

# Нейродерматозы

Доцент кафедры дерматовенерологии ВолгГМУ

к.м.н. Сердюкова Е.А.

# Определение

\* Нейродерматозы- группа заболеваний кожи, имеющих общий признак –зуд и сопровождающиеся невротическими расстройствами

\* **Классификация:**

\* 1) кожный зуд:

- а) универсальный;
- б) локализованный.

2) атопический дерматит;

3) чесуха (пруриго)

- а) детская (строфулюс);
- б) взрослых;
- в) узловатая;

4) крапивница



# Атопический дерматит (АтД)

- \* Аллергическое заболевание кожи, возникающее как правило , в детском возрасте у лиц с наследственной предрасположенностью к атопическим заболеваниям, имеющее хроническое рецидивирующее течение, возрастные особенности локализации и морфологии очагов воспаления, характеризующиеся кожным зудом, обусловленное гиперчувствительностью как к аллергенам так и к неспецифическим раздражителям

(Российский национальный согласительный документ по атопическому дерматиту 2002 год)

- \* Мультифакториальное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением и возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения.

# Понятие об атопии

\* Атопия ( с греческого «чужой», «иной»)  
– врожденная гиперчувствительность  
организма, не связанная с  
предшествующей сенсibilизацией и  
проявляющаяся в ряде болезней с  
наследственной  
предрасположенностью ( атопическая  
бронхиальная астма, сенная лихорадка,  
аллергический ринит, отек Квинке,  
крапивница, аллергический конъюнктивит,  
атопический дерматит)

# Эпидемиология

- \* АТД – одно из наиболее распространенных заболеваний (от 20% до 40% в структуре кожных заболеваний)
- \* Встречается во всех странах, у лиц обоего пола и в разных возрастных группах.
- \* Распространенность АТД среди детского населения составляет до 20%, среди взрослого населения – 1–3%.
- \* АТД развивается у 80% детей, оба родителя которых страдают этим заболеванием,
- \* Более чем у 50% детей – когда болен только один родитель (риск развития заболевания увеличивается в полтора раза, если больна мать).



# Развитие атопического дерматита

- \* Формирование АД в возрасте от 2 до 6 месяцев отмечается у 45% больных
- \* В течение первого года жизни – у 60% больных
- \* К 7 годам у 65% детей, а к 16 годам у 74% детей с АД наблюдается спонтанная ремиссия заболевания
- \* У 20–43% детей с АД в последующем развивается бронхиальная астма и вдвое чаще – аллергический ринит





# Этиология АД

- \* Наследственная детерминированность
- \* Нарушение состояния кожного барьера
- \* Дефекты иммунной системы (стимуляция Th2-клеток с последующей гиперпродукцией IgE)
- \* Гиперчувствительность к аллергенам и неспецифическим раздражителям
- \* Колонизация патогенными микроорганизмами (*Staphylococcus aureus*, *Malassezia furfur*)
- \* Дисбаланс вегетативной нервной системы с повышением продукции медиаторов воспаления

# Этиология

Наследственная мультифакториальная предрасположенность к атопии

## Экзогенные факторы риска:

### Аллергенные

- \* Алиментарные (ранний перевод ребенка на искусственное вскармливание, раннее введение прикорма, введение в рацион питания высокоаллергенных продуктов, нерациональное питание матери во время кормления грудью)
- \* Ингаляционные (домашняя пыль, шерсть животных, пух, пыльца растений, мицелий плесневых и дрожжевых грибов)
- \* Лекарственные средства и вакцины
- \* Бактериальные и вирусные инфекции

### Неаллергенные

- \* Психо-эмоциональные нагрузки
- \* Изменение метеоусловий



# Типы течения атопического дерматита

- \* Выздоровление в возрасте до 2 лет
- \* Выраженная клиническая картина до 2-х лет с последующим чередованием ремиссий и обострений
- \* Непрерывное течение

# Классификация

## 1. Возрастные периоды болезни

- \* Младенческий (до 2 лет)
- \* Детский (от 2 до 13 лет (до пубертата))
- \* Подростковый и взрослый (от 13 лет (от пубертата))

## 2. Клинико-морфологические формы

- \* Экссудативная
- \* Эритематозно-сквамозная
- \* Эритематозно-сквамозная с лихенификацией
- \* Лихеноидная
- \* Пруригинозная

## 3. Стадии болезни

- \* Обострение
- \* Ремиссия (неполная :уменьшение симптомов заболевания, полная: исчезновение всех симптомов заболевания)

## 4. Распространенность кожного процесса

- \* Ограниченный (поражение <10% площади кожи)
- \* Распространенный (поражение от 10 до 50% площади кожи)
- \* Диффузный (поражение более 50% кожного покрова)

## 5. Степень тяжести течения заболевания

# Младенческий период

- \* Начинается с 2–3 месяцев жизни ребёнка
- \* Преобладает экссудативная форма заболевания
- \* Острый или подострый характер воспаления
- \* Клиническая картина представлена эритематозными пятнами, папулами и везикулами с мокнутием, отеком
- \* Локализация на щеках, лбу и/или волосистой части головы
- \* Интенсивный зуд
- \* Дермографизм обычно красный
- \* Начальные проявления заболевания локализуются также на разгибательных и сгибательных поверхностях конечностей
- \* Течение заболевания в значительной степени связано с алиментарными факторами
- \* Младенческий период АД обычно заканчивается ко второму году жизни ребёнка выздоровлением (у 50% больных) или переходит в следующий период (детский)



# Детский период

Высыпания носят менее экссудативный характер, чем в младенческом периоде

- \* Высыпания представлены воспалительными милиарными и/или лентикулярными папулами, папуло-везикулами и эритематозно-сквамозными элементами,
- \* Хронический характер поражения с выраженным лихеноидным синдромом
- \* Локализация на коже верхних и нижних конечностей, в области запястий, предплечий, локтевых и подколенных сгибов, голеностопных суставов и стоп
- \* Дермографизм становится смешанным или белым
- \* Появляются пигментация век, дисхромии, нередко ангулярный хейлит
- \* Состояние кожи меньше зависит от алиментарных факторов
- \* Чаще обострения провоцируют ингалянты
- \* Появляется сезонность течения заболевания с обострениями весной и осенью





# Подростковый и взрослый период

- \* Локализация преимущественно на сгибательной поверхности конечностей (в локтевых и подколенных складках, сгибательных поверхностях голеностопных и лучезапястных суставов), на задней поверхности шеи, в заушных областях
- \* Высыпания представлены эритемой, папулами, шелушением, инфильтрацией, лихенификацией, множественными экскориациями и трещинами
- \* В местах разрешения высыпаний в очагах поражения остаются участки гипо- или гиперпигментации
- \* Со временем у большинства пациентов кожа очищается от высыпаний, поражёнными остаются лишь подколенные и локтевые сгибы
- \* У большинства больных к 30 годам наблюдается неполная ремиссия заболевания (сохраняются сухость кожи, ее повышенная чувствительность к раздражителям, возможны умеренные сезонные обострения)
- \* Дермографизм: белый стойкий
- \* Обострения чаще связаны со стрессом



# Экссудативная форма

- \* Наблюдается преимущественно у детей 1 года жизни
- \* Характеризуется симметричными эритематозными, папуло-везикулезными высыпаниями
- \* Локализуется на коже лица и волосистой части головы,
- \* Отмечается экссудация с образованием чешуйко-корок
- \* В дальнейшем высыпания распространяются на кожу наружной поверхности голеней, предплечий, туловища и ягодиц, а также могут появляться в естественных складках кожи
- \* Дермографизм красный или смешанный
- \* Субъективно отмечается зуд кожных покровов различной интенсивности





## Эритематозно-сквамозная форма

- \* Чаще наблюдается у детей в возрасте от 1,5 до 3 лет
- \* характеризуется наличием зудящих узелков, эрозий и эксфолиаций, а также незначительной эритемой и инфильтрацией в области высыпаний на коже туловища, верхних и нижних конечностей, реже – на коже лица
- \* дермографизм розовый или смешанный.
- \* выраженная сухость кожи, отрубевидное шелушение
- \* сильный зуд





## Эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией

- \* Наблюдается у детей в возрасте от 3 лет и взрослых лиц
- \* Характеризуется эритематозно-сквамозными и папулезными очагами
- \* Кожа сухая, лихенифицированная, с большим количеством эксфолиаций и мелкопластинчатых чешуек
- \* Высыпания локализуются преимущественно на сгибательной поверхности конечностей, тыльной поверхности кистей, передней и боковой поверхностях шеи
- \* Симметричный характер высыпаний
- \* Наблюдается гиперпигментация кожи периорбитальной области
- \* Появление складки под нижним веком (линии Дени-Моргана)
- \* Дермографизм белый стойкий или смешанный
- \* Зуд выраженный, постоянный, реже - приступообразный



# Лихеноидная форма

- \* Наблюдается чаще всего у подростков
- \* Характеризуется сухостью, выраженным рисунком, отечностью и инфильтрацией кожных покровов.
- \* Имеются крупные сливающиеся очаги лихенизации кожи
- \* Зуд упорный, стойкий
- \* Локализация: шея, декольте, верхняя часть спины, локтевые, подколенные сгибы, лучезапястные суставы, тыл кистей
- \* Зуд упорный, стойкий



## Пруригинозная форма



- \* Наблюдается относительно редко, чаще у подростков старше 15 лет и взрослых лиц
- \* Характеризуется высыпаниями в виде множественных изолированных плотных отечных папул, на вершине которых могут появляться мелкие пузырьки.
- \* Очаги поражения могут иметь распространенный характер с преимущественной локализацией на коже конечностей
- \* Локализация в области шеи, локтевых сгибов, лучезапястных суставов, тыла кистей, ягодично-крестцовой и поясничной области
- \* Дермографизм выраженный белый стойкий
- \* Дермографизм: белый, стойкий
- \* Зуд мучительный



# Стадии болезни

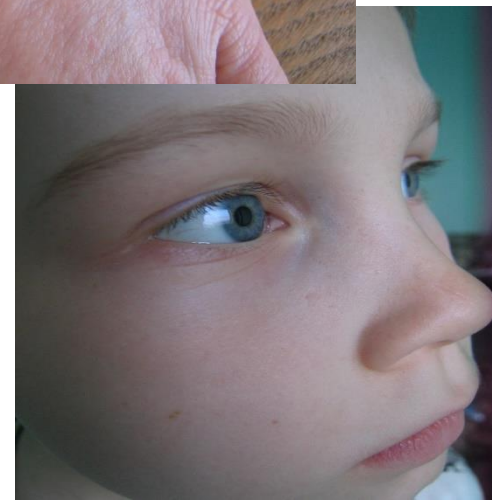
- \* **Стадия обострения или выраженных клинических проявлений**

характеризуется наличием эритемы, папул, микровезикул, мокнутия, множественных эксфолиаций, корок, шелушения; зуда разной степени интенсивности.

- \* **Стадии ремиссии:**

- \* **при неполной ремиссии** отмечается значительное уменьшение симптомов заболевания с сохранением инфильтрации, лихенификации, сухости и шелушения кожи, гипер- или гипопигментации в очагах поражения;

- \* **полная ремиссия** характеризуется отсутствием всех клинических симптомов заболевания.



# Распространенность кожного процесса

- \* **Ограниченно-локализованный процесс** - площадь поражения не превышает 10% кожного покрова.
- \* **Распространённый процесс** - площадь поражения составляет более 10% кожного покрова.



# Определение индекса SCORAD

## Объективные критерии

(интенсивность и распространенность кожного процесса)

$$\text{SCORAD} = A/5 + 7B/2 + C$$

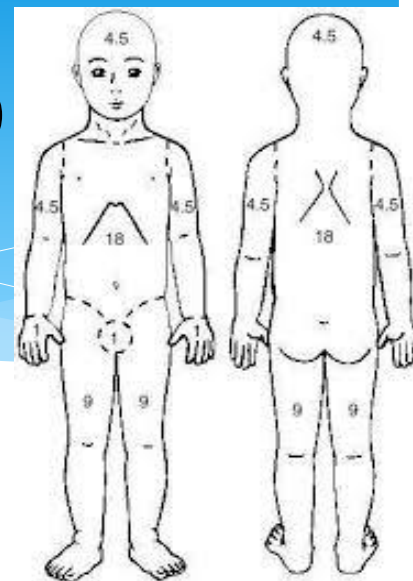
**A** - сумма баллов распространенности поражения кожи

**B** – сумма баллов интенсивности клинических симптомов

**C** – сумма баллов субъективных нарушений по визуальной аналоговой шкале

- \* **A – распространенность процесса** (правило девяток или «ладони» -1%)
- \* **B – выраженность клинических проявлений 6 признаков** (эритема, отек/папулезные элементы, корки/мокнутые, эксфолиации, лихенификация/шелушение, сухость кожи) (0-отсутствие, 1-слабая, 2 – умеренная, 3-сильная)
- \* **C- субъективные критерии** (наличие зуда, нарушение сна по 10ти бальной шкале)

0 – нет заболевания    103 – максимально тяжелое течение



# Степень тяжести процесса

	Легкая	Среднетяжелая	Тяжелая
Распространенность высыпаний	Ограниченно-локализованный характер	Распространенный характер	Распространенный или диффузный характер
Интенсивность зуда	Незначительный	Выраженный	Интенсивный, приводящий к нарушению сна
Частота обострений	Реже 1-2 раз в год чаще в холодное время	До 3-4 раз в год	Более 5 раз в год
Продолжительность обострения	Не более 1 месяца	2-3 месяца, упорное торпидное течение	Длительные
Продолжительность ремиссии	10 и более месяца	Короткие	Редкие и непродолжительные
Эффективность терапии	Хороший эффект	Невыраженный эффект	Кратковременное и незначительное улучшение
Индекс <b>SCORAD</b>	До 20 баллов	От 20 до 40 баллов	Более 40 баллов



# Тяжелое проявление АтД – эритродермия

- \* Характеризуется универсальным поражением кожных покровов в виде эритемы, инфильтрации, лихенификации, шелушения.
- \* Сопровождается симптомами интоксикации
- \* Нарушением терморегуляции (гипертермия, озноб)
- \* Лимфоаденопатия



# Критерии постановки диагноза «атопический дерматит» (J.M.Hanifin, G.Rajka, 1980)

## Основные признаки (должно быть 3 и более)

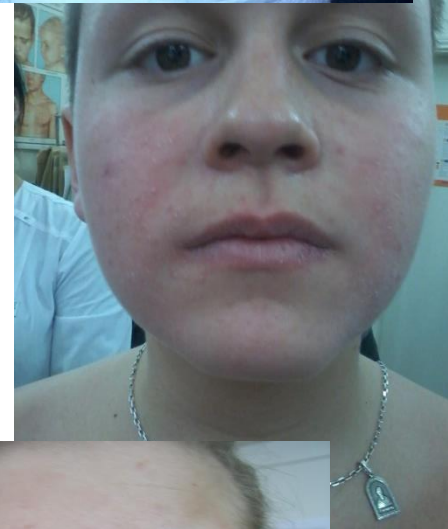
- \* Зуд
- \* Типичная локализация на лице и разгибательной поверхности конечностей монетовидных мокнущих элементов
- \* Хроническое рецидивирующее течение
- \* Имеющийся анамнез атопических состояний у родителей ребенка



# Критерии постановки диагноза «атопический дерматит» (J.M.Hanifin, G.Rajka, 1980)

Дополнительные признаки  
(должно быть 3 и более)

- \* Общая сухость кожи
- \* Фолликулярный точечный кератоз
- \* Трещины около ушных раковин
- \* Хроническое шелушение волосистой части головы
- \* Периоральное мокнутие ( экзема губ от соски у грудных детей)
- \* Складки Денъи-Моргани – дополнительная складка нижнего века
- \* Гиперпигментация кожи периорбитальной области
- \* Белый дермографизм
- \* Наличие алергоспецифических IgE к пищевым , бытовым, эпидермальным алергенам.
- \* Эозинофилия в периферической крови



# Лечение

- \* Диета
- \* Элиминационные мероприятия
- \* Энтеросорбенты
- \* Антигистаминные препараты
- \* Гипосенсибилизирующие средства
- \* Детоксикационные средства
- \* Седативная терапия и вегетотропные средства
- \* Транквилизаторы
- \* Системные глюкокортикостероиды в тяжелых случаях
- \* Иммунодепрессанты при неэффективности терапии
- \* Местное лечение (топические ГКС, эмоленты, ингибиторы кальциневрина)
- \* Физиотерапевтическое лечение (УЗ, УФО, Дарсонвализация), ИРТ
- \* Санаторно-курортное лечение

















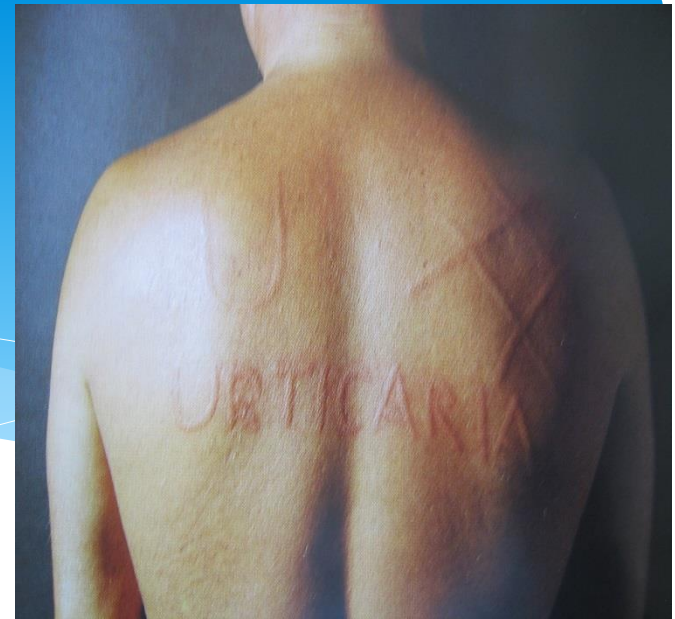




# Крапивница

(лат. *urtica* — крапива)

- \* Одно из самых распространенных заболеваний
- \* Характеризуется появлением на коже волдырей и /или ангиоотеком
- \* У каждого второго может быть ангиоотек



# Этиология острой крапивницы

- \* Различные лекарственные вещества (*аспирин, НПВС, антибактериальные препараты и др.*)
- \* Некоторые пищевые продукты (*цитрусовые, шоколад, орехи, яйца*)
- \* Пищевые добавки (*глутаматы, красители, стабилизаторы, консерванты*)



# Этиология ХК

- \* Различные инфекционные заболевания (гельминтозы, очаги фокальной инфекции, вирусный гепатит).
- \* Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (дискинезия желчевыводящих путей, хронический гастрит и язвенная болезнь, ассоциированные с *Helicobacter pylori* и др.)
- \* Эндокринная патология (сахарный диабет, аутоиммунный тиреоидит )
- \* Онкологические заболевания (в том числе лейкозы, ходжкинские и неходжкинские лимфомы)
- \* Диффузные болезни соединительной ткани (системная красная волчанка, дерматомиозит)
- \* Криоглобулинемия
- \* Патологически протекающая беременность, климакс.
- \* Физические воздействия на кожу (высокие и низкие температуры, трение, изменение давления)
- \* Различные вещества, поступающие ингаляторно (бытовая пыль, шерсть животных, пыльца растений )

# Для волдыря при крапивнице характерны следующие признаки:

- \* Центральный отек разных размеров, почти всегда окруженный эритемой;
- \* Зуд, иногда ощущение жжения;
- \* Обратимость (волдырь исчезает бесследно в течение 1–24 часов).





# Классификация крапивницы

## 1. Спонтанная\*:

- \* Острая (до 6 недель)
- \* Хроническая (свыше 6 недель)

## 2. Физическая:

- \* крапивница, индуцируемая холодом (холодовая)
- \* крапивница от давления (*замедленная крапивница вследствие давления*)
- \* крапивница, индуцируемая теплом (*тепловая*)
- \* солнечная
- \* симптоматический дермографизм (*уртикарный дермографизм  
дермографическая крапивница*)
- \* вибрационный ангиоотек (*вибрационная крапивница / ангиоотек*)

## 3. Другие типы крапивницы:

- \* аквагенная
- \* холинергическая
- \* контактная





## \* **Острая крапивница**

- внезапное однократное появление волдырей (каждый из которых существует не более 24 часов) продолжительностью менее 6 недель, вызванное воздействием одного из провоцирующих факторов.

## \* **Хроническая крапивница**

- возникает вследствие известных и неизвестных причин, при котором ежедневно или почти ежедневно, сроком более 6 недель, появляются волдыри, каждый из которых существует не более 24 часов.

\* ХК может быть рецидивирующая и персистирующая (характеризующуюся постоянным появлением уртикарий)



# Отек Квинке

## (ангиоотек , ангиоэдема, гигантская крапивница)

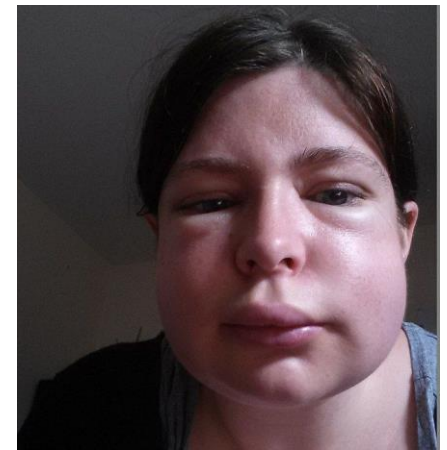
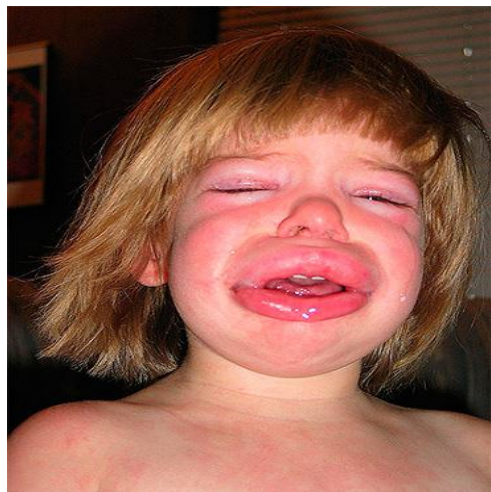
- \* Глубокий отек кожи или слизистых оболочек
- \* Развивается быстро на одном участке кожного покрова, чаще ассиметрично, м.б. диффузным
- \* Кожа в очаге поражения более бледная, плотная на ощупь, при нажатии вдавление не образуется
- \* Обычно держится несколько часов, реже — до 72 часов.
- \* Разрешаются полностью, однако данное заболевание может рецидивировать
- \* **Важным клиническим симптомом, отличающим отек Квинке от обычной крапивницы, является отсутствие зуда.**
- \* Пациентов обычно беспокоит чувство распирания, стягивания, реже — болезненности в очаге поражения
- \* В процесс вовлекаются хорошо растяжимые ткани, имеющие рыхлую подкожную жировую клетчатку (область век, губ, щек, мошонка, крайняя плоть), слизистые оболочки (полости рта, языка, гортани, трахеи, бронхов, желудочно-кишечного тракта)

# Поражение слизистых оболочек

- \* На слизистой оболочке полости рта возникает нарастающее чувство распирания, парестезии.
- \* При поражении губ и языка отмечается резкое ассиметричное увеличение их в размерах, нарушается речь.
- \* На фоне отека Квинке возможны:
  - \* осиплость голоса вплоть до афонии, а затем и затруднение дыхания, кашель, внезапное затруднение дыхания, асфиксия
  - \* подъем температуры тела
  - \* появление головной боли
  - \* дизурические явления
  - \* боли в животе, симптомы кишечной непроходимости
  - \* нарушение общего состояния, резкое падение артериального давления, потеря сознания, шок.

# Признаки ангиоотека

- \* Быстроразвивающийся отек глубоких слоев дермы, подкожной клетчатки и подслизистого слоя
- \* Чувство распирания и болезненности чаще, чем зуд
- \* Возможное отсутствие эритемы
- \* Разрешение в срок до 72 часов





# Физическая крапивница

- \* Сопровождается появлением на коже волдырей в результате воздействия на нее различных физических факторов.
- \* В зависимости от вида раздражения поверхности кожи выделяют разные подтипы физической крапивницы



# Холинергическая крапивница

- \* Является довольно редкой разновидностью заболевания
- \* Провоцирующими факторами для ее развития являются воздействие высоких температур (высокая температура окружающего воздуха, прием горячей ванны, горячего душа), физическая нагрузка, эмоциональное возбуждение, прием острой и горячей пищи
- \* Проявляется приступообразно
- \* Внезапно возникает зуд
- \* Появляются мелкие (размером 1—3 мм в диаметре) уртикарии и усиленное потоотделение.
- \* В тяжелых случаях может возникать астматический приступ
- \* Приступ заболевания длится от нескольких минут до нескольких часов
- \* Следующий приступ при рецидивирующем течении крапивницы может наступить не ранее чем через 24 часа



# Контактная крапивница

- \* Развивается через 30—60 минут после контакта кожи с определенными веществами
- \* **Неиммунная** контактная крапивница характеризуется легким течением, возникает от контакта с некоторыми растениями (*крапивой*), живыми организмами (*гусеницами, медузами*), а также некоторыми химическими соединениями (*диметилсульфоксид, хлорид кобальта, бензойная кислота, альдегид коричный*)
- \* **Иммунная** контактная крапивница возникает вследствие реакции гиперчувствительности немедленного типа, опосредованную IgE
- \* При иммунном типе кроме крапивницы развиваются аллергический ринит, отек гортани и желудочно-кишечные расстройства





# Лечение

- \* Диета
- \* Устранение триггерных факторов
- \* Неседативные H1-гистаминоблокаторы 2-го поколения
- \* Показания к применению СГКС: отсутствие эффекта при терапии блокаторами H1-рецепторов, замедленная крапивница вследствие давления, ангионевротический отек
- \* Наружное лечение (лосьоны, взбалтываемые взвеси с ментолом, анестезином)

# Лечение ангионевротического отека (отека Квинке)

- \* Блокаторы H1-гистаминовых рецепторов (хлоропирамин, или клемастин, или дифенгидрамин 1—2 мл (в/в или в/м)).
- \* При неэффективности данной терапии и в случаях развития тяжелого ангионевротического отека с нарушением общего состояния используют СГКС (преднизолон 60—100 мг в/в или в/м или дексаметазон 8—16 мг )
- \* Парентерально вводят эпинефрин раствор 0,1%: 0,1—0,5 мл (в/в, в/м или п/к в зависимости от тяжести и локализации поражения)
- \* В случаях затруднения дыхания применяют аминофиллин 10 мл 2,4% раствора внутривенно медленно однократно

# Лечение детей

- \* Острая крапивница регистрируется чаще и связана с аллергической реакцией на продукты питания
- \* Хроническая крапивница является менее распространенным заболеванием среди детей, чем среди взрослых
- \* У детей чаще в результате давления, холодовая иногда сочетаясь с дермографической или холинергической крапивницей
- \* В большинстве случаев положительный эффект терапии достигается приемом антигистаминных препаратов и устранением триггерных факторов.



# Лечение крапивницы у детей

Препарат	До 2 лет	2-6 лет	6-12 лет	Старше 12 лет
Лоратадин		5 мг в сутки (масса тела менее 30 кг)		10 мг в сутки
Левоцетиризин		2,5 мг в сутки	5 мг в сутки	
Цетиризин			1 таблетка 1 раз в сутки	
Дезлоратадин	От 6 мес и старше			
Фексофенадин рупатадин				Старше 12 лет
АГП 1 поколения	Допускается младенцем и детям младше 2 лет			

В редких случаях допускается использование СГКС



\* Зуд – своеобразное ощущение в видимо здоровой коже, вызывающее потребность к расчесыванию



## Кожный зуд – как причина системного заболевания

- \* Болезни крови (лейкозы)
- \* Обменных нарушений
- \* Поражение печени (гепатиты, цирроз, опухоли кожи)
- \* Поражения почек ( пиелонефрит)
- \* Поджелудочной железы ( панкреатит, сахарный диабет)
- \* Неврозы , вегетоневрозы
- \* Глистные инвазии
- \* Трихомониаз
- \* Кандидоз
- \* Воспалительные заболевания гениталий

Больные кожным зудом подлежат всестороннему обследованию

# Классификация

- \* **Универсальный ( генерализованный )**
- \* **Ограниченный (локализованный)**
  - наружные половые органы ( вульва, мошонка)
  - анус
  - внутренняя поверхность бедер, голени, шея, голова



# Клиническая картина

- \* Отсутствие первичных морфологических элементов
- \* Экскориации, геморрагические (точечные и линейные) корки
- \* Своеобразный «полированный» вид ногтей
- \* Чаще зуд приступообразный (вечером или ночью), реже днем
- \* Нарушения сна



# Лечение кожного зуда

- \* Обследование больного и устранение причины
- \* Диета (исключить : яичный белок, мясной бульон, шоколад, пряности, сладости, алкоголь, ограничить применение поваренной соли)
- \* Антигистаминные препараты
- \* Седативные препараты
- \* Ангиопротекторы
- \* ФТЛ (индуктотермия на область надпочечников, эндоназальный электрофорез с хлористым кальцием, ИРТ)
- \* Наружное лечение : противозудные мази с добавлением анестезина, ментола, анестетиков



Благодарю за внимание