

# Экзематозные реакции кожи.

## *Патогенез, клиника. Врачебная тактика.*

Конспект лекции для студентов лечебного факультета.  
Кафедра дерматовенерологии СПбГМА

«Экзема» по гречески означает «вскипаю», «вспыхиваю». Такое название обусловлено тем, что основной элемент экзематозной реакции - сгруппированные мелкие пузырьки.

Экзематозная реакция может выступать в качестве фрагмента клинической картины некоторых заболеваний ([атопический дерматит](#), [стрептодермия](#), [импетиго](#), [поверхностные микозы](#), [чесотка](#), [токсидермии](#)). Если же экзематозные явления стойко повторяются, длительно существуют, являются основным (единственным) патологическим изменением кожи больного, то они рассматриваются как самостоятельная нозологическая форма, которую принято называть экземой.

## **Этиопатогенез экзематозных реакций.**

В развитии экзематозных реакций принимают участие различные эндогенные и экзогенные факторы. Существуют так называемые «фоновые факторы»:

1. Генетическая предрасположенность к развитию экзематозной реакции со стороны кожи
2. Гормональный фон
3. Нейрогенные факторы, психоэмоциональные стрессы
4. Дегенеративные изменения кожи (вследствие недостаточного кровоснабжения или нарушения иннервации)

Фоновые факторы изменяют реактивность кожи, снижая порог чувствительности к действию экзогенных факторов, которые собственно и вызывают ответ кожи в виде стандартной экзематозной реакции.

Внешние факторы могут иметь различное происхождение:

- 1) Инфекционные агенты, вызывающие сенсibilизацию
  - Микробный или микотический очаг непосредственно на коже
  - Микробный или микотический очаг вне кожи
- 2) Токсико-аллергический фактор

- Медикаментозные факторы
- Алиментарные факторы
- Профессиональные факторы

3) У больных пожилого возраста провоцирующим фактором может быть накопление действия субпороговых неаллергенных раздражителей на дегенеративно измененную кожу.

### **Патогистологическая картина экзематозных реакций**

Патогистологическая картина экзематозных реакций мало зависит от провоцирующих факторов и определяется фазой заболевания.

#### **В острой фазе:**

1. Спонгиоз в эпидермисе, мелкие полости, содержащие лимфоциты, реже нейтрофилы (присоединение вторичной инфекции)
2. Паракератоз
3. Периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты в дерме, отек сосочкового слоя

#### **В хронической фазе:**

1. Паракератоз, гиперкератоз
2. Межсосочковый акантоз
3. Выраженный лимфоцитарно-гистиоцитарный инфильтрат в сосочковом слое дермы

### **Клиническая картина экзематозных реакций**

Для экземы характерно длительное хроническое течение с частыми рецидивами. В течении болезни выделяют острую, подострую и хроническую стадию.

В **острой стадии** отмечаются множественные микровезикулы на фоне эритематозной, слегка отечной кожи. В местах вскрывшихся везикул имеются отечные эрозии с постоянно выделяющимся экссудатом («колодцы Девержи»). Постепенно число пузырьков уменьшается, появляется мелкая, отрубевидное шелушение, точечные корочки, выраженный кожный зуд.

Для **подострой фазы** характерен эволюционный полиморфизм - одновременно на коже наблюдаются пузырьки, эрозии, корочки, чешуйки.

В **хронической фазе** преобладает лихенификация. Активная эритема сменяется пассивной, синюшной. Границы очага нечеткие, охраняются только единичные пузырьки.

### **Этиологическая классификация экзем**

По этиологии выделяют:

1. Микробную экзему
2. Профессиональную экзему
3. Дегенеративную экзему

**Микробная экзема:** Возникает на фоне предшествующего стрептококкового или микотического поражения кожи или инфицированной травмы {посттравматическая микробная экзема). Возникает преимущественно у пожилых больных. Характерны четкие границы очага поражения, крупнофестончатые очертания.

- Пластинчатые корки, под которыми имеется сплошная мокнущая поверхность розового цвета с точечными эрозиями
- При распространенной форме локализация - конечности, симметрично расположенные папуло-везикулезные элементы; при локализованной форме - кисти и подошвы

**Профессиональная экзема** развивается на фоне профессиональных аллергических дерматитов.

**Дегенеративная экзема:**

- Обычно у пожилых людей под длительным воздействием субпороговых неаллергических раздражителей
- Синюшный оттенок высыпаний на коже, умеренно выраженная микровезикуляция
- Преимущественная локализация - конечности

## Клинические формы экземы.

Выделяют также ряд клинических форм экземы:

1. Дисгидротическая
2. Бляшечная
3. Экзематид

**Дисгидротическая экзема:**

- Чаще у лиц с выраженными нарушениями вегетативной нервной системы (повышенное потоотделение, особенно на ладонях и подошвах, стойкий красный дермографизм, сосудистая лабильность и др.)



Дисгидроз

- Локализация поражения - ладони и подошвы
- Эритема видна плохо (из-за значительной толщины эпидермиса)
- Мелкие пузырьки сливаются в крупные многокамерные полости

- Очаги поражения имеют четкие границы

### **Бляшечная (нумулярная) экзема:**

- Резко ограниченные круглые эритематозные бляшки диаметром 1.5-3 см и более, слегка возвышающиеся над окружающей кожей.
- Имеются микровезикулы, обильное мокнутие, могут образовываться корки
- Локализация - кожа тыла кистей и предплечий.
- Хронически рецидивирующее течение



[Экзема микробная \(нумулярная\)](#)

### **Экзематид:**

Является abortивной формой бляшечной экземы. Для него характерно:

- Высыпной элемент - округлое или овальное пятно розового цвета
- Мелкопластинчатое шелушение на поверхности очагов
- Скрытая микровезикуляция: при поскабливании выявляются мелкие эрозии
- Сопровождается кожным зудом
- Локализация - чаще на коже туловища и конечностей

## **Врачебная тактика при экзематозных реакциях.**

Принципы терапии:

- 1) Выявление очагов хронической инфекции и источников хронической интоксикации, их санация
- 2) Выявление аллергенов путем кожно-аллергического тестирования вне обострения заболевания и их максимальная элиминация
- 3) Постоянный уход за кожей
- 4) Медикаментозная терапия

### **Медикаментозная терапия**

1. Гипосенсибилизирующие средства
  - Антгистаминные препараты
  - Препараты кальция
  - Тиосульфат натрия

2. Детоксицирующая терапия
3. Препараты, действующие на вегетативную нервную систему
4. Психотропные средства
  - Анксиолитики
  - Антидепрессанты
5. Глюкокортикостероиды - в крайне тяжелых случаях не более 1-1.5 недель (при большей длительности в случае отмены закономерно развивается рецидив)
6. Наружная терапия - имеет симптоматический характер и зависит от остроты воспалительного процесса

### **Принципы наружной терапии острого и хронического воспаления кожи.**

Острое воспаление кожи может проявляться эритемой и отеком эритематозная форма), образованием пузырей и эрозий (буллезная форма), образованием струпа и последующего изъязвления (некротическая форма).

Хроническое воспаление кожи проявляется застойной гиперемией, значительной инфильтрацией, лихенификацией, гиперкератозом или трофическими изменениями в коже.

Наружное лечение направлено на устранение и разрешение возникающих в коже патологических изменений и сопутствующих им субъективных ощущений. Это достигается применением средств наружной терапии в различных ее лекарственных формах.

Выбор лекарственных форм определяется прежде всего степенью остроты воспаления. При остром воспалении кожи можно использовать примочки, влажно-высыхающие повязки, присыпки, «болтушки», линименты. При подострых воспалительных процессах применяются пасты, при хронических - кремы и мази.

*Примочки и влажно-высыхающие повязки* применяются при остром воспалительных состояниях кожи, протекающих с выраженной гиперемией отеком, мокнутием. Примочкой достигается охлаждающий эффект на кожу в результате усиления теплоотдачи, влекущий за собой стихание воспалительных явлений. Влажно-высыхающие повязки оказывают подобное действие за счет усиления испарения.

*Присыпки* применяют при остром воспалительных процессах без мокнутия, а также в складках при опрелостях. Нанесенная на кожу пудра адсорбирует выпотевающую из кожи влагу и увеличивает во много раз поверхность испарения. Это усиливает теплоотдачу кожи, что обуславливает противовоспалительный эффект.

*Взбалтываемые взвеси («болтушки») и линименты* можно применять при острых и подострых воспалительных процессах без мокнутия.

*Пасты* используют при подострых воспалительных процессах. За счет содержания порошка паста способствует испарению экссудата и охлаждению кожи, таким образом

оказывая противовоспалительный эффект. За счет содержащегося в ней жира она также размягчает роговой слой, повышая его проницаемость для лекарственных веществ.

*Кремы* - лекарственная форма, состоящая из жира, смешанного с водой. Кремы охлаждают кожу, используются при хроническом воспалении.

*Мази* состоят из жира и порошкообразных веществ. Применяются при фониическом воспалении кожи, характеризующемся застойной гиперемией, инфильтрацией, лихенификацией. Не обладая гигроскопичностью, мазь будучи нанесена на кожу, уменьшает теплоотдачу, согревает кожу. Сосуды кожи рефлекторно расширяются, усиливая кровообращение и местные обменные процессы, что способствует рассасыванию воспалительной инфильтрации. При остром воспалении кожи мази противопоказаны.

Выбрав лекарственную форму, следует определить, какие лекарственные средства необходимо в нее внести. Общее правило: чем острее воспалительная реакция, тем осторожнее следует на нее воздействовать.

К противовоспалительным средствам относят водные растворы резорцина, нитрата серебра, танина в малых концентрациях, вяжущие средства. Они образуют на поверхности кожи защитную пленку, предохраняют нервные окончания от внешних раздражений. Используются в виде примочек и влажно-высыхающих повязок. Также сюда относят порошки (оксид цинка, тальк, крахмал и др.), применяемые в качестве составных частей присыпок, взбалтываемых взвесей, паст.

Противовоспалительным действием обладают также кортикостероиды, кератопластические вещества в малых концентрациях (ихтиол, деготь, сера, нафалан)

При хронических воспалительных процессах главной задачей является разрешение инфильтрации, поэтому в терапию включают разрешающие средства (препараты дегтя, серы, ихтиол в высоких концентрациях). Используются разрешающие средства в форме мазей и паст.