


# АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗЫ. ТОКСИКОДЕРМИИ. ЭКЗЕМА.

Доцент, к.м.н. кафедры  
дерматовенерологии И.Н. Иванова



Нейродерматозы (зудящие дерматозы) – группа заболеваний кожи, характеризующаяся хроническим течением, мучительным зудом и расстройством ЦНС.

## ■ КЛАССИФИКАЦИЯ:

- 1. Кожный зуд (универсальный и локальный).
- 2. Хроническая рецидивирующая крапивница.
- 3. Почесуха (детская, взрослых, узловатая, Гебры).
- 4. Атопический дерматит (лихен Видаля, диффузный, диссеминированный).

# КРАПИВНИЦА

- В группу нейродерматозов относится **хроническая рецидивирующая крапивница**, обусловленная в отличие от острой токсоаллергической крапивницы, не гиперчувствительностью немедленного типа, а гистаминолиберацией различного происхождения.



# ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

В основе образования уртикарных элементов (отека сосочкового слоя дермы) лежат варианты гистаминолиберации:

- 1) повышенная активность рецепторов кожи (холодовые, тепловые, тактильные);
- 2) нейрогенная либерация медиаторов воспаления из тучных клеток;
- 3) высвобождение гистамина из желудочно-кишечного тракта (гастрит, дуоденит, дисбиоз кишечника), из очагов хронической инфекции (тонзиллит, синусит, кариес);
- 4) атопической предрасположенности (повышенная чувствительность к антигенам рогового слоя, блокада в-адренорецепторов, гистаминолиберализация из ЖКТ, извращенности периферической нервной системы).

Таким образом, хроническая рецидивирующая крапивница является следствием соматических и неврологических (психических) заболеваний, и потому все пациенты должны быть обследованы не аллергологами-иммунологами, а стоматологами, отоларингологами, гастроэнтерологами и другими клиницистами.

# КЛАССИФИКАЦИЯ

- 1. Холодовая.
- 2. Тепловая.
- 3. Механическая.
- 4. Нейрогенная (психогенная).
- 5. Атопическая.
- 6. Отек Квинке.



# Клиническая картина

Первичный морфологический элемент – **волдырь**. Сыпь носит мономорфный характер и представлена уртикарными элементами различных размеров. Длительность существования высыпаний бывает различной от нескольких минут до нескольких суток. Волдыри разрешаются без замещения вторичными элементами, так как расчесывание элементов приводит к усилению зуда, отека, и потому не приносит облегчения. Дермографизм у многих пациентов уртикарный, элевирующий, сопровождается зудом.

# Клиническая картина

- **Отек Квинке** характеризуется отеком лица, слизистой полости рта, гортани, глотки. В некоторых случаях заболевание протекает относительно благоприятно, однако при отеке слизистых может быть неотложное состояние, требующее экстренной реанимационной помощи.
- **Атопическая крапивница** обычно носит семейный характер и имеет длительное хроническое течение. Как правило, такая крапивница протекает в легкой форме и отличается сезонностью и высокой чувствительностью к укусам насекомых (чувствительность к гистамину).
- Диагностика хронической рецидивирующей крапивницы клиническая и лабораторная. Все пациенты должны пройти ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопию, исследование кала на дисбиоз кишечника и гельминты, исследование печеночных ферментов, гормонов щитовидной железы. Крайне редко прибегают к консультации аллергологов и иммунологов.



# ЛЕЧЕНИЕ

- Этиотропное лечение включает в себя санацию очагов инфекции, лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта, нормализация метаболизма, лечение нейрогенных (психогенных) расстройств.
- Патогенетическое лечение – это применение противоаллергических препаратов (антигистаминные, препараты кальция, тиосульфат натрия), в тяжелых случаях – кортикостероиды кратковременно с полной отменой, сорбенты (активированный уголь, полифепам, плазмаферез), перманганат калия 1: 10000 внутрь по 20мл перед едой 10 – 14 дней, курсы повторять 1 раз в 3 месяца, витамин В6, аевит 1 капс. 2 раза в день, эубиотики, ферменты. При высокой чувствительности к гистамину рекомендуются курсы гистаглобулина.
- Симптоматическое лечение заключается в назначении «болтушек» с ментолом, анестезином, димедролом, «Фенистил» геля, кортикостероидных мазей.
- Прогноз при хронической рецидивирующей крапивнице индивидуальный, однако, в большинстве случаев наступает клиническое выздоровление.

# Атопический дерматит

- – одно из наиболее распространенных дерматологических заболеваний. Дерматоз является полигенным, мультифакториальным, с пороговым эффектом и неполной пенетрантностью генов.



# ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- В основе атопической предрасположенности лежит гиперчувствительность немедленного типа (реакция антиген-антитело), высвобождение медиаторов воспаления из тучных клеток и базофилов, блокада в-адренорецепторов, гистаминолиберализация из желудочно-кишечного тракта, извращенная реакция периферической нервной системы (белый дермографизм).



# КЛАССИФИКАЦИЯ

## Возрастная

- 1. Младенческая стадия, по старой классификации – детская экзема.
- 2. Юношеская (подростковая) стадия.
- 3. Взрослая стадия, по старой классификации – истинная экзема.
- **По локализации** различают следующие формы атопического дерматита.
  - 1. Диссеминированная.
  - 2. Диффузная.
  - 3. Локализованная – лихен Видаля.

# КЛАССИФИКАЦИЯ

## Клиническая:

- 1. Эритематозно-сквамозная.
- 2. Лихеноидная.
- 3. Пруригоподобная.
- 4. Фолликулярная.



- Начало заболевания может быть в любом, но чаще наблюдается в **грудном или раннем детском возрасте**. Первые проявления атопического дерматита локализуются на лице, разгибательных поверхностях конечностей и напоминают микробную экзему с четкими границами, везикулезными мокнущими очагами поражения.
- У детей **младшего школьного возраста** клиническая картина меняется. Высыпания локализуются в области сгибателей и характеризуются лихенизацией, расчесами, дисхромией.
- **Взрослая стадия** может протекать по-разному: в виде диффузного, диссеминированного, очагового поражения, эритродермии.
- Фолликулярная форма, как правило, бывает у лиц страдающих аутосомно-доминантным ихтиозом (фолликулярный гиперкератоз, сухость кожи) и приурочена к сгибательным поверхностям конечностей.
- Диагностика атопического дерматита основана на абсолютных и относительных признаках заболевания (Райка).

# Абсолютные признаки:

- 1. Мучительный зуд.
- 2. Хроническое течение.
- 3. Соответствие клинической картины возрасту пациента.



# Относительные клинические признаки:

- 1. Инфраорбитальные складки Моргана, периорбитальная пигментация (атопические глаза).
- 2. Бледность кожи лица и слизистых полости рта.
- 3. Стойкий белый дермографизм (извращенная реакция периферической нервной системы в виде симпатикотонии, при наличии ваготонии).
- 4. Лихенизация сгибательных поверхностей конечностей.



# Лабораторные признаки:

- 1. Высокий уровень иммуноглобулина E.
- 2. Эозинофилия в крови.
- 3. Стойкий дисбиоз кишечника.
- 4. Изменения гемограммы, иммунограммы.
- К осложнениям атопического дерматита относятся стрепто-стафилодермии, а также герпетическая экзема Капоши (оспенновидные высыпания на открытых участках кожи с лихорадкой и тяжелым состоянием ребенка).

# ЛЕЧЕНИЕ

- В терапии атопического дерматита важную роль играет уход за кожей.
- Рекомендуются ванны с морской солью, заваренным крахмалом, отварами корня лопуха, тысячелистника. После всех водных процедур необходима местная терапия кремами Унны, «Тик-Так», «Алиса», «Вечер», «Эмолиум», «Дардия», «Радевит». Применение кортикостероидных кремов должно быть резко ограничено, поскольку вызывает атрофию кожи и присоединение вторичной инфекции. На кожу лица назначаются нефторированные мази третьего поколения «Элоком», «Адвантан», а также «Скин-кап», «Элидел», на кожу конечностей часто назначается гидрокортизоновая мазь в сочетании с фонофорезом.

# ЛЕЧЕНИЕ

- **Симптоматическое** лечение сводится к назначению наружного противозудного лечения.
- Больным атопическим дерматитом показаны морские курорты в летнее время года (Мацеста, Крым), а также курорты, специализирующиеся на лечении ЖКТ (Кисловодск, Железноводск, Ессентуки, Пятигорск и другие).
- **Прогноз** при атопическом дерматите индивидуален, может быть как легкое, бессимптомное течение так и тяжелые формы, приводящие к стойкой инвалидности.
- Лечение больных атопическим дерматитом должно осуществляться дерматовенерологом и педиатром (терапевтом). В случае необходимости проводится обследование и лечение у иммунологов и аллергологов после заключения дерматовенеролога. Назначение внутрь кортикостероидов должно решаться коллегиально всеми специалистами.

# ЛЕЧЕНИЕ

- **Этиологическое** проводится как и при всех нейродерматозах.
- **Патогенетическое** включает в себя противоаллергическое (антигистамины, препараты кальция, тиосульфат натрия), иммунодепрессивное (кортикостероиды, цитостатики, биологические препараты), седативное (микстура Павлова, микстура Бехтерева, микстура с цитралем, новопассит, грандаксин, транквилизаторы ночного и дневного действия), антидепрессивное (пиразидол, флуоксетин), рефлексотерапию, плазмаферез, витаминотерапию (аевит, витамин В6), иглорефлексотерапию, психотерапию (гипноз, аутотренинг, рациональная терапия),  $\alpha$ -адреноблокаторы (пирроксан, бутироксан).

# ТОКСИКОДЕРМИИ

- В эту группу относятся заболевания кожи токсико-аллергического генеза, обусловленные непереносимостью лекарственных препаратов, пищевых продуктов, профессиональных факторов, а также эндогенные токсикодермии у онкологических больных (паранеоплазии).
- Как правило, токсикодермии обусловлены аллергическими реакциями, токсическое поражение кожи встречается крайне редко.

# ПАТОГЕНЕЗ и КЛАССИФИКАЦИЯ

- В основе токсикодермии может лежать различная гиперчувствительность.
  1. Немедленного типа (острая крапивница, отек Квинке, иммунокомплексные поражения).
  2. Замедленного типа.
  3. Немедленно-замедленного типа.

Согласно этиологии различают токсикодермии:

- 1) медикаментозную,
- 2) алиментарную,
- 3) профессиональную.

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Высыпания при токсикодермии характеризуются всеми первичными элементами сыпи, кроме бугорков. Последние всегда являются результатом инфекционной гранулемы и встречаются при хронических инфекционных заболеваниях.
- Токсикодермии обычно локализируются симметрично, склонны к периферическому росту и слиянию очагов поражения, отличаются полиморфизмом высыпаний, сопровождаются мучительным зудом. Длительность токсикодермии не превышает двух месяцев.

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Клиническая картина токсикодермии зависит от вовлечения в патологический процесс различных структур кожи и от разновидности лекарственного препарата. В случаях развития токсикодермии у дерматологических пациентов высыпания представлены типичными для данного заболевания элементами (изоморфная реакция Кебнера).



# ОСОБЕННОСТИ ТОКСИКОДЕРМИЙ

- Для токсикодермии, вызванной **галогенами** (йод, бром, фтор), характерна сыпь, напоминающая угревую болезнь (пустулы, папулы, узлы). Это обусловлено тем, что препараты выводятся сальными железами (**йододерма, бромодерма**). Препараты брома входят в седативную терапию, микстуры Павлова, Бехтерева.

# ОСОБЕННОСТИ ТОКСИКОДЕРМИЙ

- Токсикодермия, вызванная **анальгетиками, жаропонижающими, сульфаниламидами**, проявляется очагами эритемы с четкими границами, темно-красного цвета, в некоторых случаях пузырями в центральной части. При повторном применении этих препаратов высыпания появляются в тех же местах, что послужило названию **сульфоэритема, фиксированная эритема**.
- К токсикодермии относится токсоаллергическая многоформная экссудативная эритема и синдром Стивенса-Джонсона.

# Медикоментозная токсикодермия



# ЛЕЧЕНИЕ

- Если известна причина токсикодермии, рекомендуется провести этиотропное лечение (отмена лекарственного препарата или пищевого продукта, промывание желудка, слабительное, сорбенты, инфузионную терапию, плазмоферез). Одновременно назначается патогенетическое лечение (антигистаминные препараты, препараты кальция, тиосульфат натрия, в тяжелых случаях кортикостероиды кратковременно невысокими дозами от 30 до 60 мг с полной отменой после окончания лечения).

# Синдром Стивенса-Джонсона



# Синдром Стивенса-Джонсона



# Синдром Стивенса-Джонсона



# Синдром Стивенса-Джонсона





# Синдром Стивенса-Джонсона



# Синдром Стивенса-Джонсона



# Синдром Стивенса-Джонсона



# Тактика оказания помощи больным синдромом Лайелла

- Токсический эпидермальный некролиз или синдром Лайелла возникает после лечения антибиотиками и другими лекарственными препаратами, характеризуется субэпидермальными пузырями на коже и слизистых оболочках, тяжелым общим состоянием пациентов.
- 1. В первую очередь отменяют все лекарственные препараты, кроме жизненно необходимых для данного больного.
- 2. Затем пациента переводят в отделение реанимации.
- 3. В стерильных условиях назначают ударные дозы преднизолона (200 – 500 мг, в зависимости от способа введения).
- 4. Наружно назначается 2 – 3 % водный раствор анилинового красителя (метиленовый синий, краска Кастеллани).

# Синдром Лайелла



# Тактика оказания помощи больным синдромом Лайелла

- 5. Для восполнения потери жидкости проводятся вливания физиологического раствора.
- 6. При возможности используется плазмаферез.
- 7. Дозу преднизолона постепенно уменьшают после стабилизации процесса (отсутствие новых пузырей и эпителизация старых).
- 8. В лечении больных синдромом Лайелла принимают участие стоматологи, офтальмологи, терапевты (педиатры).
- 9. Уход от кортикостероидной терапии требует длительного времени и потому продолжается в дерматологическом стационаре до **полной отмены** препарата.
- Дифференцируют синдром Лайелла со стафилококковым синдромом обожженной кожи (сепсисом) по глубине залегания пузыря. При стафилококковом Лайелле пузырь внутриэпидермальный, при медикаментозном – субэпидермальный.

# Экзема

- хроническое рецидивирующее заболевание кожи, обусловленное различными по происхождению вариантами сенсibilизации замедленного типа, клинически проявляющаяся очагами острого воспаления с образованием серозных колодцев, мокнутия, отечности, инфильтрации и лихенизации.
- В течении экземы можно выделить острую, подострую и хроническую стадии.

# Контактная экзема





# Бытовая экзема



# ПАТОГЕНЕЗ

- В основе экземы лежит гиперчувствительность замедленного типа, характеризующаяся взаимодействием антигена (гаптена) и Т-лимфоцитов.
- В результате такой реакции формируются различные популяции лимфоцитов, что приводит к появлению инфильтрации, экссудации и в дальнейшем пролиферации.
- Контактная экзема обычно локализуется в области взаимодействия с химическим соединением, но может возникнуть и в интактных местах.

# КЛАССИФИКАЦИЯ

- Генетически обусловленные:
- 1) идиопатическая (истинная),
- 2) детская (младенческая),
- 3) себорейная.

В настоящее время истинная и детская формы экземы относят к атопическому дерматиту и изучаются в разделе нейродерматозов. Себорейная экзема рассматривается в группе приобретенных вариантов экземы.

# КЛАССИФИКАЦИЯ

- **Приобретенные варианты экземы:**
- 1) **микробная** (нуммулярная, варикозная, паратравматическая, гипостатическая),
- 2) **микотическая,**
- 3) **микробно-микотическая,**
- 4) **контактная (бытовая),**
- 5) **профессиональная).**

# клиническая классификация

## ЭКЗЕМЫ:

- 1) дисгидротическая,
- 2) роговая.

- Однако, применение этих терминов в диагнозе, не отражает природы болезни и потому нуждается в уточнении этиологии экземы.

# клиническая классификация

## ЭКЗЕМЫ:

- В клинической картине всех клинических разновидностей экземы есть общие черты (хроническое течение, аллергическая природа, чередование стадий везикуляции, мокнутия, инфильтрации, лихенизации, гиперкератоза), но в то же время каждая форма имеет свои особенности.

# Себорейная экзема

- В этиологии и патогенезе себорейной экземы принимают участие генетическая предрасположенность, склонность к заболеваниям ЖКТ, рецидивирующее течение с сезонными обострениями.
- КЛИНИКА: эритема желтовато-красного цвета с нечеткими границами и жирными чешуйками на поверхности в области в/ч головы, крыльев носа, ушных раковин, груди и спины. Наиболее эффективным лечением является нормализация ЖКТ.

# Микробная экзема

- Классификация: нумулярная, варикозная, паратравматическая, гипостатическая.
- КЛИНИКА: асимметричность очагов поражения, четкие границы высыпаний, наличие наряду с везикулами пустулезных элементов, связь с очагами фокальной инфекции.
- В лечении микробной экземы принимают участие стоматологи, отоларингологи, ангиохирурги, гастроэнтерологи.



# Контактная и профессиональная экзема

- Контактная экзема может быть обусловлена контактом с химическими агентами бытовыми, медикаментозными и профессиональными.
- КЛИНИКА: эритема, инфильтрация, везикуляция, дисгидротические высыпания на ладонях и подошвах с формированием многокамерных пузырей, шелушения, гиперкератоза, трещин.

# Микробная экзема



# Себорейная экзема



# Паратравматическая экзема



# Варикозная экзема



# Микотическая экзема



# Микотическая экзема



# Герпетическая экзема Капоши





# ЛЕЧЕНИЕ

- **Этиотропное** лечение включает санацию очагов инфекции, лечение патологии внутренних органов, обменных нарушений, нормализацию ЦНС.
- **Патогенетическое** лечение характеризуется назначением в тяжелых случаях кортикостероидов в дозах от 30 до 60 мг или дюранных препаратов (дипроспан) однократно или 1 раз в 2-4 недели. По окончании лечения доза кортикостероидного препарата должна быть полностью отменена. В менее тяжелых случаях применяется терапия антигистаминными препаратами (тавегил, супрастин, цетрин, кларитин, лоратадин, зодак и др.), препаратами кальция, инфузионная терапия, плазмоферез, физиотерапия (селективная терапия, фонофорез гидрокортизоновой мази, радоновые ванны).

# ЛЕЧЕНИЕ

- Общая терапия экземы заключается в санации очагов инфекции, лечении соматических болезней, эндокринных и нервных расстройств, здоровом образе жизни, т.е. в лечении всего организма.
- Местная терапия проводится в соответствии с общими для всех дерматозов принципами лечения. При мокнущей и отеке назначаются примочки (холодные повязки), при хроническом воспалении – физиотерапия (лазеротерапия, фонофорез гормональных мазей), рассасывающая мазевая терапия. Кортикостероидные мази (кремы) назначаются в период обострения заболевания с учетом осложнений, и потому должны включать антибактериальные средства и антимикотики (гиоксизон, тридерм, акридерм гента, дермозолон и другие). При наличии гиперкератоза применяются кератолитики (мази с салициловой кислотой и мочевиной).
- **Симптоматическое** лечение включает противозудную терапию (мази и болтушки с анестезином, ментолом, димедролом).



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!