

ЭКЗЕМА

ЭКЗЕМА – ХРОНИЧЕСКОЕ, РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ КОЖИ, ВЫЗЫВАЕМОЕ РАЗЛИЧНЫМИ ЭКЗОГЕННЫМИ И ЭНДОГЕННЫМИ ФАКТОРАМИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ПОЛИМОРФНОЙ СЫПЬЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ХАРАКТЕРА, СИЛЬНЫМ ЗУДОМ.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- Развитие болезни зависит от сочетания генетической предрасположенности; наличия иммунных, нейрогенных, обменных нарушений; желудочно-кишечных и эндокринных заболеваний.
- Имеет значение сенсibilизация к различным аллергенам и действие дополнительных неспецифических факторов (биологических, химических, профессиональных, бытовых, экологических, бактериальных).
- Генетическая предрасположенность: имеет место полигенное мультифакториальное наследование, при наличии экземы у одного родителя – вероятность заболевания ребенка – 40%, у двоих -50-60%.

- У больных экземой часто отмечаются функциональные нарушения со стороны ЦНС, безусловные рефлексы преобладают над условными, активность парасимпатической НС над симпатической, отмечается повышение чувствительности кожных рецепторов.
- Стрессовые ситуации являются важным пусковым фактором возникновения экземы.
- У больных экземой может определяться иммунодефицит по клеточному, гуморальному и фагоцитарному звеньям.
- Аллергическая реактивность в начале болезни – моновалентна, в дальнейшем – поливалентна.
- Экзематозные изменения кожи – результат гиперчувствительности замедленного типа.

- В развитии экземы главную роль играют Т-лимфоциты (Th1-популяция), снижается их киллерная и супрессорная активность.
- В результате иммунных сдвигов происходит выброс биологически активных веществ (простагландинов, лейкотриенов, гистамина), что вызывает развитие тканевых реакций воспаления, что клинически проявляется аллергическим ответом в виде гиперемии, отека, зуда.
- Появление бактериальных, грибковых антигенов, экзотоксинов резко усиливает иммунное воспаление в коже, приводя к обострениям (к ним вырабатываются специфические Ig E).

- Характерны нарушения эндокринной системы: повышается содержание АКТГ, кортизола, ТТГ, трийодтиронина.
- В связи с недостаточностью гипофизарно-надпочечниковой системы, преобладания парасимпатических медиаторов в коже повышается проницаемость стенок сосудов, нарушается капиллярное кровообращение, возникает гиперкоагуляция, склонность к тромбозам.
- Возникновению экземы способствует патология ЖКТ, что сопровождается дисбактериозом, нарушением пищеварения и всасывания.
- В результате в кровь всасывается нерасщепленный белок и это способствует формированию истинной и псевдоаллергии.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЭКЗЕМЫ:

На основании клинических проявлений и особенностей течения выделяют:

□ **1.Истинная экзема:**

- пруригинозная
- дисгидротическая

□ **2.Микробная экзема:**

- нуммулярная
- паратравматическая
- варикозная
- сикозиформная
- экзема сосков

-
- **3.Себорейная экзема**
 - **4.Тилотическая экзема**
 - **5.Профессиональная экзема**
 - **6.Детская экзема**

В зависимости от сроков существования заболевания различают:

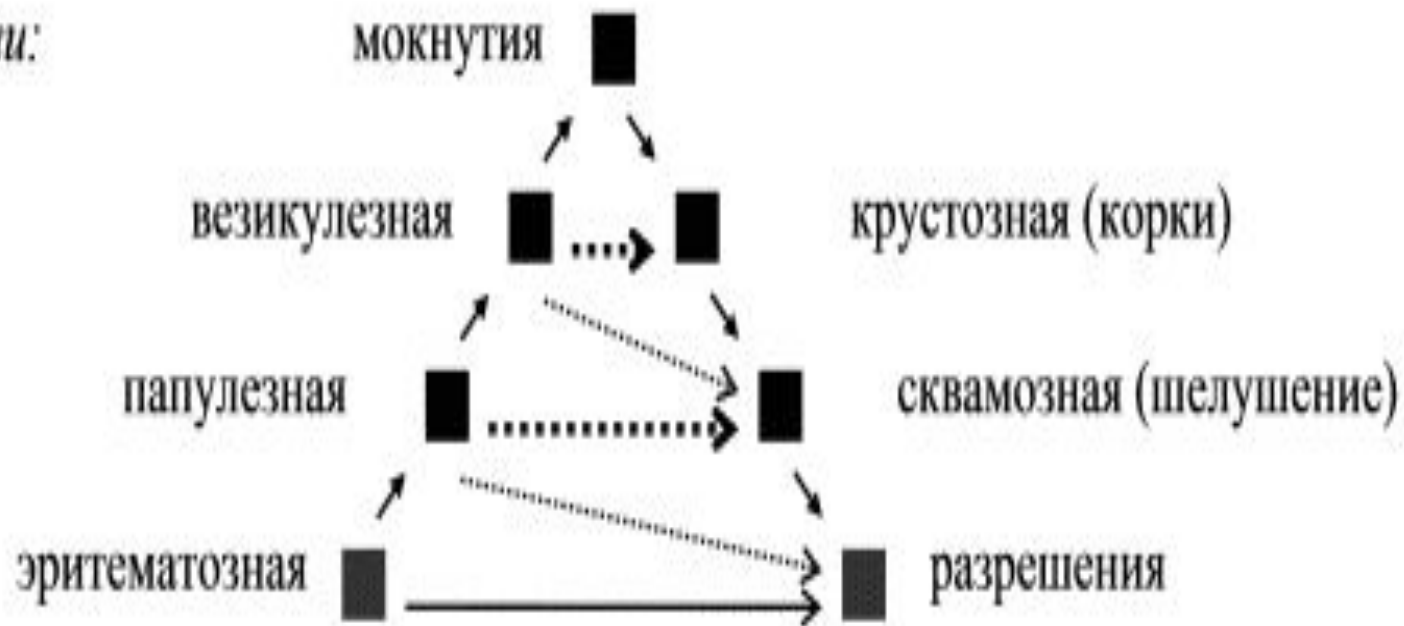
- **острую** (до 3 мес);
- **подострую** (от 3 до 6 мес);
- **хроническую** (более 6 мес) экзему.

ИСТИННАЯ ЭКЗЕМА.

- Проявляется островоспалительной эритемой и отеком, на ее фоне формируются микровезикулы, экссудативные папулы. После их вскрытия образуются точечные эрозии (серозные колодцы), из которых выделяется экссудат, образуя участки мокнутия с мацерированным и слущенным эпителием. На их месте формируются серовато-желтые корки, затем наступает эпителизация.
- Характерен полиморфизм высыпаний.
- Выражен зуд и жжение, может быть боль
- По преобладанию высыпаний выделяют: эритематозную, папуловезикулезную, стадию мокнутия и корковую стадию.

Треугольник Крейбиха.

стадии:



-
- Поражение кожи чаще начинается с кистей или стоп.
 - Характерно чередование пораженных участков кожи с непораженными – «архипелаг островов».
 - Высыпания симметричные, со склонностью к распространению.
 - Для подострого течения характерна меньшая степень гиперемии, менее выражено мокнутие, зуд.
 - Переход острого течения в хроническое совершается постепенно и определяется по нарастающей инфильтрации, лихенизации, застойной эритеме.





РАЗНОВИДНОСТИ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМЫ:

Пруригинозная экзема:

- Отличается высыпаниями мелких (1-2мм) папуловезикулезных элементов на уплотненном основании, не вскрывающихся и не образующих эрозий, на лице, в локтевых сгибах, подколенных впадинах и паховой области.
- Вследствие длительного течения, множественных расчесов и инфильтрации, кожа становится сухой, грубой, возникают очаги гиперпигментации и лихенизации.
- Характерно: приступообразный зуд, невротические расстройства, нарушение сна.



Дисгидротическая экзема:

- Первичные высыпания – сагоподобные с плотной покрывкой пузырьки и пузыри, после вскрытия которых обнажается мокнущая поверхность, по периферии которой нависают обрывки бывшей пузырьной покрывки.
- Локализация – на ладонях и подошвах.
- Характерно слияние отдельных очажков и образование участков различной формы и величины с красным воспалительным центром и периферической роговой каймой.
- Могут быть трофические изменения ногтей.



МИКРОБНАЯ ЭКЗЕМА.

- Развивается на фоне сенсibilизации к различным инфекционным факторам (грибковым, бактериальным).
- Может развиваться на местах травмирования кожи или очагов пиодермии.
- Очаги распространяются ассиметрично, чаще на коже нижних конечностей, склонны к периферическому росту.
- Очаги – воспалительные, резко отграниченные, различных размеров с наличием эритемы, умеренной инфильтрации, папул, везикул, эрозий; возможно появление пустул, наличие гнойных, геморрагических или серозных корок.
- Вокруг очагов могут быть отсевы



Монетовидная(нуммулярная) экзема:

- Характерно: инфильтрация, лихенификация, резкая отграниченность очагов поражения; форма очагов – правильно круглая.
- В отличие от микробной экземы здесь экссудация и мокнутие незначительны, но часто имеется выраженная везикуляция («колодцы»), отмечаются чешуйки и серозно-гнойные корки, но большого их скопления нет.
- Локализация: преимущественно – на кистях и разгибательных поверхностях предплечий, реже на голенях и бедрах, туловище и лице.



Паратравматическая экзема:

- Развивается на фоне сосудистой патологии и при наличии хронических очагов инфекции, в области послеоперационных рубцов, при переломах костей, остеосинтезе, при наложении гипсовых повязок.
- Характеризуется островоспалительной эритемой и папуло-везикулезной сыпью.
- Характерно образование желтовато-серых, гемморагических слоистых корок.
- Возможно поверхностное склерозирование кожи и отложение гемосидерина в тканях.



Варикозная (гипостатическая) экзема:

- Возникает на фоне варикозной болезни нижних конечностей.
- Кожа голеней становится атрофичной, ее рисунок сглажен, выпадают волосы, атрофируются сальные железы.
- На фоне застойной эритемы формируются везикулезно-папуло-пустулезные элементы, инфильтрация, образуются корки серозно-гнойного характера.
- Очаги склерозируются, образуются вегетации.

SKINMASTER.RU



2059

Из коллекции Сергеева Ю. В.

Сикозиформная экзема:

- Образуется на фоне сикоза, процесс выходит за пределы области оволосения.
- Отмечаются экзематозные «колодцы», мокнутие, зуд, происходит лихенизация кожи.
- Локализация: верхняя губа, борода, подмышечные области, лобок.

Экзема сосков:

- Часто является следствием травмы, полученной при вскармливании ребенка.
- На фоне невыраженной инфильтрации, эритемы, мокнутия с наличием серозно-геморрагических корок, шелушения, возможно появление пустул и трещин.
- Процесс носит двухсторонний характер.



СЕБОРЕЙНАЯ ЭКЗЕМА.

- Различают 2 формы:
- 1 форма: процесс начинается с волосистой части головы, затем переходит на ушные раковины, шею, грудь, сгибательные поверхности верхних конечностей.
- Характерна значительная экссудация и сильный зуд.
- На волосистой части головы – большое количество отрубевидных серовато-белых чешуек, вследствие мокнутия скапливается большое количество корок.
- В заушных складках – трещины, кожа отечна, гиперемирована, мокнет, покрыта корками.

-
- Периоды мокнутия сменяются периодами большой сухости кожи.
 - По краю волосистой части головы – широкая кайма воспаленной кожи, покрытая чешуйками и корками, имеет ровные границы, иногда выпадают волосы.
 - 2 форма: почти не сопровождается субъективными ощущениями, не мокнет.
 - Локализация: кожа лица, туловища и конечностей.
 - Характеризуется резко отграниченными, розовато-желтыми слегка шелушащимися пятнами, иногда сопровождаются узелковыми высыпаниями.



ТИЛОТИЧЕСКАЯ (РОГОВАЯ) ЭКЗЕМА.

- Локализация: ладони, подошвы.
- Характерен гиперкератоз, большое количество трещин, воспалительные явления выражены нерезко, зуд значительный.
- Очаги отграничены нерезко.
- Чаще наблюдается у женщин в климактерическом периоде.



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЭКЗЕМА.

- Возникает в результате длительной сенсibilизации производственными факторами.
- На коже, в местах контакта с аллергеном: эритема, инфильтрация, отек, папулезные высыпания, везикуляции с последующим мокнутием, появлением эрозий и корок.
- Выражен зуд.

ДЕТСКАЯ ЭКЗЕМА.

- Развивается в раннем возрасте (до 3 лет).
- Локализация: лицо, волосистая часть головы, ягодицы, кисти, голени, живот.
- На коже образуются эритематозные пятна, отек, папулы, везикулы, при развитии вторичного инфицирования – пустулы.
- На местах пузырьковых элементов образуются серозные и геморрагические корочки, при расчесывании корок образуются эрозии.



ГИСТОПАТОЛОГИЯ.

- При остром течении в эпидермисе – паракератоз, очаговый спонгиоз и отек сосочкового слоя дермы с расширением сосудов и лимфоцитарным инфильтратом вокруг них.
- Для хронической формы характерны массивный гиперкератоз, паракератоз, акантоз, местами многоядерность базального слоя, расширение сосудов верхней половины дермы, периваскулярные инфильтраты, состоящие из гистиоцитов с примесью небольшого количества лимфоцитов. Отек выражен незначительно.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

- Истинную экзему дифференцируют с атопическим дерматитом.
- Себорейную экзему – с псориазом, дискоидной красной волчанкой, эритематозной пузырчаткой.
- Экзему сосков – с раком Педжета молочных желез.
- Распространенные высыпания при экземе дифференцируют от подобных проявлений при псориазе, Т-клеточной лимфоме и красном волосяном лишае Девержи.

ЛЕЧЕНИЕ ЭКЗЕМЫ.

- Лечение проводят с учетом этиологии, особенностей клинической картины, распространенности процесса, стадии заболевания и сопутствующей патологии.
- Немедикаментозное лечение: исключение контактов с возможными аллергенами, гипоаллергенная диета, ограничение психоэмоциональных нагрузок.
- Медикаментозное лечение включает препараты системного и наружного действия.

Общие принципы лечения:

- Антигистаминные препараты
- Гипосенсибилизирующие средства (препараты кальция, тиосульфат натрия)
- Седативные препараты
- Витаминотерапия
- Кортикостероидные препараты системно и местно
- Иммуномодуляторы
- Пасты, содержащие ихтиол, деготь, нафталан
- При микробной экземе добавляются: антибактериальные ЛС, местно – мази с антибиотиками, анилиновые красители.

Системное лечение:

1. Антигистаминные препараты I поколения:

- Акривастин внутрь 8 мг 2 р/сут, 14-20сут,
- Мебгидролин внутрь 100 мг 2 р/сут, 10-20сут,
- Прометазин в/м 50 мг 1 р/сут, 5-10сут,
- Хлоропирамин в/м 20 мг 2р/сут, 5-10сут и др.

В дальнейшем используют ЛС II и III поколений:

- Акривастин внутрь 8 мг 2 р/сут, 14-20сут,
- Лоратадин внутрь 10 мг 1 р/сут, 10-20сут,
- Терфенадин внутрь 60 мг 2 р/сут, 10-20сут,
- Эбастин внутрь 10 мг 1р/сут, 10-20сут,
- Хифенадин внутрь 25 мг 2 р/сут, 10-20сут.

2. Гипосенсибилизирующие средства:

- Кальция глюконат, 10% р-р, в/м 10мл 1р/сут, 10сут,
- Кальция пантотенат внутрь 100мг 3 р/сут, 10 сут,
- Натрия тиосульфат, 30% р-р.

3. Нормализация функции ЦНС:

- Седативные препараты растительного происхождения (настойка валерианы, пустырника, пиона),
- Транквилизаторы (нозепам, хлордиазепоксид, феназепам, диазепам).

4. Глюкокортикоидные препараты:

- Бетаметазон – в/м 2мг/5мг однократно,
- Преднизолон – внутрь 15-20 мг/сут, 14-25 сут.

5. Антибиотики широкого спектра действия

(при микробной экземе)

Препараты выбора:

- Азитромицин внутрь 500 мг/сут в первые сут., затем 250мг 1р/сут, 4 сут,
- Ампициллин в/м 500 мг 4р/сут, 6-8 сут, или внутрь 500 мг 4 р/сут, 5-7 сут,
- Гентамицин в/м 3 мг/кг/сут, 2р/сут, 6-8 сут,
- Доксициклин внутрь 100мг 2р/сут 5-7 сут.

Альтернативные препараты:

- Левофлоксацин, линкомицин, флоксацин, цефазолин, цефотаксим, ципрофлоксацин.

□ 6. Ретиноиды:

- При тилотической экземе в случаях выраженной инфильтрации, гиперкератозе.
- Ацитретин внутрь 10-30 мг/сут.

Местное лечение.

1. При наличии островоспалительных явлений с микровезикуляцией, мокнутием, отеком, эритемой используют растворы противовоспалительных средств в виде примочек:

- 0,01-0,1% р-ры калия перманганата,
- 0,25 % р-р нитрата серебра,
- Резорцинол, 1% р-р.

2. По мере уменьшения экссудации применяют:

- влажно-высыхающие повязки, кремы.

При отсутствии мокнутия:

- пасты, кремы, мази (с ихтиолом, дегтем).

3. При наличии эрозий, трещин, эксфолиаций используют:

- Р-ры анилиновых красителей (бриллиантовый зеленый, спирт. р-р, местно, 3 р/сут),
- Фукорцин местно 3 р/сут, 10-16 сут,
- Регенерирующие препараты (метилурацил, декспантенол).

4. Глюкокортикоидные препараты:

- Слабой противовоспалительной активности -гидрокортизон, преднизолон,
- Умеренной - флуметазон, триамциналон, гидрокортизона бутират,
- Высокой – мометазона фуроат, бетаметазон, флуоцинолон ацетонид,
- Очень высокой – клобетазон.

5. Комбинированные препараты (ГКС + АБ):

- Бетаметазон/фузидовая кислота
- Гентамицин/бетаметазон/клотримазол
- Гидрокортизон/фузидовая кислота
- Мази, содержащие только антибиотики:
- Гентамицин, мупироцин, неомицин, тетрациклин.

Физиотерапия.

- Гелий-неоновое лазерное облучение.
- Ультрафиолетовое (селективная фототерапия, общая и локальная фотохимиотерапия) облучение.
- ПУФА – терапия (воздействие псораленом и ультрафиолетовым излучением зоны А) – в тяжелых случаях и выраженной инфильтрации.