

БУЗИНА К. И., ОСТРЕЦОВА М. Н.

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ОБ ЭКЗЕМЕ КОЖИ КИСТЕЙ

Аннотация. В статье представлен обзор исследований аспектов эпидемиологии, этиологии, клинических проявлений экземы кистей, современных подходов к лечению и профилактике. В последние годы наблюдаются высокая заболеваемость экземой кистей, что имеет негативные социально-экономические последствия в виде вынужденной смены профессии или невозможность трудоустройства. Лечение данного заболевания, особенно в тяжелых и хронических случаях, является сложной задачей для дерматовенеролога.

Ключевые слова: экзема кистей, раздражители, аллергены, кожные заболевания.

BUZINA K. I., OSTRETSOVA M. N.

MODERN UNDERSTANDING OF HAND ECZEMA

Abstract. The article presents an overview of the aspects of epidemiology, etiology, clinical manifestations of hand eczema, modern approaches to treatment and prevention. In recent years, there has been a high incidence of hand eczema, having negative socio-economic consequences, i.e., forced change of profession or inability to find employment. Treatment of this disease, especially in severe and chronic cases, is a difficult task for a dermatovenerologist.

Keywords: hand eczema, irritants, allergens, skin diseases.

Актуальность. Несмотря на достаточную изученность заболевания, проблема ведения пациентов с экземой кистей, улучшения качества их жизни является актуальной медицинской проблемой. В последние годы экзема кистей привлекает все большее внимание из-за высокой заболеваемости и распространенности (от 1 до 5 % населения), ее влияния на физическое и психологическое благополучие, негативных социально-экономических последствий, таких как вынужденная смены профессии или невозможность трудоустройства вообще, и новых терапевтических возможностей [1].

До сих пор отсутствует этиопатогенетическая классификация экзематозных поражений кистей рук, которая учитывала бы и клинико-морфологические особенности заболеваний кистей рук.

Целью данного обзора явилось освещение аспектов эпидемиологии, этиологии, клинических проявлений экземы кистей, современных подходов к лечению и профилактике представлено.

По наблюдениям Diepgen T.L. и соавт. [2], у 15% пациентов отмечается пожизненное течение заболевания. По другим данным [3], распространенность хронической экземы кистей среди взрослых составляет 0,5–0,7 %. Чаще страдают женщины, чем мужчины: соотношение

1,8:1, что может быть связано с более высокой частотой контакта женщин с бытовыми раздражителями [4]. Предположено, что высокий риск заболеваемости среди женщин обусловлен большей интенсивностью воздействия факторов внешней среды, не является генетически детерминированным [5].

Считается, что острая форма заболевания наблюдается у 30% пациентов. Около 25% пациентов отмечают до 4 обострений в год, около 70% пациентов имеют хроническое течение дерматоза с присоединением очагов вторичной инфекции [5]. Процесс числится хроническим в случае длительности его течения более 3 месяцев или наступления рецидивов 2 и более раз в год [2].

Среди провоцирующих факторов в развитии экземы особое значение имеет длительный контакт с водой, на что наиболее часто ссылаются пациенты. Кроме того, влажная среда способствует повышению проницаемости эпидермального барьера для аллергенов, является предрасполагающим фактором для присоединения вторичной инфекции [5].

Исследования, проведенные в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19, выявили повышенную заболеваемость экземой кистей у медицинских работников [6], а также среди населения в целом [7], что может быть обусловлено частым местным применением спиртосодержащих дезинфицирующих растворов.

Другими наиболее значимыми раздражителями считаются щелочесодержащие вещества (мыла, детергенты), механическая травма (фрикционные движения, трение), неблагоприятные метеорологические условия и др. [8].

Важными аллергенами при хронических аллергодерматозах кожи рук, к которым относится и экзема, являются металлы никель и хром (как шести-, так и трехвалентный ввиду его быстрого превращения в Cr^{6+}), резина, пищевые консерванты, эфирные масла, акрил, латекс, лекарственные препараты, белковые аллергены (протеины рыбы, мяса, овощей и фруктов), попадающие на кожу в результате производственной или бытовой деятельности человека.

Также в развитии экзематозных поражений кистей рук важную роль играет грибковая и бактериальная флора, например *C. albicans*, *S. aureus* и др. микроорганизмы. Так, в исследовании Mernelius S. и соавт. (2016) показано, что пациенты с экземой кистей имеют более высокий уровень колонизации *S. aureus* по сравнению со здоровыми. Кроме того, в случае тяжелого течения заболевания плотность распределения *S. aureus* значительно выше, чем при легких формах [9].

Очаги инфицирования на коже кистей рук могут формироваться первично, то есть появиться на неизменной коже. Патогенная флора выделяет ферменты-протеазы, разрушающие межклеточные контакты-корнеодесмосомы, усиливая таким образом

десквамативные процессы в поверхностных слоях эпидермиса, нарушение барьерных свойств эпидермиса и ксероз кожи.

При длительном существовании очагов поражения инфекционные агенты и их токсины могут выполнять роль неспецифических триггеров и восприниматься организмом как аллергены, а также способствовать развитию сенсibilизации и экзematизации. Соответственно, колонизация кожи патогенными микроорганизмами может быть, как причиной, так и следствием развития воспаления кожи аллергического генеза.

Ксероз кожи может быть вызван не только действием раздражающих веществ и аллергенов, но и быть генетически обусловленными факторами. Так, например, мутации в гене филаггрина могут способствовать развитию сухости кожи и нарушению эпидермального барьера, особенно при эндогенных формах заболевания [10].

Таким образом, риск хронической экземы кистей наиболее высок у лиц, работающих в сферах, связанных с пищевыми продуктами, видами деятельности, связанных с длительным контактом с водой, здравоохранении, уборкой помещений, работой в парикмахерских, строительными работами, металлообработкой [11–13].

У большинства пациентов отмечается хроническое течение дерматоза [8]. Хронический кожный процесс при экземе характеризуется застойной гиперемией, сухостью кожи, инфильтрацией, лихенизацией, а также гипер- или гипопигментацией кожи.

В настоящее время общепринятой системы классификации не существует. Предложено несколько вариантов классификации, основанных на клинико-морфологических особенностях и этиологических факторах. Однако взаимосвязь между этими системами сложна, поскольку проявления и прогрессирование заболевания могут варьироваться от одного типа экземы кистей к другому. В зависимости от преобладающего в клинической картине компонента наиболее распространенные типы экземы кистей представлены в таблице 1 [15].

Таблица 1

Наиболее распространенные типы экземы кистей [15]

Тип экземы кистей	Признаки
Ирритантная контактная экзема кистей	Клиническая картина разнообразна, чаще представлена трещинами или сухостью кожи. Обычно поражает межпальцевые промежутки. Вызвана длительным или повторяющимся воздействием раздражающего вещества, частым мытьем рук, использованием окклюзионных (латексные, резиновые) перчаток, щелочными веществами или маслами.

Аллергическая контактная экзема кистей	Развивается обычно в месте контакта с аллергеном (кончики пальцев, тыльная поверхность кистей).
Белковая контактная экзема кистей	Начальная стадия характеризуется уртикарными и экзематозными поражениями (эритемой, шелушением, трещинами), появляющимися через несколько минут после контакта с аллергеном – высокомолекулярным белком.
Экзема кистей на фоне атопического дерматита	Часто поражает кожу запястий, сопровождается зудом. В анамнезе наличие атопического дерматита, астмы или ринита.
Дисгидротическая экзема кистей	Рецидивирующие пузырьковые высыпания локализуются на ладонных поверхностях кистей. Часто поражаются боковые поверхности пальцев. Причиной появления считается стресс, перекрестная аллергическая реакция (системный контактный дерматит), пылевые аллергены и грибковые инфекции.
Гиперкератотическая экзема кистей	Отмечаются ограниченные области гиперкератоза на ладонях без пузырьков и пустул.

Диагноз экземы кистей ставится клинически и основывается на анамнезе и результатах физикального обследования. Для установления этиологического фактора, провоцирующего развитие экземы, и исключения других заболеваний могут проводиться различные диагностические тесты (патч-тесты, прик-тесты, исследования микрофлоры и биопсия кожи).

В национальных и международных руководствах рекомендуется поэтапный подход к лечению экземы кистей [1]. Наиболее широкое применение в местной терапии экземы получили комбинированные топические стероиды. Однако согласно данным Crane M.M. и соавт. (2017), примерно 50% пациентов с хронической экземой кистей не реагируют на глюкокортикостероиды (ГКС) [3]. Кроме того, Del Rosso J.Q. и соавт. (2013) определили, что топические кортикостероиды могут нарушать синтез липидов в роговом слое кожи, тем самым нарушая эпидермальный барьер [15]. При наличии у пациента резистентности к ГКС, препаратами выбора могут быть ингибиторы кальциневрина (пимекролимус, такролимус). Важно назначение адъювантной терапии в виде эмоленов, средств защищающих и восстанавливающих эпидермальный барьер.

В случае резистентности к проводимой терапии могут быть назначены препараты системного действия, обладающие иммуномодулирующим и противовоспалительным действием, такие как системные ретиноиды (алитретиноин (в Российской Федерации препарат не зарегистрирован), ацитретин), цитостатики (циклоспорин, азатиоприн, метотрексат),

системные ГКС [1, 13]. Среди физиотерапевтических методов лечения особого внимания заслуживает ПУВА-терапия, она является стандартным вариантом лечения хронической экземы кистей, резистентной к кортикостероидам, УФБ-терапия, эксимерный лазер с длиной волны 308 нм [1, 14].

Меры первичной профилактики экземы кистей направлены на снижение заболеваемости среди здорового населения. Меры вторичной профилактики, напротив, предназначены для предотвращения перехода существующего заболевания в хроническую форму, в то время как меры третичной профилактики должны быть реализованы среди пациентов с уже сформировавшимся хроническим процессом. Меры, сгруппированные по уровням профилактики, обобщены в таблице 2 [14].

Таблица 2

Профилактика экземы кистей [14]

Профилактика	Возможные профилактические меры
Первичная	Использование тканевых перчаток (под резиновые) во время контакта с водой и химическими веществами
	Использование эмолентов
	Контроль над составами косметических средств
	Системы вентиляции для уменьшения воздействия аллергенов или раздражителей
	Специальные меры по надзору за здоровьем на рабочем месте для выявления сенсibilизированных лиц до появления симптомов
	Просветительская работа по использованию перчаток, средств по уходу за кожей и другим мерам защиты
Вторичная	Регулярные осмотры на рабочем месте для выявления и лечения ранних симптомов экземы рук
	Использование увлажняющих кремов и других мер по уходу за кожей
	Обучение на рабочем месте в рамках специальных программ ухода за кожей (семинары, буклеты, мастер-классы)
Третичная	Возможность временного отпуска по болезни для предотвращения сенсibilизации и восстановления кожного барьера
	Междисциплинарный подход к пациентам с хронической экземой рук с привлечением дерматологов и других медицинских работников

Таким образом, экзема кистей является медико-социальной проблемой, с ограниченным набором вариантов терапии и профилактики и поэтому требует поиска новых средств и методов лечения, более глубокого изучения механизмов этиопатогенеза и внедрения обязательных профилактических мер разного уровня.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Christoffers W.A., Coenraads P.J., Svensson Å. Interventions for hand eczema // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2019. – Vol. 4 (4). – CD004055.
2. Diepgen T.L., Andersen K.E., Chosidow O. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema // *J. Dtsch. Dermatol. Ges.* – 2015. – Vol. 13. – P. e1-e22.
3. Crane M.M., Webb D.J., Watson E. Hand eczema and steroid-refractory chronic hand eczema in general practice: prevalence and initial treatment // *Br. J. Dermatol.* – 2017. – Vol. 176. – P. 955-964.
4. Тамразова О.Б., Новосельцев М.В. Экзематозные поражения кистей рук // *Вестник дерматологии и венерологии.* – 2016. – № 1. – С. 85-92.
5. Diepgen T., Pfarr E., Zimmermann T. Efficacy and Tolerability of Alitretinoin for Chronic Hand Eczema Under Daily Practice Conditions: Results of the TOCCATA Open Study Comprising 680 Patients // *Acta Derm. Venereol.* – 2012. – Vol. 92. – P. 1867-1872.
6. Lan J., Song Z., Miao X. Skin damage among healthcare workers managing coronavirus disease-2019 // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2020. – Vol. 82. – P. 1215-1216.
7. Singh M., Pawar M., Bothra A., Choudhary N. Overzealous hand hygiene during COVID 19 pandemic causing increased incidence of hand eczema among general population // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2020. – Vol. 83 (1). – P. e37-e41.
8. Jungbauer F.H., van der Vleuten P., Grotoff J.V., Coenraads J.P. Irritant hand dermatitis: severity of disease, occupational exposure to skin irritants and preventive measures 5 years after initial diagnosis // *Contact Dermatitis.* – 2004. – Vol. 50. – P. 245-251.
9. Mernelius S., Carlsson E., Henricson J. Staphylococcus aureus colonization related to severity of hand eczema // *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.* – 2016. – Vol. 35 (8). – P. 1355-1361.
10. Kasemsarn P., Bosco J., Nixon R.L. The Role of the Skin Barrier in Occupational Skin Diseases // *Curr. Probl. Dermatol.* – 2016. – Vol. 49. – P. 135-143.
11. Agner T., Jungersted J.M., Coenraads P.J., Diepgen T.L. Comparison of four methods for assessment of severity of hand eczema // *Contact Dermatitis.* – 2013. – Vol. 69. – P. 107-111.

12. Meding B., Lindahl G., Alderling M., Wrangsjo K., Anveden Berglind I. Is skin exposure to water mainly occupational or non-occupational? A population-based study // Br. J. Dermatol. – 2013. – Vol. 68. – P. 1281-1286.
13. Schwensen J.F., Menné T., Veien N.K. Occupational contact dermatitis in blue-collar workers: results from a multicentre study from the Danish Contact Dermatitis Group (2003–2012) // Contact Dermatitis. – 2014. – Vol. 71. – P. 348-355.
14. Silvestre Salvador J.F., Heras Mendaza F., Hervella Garcés M. Guidelines for the Diagnosis, Treatment, and Prevention of Hand Eczema. Guía para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención del eccema de manos // Actas Dermo-Sifiliográficas. – 2020. – Vol. 111 (1). – P. 26-40.
15. Del Rosso J.Q., Cash K. Topical corticosteroid application and the structural and functional integrity of the epidermal barrier // J. Clin. Aesthet. Dermatol. – 2013. – Vol. 6 (11). – P. 20-27.