



# Экзема кистей. Факторы риска и терапевтическая стратегия

Д.м.н. Е.В. ДВОРЯНКОВА

*При лечении экземы применяют различные по силе и составу глюкокортикостероиды. При истинной экземе в острый период применяют топические стероиды, относящиеся к группе сильных или средней силы. Для лечения неосложненной экземы эффективен бетаметазона дипропионат, при осложненных вторичной инфекцией формах экземы рекомендуется использование комбинированного препарата бетаметазона дипропионата и гентамицина.*

Экзема – одно из наиболее распространенных полиэтиологических заболеваний кожи, характеризующееся воспалением в ее поверхностных слоях, сопровождающееся сильным зудом. Термин «экзема» применялся в медицине давно для обозначения островоспалительных процессов на коже, но только в первой половине XIX в. экзема была выделена в качестве отдельной нозологической единицы. В англоязычной научной литературе под этим термином подразумевают воспалительное заболевание кожи с острым или хроническим течением, характеризующимся появлением одного или более из перечисленных ниже сим-

птомов: эритема, отечность кожи, зуд, сухость кожи, шелушение, образование на коже корочек и чешуек, пузырьков, трещин, мокнутия. «Экзематизация» может наблюдаться при целом ряде дерматозов: атопический, аллергический, себорейный дерматит и др. К этой группе относятся заболевания, включенные в МКБ-10 под кодами L20–L30.

В настоящее время единой, общепринятой классификации экземы не существует. В отечественной дерматологии принято разделять данное заболевание на истинную и микробную экзему. В то же время в зарубежной научной литературе встречается классификация экземы, согласно которой различают

распространенную экзему, к которой относятся атопическая, ксеротическая экзема, контактный, себорейный дерматит, и локализованные формы экземы, среди которых выделяют дисгидроз, нумулярную и гипостатическую экзему, герпетиформный дерматит, ограниченный нейродермит и паратравматическую экзему. При этом отдельно выделяют экзему кистей как одну из наиболее распространенных форм заболевания [1].

Медико-социальную значимость экземы кистей подтверждают результаты масштабных эпидемиологических исследований, показывающих, что у 1/3 больных дебют заболевания состоялся в молодом возрасте – до 20 лет, в 70% случаев экзема являлась поводом для обращения к врачу, в 20% случаев – причиной потери трудоспособности на срок до 7 дней, в 10% случаев – причиной смены работы или профессии [1].

Для определения факторов риска развития экземы кистей, характера их влияния на течение и прогноз заболевания проводилось достаточно большое количество научных исследований,



включая и обширные эпидемиологические работы. В ходе данных исследований были определены наиболее значимые факторы риска развития экземы кистей, которые необходимо учитывать при разработке тактики лечения и реабилитации больных. Важным и неотъемлемым компонентом терапии в современных условиях являются мероприятия, направленные на исключение или уменьшение влияния факторов риска.

В подавляющем большинстве научных исследований было показано, что женщины страдают экземой достоверно чаще мужчин [2]. При этом в группе риска находятся пациенты преимущественно молодого возраста. Так, было продемонстрировано, что экземой страдают 12% женщин в возрасте 19–29 лет, тогда как в возрастной группе 70–80 лет данное заболевание наблюдается только у 6% женщин [3].

Важным и неотъемлемым компонентом терапии экземы в современных условиях являются мероприятия, направленные на исключение или уменьшение влияния факторов риска.

Атопический дерматит является еще одним из наиболее важных факторов риска развития экземы [4, 5]. Было выявлено, что у 90% школьников в Норвегии, страдающих экземой кистей, в анамнезе имеется атопический дерматит [6]. В другом исследовании было показано, что заболеваемость экземой кистей у женщин, которые в детстве страдали атопическим дерматитом, составляет 24,2 случая на 1000 населения в год против 9,5 случаев на 1000 населения в год без атопического дерматита в анамнезе [7]. Атопический дерматит в сочетании с экземой кистей был выявлен в парах близнецов [8]. Развитие экземы кистей также связывают с мутацией комплекса генов, отвечающих за синтез белка филагрина, – данная мутация яв-

ляется одним из центральных звеньев патогенеза атопического дерматита [9].

Отягощенный семейный анамнез также является признанным фактором риска развития экземы. Так, наследственная предрасположенность к экземе кистей была обнаружена в 41% случаев [9].

В настоящее время в научной литературе обсуждается возможная связь между развитием экземы кистей и наличием одной из наиболее распространенных видов контактных аллергических реакций на никель. В 12,1% случаев у больных экземой кистей определяют положительные аппликационные пробы с никелевым антигеном [10]. В то же время 20,5% пациентов с аллергическими реакциями на никель страдают экземой кистей [11].

Среди внешних и приобретенных факторов риска развития экземы кистей следует также отметить

случаев), обслуживающего персонала – горничные, официанты, парикмахеры и пр. (в 15,4% случаев). Так, было показано, что 67% больных экземой кистей моют руки от 5 до 14 раз в день в связи с особенностями их работы [13], у 16,6% больных экземой кистей продолжительность контакта с водой составляет более 30 мин/день [14]. Таким образом, значительное влияние факторов риска и образа жизни пациентов на течение экземы, в том числе с преимущественной локализацией на кистях, очевидно. Поэтому стратегия терапии данной патологии должна включать мероприятия по разъяснению не только пациентам, но и членам их семей необходимости изменения образа жизни, а иногда и профессии, обучение способам устранения потенциальных аллергенов, защиты кожи, а также психологическую реабилитацию.

Основной целью терапии экземы является устранение в наиболее короткие сроки проявлений патологического процесса на коже, купирование зуда, достижение продолжительной ремиссии.

В качестве средств для базового ухода за кожей при экземе применяют эмоленды, защитные средства, мягкие, не содержащие мыла средства для очищения кожи. Использование данных средств приводит к повышению эффективности и сокращению продолжительности медикаментозной терапии, увеличению периодов ремиссии, улучшению состояния кожи и прогноза заболевания в целом. К препаратам первой линии терапии, назначаемым при появлении первых симптомов экземы, относятся кортикостероиды для местного применения. Данные препа-

резмерную физическую нагрузку, которая может быть связана как с профессиональной деятельностью, так и с образом жизни пациентов и приводит к общему физическому перенапряжению. Этот фактор отмечается у 44% больных. Психологический стресс провоцирует развитие экземы в 31% случаев, курение и злоупотребление алкоголем – в 16% случаев, избыточная масса тела – в 10% [12]. Условия труда, особенности профессиональной деятельности, несомненно, являются важным фактором, который может способствовать развитию экземы кистей. К профессиям, которые рассматриваются как безусловные факторы риска развития экземы кистей, относятся профессия медицинской сестры, врача (в 15,9%

Основной целью терапии экземы является устранение в наиболее короткие сроки проявлений патологического процесса на коже, купирование зуда, достижение продолжительной ремиссии.



Одним из эффективных комбинированных кортикостероидов, которые применяются при осложненных вторичной инфекцией формах экземы, является Белогент® (бетаметазона дипропионат + гентамицин), крем и мазь.

раты обладают противовоспалительным, иммуносупрессивным, противоаллергическим, сосудосуживающим, мембраностабилизирующим действием. Современные топические кортикостероиды способны быстро и эффективно устранять основные симптомы заболевания – зуд, воспаление, уменьшать количество высыпаний на коже.

В зависимости от клинической формы экземы, возраста пациента, наличия сопутствующих патологических состояний применяют различные по силе и составу глюкокортикостероиды. При истинной экземе в острый период применяют топические стероиды, от-

носящиеся к группе сильных или средней силы.

Так, для лечения неосложненной экземы возможно применение крема и мази Белодерм® (бетаметазона дипропионат). Бетаметазона дипропионат относится к группе сильных топических кортикостероидов. Благодаря высокой эффективности, быстрому и продолжительному действию препарат активно применяется при большинстве аллергических и воспалительных заболеваний кожи. Бетаметазона дипропионат применяется у взрослых и детей с 6-месячного возраста. Белодерм® крем рекомендуется при острых воспалительных проявлениях заболевания, тогда как препарат в форме мази целесообразно использовать при хронических, вялотекущих состояниях.

Выбор препаратов для лечения экземы, осложненной вторичной инфекцией, во многом зависит от инфекционного агента, вызвавшего патологический процесс. В лечении микробной экземы применяются комбинированные глюкокортикостероиды, содержа-

щие гидрокортизон, бетаметазон и т.д., и антибиотики (гентамицин, фуцидин, неомицин и т.д.). При назначении антибактериальной терапии нередко возникают трудности, связанные с невозможностью своевременной идентификации возбудителя, ухудшением течения основного заболевания на фоне применения противомикробных средств, развитием аллергических реакций и формированием устойчивых форм возбудителей на фоне применения антибиотиков и пр.

Одним из эффективных комбинированных кортикостероидов, которые применяются при осложненных вторичной инфекцией формах экземы, является Белогент® (бетаметазона дипропионат + гентамицин), крем и мазь. Результаты многочисленных контролируемых клинических исследований препарата Белогент® продемонстрировали преимущества этой комбинации при лечении инфицированных дерматозов: быстрое подавление зуда и воспаления, общая клиническая эффективность, проявляющаяся в достаточно короткие сроки (до 14 дней). При инфицированных дерматозах, чувствительных к действию стероидов, местное применение комбинации противовоспалительного агента и кортикостероида, такой как Белогент®, крем и мазь, является безопасным и эффективным. Сравнительные клинические исследования [15] продемонстрировали высокий профиль безопасности и эффективности препарата Белогент®, крем и мазь. Гентамицин, входящий в состав Белогента®, активен в отношении *Enterobacter*, *E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *St. aureus* при первичных и вторичных бактериальных инфекциях кожи. В заключение следует отметить, что эффективность лечения экземы зависит от выполнения мероприятий, направленных на устранение факторов риска, а также выбора адекватной терапии, в которой препаратами первой линии являются топические стероиды. ●

Литература  
→ С. 58

# NB

### Белодерм®

Глюкокортикостероид для наружного применения. Оказывает противовоспалительное, противозудное, противоаллергическое, сосудосуживающее, противоэкссудативное и антипролиферативное действие.

### Белогент®

Противовоспалительное, противоаллергическое и антибактериальное средство.

Бетаметазон обладает противовоспалительным, противоаллергическим, антипролиферативным и противозудным действием. При нанесении на поверхность кожи бетаметазон быстро действует в очаге воспаления, уменьшая выраженность объективных симптомов (эритема, отек, лихенификация) и субъективных ощущений (зуд, раздражение, боль).

Гентамицин оказывает бактерицидное действие широкого спектра в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, в том числе штаммов стрептококка (бета-гемолитический, альфа-гемолитический), золотистого стафилококка (коагулазо-положительные, коагулазо-отрицательные и некоторые штаммы, продуцирующие пенициллиназу), протей, кишечной палочки.



# Литература

10. Маркелов Д.А., Ницак О.В., Геращенко И.И. Сравнительное изучение адсорбционной активности медицинских сорбентов // Химико-фармацевт. журнал. 2008. Т. 42. № 7. С. 30–33.
11. Беляков Н.А., Соломенников А.В. Энтеросорбция – механизм лечебного действия // Эфферент. терапия. 1998. Т. 4. № 2. С. 10–16.
12. Хотимченко Ю.С., Кропотов А.В. Энтеросорбция в медицине // Медико-фармацевт. вестн. Приморья. 1998. № 4. С. 99–107.
13. Хотимченко Ю.С., Кропотов А.В. Применение энтеросорбентов в медицине // Тихоокеан. мед. журн. 1999. № 2. С. 84–89.
14. Aoyama I., Shimokata K., Niwa T. An oral adsorbent downregulates renal expression of genes that promote interstitial inflammation and fibrosis in diabetic rats // Nephron. 2002. Vol. 92. № 3. P. 635–651.
15. Weston S., Halbert A., Richmond P., Prescott S.L. Effects of probiotics on atopic dermatitis: a randomised controlled trial // Arch. Dis. Child. 2005. Vol. 90. № 9. P. 892–897.
16. Viljanen M., Savilahti E., Haahtela T. et al. Probiotics in the treatment of atopic eczema/dermatitis syndrome in infants: a double-blind placebo-controlled trial // Allergy. 2005. Vol. 60. № 4. P. 494–500.
17. Rosenfeldt V., Benfeldt E., Nielsen S.D. et al. Effect of probiotic Lactobacillus strains in children with atopic dermatitis // J. Allergy Clin. Immunol. 2003. Vol. 111. № 2. P. 389–395.
18. Helin T., Haahtela S., Haahtela T. No effect of oral treatment with an intestinal bacterial strain, Lactobacillus rhamnosus (ATCC 53103), on birch-pollen allergy: a placebo-controlled double-blind study // Allergy. 2002. Vol. 57. № 3. P. 243–246.
19. Ishida Y., Nakamura F., Kanzato H. et al. Clinical effects of Lactobacillus acidophilus strain L-92 on perennial allergic rhinitis: a double-blind, placebo-controlled study // J. Dairy Sci. 2005. Vol. 88. № 2. P. 527–533.
20. Galdeano C.M., Perdígón G. The probiotic bacterium Lactobacillus casei induces activation of the gut mucosal immune system through innate immunity // Clin. Vaccine Immunol. 2006. Vol. 13. № 2. P. 219–226.
21. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis // Dermatology. 1993. Vol. 186. № 1. P. 23–31.
22. Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use // Clin. Exp. Dermatol. 1994. Vol. 19. № 3. P. 210–216.
6. Dotterud L.K., Falk E.S. Contact allergy in relation to hand eczema and atopic diseases in north Norwegian schoolchildren // Acta Paediatr. 1995. Vol. 84. № 4. P. 402–406.
7. Brisman J., Meding B., Järvholm B. et al. Occurrence of self reported hand eczema in Swedish bakers // Occup. Environ. Med. 1998. Vol. 55. № 11. P. 750–754.
8. Bryld L.E., Hindsberger C., Kyvik K.O. et al. Risk factors influencing the development of hand eczema in a population-based twin sample // Br. J. Dermatol. 2003. Vol. 149. № 6. P. 1214–1220.
9. Lerbaek A. Epidemiological and clinical studies on hand eczema in a population-based twin sample. Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen, 2007. Ref Type: Personal Communication.
10. Peltonen L. Nickel sensitivity in the general population // Contact Dermatitis. 1979. Vol. 5. № 1. P. 27–32.
11. Menné T., Borgan O., Green A. Nickel allergy and hand dermatitis in a stratified sample of the Danish female population: an epidemiological study including a statistic appendix // Acta Derm. Venerol. 1982. Vol. 62. № 1. P. 35–41.
12. Anveden Berglind I., Alderling M., Meding B. Life-style factors and hand eczema // Br. J. Dermatol. 2011. Vol. 165. № 3. P. 568–575.
13. Meding B. Epidemiology of hand eczema in an industrial city // Acta Derm. Venerol. Suppl. (Stockh.). 1990. Vol. 153. P. 1–43.
14. Anveden I., Wrangsjö K., Järvholm B. et al. Self-reported skin exposure – a population-based study // Contact Dermatitis. 2006. Vol. 54. № 5. P. 272–277.
15. Institute for Clinical Medical Investigations Zagreb medical School & Clinical Hospital Centre Zagreb: Elaborate on Diprogent (Schering-Belupo) and on results of the controlled clinical trial of its therapeutic effectiveness.

## Ю.С. БУТОВ, В.Ю. ВАСЕНОВА Возможности применения и терапевтическая эффективность Лонгидазы при патологиях соединительной ткани

### Е.В. ДВОРЯНКОВА

#### Экзема кистей. Факторы риска и терапевтическая стратегия

1. Thyssen J.P., Linneberg A., Menné T. et al. The epidemiology of contact allergy in the general population – prevalence and main findings // Contact Dermatitis. 2007. Vol. 57. № 5. P. 287–299.
2. Bryld L.E., Agner T., Kyvik K.O. et al. Hand eczema in twins: a questionnaire investigation // Br. J. Dermatol. 2000. Vol. 142. № 2. P. 298–305.
3. Meding B., Lidén C., Berglind N. Self-diagnosed dermatitis in adults. Results from a population survey in Stockholm // Contact Dermatitis. 2001. Vol. 45. № 6. P. 341–345.
4. Mortz C.G., Lauritsen J.M., Bindsvlev-Jensen C. et al. Prevalence of atopic dermatitis, asthma, allergic rhinitis, and hand and contact dermatitis in adolescents. The odense adolescence cohort study on atopic diseases and dermatitis // Br. J. Dermatol. 2001. Vol. 144. № 3. P. 523–532.
5. Meding B., Swanbeck G. Predictive factors for hand eczema // Contact Dermatitis. 1990. Vol. 23. № 3. P. 154–161.
1. Некрасов А.В., Иванова А.С., Пучкова Н.Г. Лонгидаза – препарат для лечения заболеваний, сопровождающихся гиперплазией соединительной ткани // Международный конгресс «Иммунитет и болезни: от теории к терапии». 3–7 октября 2005 г.
2. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности // М.: Триада-Х, 2002. 300 с.
3. Юдина Е.А. Фармакотерапия обострения хронического сальпингоофорита с использованием Лонгидазы в сочетании с биологически активными добавками: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. Курск, 2008.
4. Назаренко Т.А., Дубницкая Л.В. Возможности применения препарата Лонгидаза® в комплексной терапии патологических изменений эндометрия // РМЖ. 2008. Т. 16. № 19. С. 20.
5. Дворников А.С., Круглова Л.С., Минкина О.В. Фотофорез Лонгидазы у пациентов с ограниченной склеродермией // Физиология и патология иммунной системы. 2007. Т. 11. № 6. С. 10–11.
6. Стаханов В.А., Пинегин Б.В., Аршинова С.С., Галыгина Н.Е., Костенко Е.В., Голомедова А.В. Применение Полиоксидония и Лонгидазы в комплексной терапии больных туберкулезом органов дыхания // Consilium Medicum. 2007. Т. 5. № 4. С. 16.