

ДЕРМАТОЛОГИЯ

УДК 616.521-07-08-092

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭКЗЕМЫ

Р.Ф.Айзятулов, Н.В.Ермилова, О.В.Юхименко

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: экзема, патогенез, клиника, лечение, гистафен, фенкарол

Экзема является хроническим рецидивирующим заболеванием кожи, которое возникает в любом возрасте и составляет около 30-40% всех кожных болезней [2, 3, 4]. Чаще болеют городские жители (60-65%), реже сельские (30-35%) [1, 2, 5]. Слово экзема происходит от греческого "ekzeo", что значит "вскипать", так как при острой экземе возникают многочисленные пузырьки, которые вскрываются с образованием серозных колодцев (сходство с поверхностью кипящей воды) [2, 5, 7]. Заболевание характеризуется полиморфизмом высыпаний и симметричным расположением, длительно протекает, рецидивирует, упорно к лечению [1, 5, 10]. Основными элементами сыпи являются везикулы, после вскрытия которых образуются мокнущие эрозии. Для возникновения экземы необходимо действие аллергена и сенсибилизация организма. В литературе имеется большое количество работ, посвященных изучению этиологии и патогенезу экземы, однако до настоящего времени этот вопрос остается сложным и дискуссионным. На разных этапах учения об экземе, главную роль в этиологии и патогенезе придавали нервной системе (неврогенная теория), роли эндокринных желез (эндокринная теория), аллергическому состоянию организма (аллергическая теория), наследственным факторам и другим причинам [1, 5, 6, 8]. В последние годы считают, что экзематозный процесс развивается вследствие комплексного воздействия нейроаллергических, эндокринных, обменных и экзогенных факторов. У больных экземой в результате проведенных исследований отмечают изменения иммунного статуса (нарушения клеточного иммунитета и неспецифических факторов

защиты), чем объясняются частые осложнения вторичной пиококковой инфекцией, которая отягощает течение и приводит к дополнительной сенсибилизации [2, 9]. Как правило, в начале заболевания аллергическая реактивность носит моновалентный характер, а затем при рецидивах заболевания развивается поливалентная сенсибилизация. Экзематозная реакция представляет собой аллергическую реакцию замедленного типа, но у части пациентов могут развиваться реакции немедленного типа (анафилактоидная реакция после применения некоторых медикаментов – пеницилин, новокаин, витамины группы В и др.) [1, 2, 5]. По течению выделяют острую, подострую и хроническую стадию, а также состояние ремиссии, когда все клинические симптомы разрешаются. Острая экзема бывает очаговая и генерализованная. Различают истинную (идиопатическую) экзему, микробную, себорейную, профессиональную и детскую экзему.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 23 больных (мужчины - 15, женщины – 8) с диагнозом: истинная экзема - 11, микробная экзема - 12, в возрасте от 19 до 65 лет и с давностью заболевания от 1 года до 7 лет. Пациенты предъявляли жалобы на зудящие, высыпания, расстройства сна. Улучшение в течение заболевания многие из них отмечали в летнее время, ухудшение в осенне-зимний периоды времени года. У пациентов с диагнозом истинная экзема очаги поражения локализовались симметрично на верхних и нижних конечностях с нечеткими границами. В очагах выявлялись отек, гиперемия, мелкие пузырьки, экссудативные папулы, пустулы, эрозии с серозным экссудатом, желтые корки, чешуйки. Характерным являлось чередование пораженных участков кожи и здоровых участков ("архипелаг островов").

У длительно болеющих пациентов в очагах поражений отмечались инфильтрация, уплотнение кожи, усиление кожного рисунка. Больных беспокоили зуд различной интенсивности, нарушение сна, бессонница. При осложненных формах наблюдались пустулезные элементы, гнойные корки, болезненность. У больных с диагнозом микробная экзема очаги поражения локализовались на тыльной поверхности кистей, на голенях, стопах асимметрично, с резко очерченными границами. В очагах наблюдались эритема, эксудативные папулы, микровезикулы, пустулы, гнойные и геморрагические корки, мокнутие (серозные колодцы). У части больных было выявлено варикозное расширение вен нижних конечностей. Окончательный диагноз устанавливался на основании жалоб пациентов, анамнеза заболевания и данных объективного исследования: определялся дермографизм кожи, проводились фракционное исследование желудочно-кишечного тракта, печени, биохимического комплекса, содержание сахара в крови, ультразвуковое исследование органов пищеварительного тракта.

Больным назначалась комплексная, патогенетически обоснованная терапия. Проводилось выявление и устранение факторов, способствующих развитию заболевания. Лечение сопутствующих заболеваний и санация фокальной инфекции. Рекомендовалась диета с ограничением натрия хлорида, аллергизирующих и экстрактивных пищевых продуктов. Для нормализации функции центральной нервной системы назначался препарат адаптол по 1 таблетке 3 раза в сутки, который обладает успокаивающим транквилизирующим эффектом, устраняет тревогу, чувство страха, снимает нервное напряжение, беспокойство, раздражительность, эмоциональную неустойчивость. В отличие от большинства бензодиазепинов адаптол рассматривается как дневной транквилизатор. Не оказывает миорелаксирующего действия, не угнетает сократительную функцию миокарда, не угнетает функции центральной нервной системы (не вызывает угнетенность, вялость, сонливость, безразли-

чие). При приеме адаптола сохраняется эмоциональная стабильность и заинтересованность, не создается искусственно приподнятого настроения, эйфории, не возникает ограничений на профессиональную и социальную деятельность (вождение автомобиля, работа со сложными системами, напряженная умственная деятельность). Проявляется выраженное вегетостабилизирующее, антиоксидантное и стресс-протективное действие (наличие профилактического действия). Рекомендуется не только больным, но и практически здоровым людям, как защита от стрессовых влияний в ситуациях, когда здоровому работающему человеку необходимо избавиться от чрезмерного волнения и тревоги, принять трудное решение, выполнить важную работу на фоне усталости и стресса, переутомления (например, во время экзаменов, ночных дежурств, перед ответственными выступлениями и т.п.). Адаптол повышает психическую устойчивость и физическую выносливость, обладает ноотропным эффектом, уменьшает болезненное влечение к алкоголю, оказывает корригирующее действие на побочные эффекты нейролептиков и бензодиазепиновых транквилизаторов. Не вызывает привыкания, пристрастия и синдрома отмены. Обладает высоким уровнем безопасности. Побочные эффекты практически не встречаются (аллергические реакции, диспептические явления). Не токсичен (в 150 раз менее токсичен, чем седуксен), не проявляет токсического действия даже при значительной передозировке (до 1000 разовых доз). Хороший терапевтический эффект наблюдался после применения антигистаминного препарата гистафен: зуд прекращался на 3-4 дни лечения, отек и краснота исчезали на 5-6 дни, а к 10-14 дню у большинства пациентов наступало клиническое выздоровление. Гистафен («ОлайнФарм») - препарат с тройным механизмом действия, блокирующий гистаминовые H_1 -рецепторы и серотониновые $5HT_1$ -рецепторы с доказанной способностью активировать диаминооксидазу, которая расщепляет до 30% эндогенного гистамина, таким образом ослабляя действие ме-

диаторов аллергии гистамина и серотонина. Особенность препарата состоит в том, что он оказывает противогистаминное действие, не только за счет блокады H₁-рецепторов, но и путем снижения гистамина в тканях путем ускорения его метаболизма ферментом диаминооксидазой, который расщепляет эндогенный гистамин. Секвифенадин предотвращает или ослабляет спазмогенное действие гистамина и серотонина на гладкую мускулатуру бронхов, кишечника, сосудов; на интоксикацию, вызванную гистамином и серотонином, уменьшает проницаемость капилляров. Обладает выраженным противозудным и антиэкссудативным действием. Гистафен влияет на иммунологическую реактивность организма, снижая количество антителообразующих и розеткообразующих клеток в селезенке, лимфатических узлах, а также снижает повышенную концентрацию иммуноглобулинов класса А, G. Препарат мало проникает через гематоэнцефалический барьер, чем объясняется отсутствие выраженного угнетающего действия на центральную нервную систему, однако, в отдельных случаях, при индивидуальной повышенной чувствительности наблюдается легкий седативный эффект. При приеме препарата не наблюдаются изменения биохимических показателей крови и мочи, он не влияет на артериальное давление, показатели электрокардиограммы, концентрацию сахара и холестерина в крови. Назначается по 50-100 мг 2 раза в день с максимальной суточной дозой 400 мг (продолжительность лечения 5-15 дней; при необходимости курс лечения повторяют). Преимущества гистафена по сравнению с другими антигистаминными препаратами - единственный препарат, который обладает антигистаминной и анти-

серотониновой активностью. При длительном применении не развивается толерантность. Гистафен - хинуклидиновое производное активизирующее диаминооксидазу, которая расщепляет до 30% эндогенного гистамина и уменьшает его содержание в тканях, вызывает дополнительную противоаллергическую активность у больных с резистентностью к другим антигистаминным препаратам.

Наружное лечение. Вначале с очагов поражений удалялись корки, чешуйки. При мокнутии назначались охлажденные примочки (2% раствор танина, 0,25% раствор нитрат серебра, 0,5% раствор резорцина). По мере стихания острого воспалительного процесса применялись глюкокортикостероидные мази (кремы), пасты, водно-взбалтываемые взвеси; затем кератопластические средства. При всех клинических формах экземы, осложненных вторичной пиококковой инфекцией, а также микробной экземе хорошие результаты отмечаются при нанесении на очаги поражения 2-3 раза в день 2% крема залаин. Для предупреждения рецидивов заболевания рекомендовалось проведение следующих мероприятий: соблюдение правил личной гигиены; молочно-растительная диета; нормализация функции желудочно-кишечного тракта; лечение сопутствующих заболеваний и санация фокальной инфекции.

Выводы. Комплексная терапия экземы с применением антигистаминных препаратов гистафена и фенкарола является эффективной, не вызывает побочных явлений, хорошо переносится и может рекомендоваться врачам практического здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айзятупов Р.Ф. Клиническая дерматология (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение): Иллюстрированное рук-во. – Донецк: Донеччина, 2002. - 432 с.
2. Айзятупов Р.Ф. Кожные болезни в практике врача (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение). – Донецк: Каштан, 2006. – 360 с.
3. Айзятупов Р.Ф. Справочник дерматовенеролога. – Донецк: Каштан, 2008. – 404 с.

4. Ищейкин К.С., Степаненко В.И., Кайдашев И.П. Атопичный дерматит чи синдром атопичної екземи/дерматиту: Pro ta contra. Погляди на механізми розвитку алергії та атопії //Укр. журнал дерматології, венерології, косметології. – 2007. – № 4 (27). – С. 11-14.
5. Кожные и венерические болезни: Рук-во для врачей в 4-х т. / Под ред. Ю.К.Скрипкина. – М.: Медицина, 1995.
6. Свирид С.Г., Гречуха М.В. Патогенез екземи: особливості та можливі напрямки подальших досліджень // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2006. - № 1-2 (9). - С. 68-70.
7. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Учебник для врачей и студентов мед. вузов. – М.: Триада-фарм, 2001. – 688 с.
8. Mohrenschlager M., Darsow U., Schnopp C., Ring J. Atopic eczema: what's new? //Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology (JEADV). – 2006. – Vol. 20, N 5. - P. 503-513.
9. Hanifin J.M., Rajka G. Diagnostic features of atopic eczema // Acta Dermatol Venereol (Stockh). – 1980. - Number 92. – P. 44-47.
10. Rona M., MacKie. Clinical Dermatology. An illustrated Textbook. Oxford-New York-Tokyo - Oxford university press, 1991. - 365 p.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ І ЛІКУВАННЯ ЕКЗЕМИ

Р.Ф.Айзятұлов, В.В.Юхименко, Н.В.Єрмілова

Приведений короткий огляд літератури про деякі аспекти патогенезу екземи. Детально описана клінічна картина екземи у пацієнтів. Показана ефективність комплексної терапії екземи із застосуванням антигістамінних препаратів гістафен, фенкарол.

PATOGENETIC FEATURES CLINICS AND TREATMENTS OF ECZEMA

R.F.Aizjatulov, V.V.Yukhymenko, N.V.Yermilova

The brief review of literature about some aspects of pathogenesis of eczema is resulted. The clinical picture of eczema at patients is written up. Efficiency of complex therapy of eczema with the use of antihistaminic preparations of gystafen, fenkarol is shown.

УДК 616.599-002-022.7-036-008.9-02:612.018:616.992.28:616.981.21/.25

МІКРОБІОЦЕНОЗ ШКІРИ ХВОРИХ НА НЕУТОЧНЕНУ ІНФЕКЦІЮ ПІДШКІРНОЇ КЛІТКОВИНИ (БАКТЕРІАЛЬНИЙ ЦЕЛЮЛІТ) ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ

Ж.В.Корольова

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шурика, Київ

Ключові слова: неуточнена інфекція підшкірної клітковини, мікробний фактор, 0,01% р-р мірамістину, гель тирозур, мазь ілон

В літературі не до кінця вивченою є роль мікробного фактору в патогенезі неуточненої інфекції підшкірної клітковини

(НІПК) (бактеріальному целюліті). Целюліт частіше всього викликають стрептококи групи А та *Staphylococcus aureus* [7, 9, 10]; до менш розповсюджених ознаковим агентам відносяться: - *Erysipelotrix rhusiopathiae* (ерізіпелоїд) у продавців рибою; - *Aeromonas hydrophilia* – після купання в холодній воді; - *Pasteurella multocida* – від