

# Клінічна медичина

УДК 616.5-001.1

## ТРАДИЦІЯ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА СУЧАСНУ ДЕРМАТОЛОГІЮ

**О. Д. Александрук, В. Є. Ткач**

*Івано-Франківський національний медичний університет; кафедра дерматології та венерології; 76018, Івано-Франківськ, вул. К. Данила, 8*

*Проведено огляд сучасних поглядів на екзему як нозологію, підходи до класифікації цього захворювання в світовій дерматології. Наведено приклади різних за принципами побудови класифікацій екземи, порівняння із вітчизняними підходами в цьому питанні. Показані суттєві історично зумовлені відмінності класифікацій екземи в світовій дерматології, що створює певні незручності для вітчизняних спеціалістів при роботі з іноземними фаховими джерелами літератури.*

**Ключові слова:** дерматит, екзема, класифікація.

Революція комунікацій, яка зробила можливим постійний та всеохоплюючий обмін інформацією між найвіддаленішими куточками світу, створила єдиний інформаційний простір нашої цивілізації. З його допомогою сучасна наука має можливість в реальному часі отримувати нові дані, швидко враховувати їх результати та на підставі цього корегувати подальшу стратегію пошуку. Проте, без сумніву, епохальні зміни в доступі до інформації для практичної медицини створюють часом певні незручності. Вони спричинені тим, що із сприйняттям досвіду інших доводиться сприймати також історичні традиції, які можуть суттєво відрізнятись від власних. Так, тісні зв'язки та постійний обмін інформацією між дерматологами світу виявили історично зумовлені відмінності в поглядах на цілий ряд питань, серед яких найбільш помітними можна назвати принципи побудови класифікацій деяких хвороб шкіри. Ці відмінності ускладнюють використання доступної світової спеціалізованої літератури як науковцями, так і практикуючими дерматологами.

Яскравим прикладом певних розбіжностей в термінології та класифікаціях можна назвати висвітлення такого представника хронічних дерматозів як екзема. Прийнято вважати, що термін «екзема» (ἔκζεμα давньогрецькою) у вжитку, ймовірно, з II століття до н.е. [6]. Є документа-

льне підтвердження його використання з 543 року н.е. грецьким лікарем Аецієм з Аміді для опису різних хвороб шкіри, що супроводжувались гострим запаленням і мали вигляд «кипіння» (ἔκζεω давньогрецькою). В окрему нозологічну форму екзема була виділена лише в першій половині XIX століття Уілленом (1808), Бейтменом (1813) та Рейсом (1823).

Через майже 200 років цим терміном, на жаль, описують широкий спектр уражень шкіри [14]. Для вітчизняної дерматологічної школи термін «екзема» є чітким уособленням хвороби, схильної до тривалого хронічного перебігу і складним патогенезом. На противагу цьому в більшості західних дерматологічних джерелах він часто використовується як синонім поняття «дерматит» і навпаки, термін «дерматит» часто використовується замість назви «екзема». При визнанні того, що термін «дерматит» є більш широким поняттям, ніж «екзема», оскільки включає в себе запалення шкіри взагалі, їх використання в якості синонімів продовжується [13].

У різних фахових джерелах визначення екземи як захворювання відрізняється. Так, у відповідності до консолідованого Європейського підходу (А.Д. Кацамбас, Т.М. Лотгі, 2003), під екземою розуміють незаразний епідермо-дерміт з типовими клінічними проявами (свербіжем, еритемою, папулами, серо-папулами, везикулами, десквамацією, утворенням кірок, ліхеніфікацією з синхронним чи метакронним поліморфізмом), та типовою гістологічною картиною (спонгіоз, акантоз, паракератоз, лімфоцитарний інфільтрат), що частіше виникає в результаті дії різних ендогенних активаторів чи подразнюючих екзогенних речовин як наслідок гіперчутливості [4]. Взагалі, у версії англійських дерматологічних шкіл екземою називають змінений стан шкіри із діапазоном змін від вираженого запального спонгіозу в епідермісі до стану із ліхеніфікацією [15].

Класифікації екземи мають різний вигляд в різних країнах та навіть в межах однієї країни в залежності від колективу авторів. Первинною причиною цього, ймовірно, було історичне формування різних дерматологічних шкіл із відмінними підходами до принципів класифікації дерматозів взагалі. Так, з XVIII сторіччя клінічні й експериментальні знання з дерматології та венерології концентрувались в трьох найбільших школах: Франції – I.L. Alibert, Австрії – F. Hebra, Англії – R. Willan. В наш час авторитетних дерматологічних шкіл або напрямків значно більше, проте в «глобальному» масштабі сформувались дві великі групи: «класична» (Франція, Німеччина, Австрія, Японія, Російська Федерація, Україна та інші) із інтегрованим вивченням дерматології та венерології, та виключно дерматологічна «британська», характерна для англійських країн (Велика Британія, США та інші). Як наслідок, на даний момент не існує загально визнаної та загально вживаної класифікації екземи. Відмінними в класифікаціях визначені не тільки назви певних клінічних станів дерматозу, але й спорідненість таких представників алергічних

хвороб шкіри, як екзема, атопічний дерматит, обмежений нейродерміт і контактний дерматит. В одних класифікаціях ці захворювання подані як варіант перебігу екзематозного процесу, в інших - проведене відокремлення атопічного дерматиту, обмеженого нейродерміту та контактних дерматитів від екземи як цілком самостійних захворювань.

Вітчизняна історія створення класифікацій екземи в цілому характеризувалась поступовим еволюційним розвитком. Наші дерматовенерологи тривалий час користувались класифікацією, яку запропонували С.Т. Павлов та О.К. Шапошніков [5]. У відповідності до неї виділяли справжню, мікробну, професійну, себорейну, дисгідротичну, тілотичну (рогову) форми екземи. Певної модифікації цій класифікації надав Ю.К. Скрипкін [7], який запропонував відносити до справжньої екземи пруригінозну та дисгідротичну, а до мікробної – нумулярну, варикозну, сикозиформну, екзему сосків, себорейну, дитячу, професійну, мікотичну та тілотичну. Як наслідок, тривалий час на теренах СРСР та незалежної України у вжитку була класифікація, яка виділяла наступні форми хвороби: справжню (ідіопатичну), мікробну, дитячу, себорейну та професійну [6]. Близька до попередніх класифікацій (Л.Н. Машкілейсон, 1965; Н.С. Смелов, 1973, С.Т. Павлов, 1985), вона і ґрунтувалась на типових для вітчизняної школи принципах – комбінації клінічних та патогенетичних ознак.

Початком нової епохи у розумінні алергічних хвороб шкіри можна вважати створення концепції патогенезу та діагностики такого захворювання, як атопічний дерматит. На відміну від західних фахівців, вітчизняна дерматологічна школа з самого початку розглядала його та обмежений нейродерміт окремими захворюваннями, із суттєвими відмінностями від екземи. В той же час, внаслідок спільних рис їх розглядали представниками умовної групи захворювань із спільними клініко-патогенетичними ознаками – нейродерматозів [1] або хронічних алергічних дерматозів. Для цілої плеяди вітчизняних дерматологів традиційний підхід до класифікації і діагностики екземи залишається найбільш зрозумілим та обґрунтованим як з наукової, так і практичної точки зору, що і зумовило їх використання в наші дні (В.І. Степаненко і співав., 2012) [3]. Типовим для нашої дерматологічної школи є визначення екземи як хронічного, схильного до рецидиву алергічного захворювання шкіри, що виникає на тлі полівалентної сенсibiliзації організму та проявляється запальними процесами в поверхневих шарах шкіри з виникненням поліморфного висипу та інтенсивного свербіжу. Прийнято розрізняти наступні клінічні форми екземи: справжню (або ідіопатичну), мікробну (зокрема паратравматичну, варикозну, мікотичну та нумулярну), себорейну, професійну та дитячу. За перебігом слід розрізняти гостру, підгостру та хронічну форми цього дерматозу) [3, 8, 9].

Перехід вітчизняної медицини на використання міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ 10) змусив вітчизняних дермато-

логів уважніше поставитись до класифікацій хвороб шкіри, що лягли в її основу. На жаль, вони суттєво відрізнялись від традиційного для вітчизняної дерматологічної школи підходу, що зумовило певні труднощі в використанні МКХ 10 в Україні в перші роки її запровадження. В цей період як результат творчого опрацювання авторитетними спеціалістами (В.П. Федотов, В.І. Степаненко, Ф.Д. Дюдюк) [2], до уваги вітчизняної дерматологічної спільноти була представлена нова класифікація екземи, у відповідності до якої слід розрізняти наступні її хронічні форми: екзогенну (контактно-алергічна, контактно-токсична, фототоксична і фотоалергічна форми) та ендогенну (істинна, мікробна або нумулярна, варикозна або гравітаційна, астеатозна, помфолітична, атопічна, себорейна, дитяча та професійна) форми.

Класифікації екземи в західних дерматологічних джерелах на даний час мають значно більше розбіжностей між собою, ніж це спостерігається у джерелах вітчизняних. Це пояснюється різними принципами, що покладені в основу цих класифікацій. Частина з них ґрунтуються переважно на морфології висипань (наприклад, дискоїдна екзема чи гіперкератотична екзема). Інші – на патогенетичних особливостях (наприклад, інфекційна екзема або себорейна екзема). Спостерігається навіть клініко-анатомічний підхід, із поділом форм дерматозу в залежності від місця розташування висипань (наприклад, екзема рук, екзема згинів). Всі класифікації мають як свої переваги, так і недоліки, і важко сказати, яка і з них є більш вживаною, ніж інші.

Прикладом переважно клініко-анатомічного підходу до класифікації екземи можна назвати класифікацію W.D. James, T.G. Berger, D.M. Elsto [14]. Слід зазначити, що ця класифікація надзвичайно часто використовується в тематичних літературних публікаціях, представлених в англійських фахових журналах і, відповідно, електронній мережі Medline. У відповідності до неї виділяють наступні форми екземи: екзему вух, екзему повік, екзему сосків, екзему рук (гостру та хронічну везикуло-бульозну екзему рук або дисгідроз, гіперкератотичну), пелюшковий дерматит, екзему довкола стом, дерматит автосенситизації, Ід-реакцію, ювенільний плантарний дерматоз, ксеротичну (астеатозну) екзему, нумулярну екзему (нумулярний нейродерміт) та екзему харчового дерматиту. В цій класифікації практично повністю відсутні традиційні для вітчизняних дерматологів назви. При спробі провести паралелі із звичними для українських дерматологів назвами це вдасться зробити лише в частині випадків.

В якості прикладу переважно патогенетичного підходу в класифікації можна навести класифікацію екземи за J.A. Hunter, J.A. Savin, M.V. Dahl [13], що із певними варіаціями зустрічається в інших авторів [11, 15, 16] і знайшла розуміння у вітчизняних спеціалістів [2]. Особливістю цих класифікацій можна вважати декілька моментів. По-перше, досить часто екзему поділяють на декілька принципово відмінних груп,

серед яких типовим можна вважати поділ на «екзогенні» та «ендогенні» форми. По друге, в цих класифікаціях часто спостерігається «інтеграція» термінів «екзема» та «дерматит», внаслідок чого разом розглядаються як стани, що вітчизняні дерматологи називають екземою, так такі, що ми звикли називати дерматитом. У відповідності до J.A. Hunter, J.A. Savin, M.V. Dahl до екзогенної форми належать іритативна (подразнювальна) екзема, алергічна екзема та фоточутлива екзема. В першій групі вітчизняні дерматологи, ймовірно, могли би розпізнати алергічний та простий подразнювальний дерматити. Також у певних ситуаціях в цю групу ми можемо включити випадки справжньої та мікробної екземи. В групі «ендогенної екземи» автори розпізнають наступні форми дерматозу: атопічну, себорейну, дискоїдну (нумулярну), дисгідротичну, гравітаційну (венозного стазу), астеатозну, нейродерміт, ювенільний плантарний дерматоз та пелюшковий дерматит. В цій класифікації автори віднесли до різновидів екземи атопічний дерматит (у вигляді атопічної екземи) та нейродерміт. В якості звичних для нас прикладів мікробної екземи наведені гравітаційна та нумулярна екземи. В той же час дана класифікація не дозволяє окремо класифікувати випадки екземи, що виникли під впливом аутосенситизації чи сенсibiliзації до інфекційного чинника.

Представник західноєвропейської дерматологічної школи (Велика Британія) D.W. Gawkrödger [10] пропонує класифікувати екземи за подібним із вищенаведеним принципом. Автор також розглядає різні форми дерматозу, виходячи з патогенетичного та клінічного підходу і поділяє хворобу на «екзогенні», «ендогенні» та некласифіковані форми. До першої групи автор відносить подразнювальну, алергічну та фотосенситивну форми захворювання. До ендогенної групи – атопічний дерматит, себорейну екзему, монетовидну екзему, венозну (гравітаційну) екзему та помфолікс. В третю групу автор вніс астеатозну екзему, ювенільний плантарний дерматоз та обмежений нейродерміт.

Подібний європейський (німецький) підхід до класифікацій екземи представлений класифікацією Хорнштейна [12]. Згідно із нею розрізняють теж три основних види екземи: екзогенну (алергічна контактна екзема та токсичний подразнювальний контактний дерматит), ендогенну або атопічну екзему та дисрегуляторну мікробну екзему (монетовидну, себорейну, субтоксичну кумулятивну, гіперкератотичну, дисгідротичну та астеатозну).

Ми зупинились лише на деяких, найбільш типових класифікаціях, доступних у вітчизняних та іноземних фахових джерелах. Їх розмаїття зумовлене як кардинальними відмінностями в принципах побудови, так і незначними деталями у вигляді опису лише окремих варіантів перебігу. В кожній класифікації присутні як раціональні, зручні для використання риси, так і ознаки недосконалості. Як результат, для вітчизняних фахівців склалась ситуація, при якій в практичній діяльності використо-

вують паралельно дві і більше різних класифікації екземи. З позиції лікаря-практика, що вивчав дерматологію у відповідності до поглядів вітчизняної дерматологічної школи, звично розрізняти істинну, себорейну, мікробну та дитячу форми екземи. При роботі з медичною документацією у відповідності до МКХ 10 дерматолог змушений оперувати зазначеними в ній діагнозами: монетовидна екзема (L 30.0), інфекційний дерматит (L 30.3), шкірна аутосенсibiлізація (L 30.2), себорейна екзема (L 30.5), чи дерматит неуточнений (L 30.9). Викладачам медичних вузів, які працюють з іноземними студентами, доводиться користуватись і іншими класифікаціями, поданими в іноземних фахових підручниках. Ця незручність, на перший погляд, суттєво не впливає на ефективність надання допомоги дерматологічним пацієнтам. Проте вона стає певною перешкодою для молодих спеціалістів, які отримують не зовсім зрозумілу інформацію при роботі з різними фаховими джерелами як в період додипломного навчання, так і при подальшому удосконаленні своєї фахової підготовки. Розбіжність класифікацій впливає на ефективність аналізу даних світової фахової літератури вітчизняними дерматологами-науковцями. Вона може викликати певні непорозуміння при співпраці наших фахівців з іноземними колегами. Залишається сподіватись, що з часом ми отримаємо універсальну класифікацію екземи, яка буде схвально прийнята усіма дерматологами. Також хочеться сподіватись, що в цій нелегкій справі, як це бувало і раніше, чільне місце займуть і вітчизняні фахівці.

### *Література*

1. Айзятупов Ю.Ф. Стандарты диагностики и лечения в дерматовенерологии: Иллюстрированное руководство / Ю.Ф. Айзятупов. – Донецк: Каштан, 2010. – 560 с.
2. Дерматовенерология: Навчальний посібник / під ред. В.П. Федотова, Ф.Д. Дюдюна, В.І. Степаненко. – Дніпропетровськ-Київ: Свидлер А.Л., 2008. – 600 с.
3. Дерматология, венерология: Підручник / під ред. В.І. Степаненко. – К.: КІМ, 2012. – 904 с.
4. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний / под ред. А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти. – М: МЕДпресс-информ, 2008. – 727 с.
5. Кожные и венерические болезни / С.Т. Павлов, О.К. Шапошников, В.И. Самцов и др.; под ред. С.Т. Павлова. – М.: Медицина, 1985. – 364 с.
6. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей в 4-х т. Т.2 / под ред. Ю.К. Скрипкина. – М.: Медицина, 1995. – 544 с.
7. Руководство по детской дерматовенерологии / Ф.А. Зверькова, Г.Я. Шарпова и др.; под ред. Ю.К. Скрипкина. – М.: Медицина, 1983. – 447 с.
8. Савчак В. Хвороби шкіри. Хвороби, що передаються статевим шляхом / В. Савчак, С. Галникіна. – Тернопіль: ТДМУ «Укрмедкнига», 2009. – 508 с.

9. Шкірна та венеричні хвороби / Л.М. Новосад, Р.В. Лабінський, О.А. Каденко, С.П. Білявська, Б.В. Качоровський, А.М. Новосад. – К.: Здоров'я, 2000. – 205 с.
10. Gawkrödger D.J. Dermatology. An illustrated colour text. 3d edition / D.J. Gawkrödger. – Churchill Livingstone, 2002. – 139 p.
11. Graham-Brown R. Lecture Notes on Dermatology. 8<sup>th</sup> edition / R. Graham-Brown, T. Burns. – Blackwell Publishing, 2002. – 201 p.
12. Hornstein O.P. Klassifikation der Ekzemkrankheiten / O.P. Hornstein // Z Hautkr. – 1986. – no.61. – P. 1281-1296.
13. Hunter J.A. Clinical dermatology. 3d edition / J.A. Hunter, J.A. Savin, M.V. Dahl. – Blackwell publishing, 2002. – 365 p.
14. James W.D. Andrew's diseases of the skin: clinical dermatology. 10<sup>th</sup> edition / W.D. James, T.G. Berger, D.M. Elston. – Elseiver, 2006. – 961 p.
15. Marks.R. Roxburgh's Common Skin Diseases, 17<sup>th</sup> Edition / R. Marks. – London: Arnold, 2003. – 328 p.
16. Zaidi Z. Dermatology in Clinical Practice / Z. Zaidi, S.W. Lanigan. – Springer-Verlag London Limited, 2010. – 591 p.

*Стаття надійшла до редакційної колегії 13.12.2014 р.*

*Рекомендовано до друку д.м.н., професором **Островським М.М.**,  
д.м.н., професором **Степаненком В.І.** (м. Київ)*

## TRADITION AND ITS INFLUENCE ON MODERN DERMATOLOGY

**O. D. Aleksandruk, V. Y. Tkach**

*Ivano-Frankivs'k National Medical University; department of dermatology  
and venereology; 76018, Ivano-Frankivs'k, King Danil str., 8*

*Overview of contemporary ideas on eczema as disease and approaches to classify it in world dermatology were given. Examples of classifications based on different principles were given as well as compared with national approach to diagnose eczema. Historically dependent significant difference of national way to classify eczema in comparison to western analogues was shown that makes some inconveniences to national specialists.*

**Key words:** *dermatitis, eczema, classification.*