



Лекція

ЕКЗЕМА

Кафедра шкірних та венеричних хвороб ПДМУ

Екзема - поліетіологічне захворювання з гострим або хронічним перебігом, що характеризується поліморфізмом висипних елементів з перевагою дрібних пухирців, що швидко розкриваються („закипають”) з утворенням мокнучих ерозій, відчуттям свербіжу та печіння у ділянках ураження. У структурі шкірної захворюваності екзема складає 30 – 40% від усіх дерматозів.



*Факторами ризику у виникненні
захворювання являються:*

спадковість;

супутні алергічні хвороби;

стресові ситуації, травми;

вогнища хронічної інфекції;

шлунково – кишкові розлади;

дисфункції печінки та підшлункової

залози;

ендокринопатії;

підермії;

різноманітні хімічні та біологічні

речовини, медикаменти.



Екзема

за перебігом

клінічні форми

гостра



підгостра



хронічна



справжня



мікробна



себорейна



дитяча





Справжня екзема (екзема ідіопатична).

Уражується шкіра верхніх та нижніх кінцівок, тулуба, обличчя. Клініка характеризується наявністю поліморфізму (справжнього та несправжнього) та строкатістю висипів.

Спочатку з'являється еритема, на фоні якої формуються пухирці (мікроевезикули) та переважно ексудативні папули і пустули.

Характерно, що при розкритті мікроевезикул серозний ексудат поступає на поверхню шкіри у вигляді невеликих крапель (серозні колодязі). Також можна відмітити чергування уражених ділянок шкіри з неураженими („архіпелаг островів”).



Пруригінозна екзема характеризується появою дрібних папуловезикульозних елементів на ущільненій основі без утворення ерозій; нападоподібним свербіжем та тяжкими невротичними реакціями. З часом шкіра уражених ділянок грубіє, пігментується, стає сухою, ліхенізується. Процес локалізується на шкірі обличчя, ліктьових згинів, під колінами, пахової ділянки; має хронічний рецидивуючий перебіг. Загострення спостерігається, як правило, взимку.

Себорейна екзема локалізується на шкірі волосистої частини голови, обличчя, грудей, між лопатками. Межі ураження не чіткі. Везикуляція і мокнення не спостерігаються, але характерна наявність жовтувато – рожевих еритематозних плям, вкритих жирними жовтуватими лусочками (себореїди). За вухами можлива серозно – гнійна ексудація. Хворі скаржаться на інтенсивний свербіж, який може передувати клінічним проявам. Захворювання, як правило, виникає у дітей грудного віку, або вже після настання статевої зрілості.



Мікробна екзема.



У виникненні відіграє роль розвиток сенсibiliзації до мікробного антигену (піококи, гриби); наявність нейроендокринних порушень, зміна процесів обміну, імунітету. Процес локалізується на шкірі гомілок, тилу кистей, волосистої частини голови. Спочатку висипи асиметричні, представлені гостро запальною еритемою, ексудативними папулами, мікроевезикулами, пустулами. Вогнища ураження мають вигнуті межі, на їх поверхні містяться зеленувато – жовті, серозно – гнійні та кров'янисті кірки, ерозії.

Паратравматична, або навколораньова екзема

починається з появи пустул,
гострозапальної еритеми та ексудативних
папул по периферії трофічної виразки
гомілки, у ділянці післяопераційної
культі, навколо свіщового ходу.



Нумулярна (монетоподібна) екзема

спочатку захворювання з'являються набряк, почервоніння, ексудативні папули та крапельне мокнення; вогнища ураження до 1 – 2 см і більше у діаметрі, підвищуються над рівнем шкіри, різко обмежені. Для цієї форми мікробної екземи характерний рецидивуючий перебіг та поява під час загострення вторинних алергічних сверблячих висипів.



Варикозна екзема –

розвитку сприяє варикозний
симптомокомплекс. Вогнища з чіткими
межами локалізуються на нижніх
кінцівках у ділянці розширених вен,
навколо варикозних виразок, ділянок
склерозування шкіри. Можливий
помірний свербіж.



Дитяча екзема.

Розвивається до 3 –х років, звичайно на фоні ексудативного діатезу. Поєднує ознаки справжньої, мікробної та себорейної екземи. Починається з появи на почервонілій набряклій шкірі обличчя та волосистої частини голови чисельних, зливних ексудативних папул і дрібних везикул, які поступово вкриваються бурими кірками та лишають ерозивну поверхню. Поступово процес поширюється на інші ділянки тіла. Поряд з цим можуть спостерігатися плямисті себорейні висипи.



Лікування екземи.

Проводиться комплексне лікування з урахуванням стадії шкірного процесу.

Необхідно усунути контакт з алергеном, якщо такий виявлено. Загальне лікування включає призначення гіпоалергенної дієти зі зменшенням вживання рідини, повареної солі, вуглеводів та виключенням екстрактивних речовин; застосовується гіпносугестивна терапія та електросон, що забезпечує вплив на ЦНС та механізми алергічних запальних реакцій.



Також призначають седативні препарати (броміди, валеріана, пустирник, транквілізатори та нейролептики – еленіум, седуксен, тазепам, терилен); гіпосенсибілізуючу терапію: препарати кальцію (10% хлорид кальцію 5 – 10 мл в/в), натрію (30% тіосульфат натрію 2 – 10 мл в/в); сечогінні засоби (25% розчин магнію сульфату по 4 – 10 мл в/м, фуросемід, діуретин); антигістамінні препарати per os або в/м (супрастин, діазолін, димедрол, піпольфен, фенкарол); ентеросорбенти (активоване вугілля, поліфепан, белосорб); ферментні препарати (панкреатин, абомін, фестал); імуномодуючі засоби (діуцефон, нуклеїнат натрію, тактевін, тимоген).

У разі мікробної екземи, призначають протигрибкові препарати та антибіотики. У хронічній стадії показана вітамінотерапія (вітаміни А, Е, С, В6, В15); пірогенні препарати (пірогенал, продігіозан). При тяжких формах екземи вводять кортикостероїди (преднізолон, дексаметазон) та анаболічні гормони (нероболіл, ретаболіл).



Місцево у стадії мокнення призначають примочки з дезінфікуючими розчинами (2% борна кислота, 0,25% нітрату срібла, 0,5% резорцину), аерозолі (оксикорт, дексокорт, пантенол); у підгострій стадії переходять до застосування водних та жирових бовтанок, кортикостероїдних лосьйонів, кремів та аерозолів, теплих ванн з відваром ромашки, дубової кори, висівок. У хронічну стадію призначають кератопластичні мазі з сіркою, дьогтем, нафталаном, АСД, іхтіолом; кортикостероїдні мазі.