

**• Тема: Дерматиты, экзема,
токсикодермии. Профессиональные
дерматозы. Нейродерматозы**

Цель лекции: дать современное представление о дерматитах, токсикодермии, экземе, профессиональных дерматозах, атопическом дерматите.

Задачи:- представить этиологические и патогенетические факторы развития дерматита, токсикодермии, экземы; принципы лечения.

- понятие о профессиональных дерматозах;
- этиопатогенез и принципы лечения атопического дерматита.

План

- 1. Дерматиты, классификация, клиника, диагностика, лечение.
- 2. Токсикодермии, классификация, клиника, диагностика, лечение.
- 3. Экзема, классификация, клиника, диагностика, лечение.
- 4. Профессиональные дерматозы.
- 5. Нейродерматозы. Атопический дерматит.

- **Дерматит** – воспалительное заболевание кожи, возникающее под действием экзогенных факторов: физических, химических, биологических.
- **Токсикодермия** - воспалительное заболевание кожи, возникающее под действием эндогенных факторов: физических, химических, биологических.

- **ЭТИОЛОГИЯ:**
- I-лекарственные препараты
- II-алиментарные факторы вызывающие токсикодермию:
- III-бытовая химия, косметические средства (эфирь, формальдегиды, смолы)
- IV-прочие
- Контактные дерматиты делят условно на дерматиты химической и физической природы.
- Физические факторы - потертость, оомозолелость.
- Пеленочный дерматит, опрелость, отморожения, ожоги, рентгеновский дерматит.
- Химические факторы: медикаментозные, дерматиты на горюче-смазочные материалы, дерматиты, связанные с бытовой химией, луговой дерматит.

- **ПАТОГЕНЕЗ:**
- **Тип I** анафилактический (аллергические реакции немедленного типа). Пример: крапивница, отек Квинке, анафилактический шок.
- **Тип II** цитотоксический
- Опосредован Ig G и Ig M или компонентом.
- **КЛАССИФИКАЦИЯ токсикодермии :**
- токсические
- аллергические
- смешанные
- ограниченные(фиксированная эритема)
- диффузные
- **по степени тяжести:**
- I. Легкая
- Средней тяжести
- Тяжелая
- Крайне тяжелая (лизис клеток или их фагоцитоз)

- **КЛАССИФИКАЦИЯ:**
- **дерматиты:** острые и хронические;
- **контактные**
- **контактно-аллергические**
- **профессиональные дерматиты**
- **по выраженности поражения:**
- **I степени (воспаление с явлениями эритемы, отечности, зудом, жжением)**
- **II степени (к указанным симптомам присоединяется появление пузырьков и пузырей)**
- **III степени (некротизация, изъязвление)**

- **ДИАГНОСТИКА ДЕРМАТИТОВ**

- кожные пробы
- реакция агломерации лейкоцитов
- иммунология
- контактная биомикроскопия
- Чем отличить аллергический дерматит от простого :
- латентный период от 4-х до 10-ти дней
- зона поражения выходит за пределы контакта
- истинный полиморфизм высыпаний не выражен
- кожные пробы указывают на моновалентную сенсibilизацию
- убрать аллерген - нет клиники

- **ДИАГНОСТИКА ТОКСИКОДЕРМИЙ**

- Иммунологическое обследование – определение уровня общего Ig E, Ig A, Ig M, Ig G, субпопуляций лимфоцитов; определение специфических Ig E, Ig G-AT.
- Клинические эквиваленты аллергии: системность поражения кожи, слизистых и внутренних органов. Повышение температуры в ближайшие 2 часа после приема препарата. Наличие периода сенсibilизации: реакция на 3-7 день лечения или на первую инъекцию ранее принимаемого препарата.

- **ЛЕЧЕНИЕ:**
- Отмена препаратов
- Неспецифическая гипоаллергенная диета, при III-IV степени тяжести – стол (1А) или парентеральное питание.
- Парентеральное введение, доза индивидуальная от 4 до 32 мг дексаметазона или целестона в сутки, исходя из минимально необходимой, особенно при III-IV степени тяжести, с постепенным снижением при стабилизации состояния до полной отмены.
- Всем больным показана интенсивная трансфузионная терапия, направленная на дезинтоксикацию и выведение причинно-значимого аллергена-медикамента. Суточный объем трансфузионной терапии у больных III-IV степени тяжести может достигать 6000-8000 мл в сутки под контролем центральной гемодинамики, диуреза, КЩС.
- Растворы электролитов.
- Плазмозамещающие растворы.
- Солевые растворы.
- Симптоматическая терапия

Экзема - это хроническое, полиэтиологическое, часто рецидивирующее заболевание, в основе патогенеза которого лежат иммунопатологические реакции и нейроэндокринные нарушения, основным морфологическим проявлением которого является спонгиоз.

Классификация экземы:

Острая

Подострая

Хроническая

Классификация экземы:

истинная

контактная

микробная

профессиональная

Этиология

Экзема формируется в результате воздействия сложного комплекса этиологических и патогенетических факторов, в т.ч. нейроэндокринных, метаболических, инфекционно-аллергических, вегето-сосудистых и наследственных. Ведущая роль принадлежит наследственному фактору и вегето-сосудистым нарушениям.

Патогенез

На современном этапе ведущим патогенетическим звеном принято считать выраженные иммунные нарушения (дисгаммаглобулинемия, уменьшение числа функционально активных Т-лимфоцитов и увеличение числа В-лимфоцитов, появление в крови иммунных комплексов) и изменение уровня простагландинов и циклических нуклеотидов (принимающих участие в регуляции иммунного ответа).

- **Признаки трансформации контактного аллергического дерматита в контактную экзему**
- Эритема и папуло-везикулезные элементы не исчезают при устранении контакта с аллергеном.
- Поражение кожи выходит за пределы контакта с аллергеном, появляются очаги высыпаний на участках, удаленных от первичного очага поражения.
- При контактной экземе усиливаются свойственные экземе везикуляция, мокнутие, тенденция к диссеминации, полиморфизм высыпаний более выражен.

- **При контактной экземе сохраняется прямая связь с контактным аллергеном (группой контактных аллергенов) и своевременное лечение, исключение контакта с аллергеном приводит у 50 – 60% больных к выздоровлению.**
- **Продолжение контакта с химическими веществами (аллергенами) приводит к трансформации контактной экземы в истинную экзему**



Микробная экзема

- **Причины возникновения микробной экземы:**
- На фоне трофических нарушений на нижних конечностях с явлениями трофических язв, лимфостаза (варикозная экзема).
- Вследствие вторичной экзematизации очагов пиодермии, микоза (микотическая экзема).
- В области инфицированных травм, ожогов, свищей (паратравматическая экзема).
- Очаги поражения располагаются асимметрично с резкими границами с округлыми или фестончатыми краями, по периферии которых часто виден воротничок отслаивающегося рогового слоя.

Истинная экзема

- Характерные признаки истинной экземы:
- Течение хроническое, склонное к рецидивам
- Поливалентная сенсibilизация
- Полиморфизм высыпаний с преобладанием везикулезных элементов. Резко выражено мокнутие
- По мере прогрессирования заболевания причиной рецидивов становятся – психоэмоциональные стрессы, что связано с преобладанием микроциркуляторных и нейровегетативных нарушений при истинной экземе

Принципы терапии экземы

- Рациональное питание и диета
- Оздоровление условий внешней среды
- Санация очагов фокальной инфекции
- Лечение болезней пищеварительной системы медикаментозное (ферментативные препараты, биопрепараты), диетическое, курортное
- Лечение функциональных нарушений центральной нервной системы (седативные средства: валериана, пустырник, транквилизаторы, элениум, тазепам), электросон, гипносуггестивная терапия, энтеросорбенты, мочегонные
- Гипосенсибилизирующие средства (препараты кальция, антигистаминные, тиосульфат натрия)
- Иммунокорригирующая терапия с учетом данных иммунограммы
-

- Витаминотерапия (витамины группы В; фолевая, никотиновая, оротовая кислоты; пангамат и пантотенат кальция)
- Курортотерапия (Сочи, Мацеста, Кемери, Горячий ключ; использование сероводородных, радоновых и других ванн)
- Наружное симптоматическое лечение с учетом стадии заболевания и выраженности воспалительного процесса (примочки, водно-взбалтываемые взвеси, анилиновые красители, пасты, кератопластические и глюкокортикостероидные мази)
- Физиотерапия (индуктотерапия на область надпочечников, лазеротерапия; аппликации озокерита, парафина при выраженной инфильтрации с лихенификацией)

Профессиональные дерматозы

- **ОПРЕДЕЛЕНИЕ:**

- Профессиональный дерматоз-заболевание кожи и слизистых, вызванное физическими, химическими или биологическими патогенными факторами связанными с производственным процессом.
- Наиболее часто встречающаяся патология кожи на производствах: машиностроение, деревообработка, производство синтетических препаратов, медикаментов, пластмасса, каучука, а также в лечебно-профилактических учреждениях.

- **ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ:**

- Химические вещества 92% (хром, никель, кобальт, кислоты, щелочь, ароматические соединения).
- Вещества растительного происхождения 6%
- Микробные факторы 1,5%
- Физические факторы, все виды излучений и прочие 0,5%

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО С ПРОФПАТОЛОГИЕЙ

- 1.Специальное извещение, диагноз (в течение суток).
- 2.Промышленный санитарно-гигиенический врач совместно с администрацией, профсоюзной организацией, врачом медико-санитарной части составляют акт: «Акт расследования профессионального отравления и профессионального заболевания».
- Учетная карта №164 в течение 7 суток.
- 3. Цеховой терапевт фиксирует «Книга учета лиц, у которых впервые обнаружено хроническое отравление или профессиональное заболевание, форма №165.
- 4.ККВД- заводится на больного карта (учетная форма №25), статистический талон (учетная форма 25-В), контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма №30).
- 5. а. Б/л. в результате заболевания выдается на 10 дней.
- б. Перевод на другую работу не более 2 месяцев по справке ВКК (приказ МЗРР №90).
- 6.Степень строгой утраты трудоспособности определяет ВТЭК, утрата 20-30 является основанием для определения 3 группы инвалидности.

• ПРОФИЛАКТИКА

- Мероприятия по регистрации заболевания
- Мероприятия по санитарно-гигиеническому и санитарно-техническому надзору предприятий
- Ранняя диагностика и лечение профессиональной патологии, заводские профилактории, санаторно-курортное лечение
- Санитарно-профессиональные мероприятия
- Индивидуальная профилактика

Нейродерматозы

- **Кожный зуд**
- Кожный зуд м.б. одним из симптомов системных заболеваний: болезней крови, обменных нарушений, поражений печени, почек, поджелудочной железы, онкологических заболеваний (паранеопластический). Зуд универсальный (генерализованный), ограниченный (локализованный). Причины зуда в аногенитальной области: глистные инвазии, воспалительные процессы в области вульвы, вагины, прямой кишки, ануса., явления вегетоневроза с локальным нарушением .
- Лечение: поиски причины и ликвидация их; симптоматическое лечение: антигистаминные препараты, препараты кальция, тиосульфат натрия; седативные средства; ГКС; электросон, гипноз; индуктотермия области надпочечников, эндоназальный электрофорез с хлористым кальцием, инталом, иглорефлексотерапия и др.; наружно – ГКС мази, противозудные «болтушки».
- **Почесуха:** детская (см. атопический дерматит) и взрослых. Почесуха взрослых. Почесуха узловатая.
- **Крапивница**

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

Это мультифакторный дерматоз с наследственной предрасположенностью, развивающийся у 80-85% детей на первом году жизни, характеризующийся:

- нарушением иммунной системы,
- функциональными расстройствами нервной системы,
- зудящими поражениями кожи с истинным полиморфизмом и лихенификацией,
- часто сопровождающийся атопическими поражениями респираторных органов

Клинические формы АД

Экссудативная

Эритематозно-сквамозная

Эритематозно-сквамозная с лихенификацией

Лихеноидная

Пруригинозная

Диагностические критерии

атопического дерматита:

-обязательные диагностические критерии

-дополнительные диагностические критерии

Лечение

атопического дерматита

- ✓ **Диетотерапия**
- ✓ **Общее**
- ✓ Препараты, улучшающие или восстанавливающие функции органов пищеварения
- ✓ Антигистаминные препараты
- ✓ Седативная терапия и препараты, нормализующие вегетативные функции
- ✓ Системные кортикостероиды
- ✓ **Наружная терапия:** традиционная наружная терапия
- ✓ топические кортикостероидные препараты
- ✓ нестероидные наружные препараты
- ✓ наружная поддерживающая терапия
- ✓ **Физиотерапевтическое лечение**