

ФГБОУ ВО СОГМА МИНЗДРАВА РФ
КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

ЛЕКЦИЯ

ДЕРМАТИТЫ. ТОКСИДЕРМИИ.
ЭКЗЕМА

2019

Дерматит

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

ДЕРМАТИТ

**ПРОСТОЙ
(АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ)**

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ

ДЕРМАТИТ

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

ОСТРЫЙ

ХРОНИЧЕСКИЙ

ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ

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

**ОБЛИГАТНЫЕ
(БЕЗУСЛОВНЫЕ)**

**ВЫЗЫВАЮТ
ДЕРМАТИТ У ВСЕХ**

ПРОСТОЙ ДЕРМАТИТ

**ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ
(УСЛОВНЫЕ)**

**ВЫЗЫВАЮТ ДЕРМАТИТ У
ПРЕДВАРИТЕЛЬНО
СЕНСИБИЛИЗИРОВАННЫХ**

**АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ
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 (сенсibilизацию).

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



ПРОСТОЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПРОСТОГО ДЕРМАТИТА

□ БУЛЛЕЗНАЯ

НЕКРОТИЧЕСКАЯ



Дерматиты от действия механических факторов

- **Потертость:** в результате длительного трения обуви, белья и т.д., появляется 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.



Дерматиты от действия механических факторов

- **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 чувствительна по сравнению с нормальной кожей.



Опрелость (интертригинозный дерматит)

- Развивается вследствие трения соприкасающихся участков кожи и усиленного пото - и сало-отделения, недержания мочи, геморроя и т.д.
- Типичные места - межпальцевые, 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.



ИНТЕРТРИГИНОЗНЫЙ (ПЕЛЕНОЧНЫЙ) ДЕРМАТИТ



Простой дерматит от воздействия температур

- **Ожоги**
- **Отморожения**

- При ожоге I степени на пораженном участке кожи образуются эритема и небольшая отечность.



- При ожоге II степени: эритем, отечности, пузыри с серозным или геморрагическим содержимым. Субъективно - болезненность и жжение. Разрешение с формированием гиперпигментации.





□ Ожог III степени - некроз поверхностных слоев дермы без образования струпа.

□ Ожог IV степени — некроз всех 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

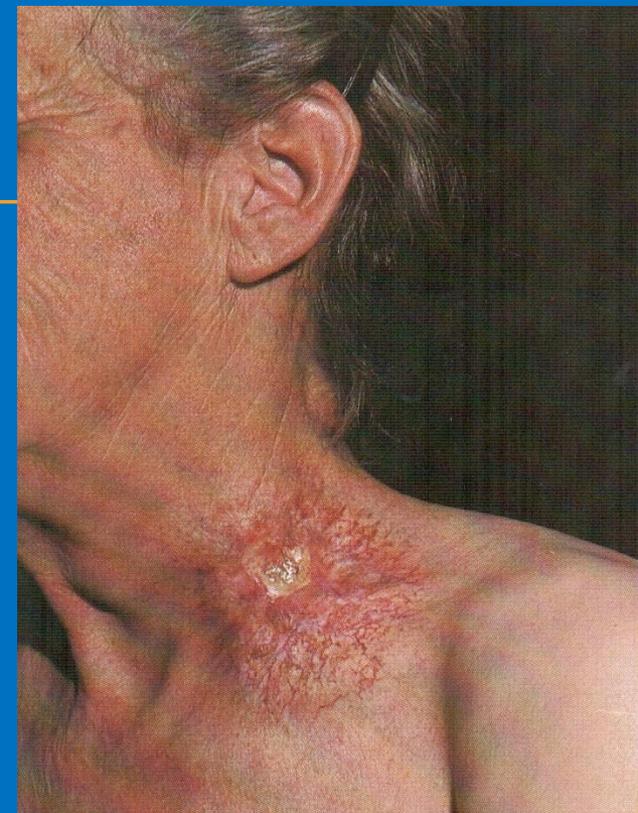
Буллезная



Некротическая



ОСТРЫЙ ЛУЧЕВОЙ ДЕРМАТИТ



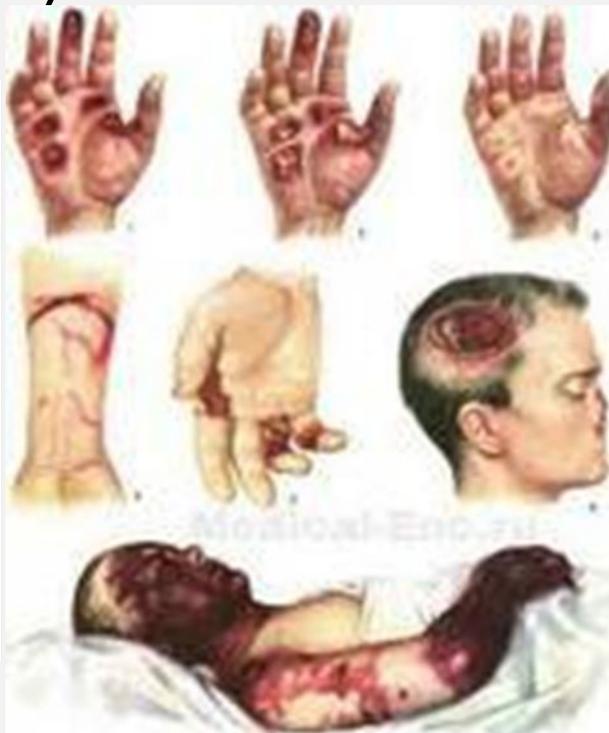
хронический ЛУЧЕВОЙ ДЕРМАТИТ



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.

Дерматит от воздействия веществ биологического происхождения

Облигатными раздражителями являются многие виды:

ЛЮТИКОВ



ясенец кавказский и др.

МОЛОЧАЙ





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 везикулезная - на фоне эритемы и отека имеются мельчайшие пузырьки, после вскрытия которых образуются эрозии.
- Картина напоминает экзему.



Для выявления аллергена, вызвавшего дерматит, используют кожные пробы.

Выделяют два основных вида кожных проб:

Аппликационные

(накожные) - нанесение вещества на интактную кожу.



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,
- ❑ трещины кожи;
- ❑ атрофические изменения в коже.



ХРОНИЧЕСКИЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

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: примочки, аэрозоли (при мокнущей), 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.



ТОКСИДЕРМИЯ



ТОКСИКОДЕРМИЯ



ЛЕКАРСТВЕННАЯ
ТОКСИКОДЕРМИЯ

- Помимо распространенной, возможна *фиксированная токсидермия*.
- Причиной чаще всего является прием сульфаниламидов, анальгетиков.
- Возникает одно или несколько отечных гиперемированных пятен округлых или овальных очертаний.
- В центре очагов, в ряде случаев, может сформироваться пузырь.



ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФИКСИРОВАННАЯ ЭРИТЕМА



ФИКСИРОВАННАЯ



ФИКСИРОВАНН
АЯ ЭРИТЕМА

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°C.
- На коже туловища, конечностей, лице образуются пятна, уртикарии, пузыри.
- В течение нескольких дней развивается болезненная эритродермия, на фоне которой начинает 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.



Синдром Лайелла



Синдром Лайелла



Синдром Лайелла

- 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.
- Возможны изъязвления слизистой трахеи, бронхов, желудочно - кишечного тракта.

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),
 - инфузии физ. р-ра, реамберина,
 - по показаниям – плазмаферез, гемосорбцию.
- Местно используют взбалтываемые взвеси, кортикостероидные кремы и 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, эрозии подсыхают в корочки; возникает шелушение.

- 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.



ОСТРАЯ
ИСТИННАЯ
ЭКЗЕМА



ДИСГИДРОТИЧЕСКАЯ



ИСТИННАЯ ЭКЗЕМА

ИСТИННАЯ ЭКЗЕМА



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.



МИКРОБНАЯ ЭКЗЕМА



НУММУЛЯРНАЯ ЭКЗЕМА

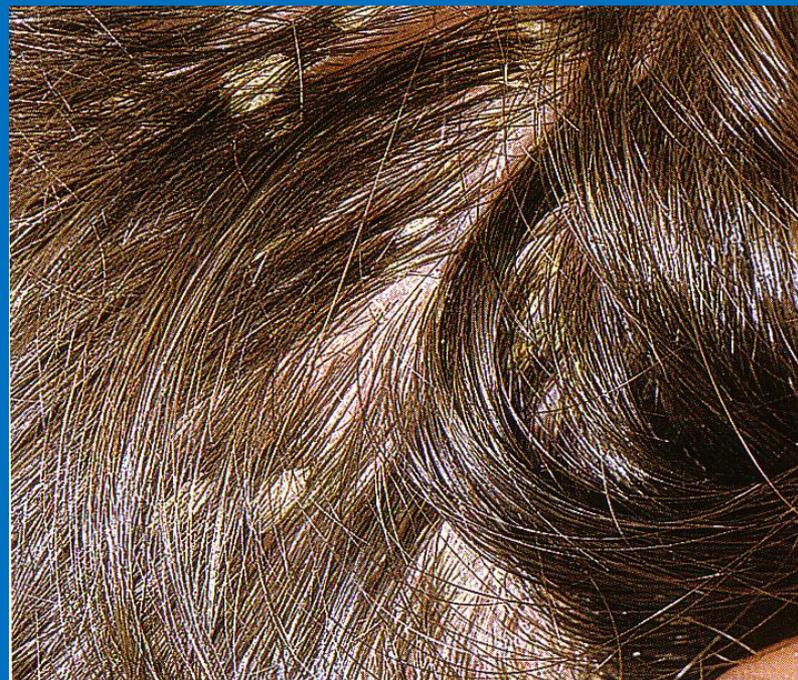
СЕБОРЕЙНАЯ ЭКЗЕМА

- 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.



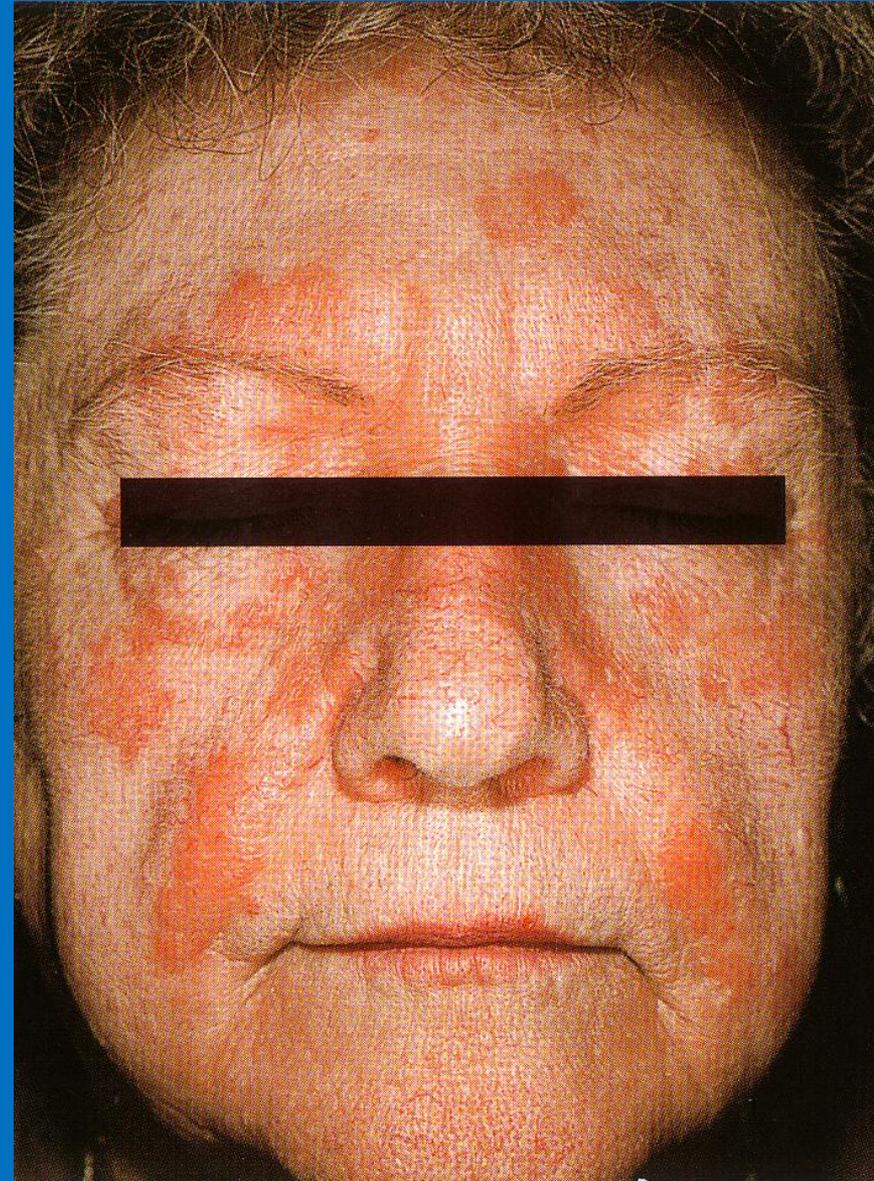
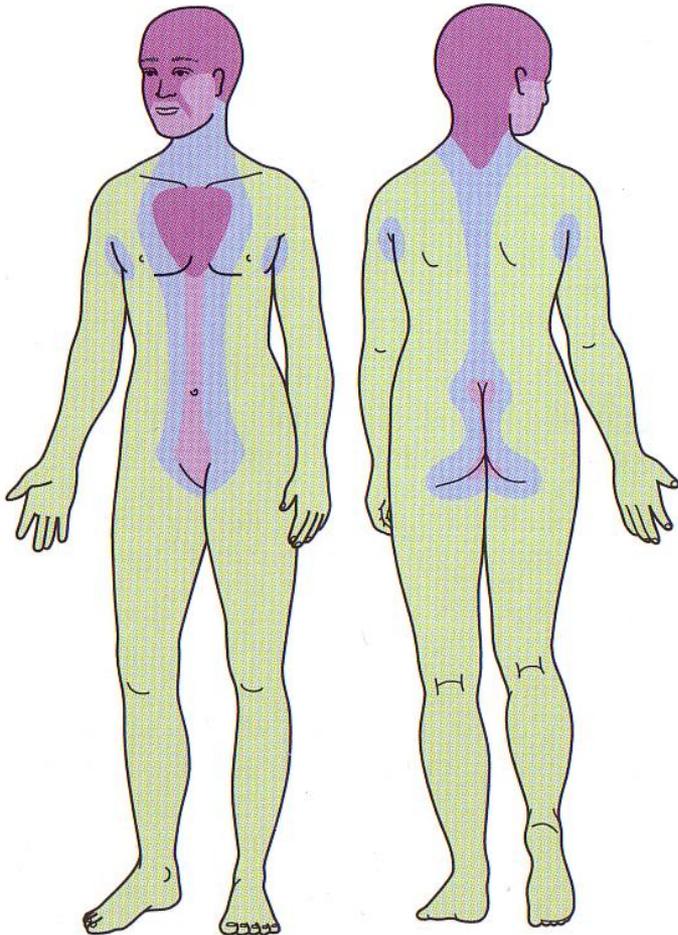
СЕБОРЕЙНАЯ ЭКЗЕМА

- 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
- Типичная локализация
- Нетипичная 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 нечеткие.
- Кожа в очагах гиперемирована, отечна, на этом фоне располагаются микровезикулы и участки мокнутия, а также желто-бурые корки, чешуйки, реже папулы.
- Вначале поражаются щеки и лоб (носогубный треугольник остается интактным).
- Процесс распространяется на волосистую часть головы, ушные раковины, шею, разгибательные поверхности конечностей, ягодицы, туловище.

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 нечеткие.
- Кожа в очагах гиперемирована, отечна, на этом фоне располагаются микровезикулы и участки мокнутия, а также желто-бурые корки, чешуйки, реже папулы.
- Вначале поражаются щеки и лоб (носогубный треугольник остается интактным).
- Процесс распространяется на волосистую часть головы, ушные раковины, шею, разгибательные поверхности конечностей, ягодицы, туловище.



ДЕТСКАЯ ЭКЗЕМА

ГЕРПЕТИФОРМН
АЯ ЭКЗЕМА
КАПОШИ





ГЕРПЕТИФОРМНАЯ ЭКЗЕМА КАПОШИ

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, мокнущих и зудящих.
- ❑ 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.

Профессиональная
(цементная)
экзема



- 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 сульфат).
- Антигистаминные препараты I и II поколения (димедрол, тавегил, кларитин, зиртек и др.).

- При тяжелых, распространенных формах экземы назначают внутрь кортикостероидные гормоны (преднизолон 20–40 мг/сут с последующим снижением и отменой).
- Иммунокорригирующие средства (декарис, тактивин, тималин, метилурацил и др.).
- Инфузии физраствора 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.

Благодарю за внимание