УДК 616.521–002.157/.158–036.11/.12–031.37/.38:617.576.1:617.586.1]-07–091.8:577.21/.23:575.24/.25]-085.357:615.262.1/.2

Клініко-анамнестичні характеристики пацієнтів із дисгідротичними ураженнями долоней та підошов

В. В. Бойко
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

Резюме
Дисгідротична екзема долоней та підошов (ДЕДП) – запалення шкіри долоней та стоп, що характеризується розвитком везикульозних елементів із гістологічною картиною спонгіозу та формуванням внутрішньоепідермальних везикул.

Метою дослідження *була оцінка клініко-анамнестичних характеристик пацієнтів із дисгідротичними ураженнями долоней та підошов у зіставленні з ефективністю топічної глюкокортикостероїдної терапії.*

Матеріали та методи. *Проаналізовані клініко-анамнестичні характеристики 82 пацієнтів із дисгідротичними ураженнями, які за результатами ефективності топічного лікування через 6 тиж після його початку були розділені на 2 групи: I група (43 пацієнта) – мали позитивний ефект від лікування та II група (39 пацієнтів) – не отримали клінічного одужання від проведеної топічної терапії.*

Результати. *Виявлено ряд клініко-анамнестичних особливостей: після початку лікування через 6 тиж скарги зберігалися в 92,3% пацієнтів II групи проти 28,57% пацієнтів I групи ($p< 0,01$); максимальна тривалість захворювання в I групі склала від 3 до 6 міс; максимальна тривалість захворювання у пацієнтів II групи – від 1 до 5 років; 7,69% пацієнтів II групи хворіли на ДЕДП більше 10 років; меншу тривалість рецидиву мали пацієнти I групи (до 1 міс – 37,21% пацієнтів та від 1 до 3 міс – 37,21%); в II групі більша частина пацієнтів (38,46%) мала рецидиви тривалістю від 3 до 6 міс. За клінічними даними: при патології долоней у пацієнтів I групи легкий перебіг захворювання спостерігався в 3,45 раза частіше, а тяжкий перебіг – в 2,16 раза рідше, ніж у пацієнтів II групи ($p<0,05$); при патології підошов тяжкий перебіг зустрічався в 4,7 раза частіше у пацієнтів II групи ($p<0,01$).*

Висновки. *Ряд клініко-анамнестичних особливостей у пацієнтів із дисгідротичними ураженнями долоней та підошов (наявність сімейного анамнезу атопії та екзем, тривалість захворювання більше року, тривалість рецидивів більше 3 міс, перманентний перебіг захворювання) можуть бути враховані в комплексній оцінці прогнозування перебігу захворювання та відповіді на лікування.*

Ключові слова: *дисгідротична екзема долоней та підошов, клініко-анамнестичні характеристики, топічна глюкокортикостероїдна терапія.*

DOI: 10.33743/ 2308-1066-2019-1-20-26

Вступ

Дисгідротична екзема долоней та підошов (ДЕДП) – запалення шкіри долоней та стоп, що характеризується розвитком везикульозних елементів із гістологічною картиною спонгіозу та формуванням внутрішньоепідермальних везикул. ДЕДП описують як хронічне ураження шкіри кистей, що являє собою екзематозну реакцію, для якої характерна полівалентна чутливість [2]. Розвиток рецидивів і загострень хвороби пов'язують з різними впливами як безпосередньо на шкіру, так і на організм в цілому.

Незважаючи на численні дослідження, етіологічні та патогенетичні аспекти цього захворювання до теперішнього часу залишаються не до кінця вивченими [1]. Дана патологія є виснажливою

хворобою, що значно погіршує якість життя пацієнтів та вимагає великих економічних витрат на лікування [4, 6, 8, 9]. Поширеність даного захворювання, за даними різних авторів, становить приблизно 10%. Жінки хворіють частіше, ніж чоловіки [4, 9]. ДЕДП складає 9–35% всіх професійних захворювань та від 80% всіх професійних контактних дерматитів [9].

Найбільш поширеними провокуючими факторами є контакт з водою, використання хімічних засобів, пологи, професійні шкідливості (автомасла, парфуми, метали, цемент) [4, 8].

Етіологія ДЕДП має багатофакторіальний характер, що зумовлює різноманітність клінічних проявів. Перебіг захворювання варіює від легкого до тяжкого, в більшості випадків ДЕДП має хронічний рецидивуючий характер. За оцінками [5, 8], від 5 до 7% пацієнтів із ДЕДП мають хронічні тяжкі прояви хвороби та важко піддаються традиційному місцевому лікуванню. У зв'язку з цим актуальним є вивчення особливостей клінічних та анамнестичних проявів ДЕДП для підвищення ефективності лікування та подовження періодів ремісії.

Відповідно до Міжнародного протоколу лікування ДЕДП, до першої лінії терапії відносять призначення топічних глюкокортикостероїдних засобів терміном 1–2 міс [6].

Тривале місцеве застосування глюкокортикостероїдних препаратів, що володіють потужним позитивним впливом на різні ланки патогенезу багатьох дерматозів, представляє унікальну можливість впливати безпосередньо на осередки ураженої тканини і, таким чином, призупиняти запальний процес в шкірі локально, не вдаючись до системного лікування.

Метою дослідження була оцінка клініко-анамнестичних характеристик пацієнтів із дисгідротичними ураженнями долоней та підошов у зіставленні з ефективністю топічної глюкокортикостероїдної терапії.

Матеріали та методи дослідження

На кафедрі дерматовенерології НМАПО ім. П.Л. Шупика на базі ТМО «Дерматовенерологія» та Київської міської клінічної шкірно-венерологічної лікарні було обстежено 82 пацієнта з дисгідротичними ураженнями без гострозапальних проявів. Лікування проводилося топічним глюкокортикостероїдним засобом IV класу – маззю клобетазолу пропіонату разом із зволожуючим кремом Локобейз ріпеа. Терапія продовжувалась до клінічного одужання або максимально до 6 тиж, згідно термінів, зазначених в Європейському протоколі лікування екземи долоней. Через 6 тиж всі пацієнти були розподілені у дві групи в залежності від отриманого ефекту на лікування топічним стероїдним засобом.

І група – 43 пацієнта, які отримали позитивний ефект від лікування, ІІ група – 39 пацієнтів, які не отримали клінічного одужання на проведене лікування. Серед чутливих до лікування пацієнтів були 13 з ДЕДП, 27 – з дисгідротичною екземою долоней (ДЕД) та 3 – з дисгідротичною екземою підошов (ДЕП). Серед нечутливих до лікування пацієнтів було 15 з ДЕДП, 22 – з ДЕД та 2 – з ДЕП. Серед хворих було 52 жінки віком від 18 до 70 років та 30 чоловіків віком від 18 до 78 років.

Особливу увагу ми приділяли тривалості захворювання, провокуючим факторам та клінічним характеристикам.

Клінічно для оцінки патологічного процесу ми використовували індекс *DASI*, який базується на визначенні ступеня тяжкості окремих ознак та розповсюдженості вогнищ ураження (pA) [10]. Для оцінки ступеня тяжкості нами були використані клінічні характеристики на момент первинного звернення пацієнтів (до лікування топічним стероїдним засобом). Ступінь тяжкості захворювання включає чотири показники: кількість везикул (pV), еритему (pE), десквамацію (pS) та свербіж (pI). Кожний показник оцінювався згідно умовної шкали від 0 до 3 (0 – відсутність проявів, 1 – помірні прояви, 2 – середні прояви, 3 – виражені прояви).

$$\mathbf{DASI = (pV + pE + pS + pI) \times pA}$$

Показник DASI знаходиться в діапазоні від 0 до 60 та оцінюється як: легкий (0–15), середній (16–30) і тяжкий (31–60).

Везикули. Розрахунок середньої щільності везикул передбачає середнє число пухирців на квадратний сантиметр. Якщо декілька щільних пухирців мають зливний характер і великий розмір, що зустрічаються у тяжких випадках, ми оцінювали кількість дисгідротичних везикул, які були розташовані в основі великих пухирців та мали розмір не більше 1–2 мм в діаметрі. Аналіз цього показника оцінювався за класифікаційною шкалою: клас 0 – без пухирців взагалі; клас 1 – 1–2 пухирця на $см^2$ ураженої ділянки; клас 2 – 2–8 пухирців на $см^2$ ураженої ділянки; клас 3 – 8 та більше пухирців на $см^2$ ураженої ділянки.

Еритема та десквамація. Оцінка цих показників здійснювалась відповідно до загальних критеріїв згідно з умовною шкалою від 0 до 3.

Свербіж. Був оцінений суб'єктивно лише пацієнтом, який обирав один з чотирьох класів тяжкості: 0 (відсутній свербіж), 1 (легкий свербіж), 2 (середній свербіж) або 3 (тяжкий свербіж). Також використовувалась візуальна аналогова шкала, на якій пацієнт вказував тяжкість між 0 і 10 балами, що відповідало вищеперерахованим класам: клас 0 – 0 балів; клас 1 – 1–3 бали; клас 2 – 4–7 балів; клас 3 – 8–10 балів.

Площа ураження (pA). Оцінена за 6-бальною шкалою: 1 бал – 0%, 2 бали – 0–20%,

3 бали – 21–40%, 4 бали – 41–60%, 5 балів – 61–80%, 6 балів – 81–100%.

Загальна оцінка індексу DASI розрахована нами із суми оцінки ступеня тяжкості балів по кожному з чотирьох показників (V – везикули, E – еритема, S – десквамація, I – свербіж), яка множилася на показник шкали площі ураження.

Ураження долонь та підошов ми оцінювали окремо. У випадках асиметричного розташування також кожна ділянка оцінювалася окремо.

Статистичне оброблення отриманих результатів проводили на персональному комп'ютері в програмі «STATISTICA 10 for Windows» (Copyright® StatSoftInc., США, ліцензія № STA999K347156-W). Під час перевірки закону розподілу аналізованих показників на нормальність (за критерієм Шапіро–Уїлка) було виявлено відмінність закону розподілу від нормального $p<0,05$, тому для порівняння досліджуваних показників використовувався непараметричний критерій Манна–Уітні.

Результати та їх обговорення

При аналізі скарг до лікування пацієнтів I та II груп ми враховували наявність сухості, болю, свербежу, печіння, лущення, тріщин. Після лікування у пацієнтів I групи зберігалися скарги тільки на сухість шкіри в 28,57% випадках, пацієнти II групи у 92,3% випадках продовжували скаржитися на сухість шкіри, свербіж, наявність лущення та тріщин.

Результати дослідження представлені на рисунку 1.

За даними [1–3], важливу роль у розвитку хронічної справжньої екземи, до якої відноситься ДЕДП, відіграють генетичні фактори. Тому ми проаналізували сімейний анамнез (рис. 2) кожного хворого та виявили наступне:

- екзема у родичів 1-го ступеня в 5 разів частіше реєструвалася у хворих II групи: 12,82% проти 2,32% ($p< 0,01$);
- екзема у родичів 2-го ступеня була наявна тільки у пацієнтів, які не отримали клінічного одужання від топічної терапії;
- атопія у найближчих родичів удвічі частіше реєструвалася також у хворих II групи: 5,12% проти 2,32% ($p< 0,05$);
- атопічний дерматит у пацієнтів майже з однаковою частотою зустрічався в обох групах ($p>0,053$).

При аналізі супутньої патології у хворих на ДЕДП виявлено:

- автоімунний тиреоїдит зустрічався тільки у одного хворого I групи;
- гіпертонічна хвороба зустрічалась в 1,38 раза частіше у хворих II групи, але статистично достовірних відмінностей між показниками груп не виявлено ($p>0,05$);
- захворювання шлунково-кишкового тракту (дискінезія жовчовивідних шляхів, гастрит) реєструвалися приблизно з однаковою частотою в обох групах ($p> 0,05$).

Результати дослідження представлені на рисунку 2.

При вивченні анамнезу хвороби нами було враховано наступне: тривалість захворювання, тривалість рецидиву, кількість рецидивів за рік та вік на початок захворювання.

Кількість пацієнтів, що мали тривалість захворювання:

- до 1 міс – у групах I та II виявлялася приблизно однаково ($p> 0,05$);
- від 1 до 3 міс – у групі I в 4,23 раза була більшою, ніж у групі II ($p<0,01$);
- від 3 до 6 міс – у групі I була більшою в 5,14 раза ($p<0,01$).

Тривалість захворювання: від 1 до 5 років виявлялась у пацієнтів II групи в 7,17 раза частіше ($p<0,01$); від 5 до 10 років – в 4 раза частіше в порівнянні з пацієнтами I групи ($p<0,01$). Понад 10 років хворіли лише пацієнти II групи (7,69%).

Результати дослідження представлені на рисунку 3.

До лікування тривалість рецидиву строком до 1 міс в 5 разів частіше реєструвалась у пацієнтів I групи ($p<0,01$); від 1 до 3 міс – в 1,45 раза частіше в I групі ($p< 0,05$).

Більш тривалими рецидиви виявились у пацієнтів II групи: від 3 до 6 міс – виявились удвічі частіше в порівнянні з пацієнтами I групи ($p<0,05$); перманентний перебіг захворювання спостерігався в 4 раза частіше ($p<0,01$).

Результати дослідження представлені на рисунку 4.

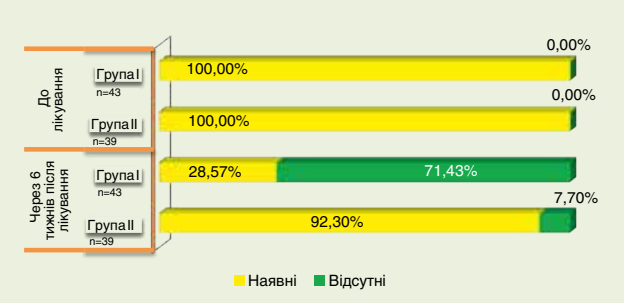


Рис. 1. Наявність скарг у пацієнтів із ДЕДП

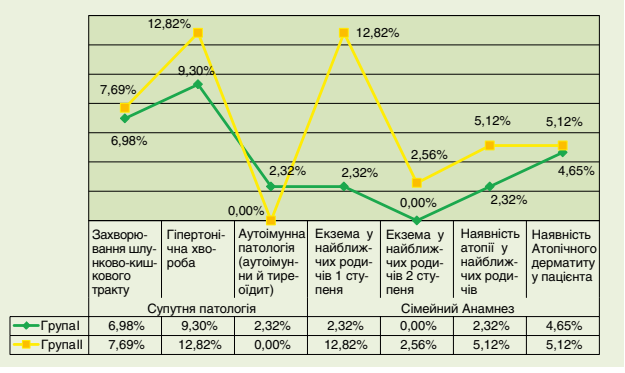


Рис. 2. Анамнез життя хворих із ДЕДП

1–2 рецидиви на рік у пацієнтів групи I спостерігались в 46,51% випадків (що перевищувало відповідний показник у пацієнтів II групи втричі; p< 0,05). По 3–4 рецидиви на рік спостерігались у 18,6% пацієнтів групи I проти 10,26% пацієнтів групи II (p>0,05). Перманентний перебіг зустрічався в 6,89 раза частіше у пацієнтів групи II (p<0,01).

Результати дослідження представлені на рисунку 5.

Загальні дані анамнезу хвороби представлені на рисунку 6.

При аналізі віку на початок захворювання виявлено, що:

- у віці від 18 до 25 років кількість пацієнтів в II групі була в 1,22 раза більшою;
- кількість пацієнтів віком понад 25 років на початок захворювання була вищою в I групі, але статистично достовірна різниця не відрізнялась в I та II групах (p>0,05).

Результати дослідження представлені на рисунку 7.

При аналізі провокуючих факторів ми враховували: контакт із водою, використання хімічних засобів, пологи, професійні шкідливості (автомасла, парфуми, метали, цемент) та алергологічний анамнез. На контакт з водою як провокуючий фактор вказали 74,42% пацієнтів I групи та 69,23% пацієнтів II групи (p>0,05); професійні шкідливості мали місце в 13,95% випадків у пацієнтів I групи та в 10,26% випадків у пацієнтів II групи (p>0,05). Пацієнти II групи частіше (у 2 раза) вказували на використання хімічних засобів в якості провокуючого фактору (p<0,01).

Пологи як можливий тригерний фактор виникнення захворювання визначався у пацієнток II групи в 1,57 раза частіше (p<0,05). Розрахунок проводився з урахуванням кількості жінок в обох групах.

Результати дослідження представлені на рисунку 8.

Достовірної статистичної різниці в появі алергії на лікарські препарати, харчові продукти та хімічні речовини в обох групах не виявлено (p>0,05); частіше реєструвалась алергія на харчові продукти (у 18,6% пацієнтів I групи та у 20,51% пацієнтів II групи).

Результати дослідження представлені на рисунку 9.

При патології долонь у пацієнтів I групи легкий перебіг захворювання відмічався в 3,45 раза частіше, ніж у пацієнтів II групи; кількість пацієнтів із середнім перебігом в 1,18 раза була більшою в I групі; тяжкий перебіг в 2,16 раза частіше зустрічався у пацієнтів II групи, всі відмінності були статистично значущі (p<0,01).

Патологія підошов у пацієнтів із легким перебігом захворювання зустрічалась в 50% випадках в I групі

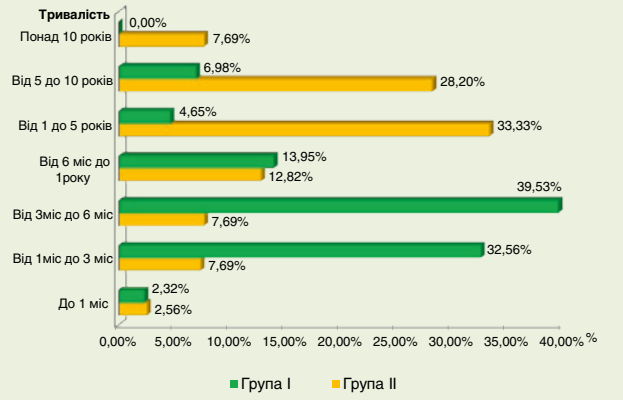


Рис. 3. Тривалість захворювання у пацієнтів із ДЕДП

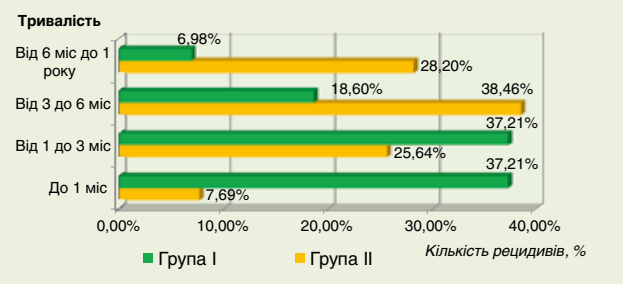


Рис. 4. Тривалість рецидиву у пацієнтів із ДЕДП

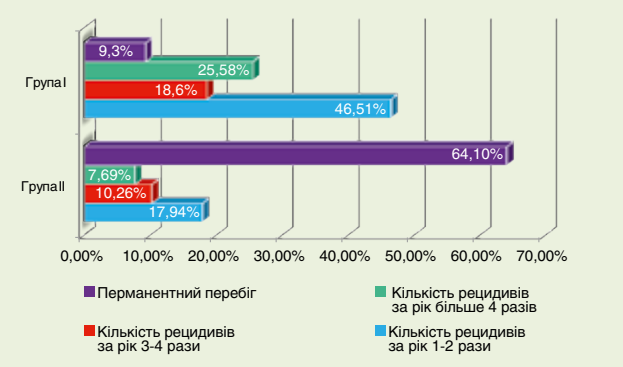
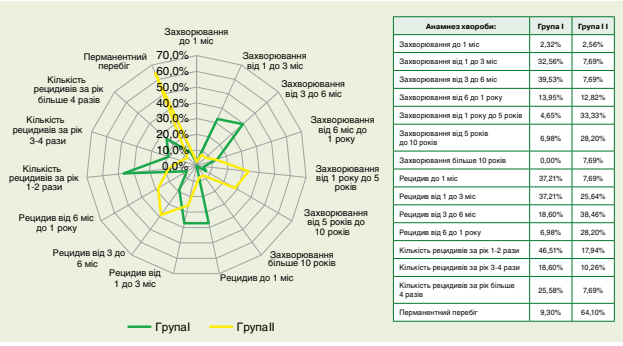


Рис. 5. Кількість рецидивів за рік у пацієнтів із ДЕДП



Анамнез хвороби:	Група I	Група I I
Захворювання до 1 міс	2,32%	2,56%
Захворювання від 1 до 3 міс	32,56%	7,69%
Захворювання від 3 до 6 міс	39,53%	7,69%
Захворювання від 6 до 1 року	13,95%	12,82%
Захворювання від 1 року до 5 років	4,65%	33,33%
Захворювання від 5 років до 10 років	6,98%	28,20%
Захворювання більше 10 років	0,00%	7,69%
Рецидив до 1 міс	37,21%	7,69%
Рецидив від 1 до 3 міс	37,21%	25,64%
Рецидив від 3 до 6 міс	18,60%	38,46%
Рецидив від 6 до 1 року	6,98%	28,20%
Кількість рецидивів за рік 1-2 рази	46,51%	17,94%
Кількість рецидивів за рік 3-4 рази	18,60%	10,26%
Кількість рецидивів за рік більше 4 разів	25,58%	7,69%
Перманентний перебіг	9,30%	64,10%

Рис. 6. Анамнез хвороби пацієнтів із ДЕДП

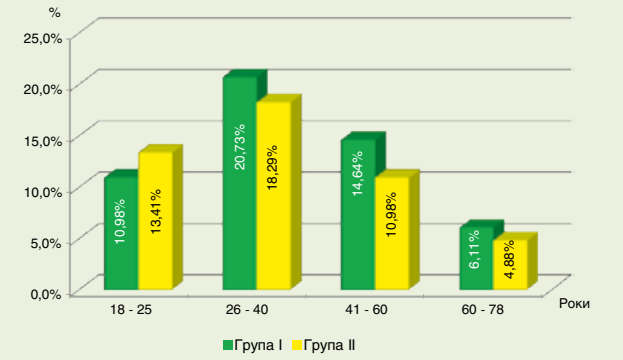


Рис. 7. Вік пацієнтів із ДЕДП на початку захворювання

та в 47,06% випадках в II групі; середній перебіг зустрічався в 1,85 раза частіше у пацієнтів I групи (p<0,05); тяжкий перебіг реєструвався в 4,7 раза частіше у пацієнтів II групи, відмінності цих показників також статистично значущі (p<0,01).

Результати дослідження представлені на рисунках 10 та 11.

Отже, в групах пацієнтів із ДЕДП, які мали позитивну відповідь на топічне лікування, і тих, що не отримали клінічного одужання після проведеного топічного лікування, виявляється ряд клініко-анамнестичних особливостей:

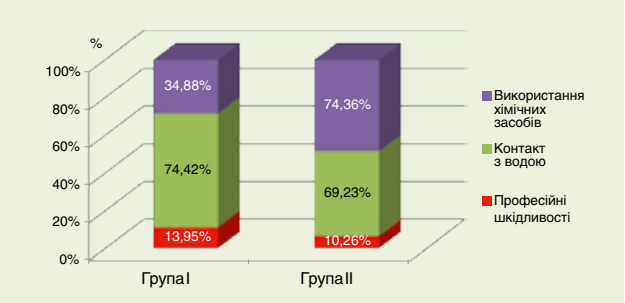


Рис. 8. Провокуючі фактори розвитку ДЕДП

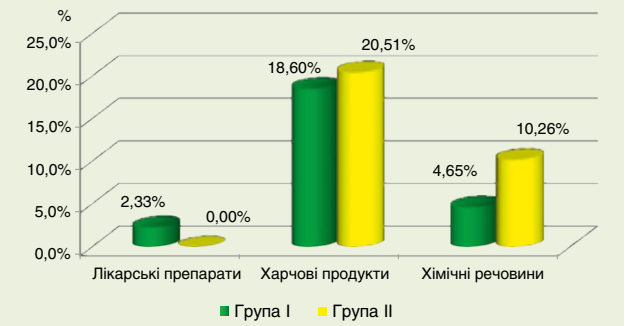


Рис. 9. Алергологічний анамнез у пацієнтів із ДЕДП

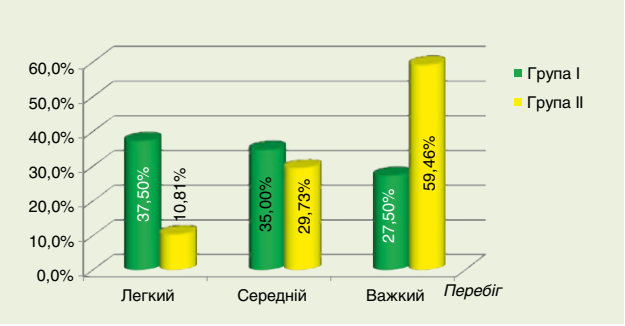


Рис. 10. Індекс DASI у пацієнтів із ДЕДП

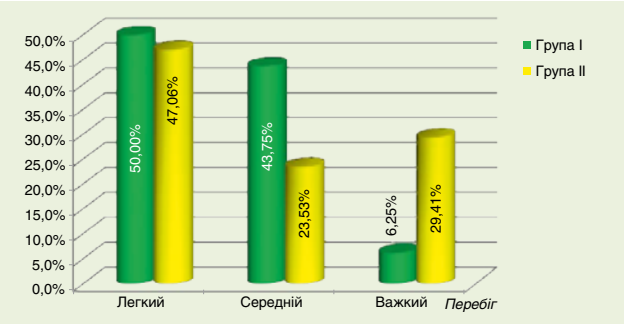


Рис. 11. Індекс DASI у пацієнтів із ДЕДП

- після початку лікування через 6 тиж скарги зберігалися в 92,3% пацієнтів II групи проти 28,57% пацієнтів I групи (p< 0,01);
- виявився більш обтяжений сімейний анамнез у пацієнтів II групи: наявність екземи у родичів 1-го ступеня в 12,82% випадків (p< 0,01); наявність атопії у найближчих родичів в 5,12% випадків (p< 0,05);
- супутня патологія реєструвалась приблизно однаково в обох групах (p>0,05);
- максимальна тривалість захворювання в I групі склала від 3 до 6 міс; максимальна тривалість захворювання у пацієнтів II групи – від 1 до 5 років; 7,69% пацієнтів II групи хворіли на ДЕДП більше 10 років;
- меншу тривалість рецидиву мали пацієнти I групи (до 1 міс – 37,21% пацієнтів, від 1 до 3 міс – 37,21%); в II групі більша частка пацієнтів (38,46%) мала рецидиви тривалістю від 3 до 6 міс;
- менша кількість рецидивів (1–2 на рік) спостерігалася в 46,51% пацієнтів I групи проти 17,94% пацієнтів II групи; перманентний перебіг захворювання реєструвався в 64,1% в II групі;
- пологи як можливий провокуючий фактор достовірно (p<0,05) частіше зустрічались у пацієнток II групи;
- в обох групах не виявлено достовірної статистичної різниці в розвитку алергії на лікарські препарати, харчові продукти та хімічні речовини (p>0,05); частіше реєструвалась алергія на харчові продукти (у 18,6% пацієнтів I групи та у 20,51% пацієнтів II групи).

За клінічними даними:

- при патології долонь у пацієнтів I групи легкий перебіг захворювання спостерігався в 3,45 раза частіше, а тяжкий перебіг – в 2,16 раза рідше, ніж у пацієнтів II групи (p<0,05);
- при патології підошов тяжкий перебіг зустрічався в 4,7 раза частіше у пацієнтів II групи (p<0,01).

Висновки

Механізм розвитку дисгідротичної патології настільки складний, суперечливий та маловивчений, що для усвідомлення прогнозу даного захворювання потрібен комплексний підхід з урахуванням клініко-анамнестичних даних.

Ряд клініко-анамнестичних особливостей у пацієнтів із дисгідротичними ураженнями долоней та підошов (наявність сімейного анамнезу атопії та екзем, тривалість захворювання більше року, тривалість рецидивів більше 3 міс, перманентний перебіг захворювання) можуть бути враховані в комплексній оцінці прогнозування перебігу захворювання та відповіді на лікування.

Список літератури

1. Бардова Е. Экзема в практике семейного врача: клинические формы, дифференциальный диагноз, лечение. Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. 2013. № 1. С. 22–27.
2. Дерматология Фицпатрика в клинической практике / редкол.: Голдсмит Лоуэлл А. та ін. Москва: Панфилова, 2015. Т. 1. 1168 с.
3. Нурмухаметова Е. Взаимосвязь генетических вариантов химазы тучных клеток и экземы. Российский медицинский журнал. 1997. Т. 5. № 6. С. 17.
4. Consensus statement on the management of chronic hand eczema / J. English, R. Aldridge, D.J. Gawkrodger, S. Kownacki. Clinical and Experimental Dermatology. 2009. Vol. 34. P. 761–769.
5. Diepgen TL., Agner T., Aberer W. Managementof chronic hand eczema. Contact Dermatitis. 2007. Vol. 57. P. 203–10.
6. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema / L.T. Diepgen, K.E. Andersen, O. Chosidow, P.J. Coenraads. Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG). 2014. Vol. 1610. P. 3–79.
7. Hand Eczema / A.U. Shankar, R.K. Besarwal, R. Gupta, P. Agarwal, S. Napalia. Indian J Dermatol. 2014. Vol. 59(3). P. 213–224.
8. Kajal S., Gupta KS, Gupta V. Contact sensitizers in dyshidrotic eczema. Journal of Pakistan Association of Dermatologists. 2017;27(4):363–367.
9. Perry A.D., Trafeli J.P. Hand Dermatitis: Review of Etiology, Diagnosis, and Treatment. Hand Dermatitis: Etiology, Diagnosis, and Treatment. 2009. Vol. 22(3). P. 325–330.
10. Vocksa E., Plötzb S.G., Ringa J. The Dyshidrotic Eczema Area and Severity Index – A Score Developed for the Assessment of Dyshidrotic Eczem. J Dermatology. 1999. Vol. 198. P. 265–269.

References

1. Bardova K. Ekzema v praktike semejnogo vracha: klinicheskie formy, differencial'nyj diagnoz, lechenie (Eczema in the practice of a family doctor: clinical forms, differential diagnosis, treatment). Clinical immunology. Allergology. Infectology. 2013;1:22–27.
2. Goldsmith LA, Kats SI, Gilcrest BA, Wolf Klaus et al. Dermatologiya Ficpatrika v klinicheskoj praktike (Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine). 2th ed. Moscow; 2015.
3. Nyrmyxomedova E. Vzaimosvyaz' geneticheskih variantov himazy tuchnyh kletok i ehkzemy (Interrelation of genetic variants of mast cell chymase and eczema). Russian Medical Journal. 1997;5(6):17.
4. English J, Aldridge R, Gawkrodger DJ., Kownacki S. et al. Consensus statement on the management of chronic hand eczema. J Clinical and Experimental Dermatology. 2009;34:761–769.
5. Diepgen LT, Agner T, Aberer W, et al. Management of chronic hand eczema. J Contact Dermatitis. 2007;57:203–10.
6. Diepgen LT, Andersen E Klaus, Chosidow O, Coenraads PJ. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema. J Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG). 2014;1610:3–79.
7. Shankar AU, Besarwal RK, Gupta R, Agarwal P, Napalia S. Hand Eczema. Indian J Dermatol. 2014;59(3):213–224.
8. Kajal S, Gupta KS, Gupta V. Contact sensitizers in dyshidrotic eczema. Journal of Pakistan Association of Dermatologists. 2017;27(4):363–367.
9. Perry AD, Trafeli JP. Hand Dermatitis: Review of Etiology, Diagnosis, and Treatment. J Hand Dermatitis: Etiology, Diagnosis, and Treatment. 2009;22(3):325–330.
10. Vocksa E, Plötzb SG, Ringa J. The Dyshidrotic Eczema Area and Severity Index – A Score Developed for the Assessment of Dyshidrotic Eczema. J Dermatology. 1999;198:265–269.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСГИДРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЛАДОНЕЙ И ПОДОШВ

В.В. Бойко

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

Резюме

Введение. *Дисгидротическая экзема ладоней и подошв (ДЭЛП) – дерматоз мультифакторной природы со сложным патогенезом, характеризующийся развитием везикулярных элементов с гистологической картиной спонгиоза и образованием внутриэпидермальных везикул.*

Целью исследования *была оценка клинико-анамнестических характеристик пациентов с дисгидротическими поражениями ладоней и подошв в сопоставлении с эффективностью к топической глюкокортикостероидной терапии.*

Материалы и методы. *Проанализированы клинико-анамнестические характеристики 82 пациентов с дисгидротическими поражениями, которые по результатам эффективности лечения через 6 нед после его начала были разделены на 2 группы: I группа (43 пациента) – имели положительный эффект от лечения и II группа (39 пациентов) – не получили клинического выздоровления от проведенной топической терапии.*

Результаты. *Выявлен ряд клинико-анамнестических особенностей: после начала лечения через 6 нед жалобы сохранялись у 92,3% пациентов II группы против 28,57% пациентов I группы (P <0,01); максимальная продолжительность заболевания в I группе составила от 3 до 6 мес; максимальная продолжительность заболевания у пациентов II группы – от 1 до 5 лет; 7,69% пациентов II группы болели ДЭЛП более 10 лет; меньшую продолжительность рецидива имели пациенты I группы (до 1 мес – 37,21% пациентов и от 1 до 3 мес – 37,21%); во II группе большая часть пациентов (38,46%) имела рецидивы продолжительностью от 3 до 6 мес. По клиническим данным: при патологии ладоней у пациентов I группы легкое течение заболевания наблюдалось в 3,45 раза чаще, а тяжелое течение – в 2,16 раза реже, чем у пациентов II группы (p<0,05); при патологии подошв тяжелое течение встречался в 4,7 раза чаще у пациентов II группы (p <0,01).*

Выводы. *На основании проведенного исследования можно предположить, что оценка клинико-анамнестических особенностей у пациентов с дисгидротическими поражениями ладоней и подошв (наличие семейного анамнеза атопии и экзем, длительность заболевания более года, продолжительность рецидивов более 3 мес, перманентное течение заболевания) может быть учтена в комплексной оценке прогнозирования течения заболевания и ответа на лечение.*

Ключевые слова: *дисгидротическая экзема ладоней и подошв, клинико-анамнестические характеристики, топическая глюкокортикостероидная терапия.*

CLINICAL AND ANAMNESTIC CHARACTERISTICA OF PATIENTS WITH DYSHIDROTIC LESIONS OF PALMS AND SOLES

V.V. Boyko

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Abstract

Introduction. *Dyshidrotic eczema of palms and soles (DEPS) is a skin inflammation of palms and feet characterized by the development of vesicular elements with a histopathological pattern of spongiosis and the formation of intra-epidermal vesicles.*

The objective *of study was to evaluate the clinical and anamnestic characteristics of patients with dyshidrotic lesions of palms and soles in comparison with the effectiveness to topical glucocorticosteroid therapy.*

Materials and methods. *The clinical-anamnestic characteristics were analyzed in 82 patients with dyshidrotic lesions which, according to the results of the effectiveness of treatment after 6 weeks after it began, were divided into 2 groups: I group (43 patients) – had a positive effect on treatment and group II (39 patients) – did not receive a clinical recovery from the topical therapy.*

Results. *A number of clinical and anamnestic features were revealed: after the start of treatment in 6 weeks, complaints were persisted in 92.3% of patients in group II against 28.57% of patients in group I (P< 0.01); the maximum duration of the disease in group I was from 3 to 6 months; the maximum duration of the disease in patients in group II – from 1 to 5 years; 7.69% of patients in group*

II suffered from DEPS for more than 10 years; patients in group I had less relapse duration (up to 1 month – 37.21% of patients, and from 1 to 3 months – 37.21%); in group II a large proportion of patients (38.46%) had relapse for a duration from 3 to 6 months. According to clinical data: mild course of the disease was observed 3.45 times more often in patients with palmar pathology in group I, and the severe course was 2.16 times less frequently than in patients of group II (P <0.05); severe course was 4.7 times more common in patients with pathology of the soles in group II (P <0.01).

Conclusions. *On the basis of the conducted research it is possible to assume that the evaluation of clinically-anamnestic features in patients with dyshidrotic lesions of palms and soles (the presence of a family history of atopy and eczema, the duration of the disease over a year, the duration of relapses over 3 months, the permanent course of the disease) can be taken into account in a comprehensive assessment of disease prognosis and response to treatment.*

Key words: *dyshidrotic eczema of palms and soles, clinical and anamnestic characteristics, topical glucocorticosteroid therapy.*

Відомості про автора:

Бойко Вікторія Вікторівна – *аспірант кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.*

ORCID ID: https://orcid.org/0000–0001–5877–7697, panacea30@gmail.com.

КНИЖКОВА ПОЛИЦЯ

Л.Д. Калюжна

Дитяча дерматовенерологія

Захворювання шкіри у дітей є складовою загальної дерматовенерології. Але важко не погодитись, що цей розділ відзначається суттєвими особливостями перебігу захворювань шкіри, низкою вроджених патологій, іноді й схильністю до продовження захворювання і в подальші роки. Значною мірою ці захворювання визначені морфологічними та фізіологічними особливостями дитячої шкіри. Саме в дитячій дерматології звертають на себе увагу атиповий перебіг хронічних дерматозів, схильність до тяжкого перебігу алергодерматозів, набагато частіше, ніж у дорослих, зустрічаються паразитарні, мікотичні та бактеріальні інфекції шкіри.

Труднощі діагностики та лікування зумовлюють захворювання шкіри новонароджених, іноді їх перебіг стає досить загрозливим і потребує від лікаря екстрених дій. До того ж дерматовенеролог має призначати зовнішню терапію, враховуючи особливості дитячої шкіри. Значну питому вагу серед захворювань шкіри в дітей складають генодерматози, і лікар-дитячий дерматолог першим встановлює діагноз спадкового захворювання. Іноді досить тяжкими ознаками супроводжуються бактеріальні ураження шкіри у дітей.

Дитячий дерматолог безумовно має володіти знаннями щодо епідеміологічної тактики при паразитарних захворюваннях шкіри у дітей, вміти запобігати розповсюдженню бактеріальних інфекцій. Вже в дитячому віці дитячий дерматолог визначає показання щодо надання хворій дитині інвалідності.

Значною складовою дитячої дерматології є профілактика деяких захворювань у родині. При написанні цього підручника вважалось за доцільне зосередитись на основах диференційної діагностики, що стане в нагоді не лише дерматологу, а й, в першу чергу, сімейному лікарю. У низці випадків патологія шкіри є першим симптомом внутрішніх, нервових та психічних захворювань, що визначає мультисистемність досить тяжких патологій. Слід підкреслити, що до дитячої дерматології належать і патологічні стани шкіри у підлітків, що пов`язане з періодом гормонального становлення і зумовлює труднощі їх соціальної адаптації.

Авторами підручника є викладачі кафедри дерматовенерології Національної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. Колектив авторів при написанні цього підручника сподівався на зацікавленість до цієї роботі не тільки дитячих дерматовенерологів, але й дерматовенерологів, педіатрів, алергологів, косметологів, сімейних лікарів.

Професор, д-р мед. наук, професор кафедри дерматовенерології НМАПО ім. П. Л. Шупика, заслужений діяч науки і техніки України, Л. Д. Калюжна

З питань придбання видань звертатись за тел.: (044) 413-53-52