

Дерматиты простые.

Этиология, патогенез, клиническая картина, лечение.

Конспект лекции

Кафедра дерматовенерологии СПбГМА

Простые дерматиты - воспалительные заболевания кожи в месте воздействия на нее внешних факторов физической и химической природы, возникающие при условии запредельного раздражения.

Этиология, патогенез простых дерматитов.

К физическим факторам относятся механические раздражители, действие высокой и низкой температуры, ультрафиолетового излучения, ионизирующего излучения, электрического тока.



[Дерматит](#)

Химические агенты делятся на облигатные и факультативные. Облигатные химические раздражители способны вызывать дерматит у любого человека, факультативные - лишь при сенсibilизации кожи (аллергический дерматит).

Чаще всего дерматиты возникают вследствие профессиональных условий работы (профессиональные дерматиты), как осложнение различных лечебных воздействий (лекарственные дерматиты, ожоги ультрафиолетовым и рентгеновским излучением и др.). Причиной дерматитов могут быть и климатические факторы (солнечный дерматит).

По течению различают острый и хронический дерматит.

Острый дерматит возникает под воздействием сильных раздражителей и имеет три клинические формы:

1. Эритематозная - проявляется эритемой и отеком
2. Буллезная - образование пузырей, после вскрытия которых образуются эрозии
3. Некротическая - образование струпа и последующего изъязвления, заживающего путем рубцевания.

Хронический дерматит возникает под влиянием длительного воздействия слабых раздражителей. Для него характерны застойная гиперемия, незначительная инфильтрация, лихенификация, гиперкератоз или атрофические изменения в коже.

Дерматиты при действии различных этиологических факторов имеют свои особенности.

Потертость (dermatitis traumatica).

В результате действия механических раздражителей (длительное трение обуви, белья и т.д.) возникает так называемая потертость. Сначала появляется ограниченная гиперемия и незначительная отечность кожи, чувство жжения, болезненность, затем - пузыри с серозным или серозно-геморрагическим содержимым, после вскрытия которых остаются болезненные эрозии, которые постепенно эпителизируются. Возможно инфицирование пузырей.

Хроническая потертость чаще наблюдается при ношении тесной обуви и проявляется развитием лихенификации и незначительных явлений застойной гиперемии, инфильтрации, гиперкератоза.

Омозолелость является защитной реакцией кожи на длительное действие механических раздражителей, характеризуется выраженным гиперкератозом с формированием выпуклой роговой бляшки желто-бурого цвета, которая чаще всего локализуется на коже пяток и ладоней. Омозолелость безболезненна, менее чувствительна по сравнению с нормальной кожей.

Опрелость (dermatitis intertriginosa).

Развивается вследствие трения соприкасающихся участков кожи в условиях раздражающего и мацерирующего действия продуктов кожной секреции.

К образованию опрелости предрасполагает усиленное пото- и сало-отделение, недержание мочи, геморрой и т.д.

Типичные места локализации опрелости - межпальцевые складки ног (реже - рук), 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.

К дерматитам, вызванным действием высоких и низких температур, можно отнести только те ***ожоги и отморожения***, которые ограничиваются поражением кожи.

Ознобление - своеобразное хроническое, склонное к рецидивам, поражение кожи, которое развивается под действием холода в сочетании с сыростью при ослабленной резистентности организма. Ознобления проявляются в виде красных и синюшных припухлостей, нерезко ограниченных, плотноватой или мягкой консистенции, сопровождающихся ощущением зуда и жжения, особенно при согревании. Типичные места локализации - тыльная поверхность пальцев рук, пятки, ушные раковины, реже - нос и щеки.

При ***воздействии тока*** в месте входа и выхода тока образуется твердый, возвышающийся над уровнем кожи струп сероватого цвета («знак тока»), безболезненный, с отсутствием чувствительности. Воспалительных явлений (эритемы) не наблюдается (глубокие дегенеративные изменения в нервах и сосудах кожи). В отличие от термического ожога волосы остаются нетронутыми. Отторжение струпа и заживление происходит в течение 3-4 недель и завершается формированием тонкого рубца.

Поражение кожи могут вызывать **химические вещества**: концентрированные неорганические и органические кислоты (серная, азотная, соляная, уксусная и др.), щелочи, соли тяжелых и щелочных металлов, боевые отравляющие вещества кожно-нарывного действия (иприт, люизит) и др.

При кратковременном действии концентрированные растворы вызывают буллезный или эритематозный дерматит, при более длительном - некроз кожи и подлежащих тканей, что сопровождается сильной болью. Распространенные дерматиты могут сопровождаться общей симптоматикой (повышение температуры, СОЭ, олигоурия, альбуминурия и др.)

Слабые растворы ведут к образованию маленьких глубоких язвочек, окруженных валиком инфильтрата и покрытых черной, слегка западающей корочкой («прижогои», «птичьи глазки»). Длительное воздействие слабых растворов кислот, щелочей, солей приводит к развитию хронического дерматита, который проявляется незначительной гиперемией, сухостью и шелушением кожи, образованием трещин.

Фотодерматиты - заболевания кожи, обусловленные воздействием на нее ультрафиолетовых лучей.

Острый солнечный дерматит возникает чаще у людей с нежной, слабо пигментированной кожей в результате длительного воздействия на нее ультрафиолетовых лучей, проявляется в эритематозной или эритематозно-буллезной форме.

Хронический солнечный дерматит развивается в результате повторной и длительной инсоляции, связанной с профессиональной деятельностью (моряки, сельскохозяйственные рабочие и т.д.). Локализуется он, как правило, на лице и задней поверхности шеи, заканчивается развитием [телеангиэктазий](#), трещин, очагов гиперкератоза.

Лечение дерматитов.

1) Этиологическое лечение - устранение причинного фактора

2) Симптоматическое лечение:

- При эритематозном дерматите - наружные противовоспалительные средства (кортикостероидные мази и др.), влажно-высыхающие повязки

При буллезном дерматите:

- Обработка перекисью водорода или перманганатом калия
- Вскрытие пузырей, смазывание 2% спиртовым раствором анилиновых красителей (бриллиантовый зеленый, метиленовый синий)
- На эрозивные поверхности - антибактериальные примочки и влажно-высыхающие повязки
- По прекращению мокнутия - антибактериальные пасты, мази (3-5% борно-нафталановые и др.), в том числе глюкокортикоидные (лоринден-С, флуцинари-Н и др.)

При язвенно-некротическом дерматите - после описанной выше обработки кожи используют антибактериальные мази и средства, стимулирующие регенеративные процессы (10% ксероформная мазь, 10% метилурациловая мазь и др.)

