кожи.
- Отморожение II степени характеризуется возникновением пузырей.
Субъективно: чувство покалывания и зуд.
- При отморожении III степени отмечается некроз тканей дермы с образованием струпа. Отмечается отсутствие чувствительности к прикосновению и уколам.
- Отморожение IV степени характеризуется глубоким некрозом тканей, вплоть до костей.

Простой дерматит от лучевых воздействий

- Острый лучевой дерматит может появляться как в первый день, так и в течение первых двух месяцев после облучения.
- Характеризуется воспалительной реакцией кожи различной степени выраженности.

Формы острого лучевого дерматита

- Буллезная
- Некротическая

Электротравма

Повреждения кожи, вызванные электрическим током.

- На месте его входа и выхода – твердый струп, возвышающийся над уровнем кожи сероватого цвета («знаки тока»).
- В месте вхождения тока струп западает и имеет интенсивную черную окраску.
- В течение трех - четырех дней струп может увеличиваться в размерах.
- На месте поражения отмечается полная потеря чувствительности.
- Отторжение струпа и заживление происходит медленно и заканчивается рубцеванием.

Дерматит от воздействия химических факторов

- Возникает остро.
- Протекает обычно в форме некроза с образованием струпа.
- После отхождения струпа обнажается язва, заживающая рубцом.
- Наиболее агрессивно на кожу действует серная кислота, слабее – азотная и соляная.
- Слабые концентрации этих веществ при длительном воздействии могут способствовать развитию хронического дерматита, проявляющегося:
 - инфильтрацией,
 - лихенификацией,
 - гиперкератозом,
 - СУХОСТЬЮ КОЖИ.

Дерматит от воздействия веществ биологического происхождения

- **Облигатными** раздражителями являются многие виды лютиков, молочай, ясенец кавказский и др.,
- **Факультативными** – первоцвет, различные виды рода борщевик, некоторые сорта красного дерева.
- Самым распространенным аллергеном является сок ядовитого плюща, к которому sensibilized 50-70% населения.
- Дерматит локализуется на участках кожи, контактирующих с растениями.
- В течение двух суток после контакта возникает эритема, на фоне которой могут образовываться пузыри.
- Процесс разрешается в течение недели.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

В основе аллергическая реакция замедленного типа.

Аллергенами могут быть:

- Фармакологические препараты: новокаин, антибиотики, сульфаниламиды, 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, морковь, редис и др.

Предрасполагающие факторы

- 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)

Клиническая картина

- Границы поражения нечеткие
- Процесс распространяется на другие участки кожи
- Выражены экссудативные явления
- Вместо буллезной формы (при простом дерматите) развивается микровезикулезная - на фоне эритемы и отека имеются мельчайшие пузырьки, после вскрытия которых образуются эрозии.
- Такая картина напоминает экзему

Для выявления аллергена, вызвавшего дерматит, используют кожные пробы.

Выделяют два основных вида кожных проб:

- 1. Аппликационные (накожные) - нанесение вещества на интактную кожу.
- 2. Скарификационные - нанесения аллергена на кожу, лишенную рогового слоя (укол иглой, поскабливание скальпелем и т.д.)

Хронический дерматит

Возникает под влиянием длительного воздействия слабых раздражителей.

Для него характерны:

- ❑ застойная гиперемия,
- ❑ незначительная инфильтрация,
- ❑ лихенификация,
- ❑ гиперкератоз,
- ❑ атрофические изменения в коже.

Лечение

- Устранение действия раздражителя
- При выраженной эритеме с отеком показаны:
 - примочки,
 - кортикостероидные кремы.
- При везикуло - буллезных высыпаниях:
 - производят вскрытие пузырей,
 - наложение дезинфицирующих холодных примочек,
 - аэрозоли с кортикостероидами и антибиотиками.
- Аллергические дерматиты лечат как острую экзему:
- гипосенсибилизирующая терапия (препараты кальция, тиосульфат натрия),
- антигистаминные препараты (диазолин, цетрин);
- наружно: при мокнущей – примочки; болтушки, кремы, мази с кортикостероидами, пасты

Токсикодермия

острое воспаление кожных покровов и слизистых оболочек, развивающееся под действием токсико-аллергического фактора, который попадает в организм через:

- ❑ дыхательные пути,
- ❑ пищеварительный тракт,
- ❑ при внутривенном, подкожном, внутримышечном введении,

Этиологический фактор действует не непосредственно на кожу, как при дерматитах, а проникает в нее гематогенным путем.

Различают медикаментозную и алиментарную (пищевую) токсидермии, клинически протекающие однотипно.

Клиника

- Чаще наблюдается распространенная форма, которая проявляется разнообразной сыпью.
- Возможно появление многочисленных пятнистых, уртикарных, папулезных, папуловезикулезных элементов.
- Сопровождается зудом.
- Иногда развивается эритродермия.
- В процесс могут вовлекаться слизистые оболочки, на которых возникают:
 - эритематозно - отечные
 - геморрагические
 - буллезно - эрозивные и др. элементы.
- Помимо распространенной, возможна *фиксированная токсидермия*.
- Причиной чаще всего является прием сульфаниламидов, анальгетиков.
- Возникает одно или несколько отечных гиперемизированных пятен округлых или овальных очертаний.
- В центре очагов, в ряде случаев, может сформироваться пузырь.

Синдром Лайелла

В 1954 г. английский дерматолог Lyell описал заболевание под названием «toxic epidermal necrolysis».

- наиболее тяжелая форма токсидермии,
- остро возникающее лихорадочное заболевание,
- сопровождается генерализованными буллезными высыпаниями на коже и слизистых оболочках полости рта, глаз и половых органов.

- Болеют преимущественно дети и взрослые молодого и среднего возраста.
- Температура тела внезапно поднимается до 39–40°С.
- На коже туловища, конечностей, лице образуются пятна, уртикарии, пузыри.
- В течение нескольких дней развивается болезненная эритродермия, на фоне которой начинается происходить отслоение эпидермиса (симптом «смоченного белья»).
- Пузыри, вскрываясь, обнажают обширные болезненные, кровоточащие эрозии.
- Вскоре вся кожа приобретает вид ошпаренной (напоминая ожог II степени).
- Симптом Никольского положительный.

- Происходит резкое ухудшение общего состояния.
- Отмечаются сильные головные боли, сонливость или тревожность, возможна протрация.
- Наблюдаются симптомы обезвоживания:
 - сильная жажда,
 - сухость слизистой полости рта;
 - нарушения кровообращения вследствие сгущения крови.
- Глотание затруднено из-за болезненности, пациенты отказываются от еды.
- Нарушается функция почек (острый канальцевый некроз), мочеиспускание болезненно.

Диагноз токсидермий устанавливают на основе

- данных анамнеза, указывающие на связь между появлением сыпи и применением лекарственных средств и определенных продуктов питания;
- клинической картины;
- иммунологических проб, подтверждающих повышенную чувствительность организма к данному аллергену (реакция бласттрансформации лимфоцитов, тест дегрануляции лейкоцитов и др.).

Лечение токсидермий

- Устранение причины, вызвавшей болезнь.
- При фиксированной токсидермии ограничиваются применением местных противовоспалительных и при необходимости, антисептических средств (кортикостероидные мази, анилиновые красители).
- При распространенной токсидермии назначают:
 - слабительные и мочегонные средства,
 - антигистаминные препараты,
 - в тяжелых случаях – кортикостероидные гормоны
 - в средних дозах (преднизолон по 30–40 мг/сут),
 - гемодез.
 - по показаниям – плазмаферез, гемосорбцию.
- Местно используют водно-цинковую взвесь, кортикостероидные мази

Лечение синдрома Лайелла

- Проводится в реанимационном или ожоговом отделении
- Быстрое выявление и отмена препарата, вызвавшего токсикодермию
- Глюкокортикоиды парентерально (100-150 мг преднизолона)
- Антибиотики широкого спектра действия
- Коррекция электролитных нарушений (до 2 литров жидкости в сутки внутривенно капельно)
- Наружно: обработка анилиновыми красителями, кортикостероидные аэрозоли, на мокнущие участки – примочки; затем регенерирующие средства.
- При поражении слизистой рта – вяжущие, дезинфицирующие и обезболивающие препараты

Экзема

хроническое рецидивирующее аллергическое
заболевание кожи, характеризующееся
полиморфной зудящей сыпью:

- эритема
- папулы
- везикулы

В развитии заболевания играют роль

- экзогенные (химические вещества, лекарственные, пищевые и бактериальные аллергены) и
- эндогенные (микроорганизмы из очагов хронической инфекции, промежуточные продукты обмена) факторы.

Клинические формы экземы:

- ❑ истинная,
- ❑ микробная,
- ❑ себорейная,
- ❑ профессиональная,
- ❑ детская.

Истинная экзема

- ❖ начинается остро в любом возрасте,
- ❖ протекает толчкообразно с частыми рецидивами,
- ❖ переходит в хроническую стадию.
- ❖ для острой стадии характерен истинный полиморфизм высыпаний:
 - ❑ эритематозных пятен,
 - ❑ микровезикул,
 - ❑ папул.
- ❖ везикулы вскрываются, обнажая мокнущие точечные эрозии (экзематозные колодцы).
- ❖ по мере стихания воспалительных явлений,

- Очаги истинной эритемы имеют различную величину, нечеткие контуры, чередуются с участками здоровой кожи.
- Процесс симметричный и локализуется чаще на тыле кистей, предплечий, стоп.
- У детей – на лице, ягодицах, конечностях, груди.
- Процесс может захватить и другие участки кожного покрова (вплоть до вторичной эритродермии).
- Беспокоит зуд.
- Вариантом истинной экземы является *дисгидротическая экзема*, локализующаяся на ладонях, подошвах и боковых поверхностях пальцев и характеризующаяся появлением множества мелких с плотной крышкой пузырьков 1–3 мм в диаметре, напоминающих разваренные саговые зерна.

Микробная экзема

- Возникает вследствие вторичной экзематизации:
- очагов пиодермии,
- микоза (*микотическая экзема*),
- инфицированных травм, ожогов, свищей (*паратравматическая экзема*),
- на фоне трофических нарушений на нижних конечностях с явлениями трофических язв, (*варикозная экзема*).
- Очаги поражения при этом часто располагаются асимметрично.
- Имеют резкие границы.
- Округлые или фестончатые очертания.
- по периферии которых часто виден воротничок отслаивающегося рогового слоя.

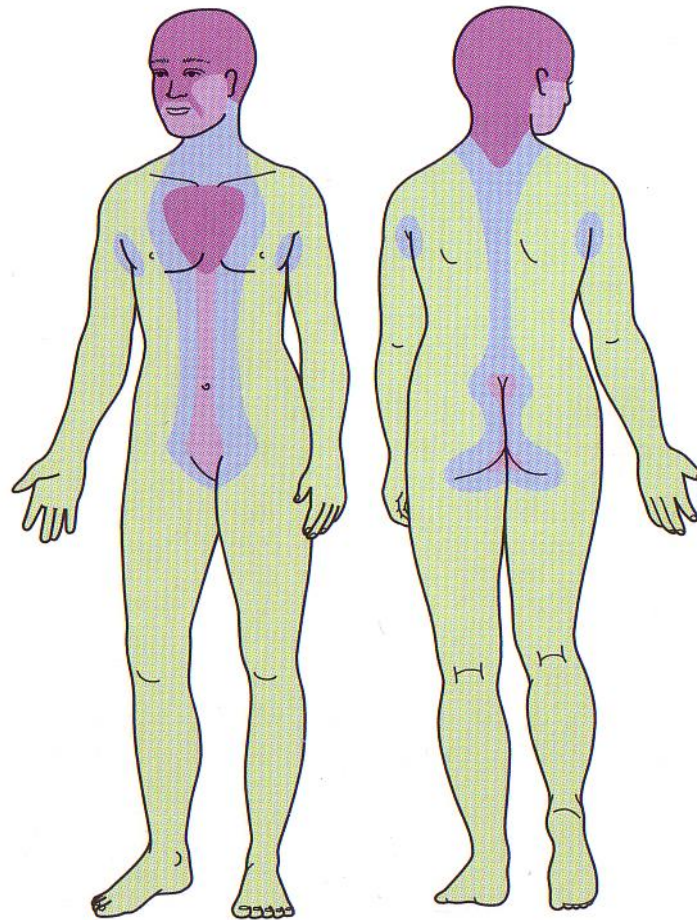
- Очаг представлен сочной эритемой с пластинчатыми корками, после удаления которых обнаруживается мокнущая поверхность.
- Вокруг основного очага видны микровезикулы, мелкие пустулы, серопапулы.
- Аллергические высыпания (аллергиды) могут возникнуть вдали от основного очага.
- Разновидностью микробной экземы является *нуммулярная (монетовидная) экзема*
- Очаги поражения чаще локализуются на тыле кистей и разгибательных поверхностях конечностей.
- Характерны округлые очаги с четкими границами диаметром от 1,5 до 3 см и более синюшно - красного цвета с везикулами, серопапулами, мокнутием, чешуйками на поверхности

Себорейная экзема

- К развитию заболевания предрасполагают себорея и нейроэндокринные расстройства.
- Поражаются волосистая часть головы, лоб, складки кожи за ушными раковинами, верхняя часть груди, межлопаточная область, сгибы конечностей.
- На волосистой части головы на фоне гиперемии имеется обильное шелушение, серозные корки, после снятия которых обнажается мокнущая поверхность.
- Границы очагов четкие, волосы склеены.
- В складках кожи – отек, гиперемия, глубокие болезненные трещины.
- На туловище и конечностях появляются шелушащиеся пятна с четкими границами

СЕБОРЕЙНАЯ ЭКЗЕМА

- Наиболее типичная локализация ■ Нетипичная локализация
■ Типичная локализация ■ Редкая локализация



Детская экзема

- Проявляется клиническими признаками истинной, себорейной и микробной экзем.
- Возникает в возрасте 3–6 мес у детей, обычно находящихся на искусственном вскармливании.
- Очаги поражения симметричные, границы их нечеткие.
- Кожа в очагах гиперемирована, отечна, на этом фоне располагаются микровезикулы и участки мокнутия в виде колодцев, а также желто-бурые корки, чешуйки, реже папулы.
- Вначале поражаются щеки и лоб (носогубный треугольник остается интактным).
- Затем процесс распространяется на волосистую часть головы, ушные раковины, шею, разгибательные поверхности конечностей, ягодицы, туловище.

Экзема профессиональная

- ❑ Развивается вследствие контакта с аллергенами в условиях производства.
- ❑ Вначале поражаются открытые участки кожи, реже – голени и стопы.
- ❑ Очаги поражения гиперемированы, отечны, с наличием везикул, мокнутия и зуда.
- ❑ Со временем появляются признаки, характерные для истинной экземы.
- ❑ Течение длительное, но регресс быстро наступает после устранения контакта с производственным аллергеном.
- ❑ Каждое новое обострение протекает тяжелее.

- ❑ Диагноз устанавливается профпатологом на основании анамнеза, клинических проявлений, течения заболевания, выяснения условий работы и этиологического фактора болезни.
- ❑ Повышенная чувствительность к производственным аллергенам выявляется с помощью кожных проб или *in vitro* (резко положительной РТМЛ и др.).
- ❑ Больного профессиональной экземой необходимо перевести на работу вне контакта с неблагоприятными производственными факторами.
- ❑ При упорном течении профессиональной экземы больного освидетельствуют для определения инвалидности по профзаболеванию.

- Экзема течет хронически с периодами обострений и ремиссий и часто осложняется присоединением пиодермии, герпеса.
- Диагноз экземы устанавливают на основании:
 - клинической картины,
 - анамнестических данных
 - гистологической картины (в сомнительных случаях).
- ❖ Дифференциальный диагноз проводят с аллергическим дерматитом, токсидермией, псориазом, микозами в зависимости от формы экземы.

Комплексное лечение экземы:

- Ликвидация нейро - эндокринных и соматических нарушений.
- Санация очагов хронической инфекции.
- Гипоаллергенная диета. В питании детей используют молочно - кислые продукты (кефир, ацидофилин, биолакт и др.) и специально адаптированные пищевые смеси.
- Седативные средства, транквилизаторы, антидепрессанты (экстракт валерианы, настойка пустырника, седуксен, amitриптилин, и др.).
- Гипосенсибилизирующая терапия (тиосульфат натрия, хлорид и глюконат кальция, магния сульфата).
- Антигистаминные препараты I и II поколения (димедрол, тавегил, кларитин, зиртек и др.).

- При тяжелых, распространенных формах экземы назначают внутри кортикостероидные гормоны (преднизолон 20–40 мг/сут с последующим снижением и отменой).
- Иммунокорригирующие средства (декарис, тактивин, тималин, метилурацил и др.).
- Инфузии гемодеза и реамберина.
- Аскорутин, витамины группы В.
- Ферментные препараты (фестал, мезим, креон).
- Мочегонные средства.
- Энтеросорбенты (энтеросгель, полифепан и др.).
- В тяжелых случаях показаны гемосорбция, плазмаферез,

Наружное лечение:

- При мокнущей экземе – примочки.
- После прекращения мокнутия – болтушки, затем кремы и мази с кортикостероидными гормонами (локоид, преднизолон, флуцинар, элоком и др.).
- При хроническом воспалении используют мази с кератопластическими средствами (5–20% нафталана, 5–10% АСД-III фракция, 2–5% дегтя).
- На волосистую часть головы – лосьоны с кортикостероидами: дипросалик, локоид и др.
- При микробной экземе - кортикостероидные мази с антибиотиками: гиоксизон, белогент, тридерм.
- Пузырьки вскрывают, эрозии тушируют анилиновыми красителями.

Профилактика экземы

- Соблюдение правил личной гигиены.
- Лечение очагов пиодермии, микоза стоп.
- Санация ЖКТ и др., дегельминтизация.
- Молочно-растительная диета: исключить алкоголь, соленья, остроты, консервы, цитрусы.
- Исключить контакт с производственными и бытовыми аллергенами.
- Не рекомендуется носить синтетическое и шерстяное белье.
- Рациональный режим и питание беременных.
- Улучшение санитарно-технических и гигиенических условий труда на производстве.
- Обеспечение рабочих средствами индивидуальной защиты кожи.
- Диспансерное наблюдение у дерматолога.