

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО  
имени профессора В.И.Прохоренкова

Зав.Кафедрой  
д.м.н., проф.,  
Карачева Ю.В.

## **Реферат**

**по теме: ЭКЗЕМА**

Выполнила:  
клинический ординатор  
1 года обучения  
Чангы Л.Б

Проверила:  
д.м.н., профессор  
Карачева Ю.В.

Красноярск, 2017 г.

**СОДЕРЖАНИЕ**

1. Введение.....	3
2. Этиология .....	3
3. Патогенез.....	3
4. Клинические разновидности.....	4
5. Диагностика.....	5
6. Дифференциальная диагностика.....	5
7. Лечение .....	7
8. Профилактика .....	8
9. Список использованной литературы .....	9

## **Введение**

Термином «экзема», происходящим от греческого «экзео» (вскипать), в течение многих веков называли все остро возникающие дерматозы. Лишь в 1798 г. R. Willan объединил в группу экзем заболевания кожи с везикулезными высыпаниями. Под это определение подходили самые различные нозологические формы, включая герпес, чесотку, рожу и др. В 1813 г. его ученик T. Bateman дал следующее определение этому дерматозу: «Экзема - незаразное безлихорадочное заболевание с высыпаниями близко расположенных мелких везикул на различных участках кожи и с незначительными явлениями воспаления в их основании. Причиной экземы могут быть внутренние или наружные факторы, а у субъектов с наследственным предрасположением - самые различные агенты». В 1819 г. L.-Th. Bielt по типу течения выделил острую и хроническую экзему, а P. Rayer (1823) привел топографические клинические варианты экземы, а также важные различия между истинной экземой и экзематозными высыпаниями другой природы. Например, различия с солнечной экземой или экзематозными высыпаниями от контакта с ртутью, соком некоторых растений и др. Он же описал экзему конечностей, волосистой части головы («себорейная экзема») и, главное, нашел общие признаки этих клинически разных дерматозов.

Экзема— повсеместно встречающееся, чаще острое, реже хроническое рецидивирующее аллергическое заболевание кожи, характеризующееся появлением полиморфной сыпи, острой воспалительной реакцией, обусловленной серозным воспалением кожи, и сильным зудом.

### **Этиология**

Экзема формируется в результате сложного воздействия комплекса этиологических и патогенетических факторов, в том числе и нейроэндокринных, метаболических, инфекционно-аллергических, вегетососудистых и наследственных. Вызывается экзогенными (бактериальные и грибковые агенты, химические вещества, физические факторы, лекарственные средства, пищевые продукты и др.) и эндогенными факторами (антигенные детерминанты микроорганизмов из очагов хронической инфекции).

### **Патогенез**

Ведущая роль в патогенезе принадлежит иммунному воспалению в коже на фоне подавления клеточного и гуморального иммунитета, угнетению неспецифической резистентности и иммуногенетических особенностей (ассоциация с антигенами HLAB22 и HLA-C1) организма. Как правило, экзема характеризуется поливалентной сенсibilизацией и аутосенсibilизацией, нарушением равновесия между деятельностью симпатического и парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, изменением функционального характера.

## **Классификация**

Единой классификации экземы в настоящее время не существует. Выделяют:

- экзема истинная (идиопатическая, дисгидротическая, пруригинозная, роговая);
- экзема микробная (нумулярная, паратравматическая, микотическая, интертригинозная, варикозная, сикозиформная, экзема сосков и околососкового кружка молочной железы женщин);
- экзема себорейная;
- экзема детская;
- экзема профессиональная.

Каждая из них протекает остро, подостро или хронически.

Острая стадия характеризуется появлением везикул на эритематозной и отечной коже, точечными эрозиями с мокнутием («серозные колодцы»), серозными корочками, эксфолиациями, реже — папулами и пустулами (со стерильным содержимым). Наряду с инволюцией сыпи происходит образование новых элементов, поэтому для истинной экземы типичен полиморфный характер высыпаний.

Подострая стадия характеризуется эритемой, лихенификацией, чешуйками и эксфолиациями.

Хроническая стадия характеризуется инфильтрацией и усилением кожного рисунка пораженного участка, поствоспалительной гипо- и гиперпигментацией. Постоянным признаком экземы служит зуд, усиливающийся при обострении заболевания, жжение, болезненность.

## **Клиническая картина**

**Истинная экзема (идиопатическая).** В острой стадии характеризуется везикулами, активной гиперемией и точечными эрозиями с мокнутием, серозными корочками, эксфолиациями, реже — папулами и пустулами (со стерильным содержимым). Границы очагов при истинной экземе нечеткие. Процесс симметричный, чаще локализуется на лице и конечностях с чередованием участков здоровой и пораженной кожи («архипелаг островов»). Может распространяться на другие участки кожного покрова вплоть до эритродермии. Наблюдается зуд умеренной интенсивности. При переходе в хроническую стадию нарастает инфильтрация, гиперемия становится застойной, появляются лихенификация и трещины. Нередко процесс осложняется пиогенной инфекцией (экзема импетигинозная).

**Дисгидротическая экзема (разновидность истинной экземы)** характеризуется появлением на боковых поверхностях пальцев кистей и стоп, на коже ладоней и подошв зудящих пузырьков, везикул с плотной крышкой, иногда многокамерных величиной с булавочную головку. Располагаясь глубоко в эпидермисе, пузырьки просвечивают сквозь него, напоминая зерна сваренного риса. После вскрытия плотных крышек

пузырьков образуются эрозии с мокнутием и серозные корки, трещины и шелушение.

**Пруригинозная экзема** характеризуется мелкими, зудящими папуловезикулами на плотном основании, не вскрывающимися и не образующими корок. Излюбленная локализация — лицо, разгибательные поверхности конечностей, локтевые и коленные сгибы, половые органы. Течение процесса хроническое с развитием на фоне расчесов, инфильтрации сухости и лихенификации.

**Микробная экзема** проявляется асимметричными очагами поражения, центральная часть которых покрыта гнойными и серозными корками, после снятия которых обнажается эрозивная поверхность с мокнутием в виде «колодцев». Границы очагов четкие, очерчены бордюром из отслаивающегося эпидермиса. Высыпания сопровождаются интенсивным зудом. Часто очаги микробной экземы располагаются по периферии трофических язв голеней, вокруг свищей, на культе, оставшейся после ампутации, на фоне варикозных изменений. В таких случаях микробную экзему называют паратравматической.

**Моневидная экзема (нумулярная)** представляет собой разновидность микробной экземы, очаги почти всегда имеют округлую форму, четкие границы и локализуются обычно на верхних и нижних конечностях, значительно реже на туловище. Бляшки представляют собой скопление мелких папул, везикул, серозно-гнойных корок, шелушения на фоне эритемы.

**Себорейная экзема.** Процесс чаще начинается на волосистой части головы. Очаги поражения обычно локализуются в заушных областях и на шее, не имеют четких границ, сопровождаются экссудацией и образованием себорейных корок желтоватого или грязно-серого цвета, выраженным зудом.

**Экзема у детей.** Проявляется клиническими признаками истинной, себорейной и микробной экземы. Признаки экземы у детей чаще возникают в возрасте 3–6 месяцев. В клинической картине преобладают процессы экссудации: ярко выражены гиперемия, отечность, мокнутие, наслоение серозных корок, появляется так называемый молочный струп, или молочные корки. Эритематозные очаги имеют блестящую поверхность, горячие на ощупь. Дети страдают от бессонницы и зуда. Течение экземы хроническое, рецидивирующее, нередко с трансформацией в нейродермит.

## **Алгоритм обследования**

### **Анамнез и физикальное исследование**

Анамнез больного экземой должен отражать возраст начала заболевания, связь с провоцирующими факторами, наличие аллергии, в том числе пищевой непереносимости отдельных продуктов, указание на имеющиеся признаки атопии (эпизоды сенной лихорадки, бронхиальной астмы), в том числе отягощенный наследственный анамнез, сопутствующие аллергические заболевания.

### **Лабораторные исследования**

### **Обязательные лабораторные исследования:**

- Клинический анализ крови.
- Клинический анализ мочи.
- Биохимический анализ крови (АлАТ, АсАТ, триглицериды, общий белок, азот мочевины, креатинин, общий билирубин и др.).
- Определение уровня общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом.

### **Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования:**

■ Аллергологическое исследование сыворотки крови — определение специфических IgE/IgG антител к пищевым, бытовым антигенам, антигенам растительного, животного и химического происхождения.

■ При вторичном инфицировании проводится культуральное исследование с целью идентификации возбудителя и определения его чувствительности к антибиотикам.

■ Гистологическое исследование проводится по показаниям с целью дифференциальной диагностики.

■ Определение антител к антигенам лямблий, аскарид, описторхий, токсокар и других в сыворотке крови.

■ Бактериологическое исследование микрофлоры кожи.

■ УЗИ органов брюшной полости.

### **Показания к консультациям других специалистов:**

Гастроэнтеролог—диагностика и лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта, глистных инвазий.

Психоневролог — диагностика и лечение заболеваний нервной системы.

Аллерголог — проведение аллергологических исследований.

Терапевт — диагностика и лечение хронических сопутствующих заболеваний.

### **Дифференциальная диагностика**

При истинной экземе клиническая картина заболевания типична; в редких случаях истинную экзему приходится дифференцировать от атопического дерматита, токсидермий, пиодермий, аллергического контактного дерматита.

Дисгидротическую экзему следует дифференцировать от ладонно-подошвенного псориаза, пустулезного бактерида (синдром Эндрюса), дерматомикозов (эпидермофития стоп), в исключительных случаях — от буллезного пемфигоида.

Себорейную экзему следует дифференцировать от фолликулярного дискератоза Дарье, болезни Девержи, себорейной пузырьчатки Сенира — Ашера.

При микробной экземе может потребоваться дифференциальная диагностика со стрептодермией и контактным аллергическим дерматитом, субкорнеальным пустулезом, дерматитом Дюринга, лейшманиозом.

При себорейной экземе — с псориазом и парапсориазом, доброкачественной семейной пузырчаткой Хейли-Хейли, себорейной пузырчаткой (листовидной).

## **Лечение**

### **Медикаментозное лечение**

Истинная экзема. В острой стадии экземы применяют антигистаминные препараты I поколения: клемастин, активастин, мебгидролин, хлоропирамин, хифенадин, так как некоторые из них имеют инъекционные формы, что позволяет быстро достичь клинического эффекта. В дальнейшем используются препараты II поколения лоратадин. Лоратадин отличается от препаратов I поколения более выраженной специфичностью к H<sub>1</sub>-рецепторам и отсутствием антихолинергической, противорвотной и местной анестезирующей активности.

Применяемые для наружного лечения острой экземы средства должны обладать противовоспалительным, кератолитическим и дезинфицирующим свойством, а также уменьшать выраженность зуда, жжения, болезненности.

К противовоспалительным средствам для местного применения относятся препараты, оказывающие вяжущее действие (в виде примочек). Их использование уменьшает экссудацию и способствует образованию пленки, защищающей кожу от внешних раздражителей. На пораженные участки кожи накладывают сложенный в 4–5 слоев кусок марли, смоченный в холодном растворе (например, в 1% растворе танина). По мере согревания каждые 5–10 минут примочку меняют. Такая процедура продолжается 1–1,5 ч и повторяется ежедневно до исчезновения воспаления. Применяются примочки с 1% раствором резорцина, 1% раствор танина, 2% раствор борной кислоты, 0,25% раствор серебра нитрата, ванночки с 0,01–0,1% раствором калия перманганата, раствор циндол 1–2 р/сут. В течение 4–7 дней.

При острой экземе основными противовоспалительными средствами для местного применения являются глюкокортикостероидные препараты (ГКС). Согласно Европейской классификации потенциальной активности, различают слабые (класс 1), средние (класс 2), сильные (класс 3), очень сильные (класс 4) ГКП для наружного применения. При остром воспалении, характеризующимся отеком, гиперемией, экссудацией, целесообразно использовать средней силы, сильные, реже очень сильные ГКС.

По мере стихания острых воспалительных явлений используют пасты, а при разрешении процесса — кремы. Целесообразно применять пасты, содержащие 2–3% ихтиол, березовый деготь, нафталановую нефть, 0,5–1% серу, 2–5% борно-цинко-нафталановую пасту, 2–5% дегтярно-нафталановую пасту. Пасты назначают как самостоятельно, так и в сочетании с глюкокортикостероидами наружного применения.

### **Немедикаментозное лечение**

Режим охранительный: исключение контактов с возможными аллергенами, ограничение стрессовых ситуаций, водных процедур, сон не менее 8 часов.

Диета: из рациона больных экземой исключаются яйца, цитрусовые, мясо птицы, жирные сорта рыбы, мясные бульоны, цельное молоко, орехи, газированные напитки, красные вина, морепродукты, бобовые, грибы, томаты, шпинат, шоколад, какао, кофе, приправы, майонез, острые блюда.

Физиотерапевтическое лечение:

Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм на курс от 25 до 30 процедур. В качестве лечебного фактора также используется низкоинтенсивное лазерное излучение красного спектра с длиной волны 0,632 мкм и инфракрасного с длиной волны 0,8–1,2 мкм, на курс 15–20 процедур при ограниченных формах.

Критерии эффективности лечения

При своевременно начатой и адекватной терапии улучшение наступает через 5–7 суток. Уменьшается выраженность воспаления, прекращаются зуд и экссудация, прекращают появляться новые элементы, а старые начинают регрессировать. Клиническое выздоровление наступает на 20–25 сутки с момента начала лечения. Экзема относится к хроническим дерматозам с частыми рецидивами, поэтому целью поддерживающей терапии служит продление состояния клинической ремиссии и уменьшение частоты развития рецидивов. При достаточной эффективности лечения и профилактики ремиссия может продлиться в течение нескольких лет, а в ряде случаев — пожизненно. Показания к госпитализации. При наличии островоспалительных явлений, приводящих к утрате трудоспособности, больных госпитализируют.

### **Профилактика**

Режим больного экземой является охранительным:

- исключение контактов с возможными аллергенами;
- ограничение стрессовых ситуаций;
- ограничение водных процедур;
- соблюдение диеты;
- профилактическое использование смягчающих кремов и нейтральных моющих средств.

-одежда не должна вызывать перегрева, не содержать шерстяных и синтетических компонентов;

- воздух в помещении должен быть увлажнен.

В профилактике экземы важнейшими задачами являются правильный уход за кожей, а также сведение к минимуму причин, приводящих к рецидивам.

### **Список использованной литературы**

1. Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук. / ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. –Режим доступа : <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>  
М. : ГЭОТАР-Медиа. – 2014.
2. [Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем](#) : учеб. пособие для врачей/ В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, В. Г. Максименко. Красноярск : КрасГМУ. – 2013.
3. Кожные и венерические болезни: учебник / под ред. О.Л. Иванова. –М.: Шико, 2002. – 480с.: илл.- ISBN 5-900758-23-05
4. Лекция доцента кафедры кожных и венерических болезней КрасГМУ им. Прохоренкова В.И./ Дерматиты. Экзема./ Бекетов А.М., 2017 год

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И. Прохоренкова

Рецензия <проф., Д.М.Н кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. Проф. В.И. Прохоренкова Карачевой Юлии Викторовны> на реферат ординатора первого года обучения специальности Дерматовенерология <Чангы Лимы Борисовны> по теме <Экзема>.

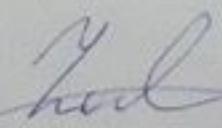
Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Дерматовенерология:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	полож.
2. Наличие орфографических ошибок	полож.
3. Соответствие текста реферата по его теме	полож.
4. Владение терминологией	полож.
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	полож.
6. Логичность доказательной базы	полож.
7. Умение аргументировать основные положительные выводы	полож.
8. Круг использования известных научных источников	полож.
9. Умение сделать общий вывод	полож.

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента: *нет*

Дата: *17.02.2017г.*

Подпись рецензента: 

Подпись ординатора: 