

Экзема

Дифференциальная диагностика

«Дифференциальная диагностика кожных болезней»

Руководство для врачей

под ред. Б.А. Беренбейна, А.А. Студницина

Под термином «экзема» многие ученые понимают аллергические воспалительные заболевания кожи, склонные к хроническому течению и обострениям, вызываемые различными экзогенными и эндогенными факторами и характеризующиеся полиморфизмом элементов, среди которых на первое место выступают пузырьки. Вопросы терминологии этих часто встречающихся заболеваний окончательно не решены, и общепризнанной классификации экземы не существует. Наибольшее значение в возникновении экземы придают нейроэндокринным и иммунологическим нарушениям. Выявлено, в частности, снижение супрессорной функции Т-лимфоцитов у больных экземой. Установлено, что психовегетативные нарушения также существенно влияют на динамику кожного процесса и ведущая роль в клиническом течении болезни принадлежит психогенным факторам.



Экзема

Различают несколько видов экземы:

Истинная экзема характеризуется хроническим течением, склонна к частым обострениям, проявляется развитием островоспалительных очагов, располагающихся симметрично, чаще на открытых участках кожного покрова. Основными симптомами истинной экземы служат гиперемия, отек, везикуляция и резко выраженное мокнутие. В пределах очагов поражения можно обнаружить большое количество мельчайших пузырьков (везикул), которые располагаются группами. Они наполнены прозрачной жидкостью. После вскрытия везикул образуются типичные для экземы микроэрозии - «серозные колодцы», которые называют так потому, что на их поверхности слегка опалесцирует жидкость, напоминающая росу. По периферии очага можно обнаружить единично расположенные узелковые высыпания и пузырьки. В дальнейшем количество вновь образующихся пузырьков уменьшается, отделяемое на поверхности микроэрозий сохнет в корки, после заживления микроэрозий сохраняется мелкое отрубевидное шелушение. При экземе отмечается полиморфизм как первичных, так и вторичных элементов. Заболевание сопровождается интенсивным зудом. В ряде случаев, кроме основных очагов поражения, на разных участках кожного покрова могут появиться рассеянные аналогичные высыпания, но мокнутие не выражено. При хроническом течении воспалительного процесса клиническая картина характеризуется застойной

гиперемией, инфильтратами в очаге поражения, подчеркнутым кожным рисунком и гиперпигментацией.

Гистологически в стадии обострения экземы выявляют спонгиоз с большим количеством мелких пузырьков в эпидермисе, внутриклеточный отёк в клетках шиповатого слоя, в дерме расширение сосудов поверхностной сети, а также отек сосочков и лимфоидно-клеточную инфильтрацию вокруг сосудов. При хроническом течении воспалительного процесса на первое место выступают изменения в дерме, где обнаруживают выраженный периваскулярный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов, фибробластов, гистиоцитов, эозинофилов. В эпидермисе акантоз, гиперкератоз, паракератоз; отек эпидермиса выражен незначительно.

Установление диагноза экземы не вызывает затруднений. Острое начало, излюбленная локализация процесса (лицо, конечности), симметричность очагов поражения, наличие характерных признаков заболевания (отек, гиперемия, везикуляция, полиморфизм элементов, выраженное мокнутие) позволяют распознать истинную экзему.

Микробная экзема характеризуется асимметричным расположением очагов, главным образом на нижних конечностях и в складках кожи. Границы поражения неровные. Кожа в пределах очагов поражения синюшно-красного цвета, инфильтрирована. Наблюдаются мокнутие и гнойные корки. По периферии очагов можно встретить единично расположенные пустулезные (остеофолликулиты, импетигиозные корки) и папуловезикулезные высыпания. В патогенезе микробной экземы нередко имеют значение варикозный симптомокомплекс (варикозная экзема), травма (паратравматическая экзема), грибковая инфекция (микотическая экзема).

Гистологически характерен массивный акантоз, спонгиоз, экзоцитоз с образованием в эпидермисе пузырей, в дерме отек, массивная лимфоидная инфильтрация с наличием плазмочитов; отмечается склероз дермы.

Себорейную экзему признают не все специалисты. При себорейной экземе очаги поражения располагаются на волосистой части головы, в естественных складках, за ушными раковинами, на коже лба, подмышечных впадинах, вокруг пупка, а также на коже груди, спины, сгибательных поверхностей конечностей. На волосистой части головы отмечаются сухость кожи гиперемия, серые отрубевидные чешуйки. Границы поражения резкие. В ряде случаев возникает экссудация и кожа головы покрывается серозными или серозно-гнойными корками, после снятия которых обнажается мокнущая поверхность. В складках выраженный отек, гиперемия, мокнутие, глубокие болезненные трещины. По периферии очагов серовато-желтые чешуйки и чешуйки-корки. На туловище и конечностях наблюдаются четко очерченные, желтовато-розовые шелушащиеся пятна, в центре которых встречаются мелкоузелковые высыпания.

Гистологически выявляют некоторые особенности себорейной экземы. В эпидермисе обнаруживают гиперкератоз, паракератоз, внутриклеточный отек и небольшой акантоз, который может сопровождаться удлинением эпидермальных выростов, в связи с чем картина напоминает таковую при нейродермите или псориазе. В дерме расширение сосудов, накопление гликозаминогликанов, повышение активности ферментов цикла Кребса (сукцинатдегидрогеназа, малатдегидрогеназа), ослабление активности дыхательных ферментов, разрыхление коллагеновой стромы, огрубение эластических волокон. Могут встречаться явления перифолликулита, кокковая флора и липиды в поверхностных слоях эпидермиса, что не характерно для истинной экземы.

Профессиональная экзема - длительно текущее аллергическое воспалительное заболевание кожи, возникающее после контакта с раздражающими кожу веществами в условиях производства. В этиологии и патогенезе профессиональной экземы важную роль играют воздействие определенного производственного фактора, функциональные нарушения деятельности нервной, сосудистой и других систем организма, которые определяют динамику аллергических реакций и клиническое течение болезни. Профессиональная экзема возникает в результате сенсибилизации организма к многообразным производственным факторам. Вначале повышенная чувствительность у больных профессиональной экземой носит моновалентный характер. При продолжении контакта с производственными аллергенами она может стать поливалентной.

Клиническая картина профессиональной экземы весьма сходна с проявлениями истинной экземы: высыпания располагаются на открытых участках кожи (преимущественно на кистях) и распространяются по периферии. Аналогичные высыпания могут возникнуть на различном расстоянии от основного очага поражения. Принято считать, что при профессиональной экземе раздражающий фактор действует на кожу (организм) с уже измененной реактивностью. Развитие экземы на открытых участках (кисти, предплечья, голени, стопы, лицо, шея) связано с попаданием на кожу раздражающих веществ в условиях производства. При повторных контактах с ними вначале появляются краснота, отек, затем - высыпание пузырьков. Профессиональная экзема быстро проходит после того, как прекращается контакт с агентом, который способствовал развитию заболевания. Каждое последующее обострение протекает тяжелее.

Диагностика профессиональной экземы основывается на следующих критериях: очаги поражения возникают, как правило, на открытых участках кожного покрова; вне контакта с раздражителями (отпуск, перевод на другую работу и т. д.) заболевание регрессирует; наличие повышенной чувствительности к веществам (капельная, компрессная пробы), с которыми больной контактирует на производстве.

Гистологически при профессиональной экземе выявляют изменения кожи, характерные для истинной или микробной экземы.

Дифференциальная диагностика между разными клиническими вариантами экземы (истинная, микробная, себорейная, профессиональная) описана выше по ходу описания их клинических особенностей. Необходимо также отличать экзему от нейродермита, дерматита, премикотической стадии грибовидного микоза.

При **нейродермите** в отличие от экземы отсутствует везикуляция и выражена лихенизация очагов поражения, излюбленная локализация которых - сгибательные поверхности конечностей (локтевые, подколенные, лучезапястные).

Кроме того, **себорейную экзему** дифференцируют от болезни Девержи, розового лишая, эритематозной пузырчатки, псориаза, красной зернистости носа, бляшечного парapsoriasis, десквамативной эритродермии Леинера, дискоидной красной волчанки, надбровной ульэритемы.

Микробную экзему дифференцируют от псориаза, хронической семейной доброкачественной пузырчатки, постэрозивного сифилоида Севестра - Жаке, первичного ретикулеза кожи.

Истинную экзему в ряде случаев отличают от чесотки, болезни Сульцбергера - Гарбе и опоясывающего герпеса.

