

Аллергические заболевания кожи

Аллергия – это иммунопатологическая реакция, сопровождающаяся повреждением собственных тканей организма.

Аллергические заболевания – болезни, характеризующиеся повреждением тканей, вызываемым иммунными реакциями на аллергены.

Аллергены – вещества, способные сенсibilизировать (повышать чувствительность) организм и вызывать аллергию.

Группы аллергенов:

- ❖ экзоаллергены (вещества, поступающие из внешней среды организма);
- ❖ эндоаллергены или аутоаллергены (вещества, образующиеся в самом организме).

Болезни, в патогенезе которых основную роль играют аллергические реакции на аутоаллергены, называются *аутоиммунными (аутоагрессивными, аутоаллергическими)*.

Группы аллергических реакций:

- ❖ *реакции гиперчувствительности немедленного типа* (обусловлены взаимодействием аллергенов с аллергическими антителами и развиваются в течение 15 – 20 минут);
- ❖ *реакции гиперчувствительности замедленного типа* (обусловлены взаимодействием антигенов с сенсibilизированными лимфоцитами и развиваются через 1 – 2 суток).

Аллергические заболевания:

- ❖ дерматиты,
- ❖ экзема,
- ❖ нейродермит,
- ❖ крапивница.

Аллергические процессы являются составной частью патогенеза инфекционных заболеваний:
туберкулёза, лепры, сифилиса, микозов.

К аллергическим реакциям немедленного типа относится *анафилактический шок.*

Дерматиты

Дерматит – воспаление кожи, обусловленное непосредственным воздействием на неё патогенных агентов химической и физической природы.

Виды дерматитов:

- ❖ аллергический дерматит;
- ❖ простой (контактный) дерматит;
- ❖ хронические дерматиты:
 - потёртости (травматический дерматит);
 - опрелости.

*Аллергический
дерматит*

Аллергический дерматит –
заболевание, возникающее при
непосредственном контакте с
кожей веществ, способных
провоцировать аллергическую
реакцию замедленного типа.

Причины – аллергены:

- ❖ медикаменты,
- ❖ косметические и парфюмерные средства,
- ❖ краски,
- ❖ натуральные и искусственные полимеры,
- ❖ промышленные вещества и др.

Клиническая картина

Симптомы появляются через несколько суток после начала сенсибилизации.

На месте контакта с аллергеном:

- ❖ кожа краснеет, отекает, возникают папулы и микровезикулы;
- ❖ часть микровезикул вскрывается, образуя кратковременные и не резко выраженные участки мокнутия;
- ❖ очаги поражения кожи не имеют чётких границ;
- ❖ элементы сыпи появляются одновременно;
- ❖ при повторных воздействиях аллергенов дерматит может перейти в экзему.

Аллергический дерматит:



Аллергический дерматит:



Одним из частых аллергенов, вызывающих контактный дерматит, является никель. Предрасположенные люди не должны носить ювелирные изделия или часы, содержащие этот металл.



Разновидностью аллергического дерматита является **фотодерматит** – возникает при контакте кожи с аллергеном и воздействии ультрафиолетовых лучей.

Аллергены при фотодерматитах:

наружные лекарственные средства (ихтиол, сульфаниламиды, антигистаминные препараты, кортикостероиды и др.), косметические, парфюмерные и моющие средства, соки растений.

Клиническая картина фотодерматита:

- ❖ на открытых участках тела - стойкая эритема, микровезикулы, волдыри и пузыри;
- ❖ в результате расчёсов - очаги лихенификации.

Простой (контактный) дерматит

Дерматит, обусловленный непосредственным воздействием на кожу химических, физических и механических факторов, без участия аллергического механизма называется *простым или контактным*.

Причины:

- ❖ концентрированные кислоты и щёлочи,
- ❖ температурные воздействия,
- ❖ радиация,
- ❖ электрический ток,
- ❖ трение,
- ❖ давление и др.

Причины контактного дерматита:



Клиническая картина

I. Местные симптомы в очаге поражения:

- ❖ краснота и отёчность кожи;
- ❖ возможны узелки, пузыри, пузырьки, эрозии, мокнутие;
- ❖ процесс завершается шелушением и нередко пигментацией.

II. Субъективные симптомы:

- ❖ боли, жжение и напряжение кожи;
- ❖ повышение температуры тела и общая слабость;
- ❖ функциональные нарушения нервной системы.

Контактный дерматит:



Хронические дерматиты

Хронические дерматиты –
заболевания, обусловленные
длительным воздействием на
кожу слабых раздражителей и
характеризующиеся застойной
гиперемией, лихенизацией,
гиперкератозом и шелушением.

*Виды дерматитов, вызванных
воздействием механических
раздражителей:*

- ❖ потёртости,
- ❖ опрелости.

Потёртость (травматический дерматит) – дерматит, возникающий в результате механического раздражения кожи (трение, давление) складками белья, гипсовыми повязками, обувью.

Степени потёртости:

- I** – покраснение и отёчность на ограниченном участке;
- II** – образование пузырей;
- III** – образование эрозий и язв.

Степень потёртости зависит от силы механического воздействия, его продолжительности и индивидуальных свойств кожи.

Опрелость (интертриго) –

дерматит, развивающийся в складках кожи (на внутренней поверхности бёдер, под грудными железами, в подмышечных впадинах).

Способствующие факторы:

- ❖ трение двух соприкасающихся поверхностей при усиленном движении;
- ❖ высокая внешняя температура;
- ❖ избыточная потливость;
- ❖ ожирение;
- ❖ недостаточная гигиена кожи;
- ❖ плохое обсушивание складок после мытья;
- ❖ чрезмерное укутывание новорождённых и др.

Симптомы:

- ❖ отёчность, эритема, мацерация и мокнутие кожи;
- ❖ зуд, жжение и боль в очаге опрелости.

Опрелости:



Лечение дерматитов:

1. Устранить фактор, вызвавший заболевание.
2. Наружное лечение кортикостероидными мазями, кремами, аэрозолями в нетяжёлых случаях.
3. Десенсибилизирующие препараты в тяжёлых случаях.
4. При наличии пузырей:
 - кожу обмыть перекисью водорода или раствором перманганата калия и протереть спиртом;
 - покрышки пузырей надрезать стерильными ножницами и смазать анилиновыми красителями;
 - на эрозивные поверхности наложить антибактериальные примочки;
 - после прекращения мокнутия → применение кортикостероидных наружных препаратов.
5. При поражении кожи концентрированными кислотами и щелочами:
 - немедленно обильно и длительно (не менее 10 минут) обмыть кожу тёплой водой;
 - оказание неотложной помощи.

Токсидермии

Токсидермия (токсико-аллергический дерматит) – острое воспаление кожи под действием веществ, попадающих внутрь и обладающих аллергическими или токсико-аллергическими свойствами.

В отличие от дерматита этиологический фактор проникает в кожу гематогенным путём.

Этиология:

I. Экзогенные аллергены:

- ❖ лекарственные препараты,
- ❖ пищевые продукты,
- ❖ производственные и бытовые химические вещества.

II. Эндогенные аллергены – продукты обмена веществ вследствие нарушения функции ЖКТ, печени, почек, вызывающие аутоинтоксикацию.

Предрасполагающие факторы:

- ❖ индивидуальная предрасположенность,
- ❖ наличие аллергических заболеваний .

Патогенез:

В развитии токсидермии играют роль аллергические реакции всех типов.

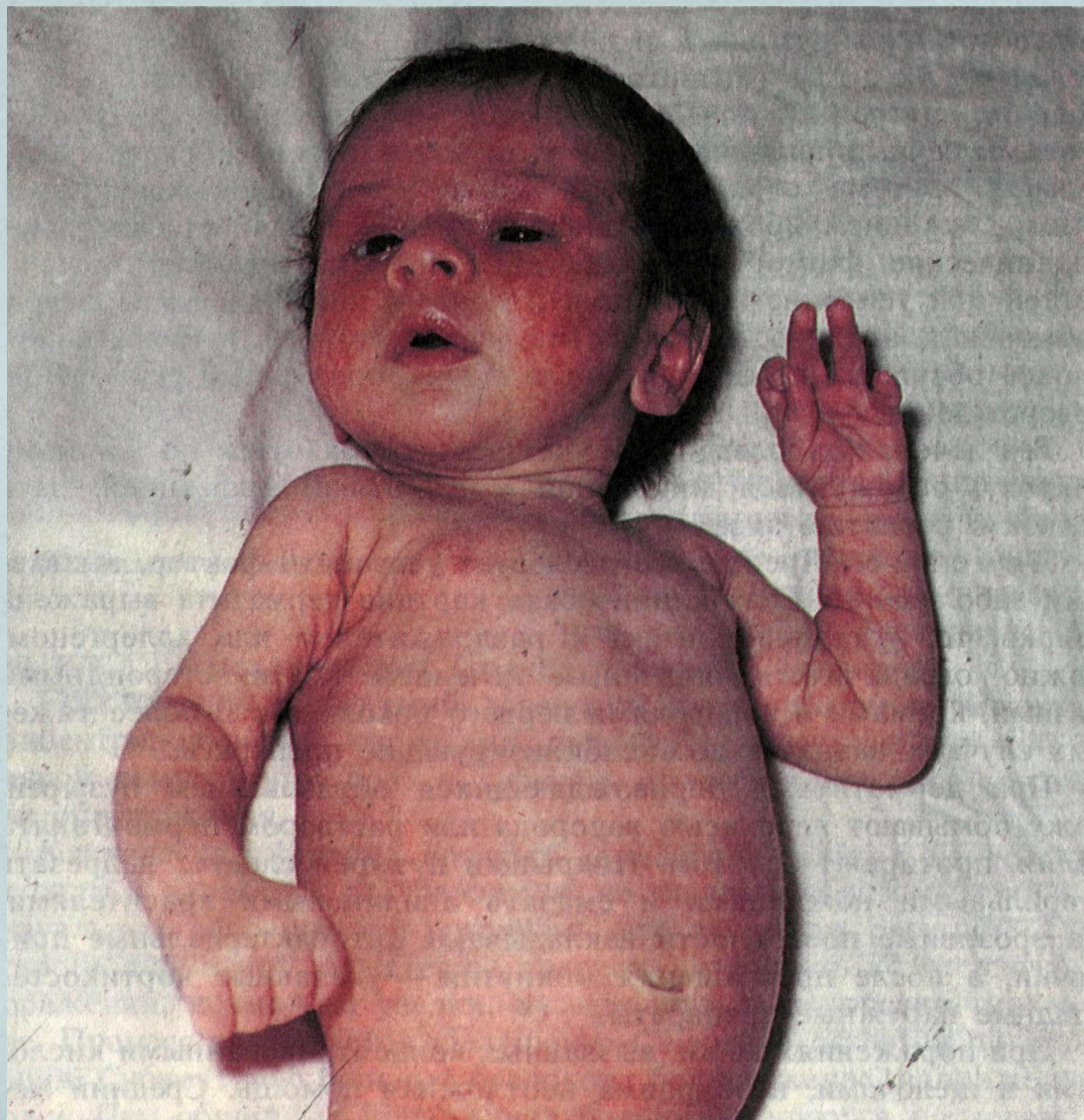
Клиническая картина

После введения в организм аллергена заболевание может развиваться в период от нескольких часов до 1,5 месяцев.

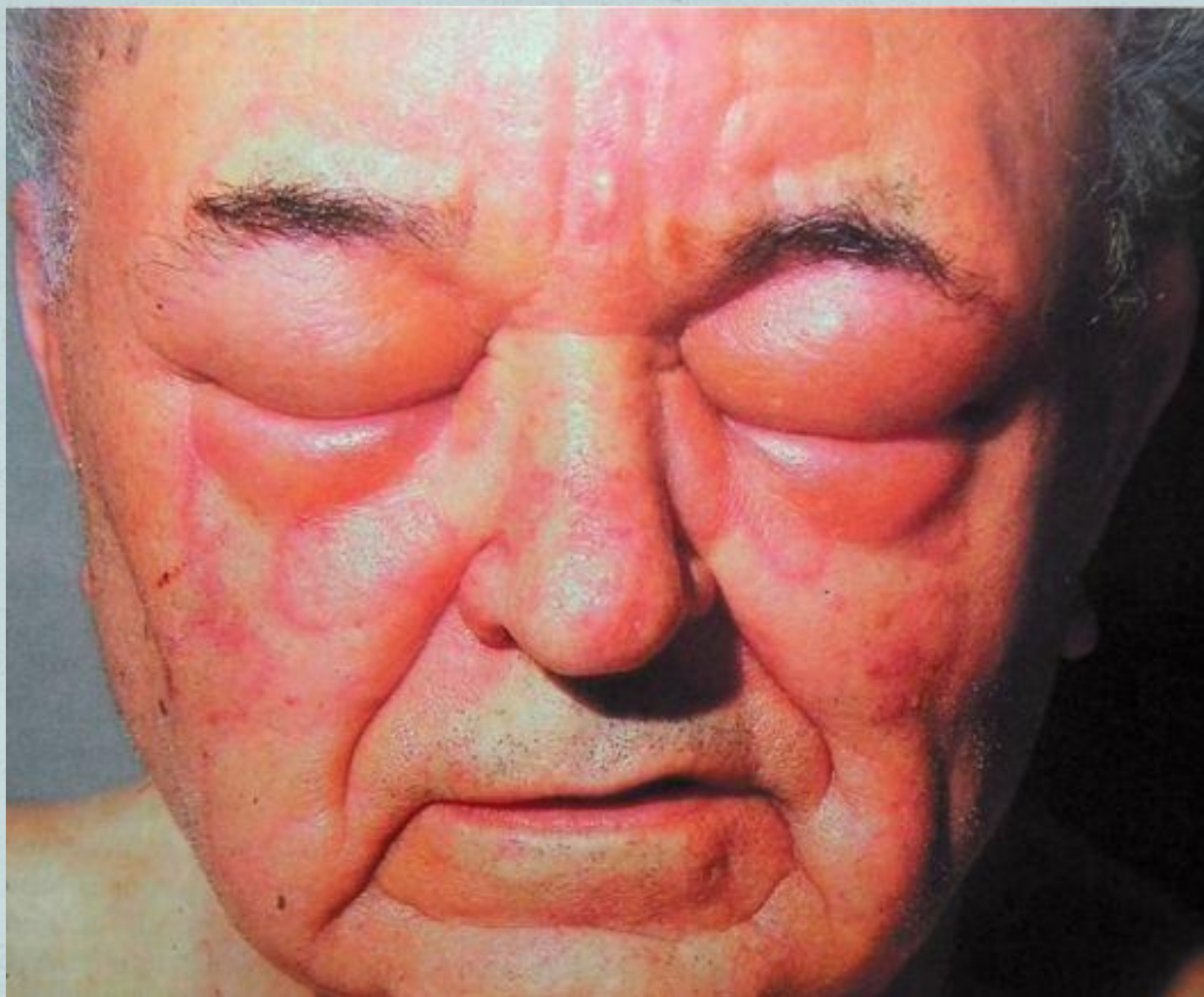
Симптомы:

- ❖ острое начало;
- ❖ симметричность высыпаний: пятна, папулы, волдыри, везикулы, буллы и др.;
- ❖ наличие геморрагического компонента;
- ❖ кожный зуд;
- ❖ нарушение общего состояния: лихорадка, недомогание, лимфаденопатия;
- ❖ сходство клиники с многоформной эритемой, розовым лишаём, корью, скарлатиной, красным плоским лишаём и т.д.

Токсидермия:



Токсидермия:



Классификация токсидермий:

1. По степени тяжести течения:

- ❖ лёгкой степени;
- ❖ средней тяжести;
- ❖ тяжёлой степени (синдромы Лайелла, Стивенса-Джонсона, эритродермии).

2. По распространённости высыпаний:

- ❖ ограниченная (фиксированная) токсидермия;
- ❖ распространённая токсидермия (высыпания на коже и слизистых оболочках сопровождаются нарушением общего состояния организма).

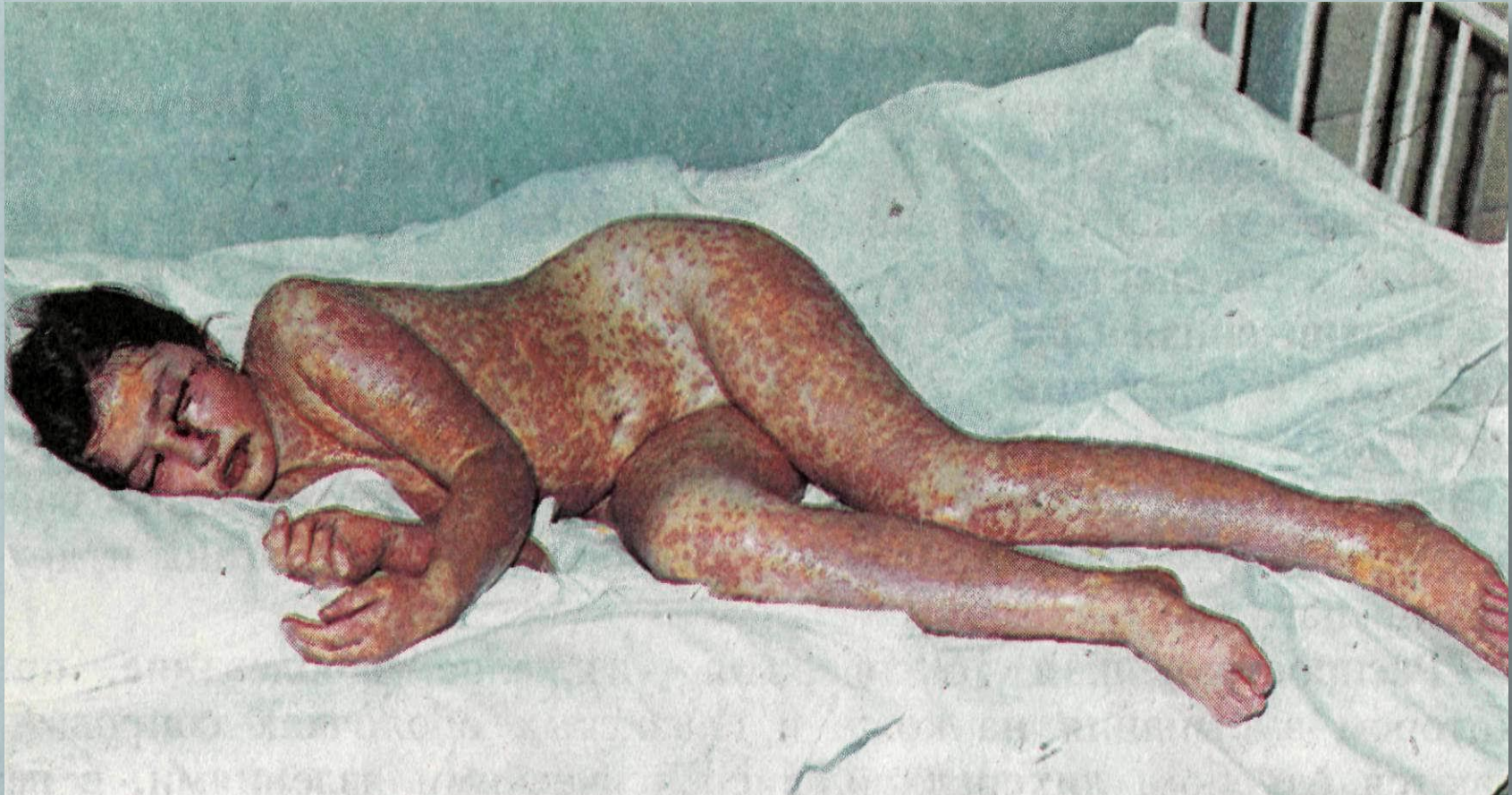
Острые эпидермальные некролиз (синдром Лайелла):

Продрома (головная боль, насморк, резь в глазах, боль или першение в горле), а затем в течение 12 – 36 часов, реже нескольких суток, развивается полная *клиническая картина*:

- ❖ лихорадка и симптомы интоксикации, боли в суставах и пояснице;
- ❖ жжение и болезненность кожи в местах высыпаний;
- ❖ последовательное появление кожных высыпаний:
 - эритематозные, слегка отёчные пятна;
 - сливные синюшно-буровато-пепельные пятна;
 - на фоне гиперемии кожи пузыри с дряблой покрывкой, наполненные серозным и серозно-кровянистым содержимым;
 - эрозии с отделением обильного экссудата из-за отслаивания сплошным пластом эпидермиса при механических воздействиях (от 20 до 90% тела) → поражённая кожа приобретает вид ошпаренной кипятком;
 - поражение слизистых оболочек рта, глаз, половых органов, трахеи, бронхов с отслойкой эпителия;
- ❖ поражение внутренних органов: печень, лёгкие, головной и спинной мозг;
- ❖ симптомы обезвоживания организма;
- ❖ внешне пациенты напоминают больных с ожогами II степени.

Токсидермия.

Острый эпидермальный некролиз:



Токсический эпидермальный некролиз:



Лечение токсидермии:

1. Общее лечение:

- ❖ десенсибилизирующие средства;
- ❖ антигистаминные препараты;
- ❖ диуретики;
- ❖ слабительные средства.

2. Местное лечение:

- ❖ противозудные болтушки;
- ❖ охлаждающие кремы;
- ❖ кортикостероидные мази.

Лечение острого эпидермального некролиза (синдрома Лайелла):

1. Госпитализация пациента в реанимационное отделение.
2. Помещение больного в палату (бокс) со стерильным бельём и индивидуальными средствами ухода:
 - палата должна подвергаться стерилизации ультрафиолетовыми лучами;
 - следует 2 – 3 раза в день менять постельное и нательное бельё на стерильное.
3. Лечебное питание: обильное питьё, жидкая или протёртая пища, богатая белками и витаминами (лучше в виде смесей).
4. Медикаментозная терапия:
 - в/в капельно белковые препараты, солевые растворы, раствор глюкозы, гемодез ;
 - кортикостероидные гормоны;
 - антибиотики;
 - симптоматические средства.
5. Перед перевязками назначение анальгетиков и даже общего наркоза. Вместо повязок - марлевые «рубашки». При обширном поражении кожи целесообразно наружное лечение проводить открытым способом.
6. Освобождение пузырей от экссудата путём прокола их покрышки стерильной иглой → обработка кожи дезинфицирующими водными растворами анилиновых красителей → присыпка стерильным тальком, орошение аэрозолями с кортикостероидами.
7. При поражении слизистой оболочки рта: вяжущие, дезинфицирующие и обезболивающие средства.
8. При затруднении глотания → питательные клизмы.
9. При поражении глаз: промывание их раствором борной кислоты и использование цинковых капель и гидрокортизоновой мази.

Экзема

Экзема – поражение поверхностных слоёв кожи нервно-аллергического характера, возникающее под влиянием внешних и внутренних причин у людей с врождённой или приобретённой повышенной чувствительностью.

Этиология:

1. Экзогенные факторы:

- ❖ механические (расчёсы, трение, давление);
- ❖ химические (щёлочи, кислоты, краски, лекарственные вещества);
- ❖ термические (холод, тепло);
- ❖ световые (солнце, электрическое освещение);
- ❖ метеорологические (резкие перепады внешней температуры) и др.

2. *Эндогенные факторы* – заболевания внутренних органов, эндокринной и нервной систем.

Классификация экземы:

1. По течению:

- ❖ острая экзема,
- ❖ хроническая экзема.

2. По распространённости:

- ❖ ограниченная,
- ❖ распространённая.

3. По клинике:

- ❖ истинная,
- ❖ профессиональная,
- ❖ себорейная,
- ❖ микробная.

Локализация - на любом участке тела, чаще поражает открытые места (кисти рук, лицо, шею).

Клиническая картина острой экземы:

Симптомы проявляются последовательно:

- ❖ заболевание начинается с отёчного покраснения кожи, переходящего без резких границ в здоровую кожу;
- ❖ ярко-красные маленькие узелки на воспалённом фоне;
- ❖ пузырьки, величиной с булавочную головку, наполненные прозрачным содержимым (возможно гнойным);
- ❖ тонкие серозные или гнойные корочки при засыхании пузырьков;
- ❖ поверхностные ярко-красные эрозии, выделяющие обильную клейкую жидкость, образующиеся при самопроизвольном вскрытии покрывок пузырьков или при расчёсах;
- ❖ мокнущая экзема: эрозии на больших площадях кожи вследствие вскрытия обильных и близко расположенных пузырьков;
- ❖ высыпания сопровождаются интенсивным зудом, нарушающим покой и сон больных;
- ❖ при стихании воспаления: корочки → небольшое шелушение на местах отпадения корочек → нормальный вид кожи (следов сыпи не остаётся).

Острая экзема:



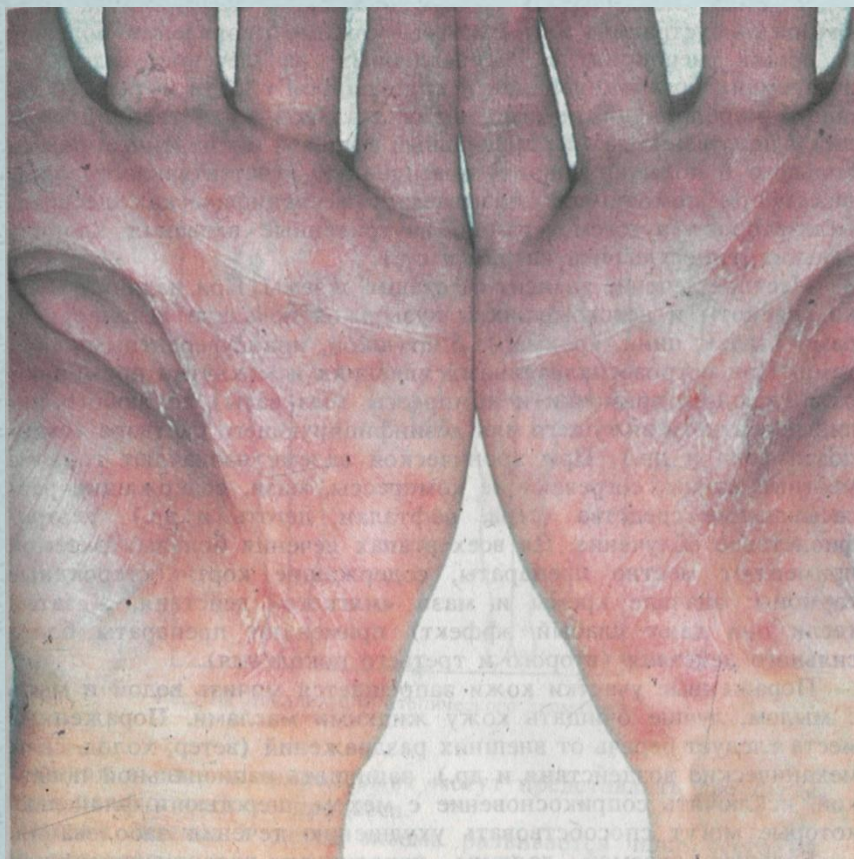
Хроническая экзема

характеризуется длительным (месяцы, годы) и рецидивирующим течением с периодами обострения и ремиссии.

Клиническая картина хронической экземы в период обострения соответствует острой экземе.

Постепенно поражённая кожа утолщается, становится жёсткой и плотной, появляется шелушение и местами – болезненные трещины.

Хроническая экзема:



Клинические особенности экземы в зависимости от локализации:

- ❖ на голове: сильно мокнет, образуя сливные корки, волосы склеиваются и неприятно пахнут;
- ❖ на лице: резкий отёк, особенно век, напоминающий розу;
- ❖ на молочных железах: образование многочисленных пузырьков, сливающихся между собой и образующих большие участки мокнутия.

Осложненная экзема присоединение вторичной инфекции:

- ❖ нагноение пузырьков;
- ❖ фолликулит;
- ❖ фурункулёз;
- ❖ рожа;
- ❖ острые лимфангоиты и лимфадениты.

Лечение экземы:

1. Лечебное питание и соблюдение режима дня.
2. Лечение патологии внутренних органов, нервной и эндокринной систем.
3. Десенсибилизирующая терапия (аутогемотерапия, хлористый кальций, тиосульфат натрия).
4. Местное лечение зависит от стадии экземы:
 - при наличии одной красноты и не вскрытых пузырьков: пудры (тальк, цинк, крахмал), болтушка, индифферентные мази;
 - при остром воспалении и мокнущей: охлаждающие примочки и компрессы (без ваты) из любого индифферентного вяжущего или дезинфицирующего раствора (свинцовая вода, борные примочки и др.);
 - при хронической экземе: горячие местные ванны, согревающие компрессы, мази с рассасывающими средствами (сера, нафталин, дёготь и др.), УФО;
 - на всех этапах экземы: кортикостероидные мази (преднизолоновая мазь, фторокорт, флуцинар, лоринден и др.);
 - поражённые участки кожи очищать жидкими маслами; запрещается мочить водой и мыть с мылом.
5. Поражённые места следует беречь от внешних раздражителей (ветер, холод, снег, механические воздействия), защищать рациональной повязкой, исключить соприкосновение с мехом, шерстью и фланелью.
6. Диспансерное наблюдение.

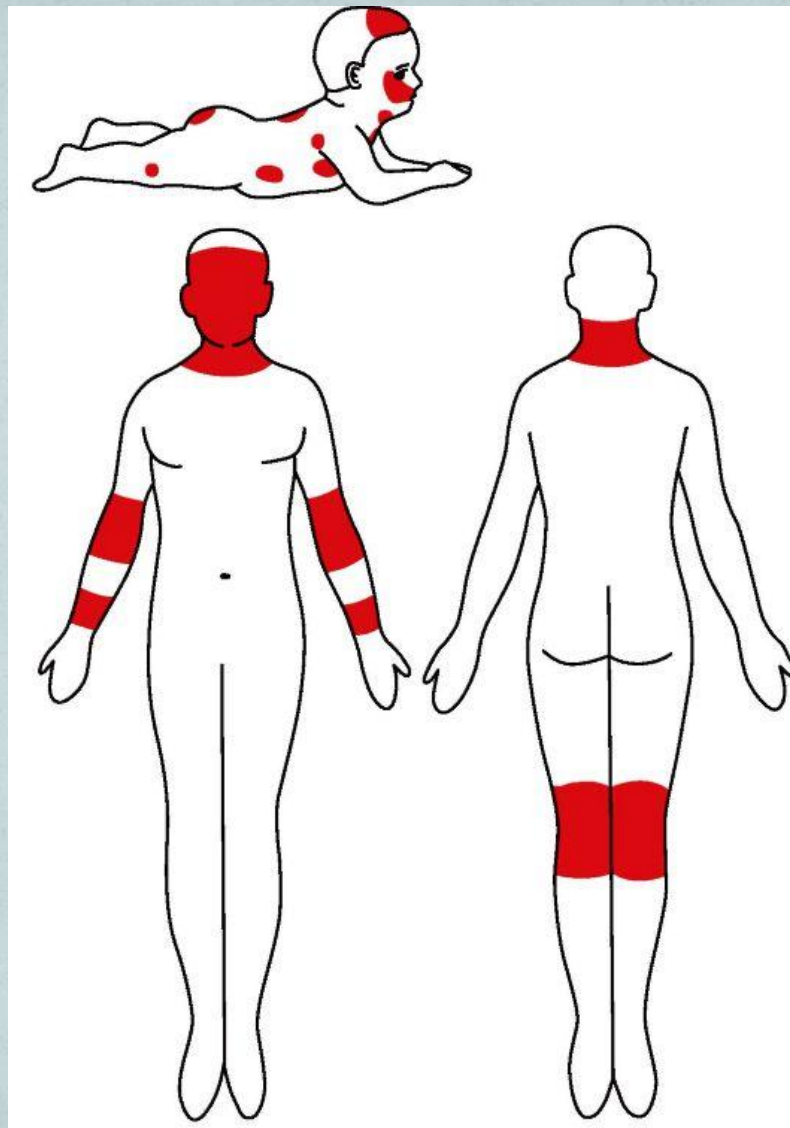
Атопический дерматит

Атопический дерматит –
заболевание кожи в развитии
которого играют роль
аллергические реакции и
наследственная
предрасположенность.

Особенности клиники атопического дерматита:

- ❖ интенсивный зуд;
- ❖ хроническое и рецидивирующее течение;
- ❖ характерное расположение очагов кожного поражения;
- ❖ развитие вторичных изменений кожи в результате расчёсов.

Локализация сыпи при атопическом дерматите:



Виды атопического дерматита:

- ❖ детская экзема (у детей);
- ❖ нейродермит (у взрослых).

Могут представлять 2 фазы единого патологического процесса.

Детская экзема

Развивается чаще всего на фоне экссудативного диатеза, обусловленного наследственным предрасположением к экссудативным процессам в коже и слизистых оболочках.

Этиология:

1. Пищевые аллергены (внутриутробная сенсибилизация плода к пищевым аллергенам):

- ❖ коровье молоко;
- ❖ куриные яйца;
- ❖ рыба;
- ❖ злаки (пшеница, овёс);
- ❖ овощи (томаты);
- ❖ фрукты и ягоды (цитрусовые, виноград, клубника);
- ❖ орехи.

2. Аллергены окружающей среды (у детей старшего возраста):

- ❖ комнатная пыль;
- ❖ пыльца растений;
- ❖ шерсть животных;
- ❖ запахи духов, красок, лаков и др.

Преорасполагающие факторы:

- ❖ неблагоприятное течение беременности (токсикозы, инфекционные заболевания, стрессы, нерациональный режим);
- ❖ наличие аллергических заболеваний у родителей;
- ❖ ранний прикорм или искусственное вскармливание (у детей грудного возраста).

Клиническая картина:

Заболевание начинается с лица, а затем может перейти на волосистую часть головы, уши, шею, туловище, конечности.

Клинические симптомы проявляются последовательно:

- гиперемия, отёчность и напряжённость кожи;
- мельчайшие, быстро лопающиеся пузырьки;
- эрозии → корочки вследствие их быстрого подсыхания;
- обширные участки мокнутия из-за сливания эрозий → множественные корки
- сильный зуд, сопровождающий высыпания, обостряющийся ночью.

Течение заболевания длительное, улучшения чередуются с ухудшением

Детская экзема:



Исход болезни:

- ❖ в большинстве случаев – выздоровление к 3 – 5 годам;
- ❖ у $\frac{1}{3}$ детей длительное течение с периодами обострения и ремиссии;
- ❖ переход экземы в нейродермит.

Признаки перехода экземы в нейродермит:

- ❖ прекращение мокнутия кожи;
- ❖ кожа сухая, желтовато-серого цвета;
- ❖ волосы – тонкие, тусклые;
- ❖ снижение в эпидермисе количества жирных кислот и воска;
- ❖ уменьшение потоотделения;
- ❖ появление эпидермодермальных узелков, склонных к слиянию с образованием очагов лихенизации.

Нейродермит

Этиология:

- ❖ наследственная
предрасположенность;
- ❖ нарушение функционального
состояния нервной системы.

Клинические признаки:

- ❖ резкий, иногда нестерпимый зуд с глубокими расчёсами, оставляющими мелкие рубчики;
- ❖ белый стойкий дермографизм;
- ❖ папулы телесного цвета, склонные к слиянию и образованию сплошной инфильтрации.

Выделяют ограниченную и диффузную формы нейродермита.

Нейродермит:



Атопический дерматит:



Белый дермографизм



Лихенификация

Клинические особенности ограниченной формы нейродермита:

- ❖ локализуется преимущественно на коже задней поверхности шеи, в подколенных ямках, локтевых сгибах, на внутренней поверхности бёдер;
- ❖ в центре очага поражения: кожа гиперемирована, утолщена, рисунок её подчёркнут;
- ❖ в средней зоне: изолированные, плотные, блестящие, слегка возвышающиеся, бледно-розового цвета папулы;
- ❖ по периферии: гиперпигментация кожи.

Ограниченный нейродермит:



Клинические особенности диффузной формы нейродермита:

- ❖ поражаются любые участки кожи;
- ❖ гиперпигментация, сухость и уплотнение кожи, подчёркнутый кожный рисунок;
- ❖ наличие отдельных узелков;
- ❖ тонкие отрубевидные чешуйки, местами эксфолиации с серозными и геморрагическими корочками и линейные трещины на поверхности участков поражения.

Диффузный нейродермит:



Осложнения atopического дерматита:

- ❖ пиококковая инфекция (стрептостафилодермии);
- ❖ герпетиформная экзема Капоши (инфицирование вирусом простого герпеса).

Лечение атопического дерматита:

- ❖ Самопроизвольное излечение в сухом жарком климате (Средняя Азия, Крым).
- ❖ Диетотерапия с исключением аллергенов.
- ❖ Нормализация режима труда и быта с исключением факторов, повышающих возбудимость нервной системы.
- ❖ Лечение сопутствующих заболеваний и санация очагов хронической инфекции.
- ❖ Медикаментозное лечение:
 - антигистаминные препараты;
 - десенсибилизирующие средства;
 - витамины;
 - антибиотики - по показаниям;
 - избирательные иммунотропные препараты (циклоспорин А, пимекролимус),
 - наружно: кортикостероидные и дегтярные мази.
- ❖ Физиотерапевтические методы.

Профилактика:

- ❖ Беременным женщинам, имеющим аллергические заболевания, соблюдать диету и ограничить приём лекарственных препаратов.
- ❖ Кормящим женщинам рекомендуется строгая диета с исключением пищевых аллергенов.
- ❖ Правильный гигиенический уход за ребёнком (купание с использованием детского мыла, исключение стирки белья синтетическими порошками и т.д.) и соблюдение диеты.
- ❖ Детям требуется осторожный подход к назначению профилактических прививок, введению препаратов крови и лекарств.

Крапивница

Крапивница – заболевание, обусловленное развитием кожной аллергической реакции немедленного типа под действием ЭНДОГЕННЫХ И ЭКЗОГЕННЫХ факторов.

Эпидемиология

Встречается в любом возрасте и по частоте возникновения занимает второе место после бронхиальной астмы среди аллергических заболеваний.

Патогенез:

- ❖ под действием причинных факторов выделение тучными и базофильными клетками соединительной ткани биологически активных веществ (гистамин, серотонин, простагландины и др.);
- ❖ повышение сосудистой проницаемости;
- ❖ острый отёк периваскулярного пространства;
- ❖ кожные высыпания.

Классификация:

1. По патогенезу:

- ❖ аллергическая крапивница (иммунологический механизм образования медиаторов);
- ❖ псевдоаллергическая крапивница (без участия иммунологического механизма - укусы насекомых, ожог крапивой);
- ❖ идиопатическая (механизм не установлен).

2. По этиологии:

- ❖ тепловая крапивница;
- ❖ лекарственная крапивница;
- ❖ пищевая крапивница
- ❖ хроническая крапивница, связанная с заболеваниями печени, почек, ЖКТ, глистными инвазиями, очагами хронической инфекции и др.

3. По течению:

- ❖ острая крапивница;
- ❖ хроническая крапивница.

Клиническая картина:

Общие симптомы:

- ❖ лихорадка;
- ❖ симптомы интоксикации (недомогание, общая слабость, головная боль и др.).

Местные симптомы:

- ❖ многочисленные волдыри ярко-розового цвета, разнообразных очертаний, плотной консистенции, величиной до ладони, локализующихся на любом участке кожи и исчезающих бесследно;
- ❖ сильный кожный зуд, сопровождающий волдыри.

Длительность течения крапивницы от нескольких дней до нескольких месяцев.

Крапивница:



Разновидностью крапивницы является

гигантская крапивница (острый ограниченный отёк Квинке),

характеризующаяся накоплением отёчного экссудата в рыхлой подкожной клетчатке (губы, веки, слизистая оболочка полости рта, гортани, мошонка) с развитием локальной припухлости.

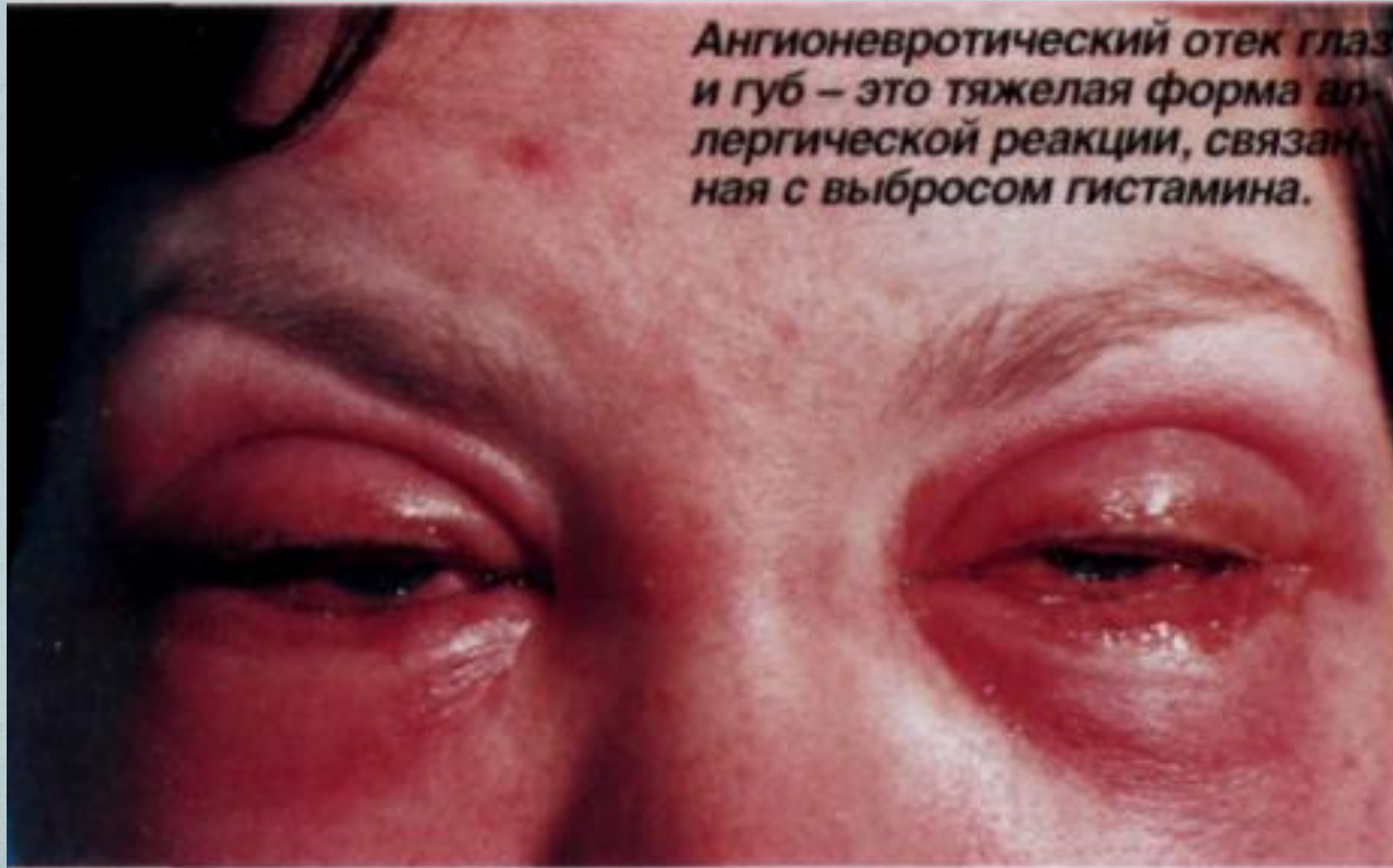
Клинические симптомы отека

Квинке:

- ❖ отёчный участок резко выступает над уровнем кожи;
- ❖ плотно-эластическая консистенция области отёка;
- ❖ окраска кожи фарфорово-белая, реже слегка розовая;
- ❖ субъективное ощущение напряжённости кожи в области отёка, иногда кожный зуд;
- ❖ длительность отёка от нескольких часов до 2 – 3 суток;
- ❖ бесследное исчезновение отёка;
- ❖ при отёке гортани:
 - лающий кашель;
 - охриплость голоса;
 - затруднённое дыхание (вначале – инспираторная одышка, затем по мере нарастания отёка – смешанная одышка и стридорозное дыхание, приводящее к асфиксии);
 - цианоз лица с последующей резкой бледностью;
 - больные беспокойны, мечутся.

Ангионевротический отёк:

Ангионевротический отек глаз и губ – это тяжелая форма аллергической реакции, связанная с выбросом гистамина.



Детская крапивница (детская почесуха, строфулюс)

Развивается на фоне экссудативного диатеза.

Факторы риска:

- ❖ искусственное вскармливание;
- ❖ перекармливание;
- ❖ пищевые аллергены;
- ❖ бытовые аллергены;
- ❖ токсико-аллергические воздействия при желудочно-кишечных и инфекционных заболеваниях.

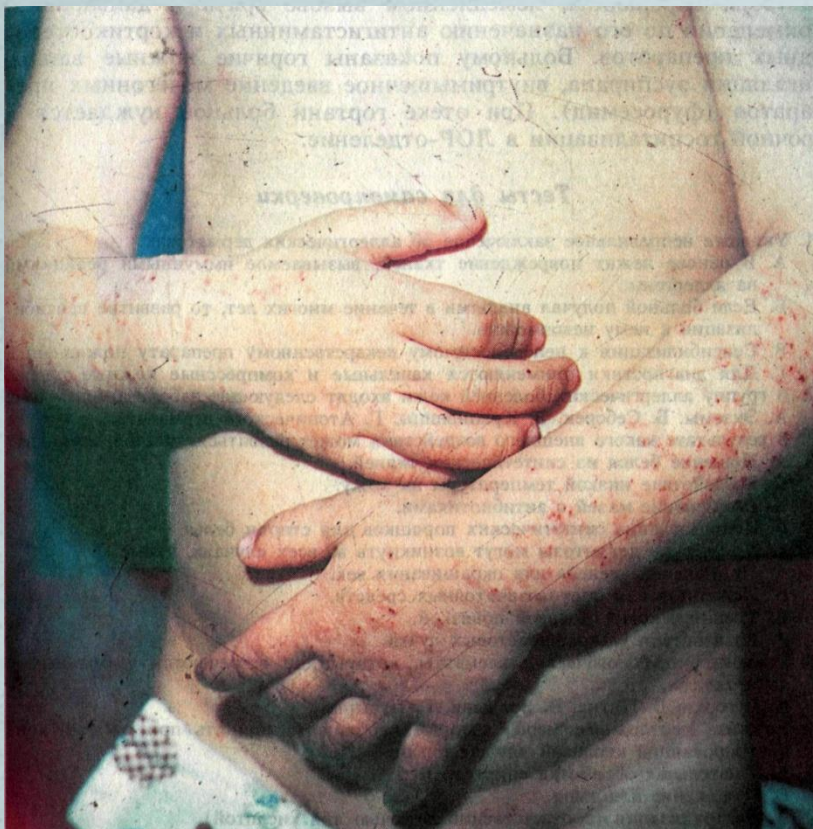
Клиническая картина:

- ❖ кожные высыпания: волдыри → узелки розово-коричневого цвета, полушаровидной или конической формы, величиной до булавочной головки с маленьким пузырьком на вершине (серопапулы) → эрозии и кровянистые корки из-за расчёсов;
- ❖ кожный зуд;
- ❖ сухость кожи;
- ❖ излюбленная локализация сыпи: в крупных складках, на туловище, ягодицах, верхних конечностях (иногда на всём теле);
- ❖ невротические нарушения: беспокойство, раздражительность, бессонница, капризность, снижение аппетита;
- ❖ диспепсические расстройства: рвота, поносы или запоры.

К 3 – 7 годам заболевание проходит бесследно, но иногда переходит в нейродермит.

Необходимо дифференцировать от чесотки (клинически сходны).

Детская крапивница:



Лечение крапивницы:

1. Устранение аллергенов.
2. Общее лечение:
 - ❖ антигистаминные средства;
 - ❖ десенсибилизирующие препараты;
 - ❖ слабительные и мочегонные средства (при пищевой и лекарственной крапивнице).
3. Наружное лечение: обтирание кожи противозудными средствами (спиртовые растворы ментола, борной кислоты) и применение кортикостероидных препаратов среднего класса активности.
4. Неотложная помощь при отёке Квинке:
 - ❖ вызов СМП;
 - ❖ адреналин 0,1% раствор 1 мл п/к;
 - ❖ антигистаминные препараты;
 - ❖ кортикостероидные препараты;
 - ❖ ингаляции сальбутамола;
 - ❖ фуросемид в/м;
 - ❖ горячие ножные ванны;
 - ❖ срочная госпитализация в отделение оториноларингологии.