

# Pocket Guide to Eczema and Contact Dermatitis

Colin Holden

BSc, MD, FRCP

Consultant Dermatologist

Department of Dermatology

St Helier Hospital

Carshalton, Surrey

Lucy Ostlere

BSc, MRCP, MD

Consultant Dermatologist

St George's Hospital

London



**Blackwell  
Science**

**К.Холден, Л.Остлер**

# **ЭКЗЕМА И КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ**

**Карманный справочник**

Перевод с английского

Второе издание



**Москва**  
**«МЕДпресс-информ»**  
**2009**

УДК [616.5-002+616.521] (035)

ББК 55.83я2

X71

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

*Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.*

*Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.*

Перевод с английского: **В.В.Мордовцева**

**Холден К.**

X71 Экзема и контактный дерматит : карманный справочник / Колин Холден, Люси Остлер ; пер. с англ. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 112 с. : ил.

ISBN 5-98322-600-2

Экзематозные поражения кожи составляют около 10% всех случаев обращения пациентов различных возрастных групп в клиники, и заболеваемость ими продолжает увеличиваться. Это может существенно сказываться на качестве жизни, не говоря о том, что экзема часто сопутствует профессиональным заболеваниям.

Существует много форм экземы, и правильная постановка диагноза определяет возможность излечения, помогает избежать ошибок и своевременно направить пациента в соответствующую клинику.

Данное издание с прекрасными иллюстрациями поможет практикующим врачам и медицинским сестрам, работающим по дерматологическому профилю, как в клинике, так и на дому, разбираться в различных формах экземы, рекомендовать адекватное лечение и выявлять случаи вероятного контактного аллергического дерматита с тем, чтобы направлять пациентов для уточнения диагноза и дальнейшего лечения в специализированные лечебные учреждения.

УДК [616.5-002+616.521] (035)

ББК 55.83я2

ISBN 0-632-05437-9

ISBN 5-98322-600-2

© Издание опубликовано при содействии  
**Blackwell Publishing, Oxford**

© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление. Издательство «МЕДпресс-информ», 2009

## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие .....	6
<b>Часть I. Экзема</b> .....	7
1. Введение .....	7
2. Атопический дерматит у детей .....	13
3. Себорейный дерматит у детей .....	27
4. Прочие экзематозные заболевания у детей .....	29
5. Атопический дерматит взрослых .....	36
6. Себорейный дерматит взрослых .....	40
7. Дисгидроз и экзема рук .....	45
8. Простой лишай .....	54
9. Астеатодная экзема .....	57
10. Нуммулярная экзема .....	60
11. Эритродермия .....	65
<b>Часть II. Контактный дерматит</b> .....	67
12. Введение .....	67
13. Когда можно заподозрить контактный дерматит .....	68
14. Клинические формы контактного дерматита .....	71
15. Клинические проявления контактного дерматита, вызванного часто встречающимися аллергенами .....	83
16. Кожные аллергические пробы .....	94
17. Контактная крапивница и роль других аллергических тестов .....	100
18. Когда аллергические пробы не показаны? .....	107
<b>Алфавитный указатель</b> .....	109

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Экзематозные поражения составляют около 10% всех случаев обращения пациентов в клинику по поводу заболеваний кожи. Заболеваемость экземой встречается во всех возрастных группах и частота ее продолжает увеличиваться. Это может существенно сказываться на качестве жизни, не говоря о том, что экзема часто сопутствует профессиональным заболеваниям.

В настоящее время расширяется сеть лечебных учреждений, возглавляемых средним медицинским персоналом, в которых населению оказывается помощь.

Существует много форм экземы и правильная постановка диагноза определяет возможность излечения, помогает избежать ошибок и своевременно направить пациента в соответствующую клинику.

Мы надеемся, что этот краткий прекрасно иллюстрированный справочник поможет практикующим врачам и медицинским сестрам, работающим по дерматологическому профилю как в клинике, так и на дому, разбираться в различных формах экземы, рекомендовать адекватное лечение и выявлять случаи вероятного контактного аллергического дерматита с тем, чтобы направлять пациентов для уточнения диагноза и дальнейшего лечения в специализированные лечебные учреждения.

*Колин Холден  
Люси Остлер*

# Часть I

## ЭКЗЕМА

---

### 1

## ВВЕДЕНИЕ

---

Экзема – это наиболее частое дерматологическое заболевание, встречающееся в общетерапевтической практике с частотой около 20–30% всех обращений по поводу жалоб на состояние кожи. Термины «экзема» и «дерматит» обычно рассматриваются как синонимы, однако некоторые авторы считают, что возникновение дерматита связано с воздействием внешних, в том числе профессиональных, факторов, как, например, при контактном дерматите, а развитие экземы предполагает наличие эндогенных причин или генетической предрасположенности.

Постановка диагноза, обследование и лечение больного экземой зависит от распознавания экзематозных изменений на коже, определения остроты процесса и характеристики высыпаний с целью классификации имеющейся у пациента формы экземы (см. «Оценка экземы», с. 12).

### РАСПОЗНАВАНИЕ ЭКЗЕМЫ

Формальное определение экземы представляет собой сочетание гистологических и клинических критериев.

#### Определение экземы

Экзема – это синдром воспалительной реакции кожи, характеризующейся такими гистологическими признаками, как спонгиоз, различной степени выраженности акантоз и поверхностная периваскулярная лимфогистиоцитарная инфильтрация. Клинические признаки экземы могут включать в себя зуд, покраснение и шелушение кожи, наличие сгруппированных папуловезикул. Широкий спектр внешних и внутренних факторов по отдельности и в комбинации могут вызывать заболевание.

Если говорить более детально, то экзема характеризуется воспалением кожи с изменениями в эпидермисе. Основным изменением в эпидермисе при экземе является межклеточный отек, приводящий к отделению кератиноцитов друг от друга. Этот процесс носит название «спонгиоза». В ответ на воспаление эпидермис утолщается за счет отека или пролиферации клеток эпидермиса (акантоз).

Клинически на светлой коже это выглядит как участки эритемы розоватого или красноватого цвета с утолщением эпидермиса и образованием



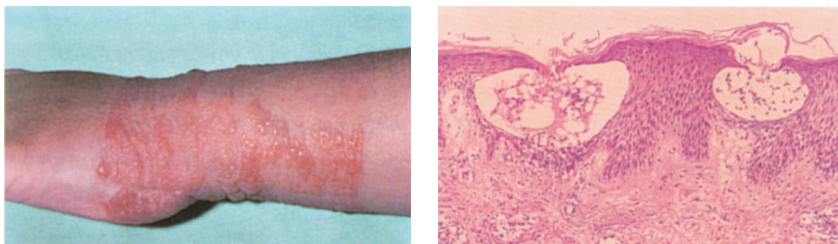
**Рис. 1.1.** Подострая экзема.

корочек и чешуек (рис. 1.1). Обычно в области поражения отмечается ощущение зуда, жжения и покалывания. При этом расчесывание и трение кожи приводят к вторичным изменениям в виде экскориаций и инфицирования. На пигментированной коже эритема бывает плохо заметна, а утолщение кожи и изменения ее поверхности часто более выражены в сочетании с гипер- или гипопигментацией.

#### **ОСТРАЯ ИЛИ ХРОНИЧЕСКАЯ ЭКЗЕМА?**

Клинические проявления экземы различаются в зависимости от локализации, выраженности процесса и длительности высыпаний. Быстро развивающаяся или острая экзема наблюдается редко и обычно характеризуется более тяжелыми проявлениями и большими изменениями эпидермиса. Имеет место значительный спонгиоз, и межклеточный отек нарастает до тех пор, пока не рвутся соединения между кератиноцитами с формированием небольших полостей, заполненных жидкостью (пузырьков), и затем – пузырей (буллезных элементов). Слово «экзема» в переводе с греческого языка означает «закипать», и эти пузырьки действительно как бы «вскипают» на поверхности очагов острой экземы. При нарушении целостности покрывающих пузырьков при расчесывании, на их месте начинается мокнутие (рис. 1.2).

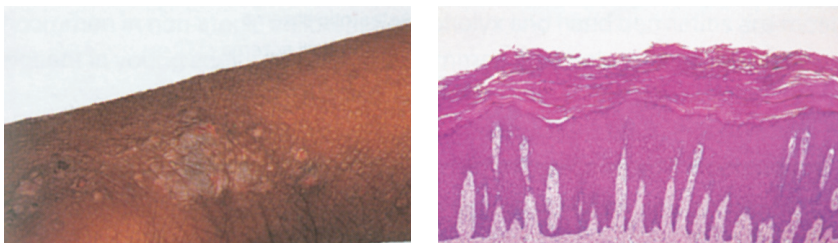
При более часто встречающейся хронической экземе спонгиоз менее выражен и доминируют признаки утолщения эпидермиса (акантоз). Клинически это проявляется участками утолщения кожи более темной окраски, чем окружающий кожный покров, с гиперкератозом и усиленным рисунком кожи (лихенификация) (рис. 1.3). Очевидно, что острая экзема может перейти в хроническую и промежуточные стадии подострой экземы. Однако если при хронической экземе с признаками лихенификации наблюдается мокнутие и образование корочек, необходимо исключить инфицирование.



а

б

**Рис. 1.2. (а)** Контактный дерматит от пластыря Elastoplast. **(б)** Гистологический препарат.



а

б

**Рис. 1.3. (а)** Лихенификация при atopическом дерматите. **(б)** Гистологический препарат.

### КЛАССИФИКАЦИЯ ЭКЗЕМЫ

После того, как установлена экзематозная природа поражения кожи, постановка диагноза зависит от характера высыпаний и их локализации. Основные формы экземы обычно легко определяются по их распределению на коже и подразделяются на эндогенную и экзогенную группы (см. табл. 1.1).

#### Основные положения

Для определения правильной тактики лечения экземы необходимо оценить остроту процесса, так как это влияет на выбор основы или формы медикаментозного средства для наружного применения.

При острой мокнущей везикулезной экземе назначают антисептические примочки (например, 1% раствор ацетата алюминия или раствор перманганата калия 1:10000), кортикостероидные гормональные препараты в форме лосьона или крема.

При сухой хронической экземе назначают жирные смягчающие средства и кортикостероидные мази.



Таблица 1.1

**Основные формы экземы**

Экзогенные	Эндогенные
Контактный дерматит	Атопический дерматит
Аллергический контактный дерматит	Себорейный дерматит
Фотоаллергический контактный дерматит	Экзема от облизывания губ
Инфекционный дерматит	Лишай белый
	Детский подошвенный дерматит
	Дисгидроз и экзема кистей
	Лишай простой
	Нуммулярная экзема*
	Астеатодная экзема
	Гравитационная экзема

В случае экзогенной экземы четко выявляются экзогенные провоцирующие факторы, при этом наследственные механизмы играют незначительную роль. Под термином «эндогенная экзема» подразумевается, что развитие экзематозной реакции не связано с воздействием факторов внешней среды, а возникает в ответ на генетически обусловленные или конституциональные процессы, происходящие в организме. Очевидно, что границы между этими состояниями несколько искусственны и размыты, так, например, при атопическом дерматите имеет место генетическая предрасположенность, но состояние ухудшается под воздействием целого ряда внешних факторов.

Последнее положение чрезвычайно важно, поскольку даже при постановке диагноза эндогенной экземы необходимо выделить причинные или провоцирующие факторы, которые можно устранить или предотвратить их воздействие до того, как состояние перейдет в хроническую форму, и лечить больного можно будет только симптоматическими средствами. Таким образом, провоцирующие дерматит инфекционные процессы (импетиго, дерматомикозы) излечимы, а воздействие раздражающих субстанций и аллергенов можно исключить.

**ЧЕСОТКА**

В случае экземы всегда должен проводиться дифференциальный диагноз с чесоткой, для которой характерен выраженный зуд кожи, усиливающийся в ночное время. Высыпания на теле представлены экскориациями и экзематозными элементами, которые носят очаговый характер, что напоминает «изъеденную молью» поверхность. Элементы сыпи могут быть наиболее выражены в области подмышечных впадин или наружных

\* Авторы используют другой термин, которого нет в отечественной литературе – «дискоидная экзема». – *Примеч. пер.*

половых органов; в этом случае необходимо тщательно осмотреть кожу кистей, запястий, лодыжек и стоп в поисках характерных ходов. Помните о том, что чесотка встречается во всех возрастных группах и может иметь нетипичную клиническую картину в молодом возрасте и у пожилых пациентов.

### ЭКЗЕМА И ВОЗРАСТ

Некоторые формы экземы встречаются с неодинаковой частотой в разных возрастных группах. В большинстве случаев у детей наблюдается экзема, которая может перейти в атопический дерматит. У детей с атопией, определенные внешние факторы могут предрасполагать к специфическим проявлениям, таким как, например, экзема от облизывания губ или дерматит кистей, которые не характерны для детей без признаков атопии. Дисгидроз и дерматит кистей чаще встречаются в молодом возрасте и значительно реже – в пожилом, в то время как экзема, ассоциированная с сухостью кожи в зимнее время года, такая как астеатоидная (сухая) экзема, значительно чаще бывает в пожилом возрасте.

На рисунке 1.4 представлена ориентировочная схема по возрастным группам и встречаемости различных форм экземы. В первой части

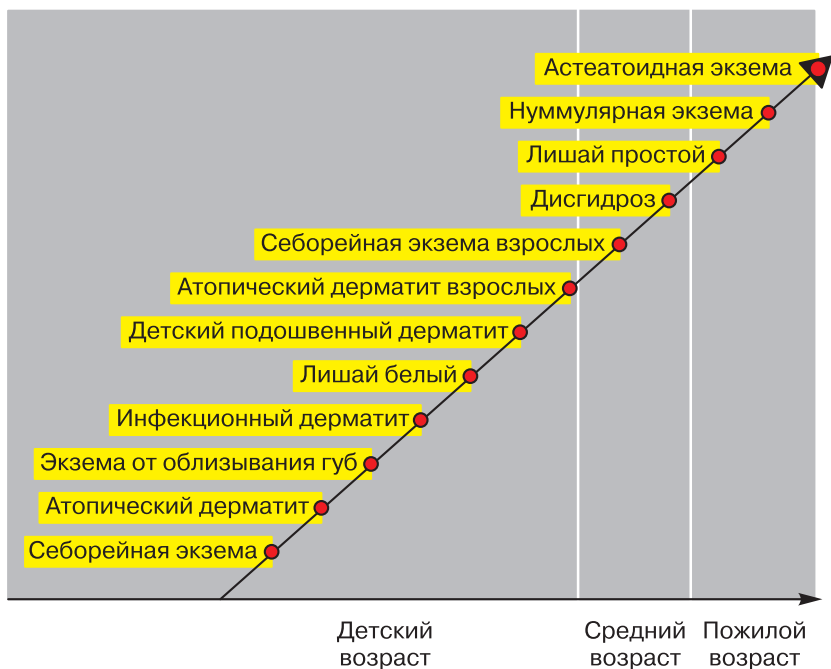


Рис. 1.4. Экзема и возраст.

**Оценка экземы***Морфология высыпаний*

Являются ли они экзематозными – зудящая, болезненная, покрасневшая воспаленная кожа с изменениями эпидермиса?

Являются ли они острыми – недавнее начало, мокнущие, покрытые корочками пузырьки, пузыри?

Имеет ли место инфицирование – островки эрозий, пустул, золотистые корочки (желательно исследование мазков для исключения герпеса, золотистого стафилококка и стрептококков, а также соскобов для выявления микозов)?

Являются ли они хроническими – большая давность начала, утолщение эпидермиса, гиперкератоз, подчеркнутый рисунок кожи, лихенификация?

*Возраст начала заболевания*

Детский

Взрослый

Пожилой

*Характеристика высыпаний*

Симметричность чаще наблюдается при эндогенной экземе

Поражение складок при атопическом дерматите

Нуммулярные очаги и т.д.

*Имеется ли экзогенная причина?*

Раздражающая субстанция

Аллерген

Инфекционный агент

настоящей книги экзема обсуждается в зависимости от возраста начала, начиная с экземы детского возраста, затем – экзема взрослых и, наконец, экзема пожилого возраста. Контактный дерматит и аллергический контактный дерматит могут возникать в любом возрасте, хотя чаще встречаются у людей среднего возраста, чем в молодости и у пожилых, поэтому они описываются отдельно во второй части книги.

---

## 2

## АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ

---

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Атопический дерматит (атопическая экзема) обычно начинается в детском возрасте с появления зудящего хронического или рецидивирующего дерматита. Локализация высыпаний зависит от возраста: у младенцев поражается кожа лица и разгибательной поверхностей конечностей, у детей старшего возраста и подростков – сгибательной поверхности. В более чем 50% случаев атопический дерматит у детей сочетается с астмой или сенной лихорадкой, или же у них имеется отягощенный семейный анамнез.

### ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Недавно в Великобритании был разработан минимальный перечень диагностических критериев, применимых к различным контингентам больных – взрослым, детям и представителям этнических групп с темным цветом кожи (см. табл. 2.1).

### ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАМОСТИ

Около 30% населения страдают атопическим дерматитом. По последним данным заболеваемость увеличивается к 7-летнему возрасту и составляет в этой группе 5–15%. За последние 30 лет число случаев заболевания возросло в 2–3 раза, возможно, в результате воздействия факторов окружающей среды, таких как повышение содержания раздражающих и вредных веществ в домах. Экономические затраты в Великобритании в связи с данным заболеванием составляют 4655 млн фунтов стерлингов ежегодно.

### ПАТОГЕНЕЗ

Атопический дерматит возникает на фоне определенных конституциональных особенностей. Ген, предрасполагающий к атопии, расположен на хромосоме 11q13 со слабым сцеплением, с наследованием по материнской линии.

У 80% больных с атопией определяется повышенный уровень иммуноглобулина E (IgE) в сыворотке крови и положительные кожные тесты с часто встречающимися аллергенами.

Таблица 2.1

**Диагностические критерии  
атопического дерматита\***

Основное состояние	Три и более из следующих признаков:
Поражение кожи, сопровождающееся зудом (исключить чесотку)	Начало заболевания в возрасте до 2 лет (не учитывается у детей младше 4 лет) Поражение складок в анамнезе (включая кожу щек у детей до 10-летнего возраста) Сухость кожи в анамнезе Наличие другого atopического заболевания в анамнезе пациента (или у родственника I степени родства для детей младше 4 лет) Выявляемый на момент осмотра дерматит сгибательной поверхности конечностей (или дерматит на коже щек/лба и наружной поверхности конечностей для детей младше 4 лет)
<p>Диагноз atopического дерматита ставится при наличии у пациента зудящего дерматита и трех каких-либо признаков из перечисленных в правой колонке</p> <p>* Williams HC, Burney PG, Pembroke AC et al. Br. J. Dermatol. 1994; 131: 406–416.</p>	

В биоптате кожи из очага поражения имеется картина хронического воспаления с наличием лимфоцитов, тучных клеток, гистиоцитов и эозинофилов с явлениями дегрануляции. Т-лимфоциты при atopии вырабатывают повышенное количество цитокинов, таких как интерлейкин 4 (IL-4) после контакта с аллергенами, содержащимися в воздухе, или бактериальными суперантигенами, например, стафилококковыми экзотоксинами, через поврежденный кожный покров. Медиаторы воспаления продуцируются с повышенной готовностью; вероятно, это связано с нарушением внутриклеточных контролирующих механизмов.

Сухость кожи является постоянным симптомом atopического дерматита. Даже в видимо непораженных участках кожи имеется недостаточность барьерной функции с чрезмерной трансэпидермальной потерей воды. Возможное объяснение этому – сниженное количество керамидных липидов, необходимых для формирования двухслойной липидной мембраны кожи, которая и осуществляет функцию барьера для воды.

Таким образом, atopический дерматит представляет собой двойную патологию: гиперреактивность atopической иммунной системы и нарушение барьерной функции кожи по отношению к раздражающим агентам и аллергенам.

Хотя перечисленные наблюдения объясняют происхождение части симптоматики заболевания, но точные причины его развития не известны.

### **КЛИНИКА**

Морфологическими признаками атопического дерматита являются:

1. Кожный зуд.
2. Эритема, папулезные или папуло-везикулезные высыпания.
3. Экзематозные очаги, покрытые корочками.
4. Сухость кожи.
5. Вторичное инфицирование.

Пик заболеваемости приходится на возраст от 2 до 6 месяцев жизни ребенка. Зуд нередко вызывает нарушение сна и приводит к множественным экскориациям. Клинические проявления заболевания различаются в зависимости от возраста пациентов.

### **МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ**

Характерна локализация первоначальных высыпаний на коже щек (рис. 2.1), но возможна и любая другая локализация. Область промежности не поражается. Когда малыш начинает ползать, присоединяется поражение кожи разгибательной поверхности конечностей. Первичные элементы представляют собой отечные эритематозные папулы, которые могут сливаться между собой. Часто наблюдаются выраженные расчесы с экссудацией и образованием корочек. При обострении дерматита на коже туловища могут появляться переходящие высыпания по типу скарла-



**Рис. 2.1.** Детский атопический дерматит: высыпания на коже щек.



**Рис. 2.2.** Лихенификация в области подколенных ямок.



**Рис. 2.3.** Лихенификация на разгибательной поверхности нижних конечностей.

тиноподобной эритемы. Довольно часто возникает вторичное инфицирование и лимфаденопатия. У более чем 50% детей развивается поражение складок кожи, свойственное более старшему возрасту, хотя у некоторых из них заболевание полностью проходит к возрасту 18–24 месяца.

### **ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ**

Уменьшается количество отечных экссудативных элементов и становится более выраженной лихенификация (рис. 2.2). Утолщенная кожа с эскориациями и усиленным кожным рисунком отмечается в области локтевой и подколенной ямок, а также на боковой поверхности шеи, запястьях и лодыжках. Часто на коже рук имеются участки лихенифицированной экземы с везикулезными элементами на поверхности, а также очаги нуммулярной экземы на коже конечностей. У детей с темным цветом кожи (негроидной и монголоидной расы) наблюдается персистирующее поражение разгибательной поверхности конечностей с выраженной лихенификацией (рис. 2.3). Появление генерализованных или ограниченных везикулезных высыпаний с острым началом может свидетель-