

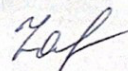
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Институт последипломного образования

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И.Прохоренкова

Заведующий кафедрой:

д.м.н., проф. Карачёва Юлия Викторовна



Реферат

Истинная экзема

Выполнила:

Ординатор 1 года обучения

Цих В.С.

Проверил:

д.м.н., проф. Карачёва Юлия Викторовна

Красноярск 2020

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. Проф. В.И. Прохоренкова

Рецензия д.м.н., проф. Карачевой Юлии Викторовны на реферат ординатора первого года обучения специальности Дерматовенерология Цих Викторией Сергеевны по теме:

«Целенная эрозия»

Основные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Дерматовенерология

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	<i>хорошо.</i>
2. Наличие орфографических ошибок	<i>хорошо.</i>
3. Соответствие текста реферата по его теме	<i>хорошо.</i>
4. Владение терминологией	<i>хорошо.</i>
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	<i>хорошо.</i>
6. Логичность доказательной базы	<i>хорошо.</i>
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	<i>хорошо.</i>
8. Круг использования известных научных источников	<i>хорошо.</i>
9. Умение сделать общий вывод	<i>хорошо.</i>

Чар

Оглавление

Введение	1
Причины	2
Симптомы истинной экземы	2
Диагностика	3
Лечение истинной экземы	4
Профилактика	5
Литература.....	5

Введение

Истинная экзема — это хронический зудящий дерматоз, проявляющийся возникновением на покрасневшем и отечном участке кожи мелких пузырьков (везикул) и серозных папул, которые быстро вскрываются, превращаясь в точечные эрозии. Серозное отделяемое последних обуславливает характерное для экземы мокнутие пораженного участка кожи. В большинстве случаев клиническая картина заболевания настолько специфична, что позволяет поставить диагноз экземы. В сложных диагностических случаях требуется исследование биоптата. Лечение в остром периоде экземы проводят антигистаминными препаратами, глюкокортикостероидами и вяжущими средствами. После стихания острого процесса применяют физиотерапевтические методы лечения.

Истинная, или идиопатическая, экзема получила свое название благодаря характерному для нее быстрому вскрытию пузырьков. Слово «экзема» происходит от греческого «εσζεο» - «вскипать». Истинной экземой может заболеть человек любого возраста, но пик заболеваемости приходится на возраст 40 лет. При манифестации заболевания в детском возрасте возможно последующее спонтанное выздоровление, у взрослых пациентов экзема принимает хроническое течение. Идиопатической экземе часто сопутствуют другие аллергозы: поллиноз, астма, крапивница.

Причины

Истинная экзема считается многопричинным заболеванием. В ее возникновении играют роль инфекционно-аллергические, эндокринно-метаболические, нейрогенные и наследственные факторы. У пациентов с истинной экземой выявляется нарушение в соотношении иммуноглобулинов, уменьшение Т-лимфоцитов и увеличение В-лимфоцитов, определяются циркулирующие иммунные комплексы и аутоантитела. Вместе с тем существует нейрогенная теория возникновения экземы, основанная на клинических случаях появления этого заболевания на участках кожи с нарушенной вследствие повреждения нерва иннервацией.

К факторам, способствующим возникновению истинной экземы, относят:

- нервное перенапряжение
- психологически травмирующие ситуации
- вегето-сосудистую дистонию
- гипертиреоз
- сахарный диабет
- заболевания желудочно-кишечного тракта
- хронические инфекции
- предрасположенность на генном уровне

Симптомы истинной экземы

Истинная экзема начинается с появления на коже нескольких отечных и покрасневших участков, на которых затем возникают высыпания: очень мелкие папулы или везикулы. После быстрого вскрытия элементов сыпи образуются микроэрозии, из глубины которых отделяется обильный серозный экссудат. Благодаря этому экзематозные эрозии еще называют «серозными колодцами». Экссудат является причиной постоянного мокнутия поверхности пораженных участков кожи. Развитие элементов сыпи заканчивается образованием корочек. Высыпания при истинной экземе

располагаются очагами с неровными контурами и могут локализоваться по всему кожному покрову. Наиболее часто заболевание начинается с поражения кожи лица и кистей. Очаги имеют симметричный характер. Лишь в редких случаях наблюдается единичный участок поражения.

Для истинной экземы характерным признаком является эволюционный полиморфизм, обусловленный одновременным присутствием на пораженном участке кожи элементов сыпи в различной стадии развития: покраснения, везикулы, эрозии и корочки. Кожные изменения сопровождаются постоянным зудом. Он может быть выражен в разной степени, но довольно часто зуд настолько силен, что приводит к нарушениям сна и невротическим расстройствам.

Постепенно острое развитие истинной экземы сменяется ее хроническим течением. При этом происходит нарастающее уплотнение пораженных участков кожи, изменение их цвета в сторону застойной красновато-синеватой окраски, кожный рисунок становится более выражен, появляется шелушение. На фоне этих изменений могут возникать новые папулы и везикулы с образованием мокнущей поверхности. Подобное чередование острого воспалительного процесса с хроническими проявлениями относится к характерным для истинной экземы признакам.

Приняв хроническое течение истинная экзема может длиться годами. В области разрешившихся очагов образуются депигментированные или пигментные пятна, которые постепенно проходят. Возникают участки шелушащейся и сухой кожи, на которых образуются трещины, а на подошвах и ладонях возможно образование мозолистых участков гиперкератоза с трещинами. Истинная экзема может осложниться присоединением инфекции с развитием пиодермии и образованием гнойных пустул.

Диагностика

Диагноз истинной экземы позволяет поставить характерная для нее клиническая картина. При опросе пациента большое внимание уделяется

выявлению факторов, спровоцировавших начало заболевания. Проводятся общеклинические исследования: анализ крови и мочи, определение Ig E. При наличии показаний осуществляется иммунологическое и аллергологическое обследование пациента. При присоединении вторичной инфекции проводят посев отделяемого с определением чувствительности к антибиотикам. Сложные в диагностическом плане случаи истинной экземы требуют проведения биопсии пораженного участка кожи.

Лечение истинной экземы

Медикаментозную терапию в острой стадии истинной экземы начинают с антигистаминных препаратов I поколения: прометазин, акривастин, хлоропирамин, мебгидролин. В последующем применяют препараты II и III поколения: цетиризин, лоратадин, эбастин, терфенадин и др. В случае выраженного воспалительного процесса показаны кортикостероиды внутрь: преднизалон, бетаметазон. При выраженной экссудации дерматологи дополнительно назначают внутримышечные введения раствора глюконата кальция.

В местном лечении истинной экземы используют вяжущие вещества в виде примочек (раствор танина, резорцина). Они уменьшают экссудацию и образуют на поверхности пораженного участка кожи защитную пленку, ограждая его от воздействия внешних раздражителей. В период острого воспаления местно используют так называемые «сильные» глюкокортикостероиды. В процессе стихания воспаления переходят на «средние» и «слабые» глюкокортикостероиды: 0,025% бетаметазона дипропионат, 0,1% гидрокортизон, 0,05% дексаметазон, 0,1% триамцинолон и др.

Присоединение вторичной инфекции делает необходимым назначение антибиотиков и применение мазей, содержащих кортикостероиды и антибиотики. Физиотерапевтическое лечение применяется после стихания воспалительных явлений. При истинной экземе эффективно проведение

ПУВА-терапии, фототерапии с применением лазера, лазеротерапии, криотерапии, озонотерапии и магнитотерапии.

Профилактика

Для успешного лечения и профилактики обострения пациенту следует соблюдать диету, придерживаться правильного режима труда и отдыха, исключить провоцирующие факторы, осуществлять согласованный с врачом уход за кожей. При наличии очагов хронической инфекции необходима их санация. Рекомендуются диспансерное наблюдение участкового дерматолога для контроля течения дерматоза и предупреждения обострений.

Литература

1. Ассоциация полиморфизма +250 A/G Lt α с формированием хронической истинной экземы/ Денисова Я.Е., Чурносов М.И.
2. Экзема: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение // О.В. Павлова - 2010.
3. Основные принципы фармакотерапии экземы/ Думченко В.В., Орлов М.А., Дорфман И.П.// Русский медицинский журнал. - 2015.
4. Общие подходы к терапии экземы в практике врача-интерниста/ Данилова А.А.// Лечащий врач. -2011.