

Срс: Контактный дерматит,крапивница

Выполнил: студент 303 гр. Стом. Бурбаев А.Е.

План

- Введение
- Аллергический дерматит
- Причины возникновения
- Классификация
- Клиника
- Лечение
- Крапивница
- Диагностика
- Заключение
- Список используемой литературы

Введение

- Аллергический дерматит - контактное островоспалительное поражение кожи, возникающее в результате воздействия на нее раздражающих факторов химической, физической или биологической природы. Относится к группе аллергодерматозов. Аллергодерматозы - гетерогенная группа заболеваний кожи, ведущее значение в развитии которых придается аллергической реакции немедленного или замедленного типа. В эту группу включают аллергические дерматиты, токсидермии, экзему, атопический дерматит, крапивницу.
- Заболеваемость среди населения разных стран составляет, как правило, не менее 5-10%, в индустриально развитых государствах - около 20%, а у детей АД уже давно является лидирующей патологией

Аллергические дерматиты

- (*dermatitis allergica*) являются следствием повторного контакта с химическими агентами - аллергенами (скипидар и его компоненты, динитрохлорбензол - ДНХБ, синтетические клей, лаки, краски, соли хрома, кобальта, никеля, эпоксидные фенол-формальдегидные смолы, аминные отвердители и др.), косметическими средствами (урсол, парафенилендиамин), лекарственными препаратами

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

- Все причины возникновения дерматита можно разделить на две большие группы:
- - экзогенные (действие на организм извне);
- - эндогенные (изнутри). Немного подробнее о каждой из групп.
- Экзогенные факторы:
- - механические: давление и трение, в результате появляются эрозии, трещины, омозолелости, отечность;-физические: высокие и низкие температуры - биологические: растения бактерии, ультравирусы, грибки.
- Эндогенные факторы:- нарушение обмена веществ;-гипо - и авитамины эндокринные нарушения-лекарственные препараты некоторые пищевые продукты -аутоинтоксикации

Классификация

- Различают 3 стадии:
- 1. Острая (Микровезикульная или макровезикульная) - возникает сразу после контакта с раздражителем и исчезает после прекращения контакта.
- 2. Подострая (корковая или чешуйчатая)
- 3. Хроническая (Аконтотическая) - возникает при периодических контактах с раздражителем в течение долгого времени.

Классификация

- ИКД подразделяют на острый токсический и кумулятивный. **Острый токсический КД** развивается в результате воздействия сильных химических веществ, таких как кислота или щелочь, вызывающих эритему, везикулы, пузыри или деструкцию кожи. Реакция развивается через несколько минут или часов в местах наибольшего контакта. Повреждение имеет четкие границы. В большинстве случаев происходит быстрое разрешение патологического процесса после прекращения действия раздражителя.

Классификация

- **Хронические кумулятивные реакции** – более распространенный тип ИКД. Они обусловлены длительным воздействием слабых раздражителей (мыло, шампунь). Данные дерматиты могут развиваться в течение нескольких недель, месяцев и даже лет и характеризуются эритемой, шелушением, трещинами, зудом, лихенификаций, нечеткими границами.

Классификация

- АКД относится к IV типу аллергических реакций — гиперчувствительности замедленного типа. Гаптен (антиген с низкой (500-1000) молекулярной массой), попадая на кожу, образует гаптен-носитель белковый комплекс, который связывается эпидермальными клетками Лангерганса и в качестве полного антигена представляется Т-хелперам, что завершается выбросом различных медиаторов. В последующем Т-клетки попадают в регионарные лимфатические узлы и produцируют специфические клетки памяти и Т-эфекторы, которые циркулируют в крови. Этот процесс занимает 5-21 день.

Классификация

- При повторном контакте со специфическим антигеном происходит пролиферация активированных Т-лимфоцитов, выделение медиаторов и миграция цитотоксичных Т-клеток, что сопровождается развитием экзематозной воспалительной кожной реакции в месте контакта. Эта фаза длится 48-72 ч. Многие аллергены являются раздражителями, поэтому нередко первоначально развивается раздражение кожи, усиливающее абсорбцию аллергена. В отличие от раздражителей, аллерген обладает относительно низкой концентрацией, которая может быть достаточной, чтобы вызвать воспалительную реакцию.

Классификация

- АКД разделяют на острый и хронический. **Острый АКД** характеризуется эритемой, отеком, везикулами и зудом. Поражения кожи часто выходят за пределы зоны контакта и становятся генерализованными. Классический пример АКД – дерматит от ядовитого плюща.
Хронический АКД проявляется зудом, эритемой, шелушением, лихенификацией, частично – экскориациям

Клиника

- **Клиника** профессионального дерматита характеризуется появлением на месте воздействия раздражителя яркой, сплошной эритемы, на фоне которой могут возникнуть папулезные элементы и пузыри с серозным, реже серозно-геморрагическим содержимым. Наблюдается мономорфизм сыпи. Больные жалуются на жжение, чувство жара, покалывания, боли, зуд в очаге воспаления; общие симптомы обычно выражены нерезко или отсутствуют. В большинстве случаев интенсивность воспалительных явлений адекватна силе раздражителя, вызвавшего дерматит. Тенденция к их распространению за пределы участка кожи, на который воздействовал раздражитель, обычно не наблюдается.

Лечение

- Общие принципы:
- -Устранение действия аллергена, гипоаллергенная диета;
- -антигистаминные средства (снимают зуд: тавегил, супрастин, кетотифен, кларитин, фексадин, лоратодин, телфаст, и др);
- -детоксикационные средства (очищение: энтеросгель, полифепан, активированный уголь, тиосульфат натрия, и др)
- -гипосенсибилизирующие (глюконат кальция, тиосульфат натрия);

Лечение

- -кортикоиды(противовоспалительное действие: элоком, локоид, целестодерм, акридерм, синафлан, дипросалик, белосалик, и др.);-антисептики (фукарцин, зеленка, и др)
- -седативные (успокоительные) (глицин, персен, различные успокоительные сборы трав, валериана, пион, и др);
- -ферменты(при нарушении функции поджелудочной железы) (кроон, мезим, и др);
- -антибактериальные средства(при присоединении инфекции: целестодерм с гарамицином, лоринден с, и др);
- - пребиотики(при дисбактериозе кишечника: линекс, пробифор, и др);
- Гипоаллергенная диета:

Лечение

- Исключаются следующие продукты: цитрусовые, орехи, рыба и рыбные продукты, птица, шоколад, кофе, какао, копчености, уксус, горчица, майонез и др.специи, хрен, редиска, томаты, баклажаны, грибы, яйца, молоко, клубника, земляника, дыня, ананас, сдобное тесто, мед.
- Сложной задачей является установление истинной причины аллергического контактного дерматита (экземы) и эффективная патогенетическая (т.е. воздействующая на механизмы заболевания) терапия себорейного и периорального дерматита.
- Лечение контактного дерматита
- Наружно противовоспалительные средства, при мокнущии - влажно-высыхающие повязки, кортикостероидные аэрозоли. При образовании пузырей вскрыть их и обработать анилиновыми красителями (фукарцин, зеленка), после подсыхания - кортикостероидные мази с антибиотиками.

Крапивница

- **Аллергическая контактная крапивница** развивается при взаимодействии IgE и тучной клетки, что приводит к выделению вазоактивных веществ. Несмотря на то что крапивница появляется на месте контакта, могут одновременно наблюдаться сосудистый отек, анафилаксия, риноконъюнктивит, а также распространенная крапивница. Пример – немедленная реакция на перчатки из латекса у медицинских работников. **Неиммунологическая контактная уртикария** встречается в тех случаях, когда антиген вызывает выделение медиаторов из тучных клеток без участия антител или оказывает прямое действие на сосуды кожи.

Диагностика

- Для диагностики контактной крапивницы обычно применяется **игольчатый тест**, заключающийся в нанесении на кожу небольшого количества аллергена и прокола ее иглой. Появление волдыря в течение 15-20 мин означает положительный результат.

Диагностика

- Лоскутный тест проводится для диагностики АКД и с целью дифференцировки АКД от ИКД, т. к. клинически и гистологически АКД и ИКД неразличимы. Наиболее широко используется камера Финна. Небольшое количество аллергена помещается в алюминиевые лунки, укрепленные на бумажной ленте. Лента прикрепляется к верхней части спины на 48 ч, а затем удаляется, и проводится первое "чтение" результатов.

Диагностика

- Поскольку аллергические реакции отсрочены, последующая оценка проводится также через 72,96 ч и даже через 1 неделю после наложения потенциальных аллергенов. Классический положительный аллергический лоскутный тест характеризуется эритемой, отеком, сгруппированными пузырьками, выявляемыми после удаления аллергенов или спустя 2-7 дней. Возможны реакции на раздражители в виде шелушения, пустул, фолликулярных элементов, которые быстро проходят после удаления ленты

Заключение

- Для квалифицированного врача-дерматолога лечение контактного дерматита не составляет проблемы. Чтобы снять симптомы воспаления, в современном терапевтическом арсенале есть немало эффективных и безопасных средств.
- Однако трудной задачей для многих врачей является установление точного диагноза, особенно при хронических дерматитах. Диагноз "аллергический контактный дерматит" или "атопический дерматит" часто применяется не к месту. Устаревшее учение о нейродермите и экземе также остается в ходу у многих отечественных дерматологов. По-прежнему прописываются старые средства, уступающие по эффективности более современным, принятым во всем мире.

Список используемой литературы

- 1. «Справочник по кожным и венерическим болезням» А.Н. Родионов, 2005.
- 2. «Дерматология» атлас-справочник. Т. Фицпатрик, Т. Джонсон, К. Вулф, Д. Сюрмонд., 1999.
- 3. «Справочник дерматолога». О.Л. Иванов, А.Н. Львов.
- 4. «Диагностика кожных болезней». Б.А. Беренбейн, А.А. Студницин, 1996.
- 5. «Справочник практического врача». Вельтищев Ю.Е. и др., 2002

Спасибо за внимание