Современные подходы к лечению экземы кистей

Е.В. СОКОЛОВСКИЙ, К.Н. МОНАХОВ, Н.А. ХОЛОДИЛОВА[1], Д.К. ДОМБРОВСКАЯ

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Modern approaches to the treatment of wrist eczema

E.V. SOKOLOVSKY, K.N. MONAKHOV, N.A. KHOLODILOVA, D.K. DOMBROVSKAYA

I.P. Pavlov Sankt-Peterburg State Medical University

Ключевые слова: экзема кистей, атопия, местные стероиды, мометазона фуроат, базовый уход за кожей.

Key words: wrist eczema, atopia, local steroids, mometasone furoate, basic skin care.

Термин «экзема» известен с давних времен. Однако до настоящего времени в разных странах его трактуют по-разному. В последнее время в Европе и Северной Америке термины «дерматит» и «экзема» практически являются синонимами [1, 2]. В то же время никто не отрицает наличия неспецифической патологической реакции кожи, проявляющейся воспалением в эпидермисе и дерме, для которой типично наличие очагового отека шиповатого слоя эпидермиса — спонгиоза. Такая реакция традиционно называется экзематозной и принимает участие в формировании клинической картины многих заболеваний кожи, как инфекционных, так и неинфекционных. В тех случаях, когда после элиминации этиологического фактора проявления заболевания разрешаются полностью, говорят о вторичной экзематизации какого-либо процесса. Это нередко встречается при стрептодермии, микозе стоп, чесотке. В то же время у некоторых пациентов экзематозная реакция возникает первично. Это характерно для контактного аллергического дерматита. В большинстве случаев после устранения аллергена проявления заболевания разрешаются.

В ряде случаев проявления заболевания не разрешаются полностью, а характер его течения становится хронически рецидивирующим. В дальнейшем в качестве провоцирующих обострение болезни выступают различные факторы, действующие как непосредственно на кожу, так и на организм в целом. В таких случаях в России принято говорить об экземе как самостоятельной нозологической единице.

В то же время у значительного количества пациентов имеются указания на проявления атопического дерматита в раннем детском возрасте и на внекожные проявления атопии (атопическая бронхиальная астма, аллергический ринит, поллиноз), выявляется повышение общего и наличие специфических IgE. По-видимому, в таких случаях корректнее говорить об особенном течении атопического дерматита с локализованными экзематозными проявлениями. В настоящее время в специальной литературе вместо термина «атопический дерматит» широко используется термин «атопическая экзема».

Единого понимания термина «экзема кистей» не существует. Однако большинство авторов описывают хроническое поражение кожи кистей, проявляющееся экзематозной реакцией, для которого характерна поливалентная чувствительность, т.е. развитие рецидивов и обострений болезни связывается с различными воздействиями как непосредственно на кожу, так и на организм в целом (химические, физические, метеорологические, психологические стрессы и др.). Заболеваемость экземой, по данным литературы [3, 4], в разных странах составляет 5—20%. Существенную роль в развитии экземы кистей в настоящее время отводят нарушению кожного барьера, что подтверждается, в частности, положительным результатом использования средств базового ухода за кожей [5, 6]. При воспалении в коже нарушаются продукция и секреция липидов кератиноцитами. Следствием этого является увеличение межклеточных промежутков, снижение эластичности кератиноцитов. Повышенная проницаемость кожного барьера приводит к проникновению в кожу как аллергенов, так и ирритантов, еще более усиливающих воспаление. Формирующийся «порочный

© Коллектив авторов, 2011

[1]e-mail: cholnatalex23@rambler.ru

Klin Dermatol Venerol 2011;6:40

круг» обеспечивает хронизацию кожного процесса [7, 8].

Многофакторность происхождения экземы кистей в большинстве случаев не позволяет добиться длительной полной ремиссии заболевания и требует подбора постоянной поддерживающей терапии. Многие пациенты без должного врачебного контроля длительно используют топические глюкокортикостероиды (ТГКС), в результате чего формируются местная стероидная зависимость и другие местные побочные эффекты длительного использования препаратов этой группы. Больные другой группы категорически отказываются от применения местных стероидов, позволяя в дальнейшем развиваться бесконтрольному воспалению. Очень часто приходится констатировать, что пациенты с экземой кистей пренебрегают средствами базового ухода за кожей.

Отказ от использования ТГКС значительно удлиняет сроки лечения больных и ухудшает качество их жизни [9].

В настоящее время к препаратам, максимально удовлетворяющим современным требованиям, относится местный стероид мометазона фуроат, обладающий высокой системной безопасностью [10, 11].

Более 10 лет накапливался опыт использования интермиттирующих схем лечения наружными стероидами. Еще в 1999 г. N. Veien и соавт. [12] показали высокую эффективность и безопасность длительной (36 нед) интермиттирующей (препарат назначали по так называемой схеме выходного дня — только в субботу и воскресенье в одной группе и через день — в другой) терапии стероидом для контроля заболевания, особенно при дорсальной локализации проявлений экземы кистей. В более поздних исследованиях было показано, что наиболее хорошие результаты лечения достигаются при сочетании местных ГК и эмолентов [13, 14].

Материал и методы

Под наблюдением находились 34 больных экземой кистей в возрасте от 17 до 62 лет (24 женщины, 10 мужчин; средний возраст 30,45±1,32 года).

Тяжесть проявлений экземы оценивали на основании EASI (Eczema Area Severity Index) по стандартной методике. Если EASI был равен 3—6, то обострение считали нетяжелым, 7—9 — среднетяжелым, 10 и более – тяжелым.

В зависимости от выраженности воспалительных изменений кожи препарат *Унидерм* (мометазона фуроат 0,1% крем) наносили на пораженные участки кожи 1 раз в сутки до достижения практически полного разрешения высыпаний на коже. В дальнейшем пациентов переводили на интермиттирующую схему использования *Унидерма*: препарат наносили на пораженные участки кожи в течение 2 дней через 5 сут (2 раза в неделю) на фоне ежедневного использования средств базового ухода (специальный крем или специальную эмульсию для тела *Эмолиум*). При полном отсутствии проявлений заболевания местно стероиды не наносили, использовали лишь средства базового ухода (крем или эмульсию для тела *Эмолиум)*.

Срок наблюдения за пациентами составил 8 нед. Визиты проводили через 2, 4 и 8 нед лечения.

Результаты и обсуждение

У 25 пациентов были выявлены признаки атопии (начало в раннем детском возрасте, атопические заболевания у кровных родственников, внекожные проявления атопии).

Среди больных экземой кистей без атопии (9 человек) большинство (8) составили пациенты в возрасте 35—62 лет. Среди пациентов данной группы преобладали женщины (8 из 9 человек). Пациентов с тяжелым течением заболевания в этой группе не было, а у абсолютного большинства (у 7 человек, 78%) была диагностирована легкая степень тяжести. В большинстве случаев (у 6 пациентов) заболевание приходилось на острую стадию, характеризующуюся появлением на коже кистей поверхностных сгруппированных микровезикул на фоне гиперемии, мокнутия, сопровождающегося зудом. У оставшихся 3 пациентов экзема была в подострой стадии.

Абсолютное большинство больных (7 человек) отмечали связь развития заболевания с перенесенным психоэмоциональным стрессом (разводом, смертью или болезнью близкого человека, сдачей экзаменов и др.). У 2 пациентов высыпания впервые появились при воздействии экзогенных факторов (строительных материалов, стиральных порошков, щелочных моющих средств с антимикробным действием).

В большинстве случаев экзема кистей с атопией наблюдалась у людей молодого возраста (25—34 лет, средний возраст 29,18±1,4 года). Среди пациентов данной группы также преобладали женщины. В этой группе обострение заболевания расценивалось как тяжелое в 44% случаев, в 29% — средней тяжести и только у 27% пациентов была диагностирована легкая степень тяжести. У 100% больных данной группы была выявлена атопия в анамнезе («детская экзема» или «диатез»). Аллергические заболевания в семейном анамнезе отметил 21 (84%) пациент. Клинически у всех больных были обнаружены признаки атопии, укладывающиеся в общеизвестные критерии J. Hanifin и G. Rajka. У большинства пациентов с экземой кистей с атопией (21 случай) в периоды обострений доминировали симптомы застойной инфильтрации, лихеноидные папулы, лихенифика-

ция, выраженная сухость кожи, трещины и шелушение, располагающиеся на тыльной поверхности кожи кистей, тогда как экссудативные проявления с тенденцией к отечности и микровезикуляции были обнаружены лишь у 4 больных. Среди провоцирующих факторов у данной группы больных доминировал психоэмоциональный стресс (в 12 случаях). У 13 пациенток заболевание началось в раннем детстве и по описаниям напоминало младенческую стадию атопического дерматита, затем до определенного возраста у них наблюдалась стойкая ремиссия, и лишь с началом беременности (у 7 женщин) и лактации (5) возник рецидив дерматоза. Обострение заболевания с погрешностями в диете связывали 11 больных, с экзогенными факторами — 2, с профессиональными вредностями — 1, остальные не могли четко указать причину обострений.

Как среди пациентов с экземой кистей без атопии, так и среди больных экземой кистей с атопией, на 1-м месте по частоте встречаемости были заболевания органов желудочно-кишечного тракта (55,6 и 68% случаев соответственно). На 2-м месте у пациентов обеих групп были гинекологические заболевания (22,2 и 32%), на 3-м — заболевания эндокринной системы (11,1 и 12%). Только у 22,2% больных экземой кистей без атопии и у 24% больных экземой кистей с атопией очагов хронических инфекций выявлено не было.

После обследования всем пациентам назначали индивидуальную терапию (системную и наружную) в зависимости от периода заболевания, тяжести патологического процесса, а также от выявленных сопутствующей патологии и провоцирующих факторов. Всем больным были даны общие рекомендации, влияющие на компенсаторные и приспособительные механизмы пациента (диета, режим дня, лечение сопутствующих заболеваний и функциональных расстройств, смена работы, климатолечение и др.). После оценки состояния вегетативной нервной системы назначали вегетокорректоры (длительность приема от 2 нед до 2 мес). При необходимости больные со среднетяжелой и тяжелой степенью тяжести заболевания получали гипосенсибилизирующую и детоксицирующую терапию. Наружно использовали топические глюкокортикоиды. В зависимости от клинической картины заболевания, наличия сопутствующих осложнений крем *Унидерм* наносили на пораженные участки кожи 1 раз в день не более 14 сут до достижения практически полного разрешения высыпаний на коже. В дальнейшем пациентов переводили на интермиттирующую схему использования ТГКС: препарат наносился на пораженные участки кожи 2 дня подряд с интервалом 5 сут (2 раза в неделю) на фоне ежедневного использования средств базового ухода. При полном отсутствии проявлений заболевания топический стероид не наносили: использовали лишь средства базового ухода.

Как при обострении, так и в период ремиссии заболевания, всем больным экземой кистей были назначены препараты, восстанавливающие целостность кожного барьера (так называемые эмоленты, оказывающие увлажняющее и ожиривающее действие). В нашем исследовании это были косметические средства линии *Эмолиум*. После курса лечения практически у всех пациентов удалось добиться положительных результатов. У 8 из 9 пациентов с экземой без атопии после достижения ремиссии (для полного разрешения высыпаний потребовалось 4—7 сут непрерывного использования крема *Унидерм*) и кратковременной (1—2 нед) интермиттирующей терапии полностью удалось отказаться от топических стероидов при условии постоянного использования средств линии *Эмолиум*. Лишь в одном случае возникла необходимость продолжить интермиттирующую терапию, что можно объяснить контактами с ирритантами в связи с профессиональной деятельностью пациента. В то же время больные, у которых был выявлен атопический фон, оказались более резистентными к проводимому лечению (для разрешения высыпаний потребовалось 6—10 сут ежедневного использования крема *Унидерм*). Лишь у 13 больных удалось достигнуть стойкой, но неполной ремиссии в течение нескольких недель. В остальных случаях была продолжена интермиттирующая терапия местными стероидами (*Унидерм*) в течение всего периода наблюдения. Несмотря на проводимое лечение, в 6 случаях не удалось достичь стойкой ремиссии заболевания, что может быть объяснено, в частности, невозможностью полностью устранить провоцирующие факторы.

Таким образом, назначение современного неатрофогенного местного ТГКС *Унидерма* позволяет быстро подавить гиперергическую реакцию, а интермиттирующая терапия с использованием этого препарата на фоне постоянного применения средств базового ухода за кожей *Эмолиум* позволяет в большинстве случаев активно бороться с персистирующим воспалением в коже и поддерживать ремиссию экземы кистей. Такая схема лечения может быть рекомендована при длительном течении заболевания с частыми рецидивами.

Выводы

1. Современная терапия экземы кистей должна включать в себя выявление и элиминацию триггерных факторов, активную противовоспалительную терапию даже при минимальных обострениях заболевания и постоянное использование средств базового ухода за кожей.

2. У пациентов с экземой кистей без атопии разрешение кожного процесса происходит быстрее и развивается более стойкая ремиссия, тогда как у пациентов с атопической экземой кистей разрешение

высыпаний происходит медленнее и чаще возникают обострения кожного процесса.

3. Интермиттирующая терапия современными местными стероидами (в частности, кремом *Унидерм*) может быть рекомендована пациентам с длительным течением экземы кистей с частыми рецидивами.

4. Пациенты с экземой кистей нуждаются в постоянном использовании средств базового ухода за кожей.

5. Средства базового ухода за кожей линии *Эмолиум* соответствуют современным требованиям к этой группе лечебных косметических продуктов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Fitzpatrick's.* Dermatology in General Medicine 6-ed. 2002; 1: 1164—1209.
2. *Weedon D.* Skin Pathology. Churchill Livingston 1997; 83—107.
3. *Schram M.E., Tedja A.M., Spilker R.* Is there a rural/urban gradient in the prevalence of eczema? A systematic review. Br J Dermatol 2010; 5: Suppl 162: 964—973.
4. *Simpson E.L., Thompson M.M., Hanifin J.M.* Prevalence and morphology of hand eczema in patients with atopic dermatitis. Dermatitis 2006;3(Suppl 17):123–127.
5. *Огородова Л.М., Нагаева Т.А., Ходкевич Л.В., Чухнова Д.Л.* Роль нарушений структурно-функционального статуса поверхностной липидной пленки кожи в патогенезе атопического дерматита у детей. Аллергология 2003;2:17—20.
6. *Lebwohl M., Herrmann L.G.* Impaired skin barrier function in dermatologic disease and repair with moisturization. Cutis 2005; 76: Suppl 6: 7—12.
7. *Yamamoto A., Serizawa S., Ito M., Sato Y.* Stratum corneum lipid abnormalities in atopic dermatitis. Arch Dermatol Res 1991; 283: 4: 219—223.
8. *Coderch L., López O., de la Maza A., Parra J.L.* Ceramides and skin function. Am J Clin Dermatol 2003; 4: 2: 107—129.
9. *Barnes P.J.* New directions in allergic diseases: mechanism-based anti-inflammatory therapies. J Allerge Clin Immunol 2000; 106: 1: Pt 1: 5—16.
10. *Bressinck R., Williams J., Peets E.* Comparison of the effect of mometasone furoate ointment 0,1% and hydrocortisone ointment 1% on adrenocortical function in psoriasis patients. Today's Ther Trends 1988; 5: 25—35.
11. *Beverly E., Jakway J.P., Smith S.R., Siegel M.I.* Citokine inhibition by a novel steroid, mometasone furoate. Immunopharmacol immunotoxicol 1991; 13: 3: 251—261.
12. *Veien N.K., Olholm Larsen P., Thestrup-Pedersen K., Schou G.* Long-term, intermittent treatment of chronic hand eczema with mometasone furoate. Br J Dermatol 1999; 140: 5: 882—886.
13. *Hanifin J., Gupta A.K., Rajagopalan R.* Intermittent dosing of fluticasone propionate cream for reducing the risk of relapse in atopic dermatitis patients. Br J Dermatol 2002; 147: 3: 528—537.
14. *Wollenberg A., Bieber T.* Proactive therapy of atopic dermatitis: an emerging concept. Allergy 2009; 64: 2: 276—278.