

Аллергические заболевания



Преподаватель: ассистент кафедры внутренних болезней
факультета последипломного образования ФГБОУ ВО Амурской
ГМА,

врач дерматовенеролог

кандидат медицинских наук Л.С. Корнеева

- Контактный дерматит – воспалительная реакция кожи, возникающая в ответ на прямое воздействие внешних раздражающих факторов



Простой (ирритантный) контактный дерматит

- (ПКД) возникает в месте воздействия раздражающего агента на кожу или слизистые оболочки
- при этом площадь поражения соответствует площади воздействия раздражителя
- Острый ПКД может развиться у любого человека даже после однократного воздействия раздражающего фактора, если оно достаточно по интенсивности и времени, особенно, при наличии индивидуальной предрасположенности
- Ранее ПКД не связывали с иммунным ответом, в настоящее время установлено, что иммунная система играет ключевую роль в разрешении ирритантных реакций

Аллергический контактный дерматит (АКД)

- Возникает в сенсibilизированном организме (реакция гиперчувствительности замедленного типа)
- Поражение кожи или слизистых оболочек выходит за пределы места воздействия внешнего раздражителя (аллергена)
- Возможен диссеминированный и даже генерализованный характер высыпаний
- Воспалительная реакция при АКД носит характер гиперчувствительности замедленного типа и возникает через 10-15 дней после первого контакта с аллергеном

Коды по МКБ 10

- **Аллергический контактный дерматит (L23):**
- L23.0 - Аллергический контактный дерматит, вызванный **металлами;**
- L23.1 - Аллергический контактный дерматит, вызванный **клеякими веществами;**
- L23.2 - Аллергический контактный дерматит, вызванный **косметическими средствами;**
- L23.3 - Аллергический контактный дерматит, вызванный **лекарственными средствами при их контакте с кожей;**
- L23.4 - Аллергический контактный дерматит, вызванный **красителями;**
- L23.5 - Аллергический контактный дерматит, вызванный **другими химическими веществами цементом, инсектицидами, пластиком, резиной;**
- L23.6 - Аллергический контактный дерматит, вызванный **пищевыми продуктами при их контакте с кожей;**
- L23.7 - Аллергический контактный дерматит, вызванный **растениями, кроме пищевых;**
- L23.8 - Аллергический контактный дерматит, вызванный **другими веществами;**
- L23.9 - Аллергический контактный дерматит, **причина не уточнена.**

Аллергическая контактная экзема БЛУ

Простой раздражительный (irritant) контактный дерматит

(L24):

- L24.0 - Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный **моющими средствами**;
- L24.1 - Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный **маслами и смазочными материалами**;
- L24.2 - Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный **растворителями**;
Растворителями: хлорсодержащей, циклогексановой, эфирной, гликолевой, углеводородной, кетоновой, группы;
- L24.3 - Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный **косметическими средствами**;
- L24.4 - Раздражительный контактный дерматит, вызванный **лекарственными средствами при их контакте с кожей**;
- L24.5 - Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный **другими химическими веществами цементом, инсектицидами**;
- L24.6 - Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный **пищевыми продуктами при их контакте с кожей**;
- L24.7 - Простой раздражительный контактный дерматит, **вызванный растениями, кроме пищевых**;
- L24.8 - Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный **другими веществами, красителями**;
- L24.9 - Простой раздражительный контактный дерматит, **причина не уточнена**. Ирритационная контактная экзема БДУ.
- **Контактный дерматит неуточненный (L25).**

Локализация высыпаний при дерматите:

- кожа лица, рук, шеи, подмышечных впадин, волосистой части головы, несколько реже – нижних конечностей, аногенитальной области и ушных раковин
- Клинические проявления острого простого и аллергического контактного дерматита:
- эритемой, отечностью, буллезными (ПКД) и везикулёзными (АКД) высыпаниями, трещинами
- Субъективными проявлениями заболевания являются зуд, жжение и болезненность кожи в области поражения
- При АКД высыпания располагаются не только в месте воздействия раздражителя, но и за его пределами

Хронический простой контактный дерматит

- Кожный процесс представлен
- очагами неяркой эритемы, инфильтрации,
- трещинами, эксфолиациями и гиперпигментацией
- После устранения действия раздражителя патологический процесс может продолжаться длительное время (месяцы, годы)



Местное лечение дерматита:

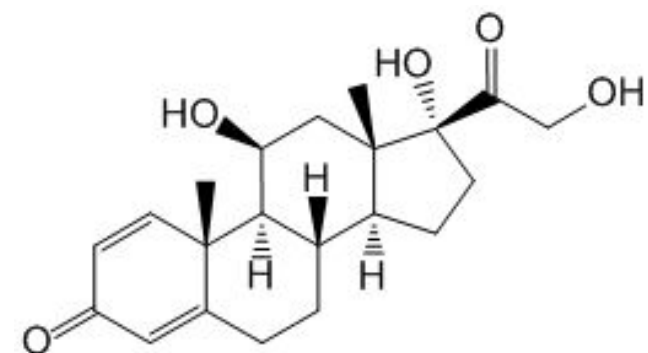
- **флутиказона пропионат**, крем, мазь 0,05% 1–2 раза в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 недель
- **триамцинолона ацетонид**, мазь 0,025%, 0,1% 1–2 раза в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 недель; терапию начинают с препарата концентрацией 0,1%, затем переходят на препарат концентрацией 0,025%



- **клобетазола пропионат**, мазь 0,05%, 1–2 раза в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 3–4 недель.
- **бетаметазона дипропионат**, спрей, крем, мазь 0,05% 1-2 раза в сутки наружно на пораженные участки кожи 1-2 раза в сутки в течение 2 недель
- **мометазона фуруат**, крем, мазь 0,1%, 1 раз в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 недель



- Если распространенность АКД **больше 20%** кожного покрова, то **рекомендуется** системная терапия *глюкокортикостероидным и препаратами:*
преднизолон 0,5–1,0 мг на кг массы тела перорально в течение 5–7 дней, с последующим снижением дозы препарата до полной отмены



Профилактика дерматита:

- При контактном дерматите приоритетное значение имеет **выявление и устранение воздействия раздражителя.**
- В случае необходимости, особенно при профессиональном контакте с раздражителями и аллергенами, должна быть **подобрана адекватная защита кожного покрова от попадания химических веществ на кожу:**
 - спецодежда, правильно подобранные (с учетом специфики раздражающего фактора) перчатки
 - защитные кремы и мази
 - корнеопротекторы и эмолиенты

Крапивница

- (*от лат. urtica – крапива*) – группа заболеваний, характеризующаяся **развитием волдырей и/или ангиоотеков**
- **Острая спонтанная 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** - состояние, возникающее 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
- По характеру течения хроническую крапивницу подразделяют на **рецидивирующую** и **персистирующую**, характеризующуюся постоянным появлением уртикарий
- Частным случаем обычной крапивницы является ангиоотек (ангиоедема, **отек Квинке**, ограниченный ангионевротический отек, гигантская крапивница). Заболевание характеризуется быстро формирующимся, обычно **ограниченным, глубоким отеком кожи или слизистых оболочек**

Классификация по МКБ 10

- **Крапивница (L50):**
- L50.0 – Аллергическая крапивница;
- L50.1 – Идиопатическая крапивница;
- L50.2 – Крапивница, вызванная воздействием низкой или высокой температуры;
- L50.3 – Дермографическая крапивница;
- L50.4 – Вибрационная крапивница;
- L50.5 – Холинергическая крапивница;
- L50.6 – Контактная крапивница;
- L50.8 – Другая крапивница;
- L50.9 – Крапивница неуточнённая

Классификация крапивницы:

- 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).
- Другие типы крапивницы:
- Аквагенная;
- Холинергическая;
- Контактная

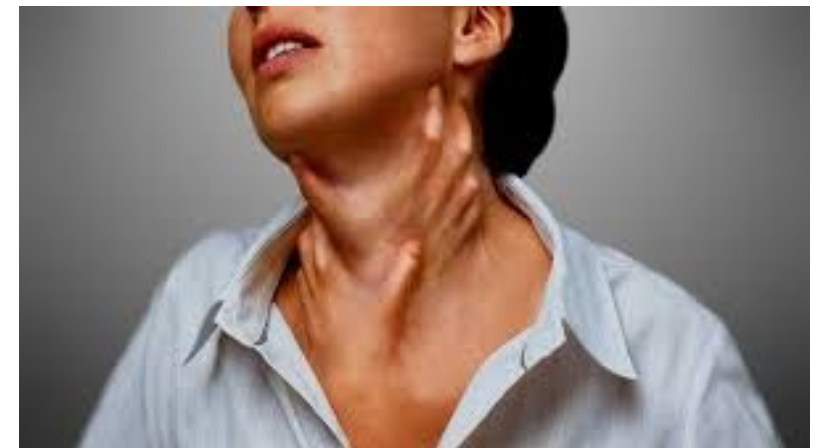
Клиника крапивницы:

- Таким образом, 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).



Клиника ангионевротического отека:

- 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



Лечение острой крапивницы:

- При острой крапивнице **рекомендуется** провести медикаментозную терапию блокаторами H_1 -гистаминовых рецепторов (р-р Супрастин, Тавегил, Пипольфен)
- В случае отсутствия эффекта от терапии блокаторами H_1 -гистаминовых рецепторов при острой крапивнице, а также при тяжелых случаях контактной крапивницы и замедленная крапивница от давления **рекомендуется** назначение системных глюкокортикостероидных препаратов:
 - бетаметазон** 1–2 мл внутримышечно с интервалом 7–10 суток, 1–2 введения
 - дексаметазон** 4–16 мг в сутки внутривенно или внутримышечно до наступления выраженного клинического улучшения с дальнейшим переходом на пероральное применение (кроме лечения ангионевротического отека)
 - преднизолон** 30-100 мг в сутки внутривенно или внутримышечно до наступления выраженного клинического улучшения с дальнейшим переходом на пероральное применение (кроме лечения ангионевротического отека)

Лечение рецидивирующей крапивницы:

- **Лечение антигистаминные препараты 1 поколения:** р-р Супрастин, Димедрол, Пипольфен, Тавегил внутримышечно 1-2 раза в день 7-10 дней
- **Лечение антигистаминные препараты 2 поколения:** таб. Цетрин, Зиртек, кестин, Зодак, Эбастин, Лоратадин

Местно: теплые душ и ванны, лосьоны, взбалтываемые взвеси с ментолом, анестезином, не содержащие глюкокортикостероидные препараты



Токсидермия

- (син.: токсикодермия, токсико-аллергический дерматит) – острое воспалительное заболевание кожных покровов, а иногда и слизистых оболочек, развивающееся под действием гематогенного распространения аллергена, поступившего в организм
- пероральным, ингаляторным, внутривенным, подкожным, внутримышечным, интравагинальным путями



Классификация по МКБ 10:

- **Дерматит, вызванный веществами, принятыми внутрь (L27):**
- L27.0 – Генерализованное высыпание на коже, вызванное лекарственными средствами и медикаментами;
- L27.1 – Локализованное высыпание на коже, вызванное лекарственными средствами и медикаментами;
- L21.2 – Дерматит, вызванный съеденной пищей;
- L27.8 – Дерматит, вызванный другими веществами, принятыми внутрь;
- L27.9 – Дерматит, вызванный неуточненными веществами, принятыми внутрь.

Классификация токсикодермии:

- По этиологическому принципу выделяют **медикаментозные, алиментарные** (пищевые) и **профессиональные** токсидермии.
- По степени тяжести выделяют **легкую, среднетяжелую и тяжелую** токсидермию
- **Оценка степени тяжести** токсикодермии проводится на
- основании распространенности и характера поражения кожи и слизистых
- данных физикального обследования, жалоб пациента и данных лабораторного исследования
- Также при описании токсидермий **используют морфологические признаки** (пятнистая, папулезная, пятнисто-папулезная, везикулезная, буллезная, узловатая, пигментная, пурпурозная, буллезно-геморрагическая токсидермия)
- или **сравнение с клиническими проявлениями других дерматозов** (по типу аллергического васкулита, по типу многоформной экссудативной эритемы)

Легкая степень токсикодермии:

- ограниченное поражение кожи (до 10% кожной поверхности) при отсутствии полостных и геморрагических высыпных элементов, отсутствие поражения слизистых оболочек, незначительные изменения лабораторных показателей, отсутствие нарушений общего состояния



Средне-тяжелая степень токсикодермии:

- распространенное, но не универсальное поражение кожи
- отсутствие буллезных и геморрагических элементов,
- интенсивный кожный зуд,
- быстрое развитие кожного поражения
- в клиническом анализе крови – эозинофилия, умеренное повышение СОЭ



Тяжелая степень токсикодермии:

- распространенное поражение кожи (субтотальное или тотальное),
- поражение слизистых оболочек,
- наличие буллезных и/или геморрагических элементов сыпи,
- болезненность при пальпации как пораженных, так и непораженных участков кожи,
- нарушение общего состояния (признаки интоксикации, повышение температуры тела и т.д.),
- существенные отклонения в клиническом анализе крови и результатах биохимического исследования крови



Критерии постановки диагноза токсидермии:

- 1. жалобы на зуд, жжение
- 2. анамнез
- Инкубац период 2 недели
- Распространенные высыпания
- Симметричные высыпания

Лечение токсикодермии:

- 1. Энтеросорбенты: таб активированный уголь, полифепан, полисорб, энтеросгель, смекта, фильтрум
- 2. Антигистаминные препараты 1 поколения
- 3. Десенибилизирующая терапия: р-р натрия тиосульфата 30% 10.0
- 4. **Рекомендуется** при токсидермии тяжелой степени тяжести назначение глюкокортикостероидных препаратов парентерально (преднизолон**, метилпреднизолон**, дексаметазон**) 60–120 мг в пересчете на преднизолон) и/или перорально (преднизолон**, метилпреднизолон**, дексаметазон**) (не менее 30–35 мг в сутки в пересчете на преднизолон). Дозы зависят от тяжести клинических проявлений; Диуретики: фуросемид

Экзема

(от греч. Ekzeo – вскипаю) – повсеместно встречающееся

- острое или хроническое
- рецидивирующее аллергическое заболевание кожи,
- характеризующееся появлением полиморфной сыпи, острой
- воспалительной реакцией, обусловленной серозным воспалением кожи и сильным
- зудом,
- которое формируется под влиянием экзогенных и эндогенных триггеров



Классификация экземы:

Экзема истинная:

- идиопатическая;
- дисгидротическая;
- пруригинозная;
- роговая (тилотическая)

Экзема себорейная

Экзема профессиональная

Экзема детская

Экзема микробная:

- нумулярная;
- паратравматическая;
- микотическая;
- интертригинозная;
- варикозная;
- сикозиформная;
- экзема сосков и
околососкового кружка
молочной железы женщин

Острая стадия экземы:

- появление на эритематозной и отечной коже везикул, точечных эрозий с мокнутием («серозные колодцы»), серозных корочек, эксфолиаций, реже – папул и пустул (со стерильным содержимым)
- Наряду с инволюцией сыпи происходит образование новых элементов, поэтому для истинной экземы типичен полиморфный характер высыпаний
- В зависимости от эволюции морфологических элементов выделяют ряд стадий экземы: эритематозную (erythematosia), папулезную (papulosa), везикулезную (vesikulosa), мокнущую (madidans), корковую (crustosa).



Истинная экзема

- Границы очагов при истинной экземе нечеткие
- Процесс симметричный, чаще локализуется на лице и конечностях с чередованием участков здоровой и пораженной кожи («архипелаг островов»)
- Наблюдается зуд умеренной интенсивности
- При переходе в хроническую стадию заболевания нарастают явления инфильтрации, гиперемия становится застойной, появляются лихенификация и трещины. Нередко процесс осложняется пиогенной инфекцией (экзема импетигинозная)



Микробная экзема

- ассиметричными очагами поражения, центральная часть которых покрыта гнойными и серозными корками, после снятия которых обнажается эрозивная поверхность с мокнутием в виде «колодцев»
- Границы очагов четкие, ограничены бордюром из отслаивающегося эпидермиса
- Высыпания сопровождаются интенсивным зудом



Варикозная экзема

- возникает на фоне варикозной болезни
- Развитию заболевания способствуют травмы, мацерация кожи, нерациональная наружная терапия варикозных язв
- Очаги поражения локализуются на нижних конечностях, преимущественно в области нижней трети голени, часто в непосредственной близости с варикозными язвами, участками склерозирования кожи



Лечение

- Общее:
- Антигистаминные препараты, в острых случаях глюкокортикостероиды
- Десенсибилизирующая терапия
- Сорбенты
- Седативная терапия

- Местное:
- Гормональные мази, кремы 3-2 класса активности, микробная экзема с антибиотиками



Профилактика экземы:

- исключение контактов с возможными аллергенами;
- ограничение стрессовых ситуаций, водных процедур;
- соблюдение диеты;
- профилактическое использование эмолентов, корнеопротекторов, нейтральных моющих средств;
- одежда не должна вызывать перегрева, не содержать шерстяных и синтетических компонентов, воздух в помещении должен быть увлажнен.



- **Атопический дерматит (АтД)** – мультифакториальное воспалительное заболевание кожи,
- характеризующееся зудом,
- хроническим рецидивирующим течением и
- возрастными особенностями локализации
- и морфологии очагов поражения



- *Младенческий период АтД.*
- Обычно начинается с 2–3 месяцев жизни ребёнка
- В этот период преобладает экссудативная форма заболевания, при которой воспаление носит острый или подострый характер
- Клиническая картина представлена эритематозными пятнами, папулами и везикулами на щеках, лбу и/или волосистой части головы,
- сопровождающимися интенсивным зудом, отёчностью, мокнутием
- Дермографизм обычно красный
- Начальные проявления заболевания локализуются также на разгибательных и сгибательных поверхностях конечностей
- К концу этого периода очаги сохраняются преимущественно в складках крупных суставов (коленных и локтевых), а также в области запястий и шеи
- Обострения заболевания в значительной степени связаны с алиментарными факторами
- Младенческий период АтД обычно заканчивается ко второму году жизни ребенка выздоровлением (у 50% больных) или переходит в следующий период (детский)



- *Детский период АтД.*
- высыпаниями носят менее экссудативный характер, чем в младенческом периоде, и представлены воспалительными милиарными и/или лентикулярными папулами, папуло-везикулами и эритематозно-сквамозными элементами,
- 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 зависит от алиментарных факторов в меньшей степени



- *Подростковый и взрослый период АтД*
- высыпания 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 эскориациями 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



Критерии постановки диагноза:

- **Основные:**

- Зуд
- Начало с детского возраста
- Наследственность
- Сезонные обострения
- Характерные высыпания в разные возрастные периоды



- **Дополнительные: наиболее значимые:**

- Белый дермографизм
- Эозинофилия
- Повышение иммуноглобулина E
- Полированные ногти
- Атопический хейлит
- Подглазничная складка
- Пиментация задней поверхности шеи
- Сухость кожных покровов

- Эмолиенты могут использоваться в форме лосьонов, кремов, мазей, моющих средств, средств для ванн. Выбор препарата и его формы осуществляется индивидуально с учетом предпочтений пациента, индивидуальных особенностей кожи, сезона, климатических условий
- Необходимо постоянно, часто и в больших количествах использовать увлажняющие и смягчающие средства (не менее 3–4 раз в день) как самостоятельно, так и после водных процедур по принципу «намочить-намазать» («Soak and Seal»):
- ежедневные ванны с теплой водой (27–30°C) в течение 5 минут с добавлением масла для ванн (за 2 минуты до окончания водных процедур) с последующим нанесением на влажную кожу смягчающего препарата (после водных процедур кожу необходимо вытирать промокательными



Лечение атопического дерматита

- клобетазол 0,05% крем, 0,05% мазь 1–2 раза в сутки
- бетаметазона дипропионат 0,05% спрей, крем, мазь 1-2 раза в сутки
- триамцинолона ацетонид 0,1%, мазь 2 раза в сутки
- флутиказон 0,05% крем, 0,005% мазь 2 раза в сутки
- мометазон* 0,1% мазь 2 раза в сутки
- гидрокортизона бутират 0,1% крем, 0,1% мазь 2 раза в сутки
- Антигистаминные препараты 1 или 2 поколения
- Энтеросорбенты
- Десенсибилизирующая терапия



Профилактика обострений:

Рекомендуется:

- постоянный базовый уход за кожей;
- элиминация провоцирующих факторов;
- назначение пробиотиков дополнительно к основному питанию матерей с отягощенным аллергологическим анамнезом (в последние недели беременности) и/или новорожденным с риском развития атопии в течение первых месяцев жизни [87–89].

Рекомендуются меры профилактики вторичного инфицирования:

- избегать длительного применения антибактериальных препаратов для наружного применения с целью исключения развития бактериальной резистентности;
- избегать загрязнения препаратов для наружного применения;
- тубы с мазями не должны храниться открытыми;
- при нанесении кремов необходимо соблюдать гигиенические процедуры
- использование чистых спонжей, удаление остатков крема с поверхности банки.

- Спасибо за внимание

