

УДК:616.5-002:616-056.3:616.521

# Деякі питання класифікації, особливості клінічних проявів справжньої екземи та перспективи лікування хворих

Ищeyкин К.Е.

*Українська медична стоматологічна академія, Полтава*

**НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ**  
Ищeyкин К.Е.

Обосновывается рациональность выбора различных препаратов в лечении экземы в зависимости от активности воспалительного процесса и характера клинического течения экземы.

**CERTAIN QUESTIONS ON THE CLASSIFICATION, PECULIARITIES OF CLINICAL PRESENTATIONS OF TRUE ECZEMA AND PERSPECTIVES OF PATIENTS' TREATMENT**  
Ishcheykin K.Ye.

A background on rational choice from various medicines in eczema treatment depending on inflammatory process activity and characteristics of eczema clinical course is presented.

Зазвичай визначення поняття екземи асоціюється із зовнішніми проявами; так наприклад, М.Г. Короткий [2] дає таке визначення: екзема – хронічне, рецидивуюче захворювання з гостро запальними симптомами, зумовленими серозним запаленням епідермісу та дерми; а А.О. Кубанова [3] – екзема являє собою гостре, рідше хронічне рецидивуюче захворювання, що характеризується появою поліморфної висипки, сильним свербіжем та гострою запальною реакцією, зумовленою серозним запаленням шкіри. Ці визначення є практично ідентичними, але в жодному з них відсутні посилання на етіологію та патогенез. Розглянемо конспективно класифікації екземи для обґрунтування її терапії.

У цей час ще не існує загально визнаної класифікації екземи. Більшість класифікацій враховують клінічні прояви або ступінь виразності запалення без урахування провідного фактору в розвитку захворювання, що не дає можливості достатньо ефективно лікувати хворих, оскільки в кожного з них відмічається окремий патогенетичний чинник. Останні роки дослідники частіше за все користуються патогенетичною класифі-

кацією екземи (Каруна Б.І. 1989), згідно якої виділяються 8 провідних патогенетичних факторів:

- 1) порушення функцій центральної нервової системи;
- 2) порушення діяльності вегетативної нервової системи та обміну нейромедіаторів;
- 3) розлад функцій ендокринних залоз;
- 4) порушення шлунково-кишкового тракту;
- 5) порушення функцій органів виділення;
- 6) порушення діяльності серцево-судинної системи;
- 7) порушення імунітету;
- 8) зміни обміну білків, жирів, вуглеводів, вітамінів та мікроелементів.

Як ми зазначили в попередній публікації, суттєвим фактором у розвитку екземи, на наш погляд, є порушення генів білків шкіри.

За гостротою перебігу процесу розрізняють:

- гостру екзему;
- підгостру екзему;
- хронічну екзему;

при цьому не тривалість існування дерматозу, а гістоструктура та клінічна картина визнача-

ють форму екземи. Так, гостра форма характеризується наявністю вираженого мокнуття, яке в підгострій стадії послаблюється, але посилюється акантоз і клітинна інфільтрація сосочкового шару дерми. Для хронічної екземи типова виражена ліхеніфікація (посилення шкірного малюнку і інфільтрація шкіри, яку важко зібрати у складку) [3].

Основними характерними клінічними особливостями гострої екземи є:

- поліморфізм висипань;
- їх симетричне розташування;
- наявність пухирців;
- мокнуття;
- відсутність різкої межі висипки;
- наявність сильного свербіння.

Розвиток – хвилеподібний, спалахами; звідси – поліморфізм висипів.

Підгостра фаза настає тоді, коли мокнуття поступово зменшується, висипання пухирців зупиняється.

Хронічна екзема характеризується ущільненою ліхеніфікованою шкірою, яка важко збирається в складку; при цьому природній малюнок шкіри підсилений, колір її темно-червоний, має місце лущення шкіри.

За розповсюдженістю процесу розрізняють:

- локальну екзему;
- дисеміновану екзему;
- генералізовану екзему (еритродермія).

За клінічними проявами розрізняють такі види екземи:

- справжня екзема;
- мікробна екзема;
- вторинна екзематизація різних дерматозів.

Можливо припустити мікробну екзему та вторинну екзематизацію, як ускладнення; можливий зв'язок з гетерозиготним неповним домінуванням.

У даному огляді ми зупинимось тільки на справжній екземі та її різновидах.

**Пруригінозна екзема** проявляється висипами дрібних непрориваючих та не утворюючих ерозій папуловезикульозних елементів на ущільненій основі.

**Дисгідротична екзема** характеризується утворенням дрібних, рідше – великих, багатокамernih, щільних на дотик пухирців на бокових поверхнях пальців, іноді – на шкірі долонь і підшов. Розташовуючись в епідермісі, пухирці просвічують крізь нього, нагадуючи зерна звареного рису; пухирці можуть прориватися, перетворюючись у садни або утворюючи жовтуватого

кольору скоринки. Осередки ураження різко обмежені, з вираженим запальним забарвленням, що відрізняє дисгідротичну екзему від дисгідротичної епідермофітії, при якій у покривках пухирців на склепінні стоп знаходять нитки міцелію гриба епідермофітону.

**Ліхеніфікована екзема** характеризується двома клінічними ознаками: інфільтрацією шкіри та її ліхеніфікацією. При цій різновидності екземи рідко з'являються пухирці та мокнуття, колір осередків ураження мало відрізняється від забарвлення оточуючої шкіри. Найбільш часта локалізація ліхеніфікованої екземи – шия, тулуб, кінцівки.

**Монетоподібна екзема** клінічно виявляється не тільки інфільтрацією і ліхеніфікацією, але й різкою обмеженістю осередків ураження. На відміну від мікробної екземи, ексудація та мокнуття при монетоподібній екземі незначні; у той же час часто має місце виражена везикуляція, нерідкі лусочки й скоринки. Монетоподібна екзема, на відміну від мікробної, локалізується переважно на верхніх кінцівках, дуже рідко – на тулубі й обличчі.

**Рогова екзема** – різновид хронічної екземи, що виявляється в основному гіперкератозом на долонях, а також глибокими тріщинами, що спричиняють хворому страждання більші, ніж сам екзематозний процес.

**Себорейна екзема** характеризується локалізацією осередків ураження на шкірі волосної частини голови, обличчя, грудей, у між лопатковій області, в шкіряних складках за вухами, у пахвових западинах, у пахових складках, де часто виникають прояви себореї. Осередки себорейної екземи мають доволі ясно окреслені межі. Забарвлення осередків червоне з жовтуватим відтінком, поверхня їх часто покрита численними лусочками. Інфільтрація – потовщення та ущільнення уражених ділянок шкіри – не така велика, як за звичайного варіанту перебігу хронічної екземи.

**Екзема статевих органів і області заднього проходу** у чоловіків виявляється гіперемією та сильним набряком статевого члену аж до утворення фімозу, у жінок – гіперемією та сильним набряком статевих губ (при сенсibiliзації до протизаплідних засобів). Основна скарга хворих – нестерпне свербіння, з якого більшою частиною починається захворювання в анамнезі (глисти, геморої, діабет, хронічний простатит, білі, хронічні захворювання жіночих статевих органів, проктит, парапроктит, хронічні запори).

**Інтертригінозна екзема** клінічно характе-

ризується появою осередків ураження в складках шкіри (під грудними залозами, стегновомошонкова, пахвова області, сіднична складка). Процес обмежений від оточуючої шкіри не різко. Цією формою екземи хворіють частіше огрядні пацієнти, схильні до гіпергідрозу, а також хворі на діабет та на інші хвороби обміну речовин.

**Дитяча екзема** розвивається, як правило, у огрядних перегодованих дітей. У її етіології та патогенезі велику роль відіграють харчові алергени, порушення травлення й захворювання шлунково-кишкового тракту, неправильний режим вигодовування дитини. Найбільш частою локалізацією дитячої екземи є волоссяна частина голови, обличчя, чоло, щоки, підборіддя, нерідко – тулуб і кінцівки. Процес починається більшою частиною з утворення жовтуватих щільних лусочок і скоринок („молочні скоринки“), при видаленні яких бачимо яскраво-червону запалену шкіру. В подальшому кількість цих лусочок і скоринок зростає, з'являються вузлики, пухирці, мокнуття. Свербіння може досягати великої сили, внаслідок чого дитина стає вередливою, намагається розчухувати уражені місця.

**Професійна екзема** розвивається в результаті тривалого (тижні, місяці, а іноді й роки) професійного контакту з певними алергенами. Спочатку ця різновидність екземи перебігає, як алергічний контактний дерматит, який через продовжену дію сенсibilізуючого агенту перетворюється в хронічний процес – у контактну екзему. Клінічно професійна екзема протікає за типом істинної екземи. Висипання звичайно виникають на відкритих місцях (обличчя, міжпальцеві складки, згинальна поверхня передпліччя, тил кисті). Пізніше висип з відкритих ділянок може поширюватися на закриті одежею. Розпізнання професійної екземи полегшується тим, що вона виникає у зв'язку з роботою, звичайно зникає після її припинення та рецидивує, коли робота відновлюється. Нерідко клінічна картина однотипна і захворюваність має масовий характер.

В основі лікування екземи покладені принципи етіопатогенезу екземи, тому не можна уникнути й симптоматичного лікування.

У лікуванні хворих на екзему одним із важливих моментів є патогенетично обґрунтоване призначення лікарських препаратів з урахуванням виявленої патології внутрішніх органів, ендокринної та нервової систем, обміну речовин. План лікування хворих на екзему залежить від характеру виявлених порушень, розповсюдженості, гостро-

ти та клінічного перебігу шкірного процесу, віку і переносності лікарняних засобів [4, 10].

Важливе місце відводять раціональному харчуванню. При загостренні дерматозу рекомендують дієту, що має достатню енергетичну цінність; обмежують кількість вуглеводів, поваренної солі (до 2 г на добу), рідини. Велике значення в лікуванні екземи має нормалізація функції нервової системи. З седативних засобів призначають препарати бромиду (0,25-3-відсоткового розчину натрій броміду), препарати валеріани, собачої кропиви (*Leonurus L.*), півонії (*Paeonia L.*) [4, 6]. При більш тяжких порушеннях нервово-психічного стану, що виявляється емоційною напругою, збудженням, безсонням, використовують транквілізатори у низьких дозах: нозепам (Мазепам, Оксазепам), еленіум, триоксазин. При вираженому свербінні в сполученні з порушеннями сну, роздратованістю, станом збудження, психопатологічною симптоматикою ефективні епізодичні приймання амінозину по 0,25 г, звичайно на ніч. Рекомендується використання й інших нейрорептиків (терилену, тизерцину) [4, 10].

З гіпосенсибілізуючих препаратів показано призначення засобів неспецифічної гіпосенсибілізації – препарати кальцію (10-відсотковий розчин хлорид кальцію, внутрішньовенно, 10-відсотковий розчин глюконат кальцію, внутрішньом'язово) і тіосульфату натрію (30-відсотковий розчин, внутрішньовенно) [6, 10].

З антигістамінних препаратів при екземі використовують препарати, що діють переважно на *H1*-рецептори (хлоропірамін, хіфенадин, мебгідролін, клемастин, астемізол, лоратадин) [5], а також на *H2*-рецептори (циметидин, ранітидин). Використовують й інші препарати медіаторної спрямованості для перорального введення: димебон, ципрогептадин, кетотифен [10].

При тяжкому перебігу екземи, особливо при генералізованих формах, призначають кортикостероїдні препарати (дексаметазон, преднізолон, гідрокортизон) [6, 10]. При хронічному, часто рецидивуючому перебігу екземи, з кортикостероїдних препаратів показаний бетаметазон – оказує швидку і пролонговану дію.

Обов'язкове призначення ентеросорбентів (активоване вугілля, «Ентеросгель»), які мають здатність сорбувати й запобігати всмоктуванню алергенів і токсинів з травного тракту та виявляють протизапальну і імунокорегуючу дію [7]. Призначають вітаміни, особливо групи *A*, *B*, антиоксиданти (аскорбінова кислота, токоферол,

емоксипін) [6, 10].

Після зменшення вияву гострих запальних явищ хворим на екзему призначають засоби неспецифічної імунотерапії: екстракт вилочкової залози, Тимоген [4, 6].

У випадку сполучення екземи з порушенням функції органів травлення (гастродуоденіт, гепатит, панкреатит) призначають препарати, що містять ферменти підшлункової залози, гепатопротектори [4]. При наявності дисбактеріозу рекомендують препарати, що містять лактобактерії та біфідобактерії. Для поліпшення мікроциркуляції (особливо у пацієнтів з цукровим діабетом, атеросклерозом, варикозним симптомомкомплексом) рекомендують використовувати ксантинола нікотинат, у тяжких випадках використовують Пірикарбат) [1, 10].

При мікробній екземі та при ускладненні справжньої екземи піококовою інфекцією використовують антибактеріальні препарати з урахуванням чутливості флори [4, 10].

В останній час у лікуванні екземи широко застосовують фізіотерапевтичні методи лікування. Перспективним є використання електромагнітного випромінювання, особливо мікрохвильової резонансної терапії, яка має протисвербіжну, протизапальну, гіпосенсибілізуючу та імунорегуючу дію [9]. Високоєфективним методом імунорекції при лікуванні хворих на екзему є внутрішньо-

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Ковнеристый А.Е.* Патогенетическое значение нарушений функционального состояния сосудов кожи при хронической экземе // Журн. дерматологии и венерологии. – 1998. - Т. 1, № 5. – С. 34-35.
2. *Короткий Н.Г.* Современная наружная терапия дерматозов (с элементами физиотерапии). – Тверь: Губернская медицина, 2001. – 194 с.
3. *Кубанова А.А., Кисина В.И.* Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем: Руковод. для практикующих врачей. - М., 2005. - С. 404.
4. *Кулага В.В., Романенко И.М.* Лечение заболеваний кожи: Справочн. руковод. – Луганск: Полибланк, 1996. – 415 с.
5. *Кулагин В.И., Хамаганова Н.В., Акулова С.Е.* Кларитин в комплексном лечении аллергодерматозов у детей // Вестн. дерматологии и венерологии. – 1996. - № 1. – С. 46.
6. *Никулин Н.К., Пантелеева Г.А., Дмитренко К.В.* Экзема: патогенетическая терапия // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2000. - № 4. – С. 48.
7. *Петрусенко Е.А., Кутасевич Я.Ф., Кондакова А.И.* Энтеросорбенты в комплексной те-

рапии больных аллергодерматозами и их влияние на перекисное окисление липидов сыворотки крови // Журн. дерматологии и венерологии. – 1997. - № 2. – С. 56-58.

рапии больных аллергодерматозами и их влияние на перекисное окисление липидов сыворотки крови // Журн. дерматологии и венерологии. – 1997. - № 2. – С. 56-58.

8. *Прохоренко В.И., Плотников А.В.* Применение внутрисосудистой лазерной терапии при лечении больных экземой // Вестн. дерматологии и венерологии. – 1991. - № 1. – С. 34.

9. *Пуришкіна О.Д.* Вплив мікрохвильової резонансної терапії на жирно-кислотний спектр сироватки крові хворих на екзему / Проблеми, досягнення і перспективи медико-біологічних наук і проблем здравоохранения. - Симферополь, 1998. - Т. 1, ч. 1. – С. 199-202.

10. *Солошенко Э.Н.* Экзема: современные представления об этиопатогенезе и методах рациональной терапии // Междунар. мед. журн. – 1997. - № 3. – С. 24-29.

11. *Шахтмейстер И.Я., Шимановский Н.Л.* Проблемы совершенствования фармакотерапии воспалительных и аллергических дерматозов с помощью наружных лекарственных средств глюкокортикоидной природы // Вестн. дерматологии и венерологии. – 1998. - № 2. – С. 27.

незважаючи на різноманітність засобів і методів, що використовуються, проблема лікування екземи залишається до кінця не вирішеною, що зумовлює необхідність пошуку нових препаратів патогенетичної терапії.