

ДИАГНОСТИКА ЭКЗЕМЫ

М.В. Чуракаев

Рассмотрены проблемы критериев диагностики экземы. Особое внимание уделено вопросам дифференциальной диагностики, а также оценке степени тяжести экзематозного процесса.

Ключевые слова: экзема; критерии диагностики; EASI.

DIAGNOSIS OF ECZEMA

M. V. Churakaev

The paper considers problems of criteria for diagnostics of eczema. Particular emphasis is laid on the differential diagnostics, also the severity evaluation of eczematous condition.

Key words: eczema; criteria for diagnostics; EASI.

Экзема (eczema) – наследственно обусловленное кожное заболевание, характеризующееся острой серозной воспалительной реакцией кожи на воздействие раздражителей и отличающееся в своей клинической картине очевидным полиморфизмом элементов сыпи, отсутствием резких границ поражения, выраженным зудом и склонностью к рецидивам [1].

В настоящее время заболеваемость экземой составляет от 10 до 20 % всего населения [2], причем уровень ее за последние 20 лет заметно возрос, особенно среди детей. Среди дерматологических заболеваний сегодня экзема – самое частое воспалительное заболевание кожи. По данным российских авторов, ею страдает от 2 до 10 % трудоспособного населения, что составляет 30–40 % среди всех кожных заболеваний [3]. Чаще болеют лица в возрасте от 20 до 50 лет [4], в отношении мужчин и женщин существует примерное распределение 62:38. Выявляется тенденция роста больных экземой среди городского населения, по сравнению с сельским, на что, очевидно, оказывает влияние урбанизация.

По современным представлениям, диагностика экземы основывается на наличии характерных жалоб, анамнеза заболевания, а также на характерной клинической картине дерматоза [5]. Среди наиболее характерных клинических симптомов можно выделить те, которые допустимо условно отнести к диагностическим критериям:

➤ полиморфизм высыпаний в виде цепи последовательных изменений начального эле-

мента сыпи: пятно, папула, везикула, эрозия, мокнутие;

- более или менее сильный зуд;
- поверхностный характер поражения, отсутствие рубцов;
- длительное, упорное течение, склонность к рецидивам, возможность продолжения реакции после устранения инициального раздражителя.

Однако диагностика экземы, основанная лишь на характерной клинической картине, не всегда возможна. В проведенном нами исследовании из 80 обследованных пациентов, больных экземой, 57 страдали этим недугом более 1 года, а 7 – более 5 лет. При таком длительном течении заболевания происходит хронизация экзематозного процесса, пропадает типичное для этого дерматоза мокнутие. Кожа в очагах заметно утолщается, на её поверхности образуется пластинчатое шелушение, кожный рисунок делается рельефнее, являя картину лихенификации. На этом фоне возможно появление трещин, подчас глубоких и весьма болезненных – так называемая *eczema rhagadiforme*, клиническая форма, наиболее часто поражающая кожу сгибательных поверхностей крупных суставов, предплечий, голеней. В ряде подобных случаев даже при детальном изучении пораженного участка мы отмечали отсутствие характерного полиморфизма элементов сыпи.

Кроме того, часто довольно трудно дифференцировать истинную экзему и дерматит, вызванные экзогенным раздражителем в силу мор-

фологического сходства указанных заболеваний. Оба состояния характеризуются воспалительным внутри- и внеклеточным отёком, обусловленным спонгиозом. В дерме очень рано возникают расширение сосудов и околосоудистая инфильтрация. Позднее в результате повреждения эпителиальных клеток развивается паракератоз, что приводит к нарушению нормального ороговения эпидермиса. Одновременно происходит реактивное разрастание эпидермиса – акантоз [6]. Спонгиоз, везикуляция, паракератоз, акантоз и инфильтрация дермы – всё это основные элементы патогистологических изменений, происходящих при экзематозном процессе, но равно наблюдающихся и при развитии острого аллергического дерматита.

Особенно остро стоит проблема диагностики экземы и дерматита, вызываемых исключительно или преимущественно профессиональными вредностями, когда больные вынуждены ежедневно контактировать с одним или несколькими раздражителями, отмечая при этом регулярное появление кожной реакции. Реактивная способность кожи в этом случае часто меняется с нормальной на аллергическую, а клиническая граница между истинной экземой и искусственным дерматитом стирается. Наши наблюдения показали, что определение рода реактивности кожи в каждом подобном случае необходимо для более точного прогноза и подбора рационального лечения.

Другой аспект, затрудняющий диагностику экземы – выявление у пациента факторов, предрасполагающих к развитию других кожных заболеваний. По данным ряда специальных наблюдений, среди всех больных экземой кистей около 48 % обладают клиническими признаками, близкими к атопии и до определенной степени удовлетворяющими общеизвестным критериям Райка-диагностики атопического дерматита. По ряду данных, более половины этих больных – женщины в возрасте от 20 до 35 лет, у большей части из которых наблюдается семейная отягощенность аллергическими заболеваниями, а около 49 % обследованных имеют повышенный уровень сывороточного IgE [7].

Не менее остро сегодня стоит вопрос определения степени тяжести экзематозного процесса. Известна советская классификация, выделяющая 3 степени тяжести, отличающиеся друг от друга частотой и длительностью обострений [8]. С недавнего времени степень тяжести кожного процесса, а также эффективность терапии у больных экземой, оценивается в баллах по шкале EASI (Eczema Area and Severity Index), которая представляет собой алгоритм оценки степени тяжести основных симптомов экземы и площади поражения. Каждый признак при этом может быть оценён от

0 до 3-х баллов (где выраженность признака: 0 – отсутствует, 1 – слабо, 2 – умеренно, 3 – сильно), площадь поражения в баллах – от 0 (отсутствие поражения) до 6 (100 % поражение всего кожного покрова) [9]. Однако индекс EASI, на наш взгляд, имеет ряд недостатков. Так, абсолютно не учитывается длительность течения кожного процесса, которая, в свою очередь, оказывает влияние на продолжение временной нетрудоспособности и длительность терапии. Кроме того, индекс через различные неравнозначные коэффициенты разделяет локализацию очагов поражения экземы, что, на наш взгляд, находится в диссонансе с тяжестью течения отдельных её форм.

Таким образом, несмотря на длительность изучения, проблема диагностики экземы остаётся актуальной, поскольку представлено общее мнение по ряду вопросов этиологии и патогенеза этого заболевания. Только критический учёт комплекса данных, полученных при всестороннем обследовании больного, помогает решить эту задачу.

Литература

1. Дерматовенерология, 2010 / под ред. А.А. Кубановой. М.: ДЭКС-Пресс, 2010. 428 с. (Клинические рекомендации Рос. общества дерматовенерологов).
2. *Ivette A.G. Deckers et al.* Investigating International Time Trends in the Incidence and Prevalence of Atopic Eczema 1990–2010: A Systematic Review of Epidemiological Studies.
3. *Юнусова Е.И.* Экзема: дифференцированный подход к выбору наружной терапии / Е.И. Юнусова // Лечащий врач. 2013. № 5. С. 46–51.
4. *Новоселецкая А.И.* Динамика изменения уровня цистеина у больных экземой / А.И. Новоселецкая // Журнал Гродненского гос. мед. ун-та. 2009. № 3. С. 75–76.
5. Дерматовенерология: национальное руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. С. 658.
6. *Ilder, David E.; Elenitsas, Rosalie; Johnson, Bernett L.; Murphy, George F.* Lever's Histopathology of the Skin, 9th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2005. С. 245.
7. *Кочергин Н.Г.* Атопический дерматит или экзема? / Н.Г. Кочергин, А.А. Африкян // Альманах клинической медицины. 2007. № 15. С. 200–203.
8. *Антоньев А.А.* Экспертиза трудоспособности при заболеваниях кожи / А.А. Антоньев, Ю.Д. Арбатская, В.Н. Шеварова. М.: Медицина, 1982. С. 98.
9. *Cherill R., Graeber M., Hanifin J. et al.* Eczema area and severity index (EASI): a new tool to evaluate atopic dermatitis // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 1998. Vol. 11 (suppl. 2). P. 48.