

**АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра внутренних болезней**

**Визуальная диагностика дерматитов
(контактно-аллергический, атопический,
токсикодермический)**

**Подготовила: Олжабай Н. 785 ВБ
Проверила: Ташмухаметова А.Б.**



Критерии классификации экзантем

вид элементов сыпи: розеола, макула, эритема, папула, бугорок, узел, уртикария, везикула, пустула, булла, петехия, экхимоз;

размеры: мелкая - до 2, средняя — до 5, крупная — свыше 5 мм в диаметре;

форма: правильная, неправильная;

однородность элементов сыпи: мономорфная (все элементы относятся к одному виду и имеют одинаковые размеры); полиморфная (элементы сыпи резко различаются по форме, размерам, или имеются элементы различного вида);

локализация элементов: симметричная и асимметричная, преимущественно в той или иной области кожного покрова;

обилие сыпи: единичная (до 10 элементов), необильная (элементы можно сосчитать) и обильная (множественная);

метаморфоз сыпи: появление элемента, его развитие, часто с переходом элемента одного вида в другой, и угасание сыпи;

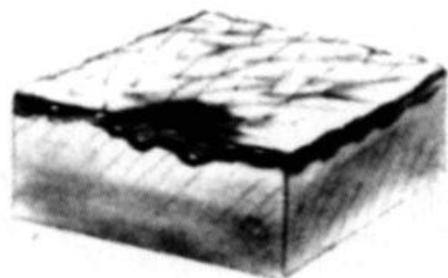
сроки появления: ранние — 1-2-й, средние — 3-4-й и поздние — после 5-го дня болезни.

При характеристике сыпи указывают фон кожи (бледная, гиперемированная).

Первичный элемент	Характеристика	Динамика (возможные вторичные элементы)
Пятно (<i>macula</i>)	Изменение цвета кожи на ограниченном участке. Не возвышается над уровнем кожи, не имеет полости, разрешается бесследно или стойко сохраняется. Результат изменений в эпидермисе, дерме, гиподерме	Чешуйка, вторичное пигментное пятно
Волдырь (<i>urtica</i>)	Быстро появляющийся и быстро исчезающий бесполостной элемент, возвышается над уровнем кожи, разрешается бесследно, представляет собой отек сосочкового слоя кожи	Вторичных элементов не бывает
Папула (<i>papula</i>)	Бесполостной элемент, возвышается над уровнем кожи, разрешается бесследно. Образуется в эпидермисе или дерме	Чешуйка, вторичное пигментное пятно, лихенизация, трещины, вторичное пятно
Бугорок (<i>tuberculum</i>)	Бесполостной элемент, возвышается над уровнем кожи, разрешается рубцом или рубцовой атрофией. Формируется в дерме	Чешуйка, язва, корка, рубец, рубцовая атрофия, иногда вегетация
Узел (<i>nodus</i>)	Бесполостной элемент, диаметром более 1 см, возвышается над уровнем кожи, разрешается образованием рубца или бесследно. Образуется в гиподерме	Язва, корка, рубец, вторичное пигментное пятно
Пузырек (<i>vesicula</i>)	Полостное ограниченное образование диаметром 0,1–0,5 см, разрешающееся бесследно. Развивается в эпидермисе	Эрозия, корка, чешуйка, вторичное пигментное пятно
Пузырь (<i>bulla</i>)	Полостной элемент величиной свыше 0,5 см в диаметре, возвышается над уровнем кожи. Разрешается бесследно или рубцом. Образуется в эпидермисе или дерме	Эрозия, корка, чешуйка, вторичное пигментное пятно, иногда вегетация
Пустула (<i>pustula</i>)	Элемент, возвышающийся над уровнем кожи, имеющий полость с гнойным содержимым, образуется в эпидермисе или дерме	Корка, эрозия, пигментное пятно, язва, рубец, вегетация

Пятно (Macula)

Ограниченное изменение
цвета кожи без изменения
рельефа и консистенции



Пятно — имеет размер от небольшого (например, веснушки, петехии) до весьма значительного (например, витилиго)

Сосудистые пятна (розеола)



Волдырь

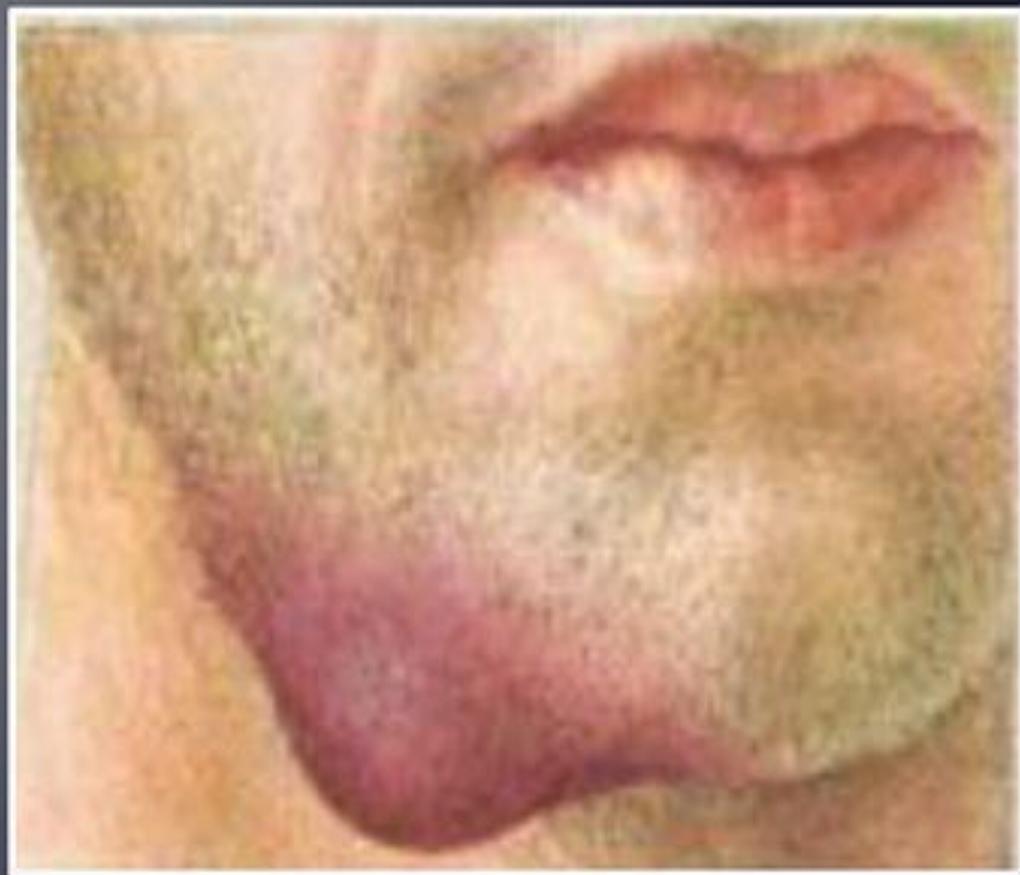


Папулы на лбу



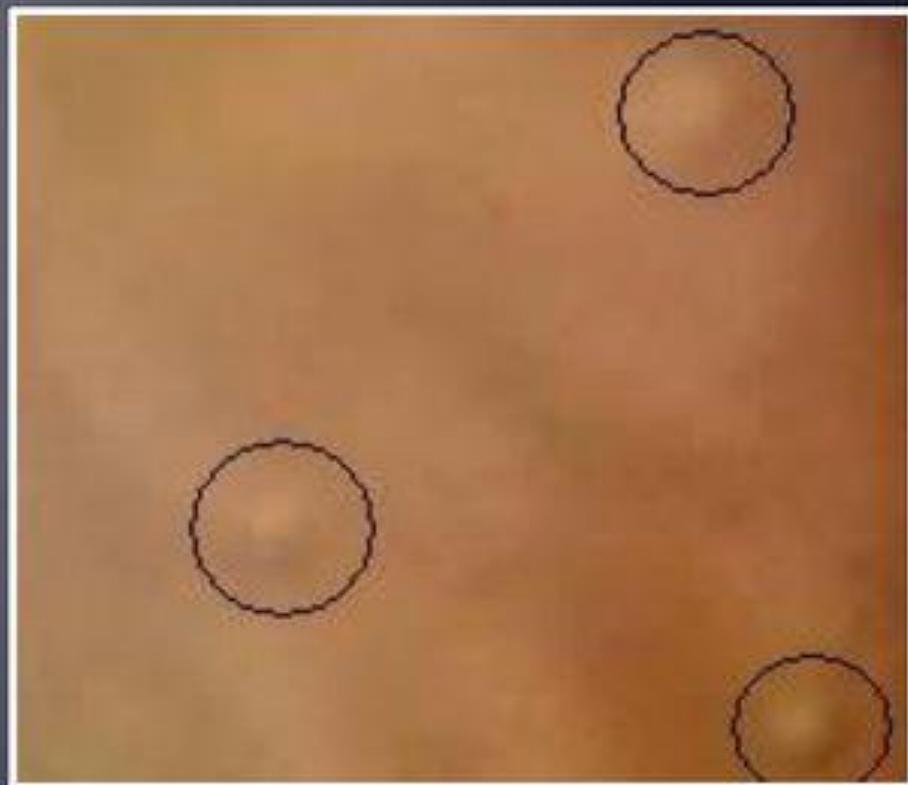
Бугорок (Tuberculum)

Бесполостной
инфильтративны
й
морфологический
элемент,
располагающийся
в глубоких слоях
дермы



Узел (Nodus)

Большой
бесполостной
инфильтративны
й элемент,
располагающийся
в глубоких слоях
дермы.



Узелок (Papula)

Бесполостной
элемент,
характеризующий
ся изменением
окраски кожи, ее
рельефа и
разрешающийся
бесследно



Узелки и расчесы на лице





Везикула (пузырёк) — имеет размер до 0,5 см; заполнена серозной жидкостью (например, простой герпес)

Булла (пузырь) — имеет размер более 0,5 см; заполнена серозной жидкостью (например, при ожоге II степени)

Пустула — возвышение на коже небольших размеров, содержащее гной (например, угри, импетиго)

Пузырек (Vesicula)

Полостной
морфологически
й элемент,
содержащий
экссудат



Пузырь (Bulla)

Полостной
морфологический элемент
содержащий серозный,
геморрагический или
гнойный экссудат



Гнойничок (pustula)

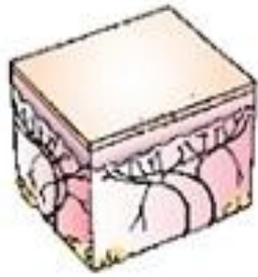
Полостной
морфологический
элемент,
заполненный
гнойным
содержимым



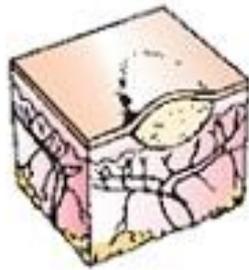
Уртикарный дермографизм



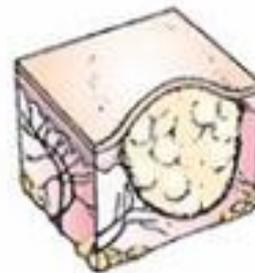
Первичные элементы сыпи



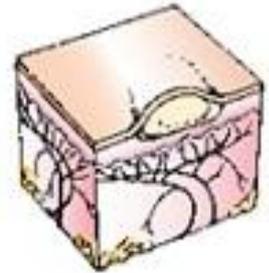
Type: Macule



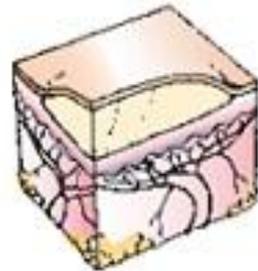
Type: Papule



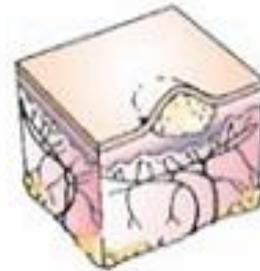
Type: Nodule, tumor



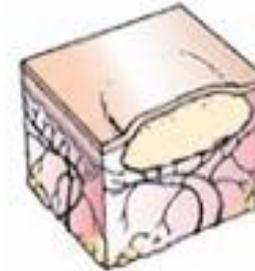
Type: Vesicle



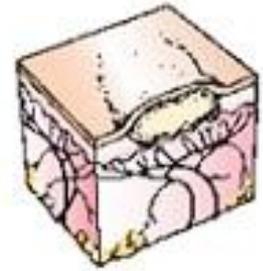
Type: Bulla



Type: Pustule

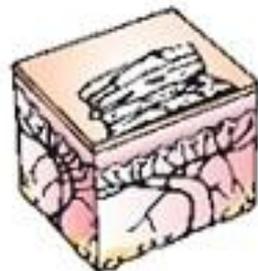


Type: Wheal



Type: Plaque

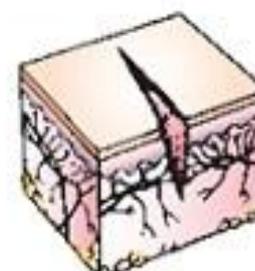
Вторичные элементы сыпи



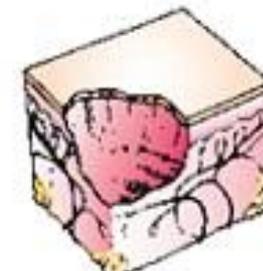
Type: Scale



Type: Crust



Type: Fissure



Type: Ulcer

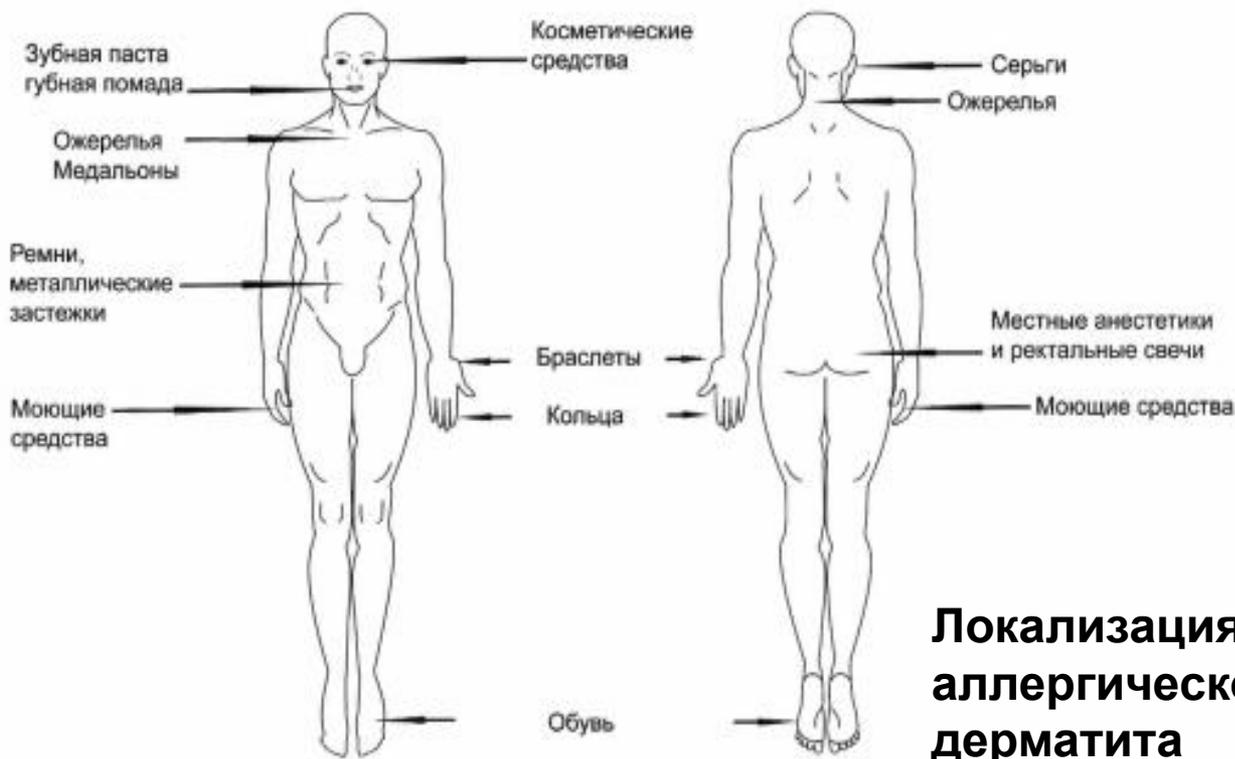
- В практической деятельности принято выделять **атопический дерматит** легкой, средней и тяжелой степени, однако для объективной оценки степени тяжести кожного процесса и динамики течения заболевания в 1994 г. Европейской рабочей группой по АД предложена шкала SCORAD (scoring atopic dermatitis)). Она разрабатывалась совместно с врачами и пациентами, страдавшими Атоп Дер, и объединяет объективные (интенсивность и распространенность кожного поражения) и субъективные (интенсивность дневного кожного зуда и нарушение сна) критерии. Основным преимуществом использования шкалы SCORAD является возможность сравнительного анализа полученных результатов с помощью компьютерной обработки, а также объективная оценка эффективности различных методов терапии. SCORAD предусматривает балльную оценку шести объективных симптомов: эритема, отек/папулезные элементы, корки/мокнутые, экскориации, лихенификация/шелушение, сухость кожи. Интенсивность каждого признака оценивается по 4-уровневой шкале: 0 — отсутствие, 1 — слабая, 2 — умеренная, 3 — сильная. Расчет индекса SCORAD производится по формуле: $SCORAD = A/5 + 7B/2 + C$, где: А — распространенность поражения кожи, В — сумма уровней интенсивности клинических симптомов АД, С — сумма оценок субъективных нарушений по визуальной аналоговой шкале. Значения индекса могут варьировать в пределах от 0 (нет заболевания) до 103 (максимально тяжелое течение АД).
- На линейке внизу рисунка указывается точка, соответствующая степени выраженности оцениваемого субъективного признака, усредненное за последние 3 суток.

Шкала SCORAD учитывает следующие показатели:

- распространенность кожных поражений (А);
- интенсивность клинических проявлений (В);
- субъективные симптомы (С).
- Расчет распространенности кожных поражений (А) проводится по правилу «девяток»: голова и шея - по 9%, передняя и задняя поверхность туловища - по 18%, верхние конечности - по 9%, нижние конечности - по 18%, область промежности и половые органы – по 1 %.
- Интенсивность клинических проявлений (В) оценивается по 6 симптомам: эритема (гиперемия); отек/папулообразование; мокнутие/корки; эксфолиации; лихенификация/шелушение; общая сухость кожи.
- Выраженность каждого признака оценивается от 0 до 3 баллов: 0 - отсутствие, 1 - слабо выражен, 2 - умеренно выражен, 3 - выражен резко.

- Оценка субъективных симптомов (С) - интенсивности кожного зуда и степени нарушения сна - проводится по 10-бальной шкале больным или его родственниками. При этом оценивается усредненный показатель за последние 3 дня и/или ночи. Итоговая величина индекса SCORAD рассчитывается по формуле: индекс SCORAD = $A/5 + 7B/2 + C$, где А – площадь поражения кожи, в %; В – сумма баллов объективных признаков; С – сумма баллов субъективных признаков. Легкая форма течения по SCORAD – менее 20 баллов, среднетяжелая – 20-40 баллов, тяжелая форма – более 40 баллов.

- При аллергическом контактном дерматите необходимо обратить внимание пациента, что при дальнейшем контакте с аллергеном возможны хронизация процесса, развитие поливалентной аллергии, а также формирование экземы.



Локализация контактно-аллергического дерматита

Контактно-аллергический дерматит - реакция на серную мазь



ТОКСИКОДЕРМИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

- ▣ **Токсикодермия** (синонимы — токсико-аллергический дерматит) — острое воспаление кожных покровов (реже слизистых оболочек), возникающее как реакция на прием внутрь, вдыхание, парентеральное, вагинальное, ректальное введение веществ, являющихся одновременно аллергенами и одновременно обладающих аллергизирующим и токсическим действием

- Для определения аллергена, являющегося причиной дерматита, применяют кожные пробы. Использование провокационных проб позволяет более точно определить данный аллерген и способ его проникновения в организм. Данные пробы стоит делать с осторожностью и не проводить на пациентах с осложненной формой токсико-аллергического дерматита.

В зависимости от тех или иных симптомов различают несколько форм токсидермии:

- **пятнистая** – с высыпаниями в виде пятен, имеющих довольно четкие границы, с отеками, зудом, шелушением;
- **папулезная** – с образованием остроконечных папул, сливающихся в бляшки и напоминающих по своей картине опоясывающий лишай (возможны осложнения, серьезное ухудшение состояния больного);
- **узловатая** – волдыри поднимаются над общей поверхностью кожных покровов в результате отека (для лечения используют негормональные мази);
- **везикулезная** – поражает ладони и подошвы, развивается как экзема, характеризуется шелушением, мокнутием, отеками;
- **пустулезная** — при этой форме заболевания образуются пустулы (гнойные прыщи вокруг которых кожа воспаляется, приобретая красный цвет), обычно воспаления сосредоточены возле сальных желез;
- **буллезная** – может развиваться после использования пациентом анальгезирующих препаратов, опасные последствия иногда вызывают антибиотики, транквилизаторы, характеризуется высыпаниями в форме пузырей, длительность лечения – высокая, состояние может быть очень опасным, осложнения — вплоть до отека мозга (наиболее тяжелая форма буллезного дерматита – синдром Лайелла);
- **бромодерма и йододерма** – возникновение этих форм связывают с попаданием в организм препаратов, содержащих йод и бром (на кожных поверхностях образуются синевато-красные бляшки, которые сопровождают гноящиеся корочки, кожа сильно чешется).

□

Фиксированная лекарственная токсикодермия



Лекарственная токсикодермия



Список литературы:

- Дерматовенерология. Национальное руководство / Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 1024 с. - (Серия «Национальные руководства».)
- Дерматовенерология / Под ред. А.А. Кубановой. - М.: ДЭКС-ПРЕСС, 2010. - 428 с. - (Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов)
- Чеботарёв В.В., Байда А.П. Руководство для врачей общей практики (семейных врачей) по дерматовенерологии. - Ставрополь: Седьмое небо, 2009. - 328 с.