

Глава 3

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Дональд Рудикофф, Диана Ли и Стивен Р. Коэн

АтД — это зудящее, хроническое, рецидивирующее заболевание, которое обычно начинается в период ранней новорожденности или в детстве. Начало заболевания во взрослом возрасте встречается значительно реже, но сообщается о распространенности 13,6% в исследовании, проведенном в Сингапуре, и 24,5% в Нигерии (Tay et al., 1999; Bannister и Freeman, 2000; Nnoguka, 2004). Термин «атопический дерматит», введенный Wise и Sulzberger (1933), объединяет экзему новорожденных и так называемый генерализованный нейродермит в один клинический синдром и подчеркивает ассоциацию с аллергическим ринитом, астмой и наличием иммуноглобулина IgE. Ведутся активные дискуссии относительно классификации АтД, поскольку в небольшом числе случаев отсутствует сезонный ринит, астма и аллерген-специфический IgE. Клинические фенотипы АтД, описанные здесь, были предложены Wise и Sulzberger (1933) и позже Hanifin и Rajka (1980). Термин «атопический дерматит» используется для объединения так называемого экзогенного дерматита и эндогенного (атопиформного) дерматита/экземы (Bos, 2002).

3.1. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

подавляющее большинство пациентов, наблюдающихся в клинической практике, составляют новорожденные, дети ясельного и более старшего возраста. При АтД обяза-

тельно присутствует зуд. Он может быть интермиттирующим или непрерывным, может ухудшаться ночью и часто нарушает сон и ребенка, и членов семьи. Начало АтД обычно наблюдается примерно в возрасте 2 мес, когда у новорожденного формируется необходимая для расчесывания координация. Обычно мы видим, что дети активно чешутся (рис. 3.1). Иногда новорожденные настолько перевозбуждены из-за неистового зуда на недоступных участках кожи, что начинают извиваться, трутся о кроватку или человека, который их держит, или даже иногда пытаются почесать спину, сильно разгибая шею и используя затылок, чтобы почесать пораженный участок. Дополнительными доказательствами наличия зуда являются расчесы и лихенификация.



Рис. 3.1. Новорожденные и некоторые взрослые с атопическим дерматитом не могут контролировать потребность в расчесах при постоянном зуде

3.1.1. МОРФОЛОГИЯ ВЫСЫПАНИЙ

У пациентов с АД возникают высыпания самого разного характера. На ранних стадиях преобладают одни морфологические элементы, но обычно одновременно существуют различные высыпания. Издавна авторы описывают 3 стадии экземы: острую, подострую и хроническую.

- Острая экзема характеризуется покраснением, отеком, папулами и/или везикулами (Bulkley, 1881) (рис. 3.2). При возникновении мокнутия в пораженной области могут сформироваться корки.



Рис. 3.2. Острая экзема проявляется эритемой, мокнутием и иногда везикуляцией

- Подострая экзема проявляется эксфолиациями, покраснением и иногда мокнутием с умеренной инфильтрацией, шелушением кожи и образованием корок (рис. 3.3). Венчик из чешуек указывает на предшествующую везикуляцию или спонгиоз (отек эпидермиса) (рис. 3.4) (Ackerman, 1979).

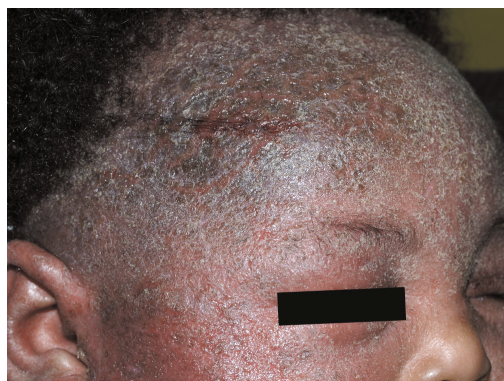


Рис. 3.3. Подострая экзема с чешуйками и корками



Рис. 3.4. Венчик чешуек указывает на предшествующую везикуляцию или спонгиоз

- Хроническая экзема сопровождается формированием красно-коричневых папул и бляшек с подчеркнутым кожным рисунком. Эти изменения описывают термином «лихенификация» (рис. 3.5). Отдельные лихеноидные папулы сливаются и формируют лихенифицированные бляшки (рис. 3.6).



Рис. 3.5. Лихенификация возникает в результате постоянного трения. В области инфильтрированных бляшек определяется усиление кожного рисунка

Напротив, нуммулярный дерматит характеризуется одиночными или множественными монетовидными, покрытыми корками, экзематозными бляшками, чаще всего расположенными на коже конечностей. Это состояние может возникать как самостоятельное заболевание, но нуммулярный характер высыпаний иногда преобладает у детей с АД (Braun-Falco, 2000).



Рис. 3.6. А — при лихенификации лихеноидные папулы сливаются в бляшки. Обратите внимание на венчик чешуек; Б — эксфолированные лихеноидные папулы формируют лихенифицированные бляшки

Нуммулярные высыпания на коже лица редко наблюдаются после младенческого периода. На рис. 3.7 представлена необычная картина мокнущих и покрытых коркой нуммулярных бляшек на коже лица 12-летнего мальчика.

Несмотря на положительный результат культурального исследования на

Staphylococcus aureus, высыпания не поддались лечению внутривенными противостафилококковыми антибиотиками, пока не были назначены системные глюкокортикостероиды. По нашему опыту, при преобладании нуммулярных высыпаний необходимо проведение именно такой терапии, независимо от характера заболевания.



Рис. 3.7. У этого 12-летнего мальчика сформировались толстые бляшки на щеках с мокнутием и желтыми корками, которые поддались лечению только системными глюкокортикостероидами вместе с противостафилококковыми антибиотиками (А—В)

3.1.2. ФАЗЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

В течении АтД выделяют три клинические фазы: младенческую, детскую и взрослую, для каждой из них характерны типичные высыпания и локализация; однако подчеркивается, что часто наблюдается перекрытие стадий.

- В младенческую фазу АтД (в возрасте примерно от 2 мес до 2 лет) обычно возникают везикулезные, покрытые коркой экзематозные пятна на волосистой части головы и щеках с отдельными очагами на коже конечностей и туловища (Sulzberger, 1955) (рис. 3.8, А).
- Детская фаза протекает в возрасте от 2 до 11 лет. Высыпания более сухие, с преобладанием папулезных, пруригоподобных и лихенифицированных очагов. На разгибательных поверхностях часто преобладают экскорирированные папулы, характерно поражение сгибов (см. рис. 3.8, В). На боковых и задней

поверхностях шеи может обнаруживаться потемнение кожи, иногда называемое *грязной шеей атопиков*, хотя могут также поражаться кисти и пальцы.

- Подростковая и взрослая фазы наблюдаются в возрасте от 12 до 23 лет. Сухие лихенифицированные бляшки отражают хронический характер течения. Для этой фазы заболевания характерно поражение сгибательных поверхностей шеи, локтей и подколенных областей (см. рис. 3.8, В).

3.1.3. КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

В 1980 г. Hanifin и Rajka предложили ряд больших и малых диагностических критериев АтД (блок 3.1). Другие группы создавали клинические критерии, несколько более подходящие для применения в клинических исследованиях, в том числе критерии рабочей группы Великобритании (Williams et al., 1994) и Критерии тысячелетия (Bos et al., 1998).

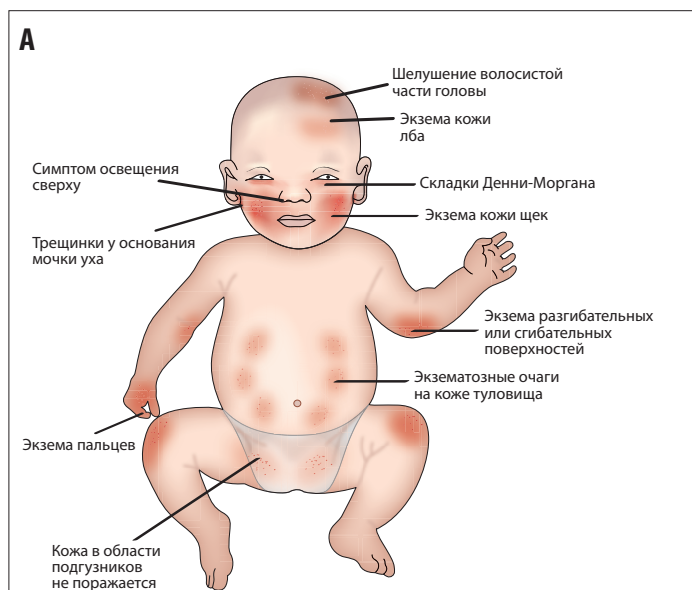


Рис. 3.8. А — младенческая фаза атопического дерматита характеризуется мокнутием, экзематозными бляшками на коже щек, лба и волосистой части головы. Также могут поражаться разгибательные и сгибательные поверхности конечностей и кожи туловища

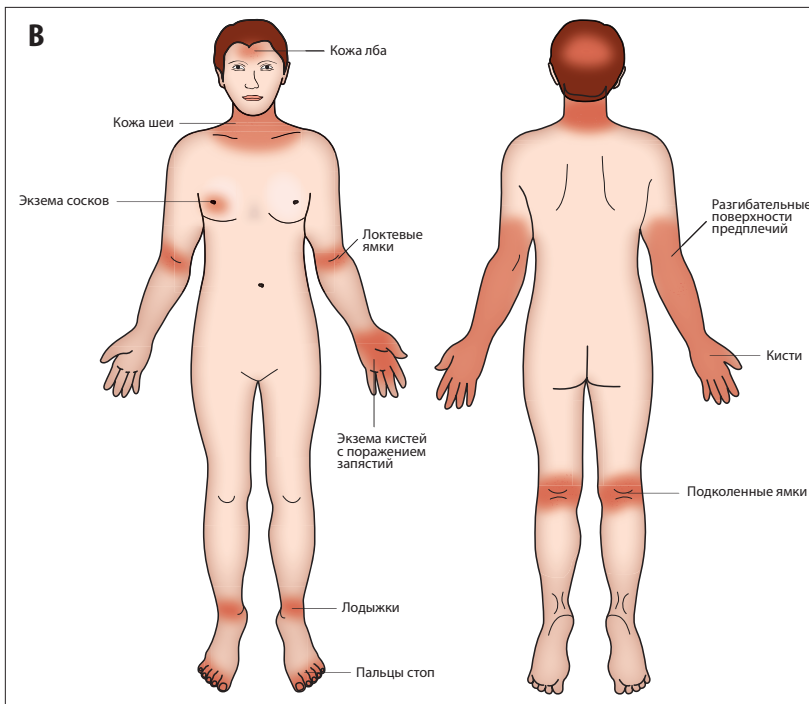
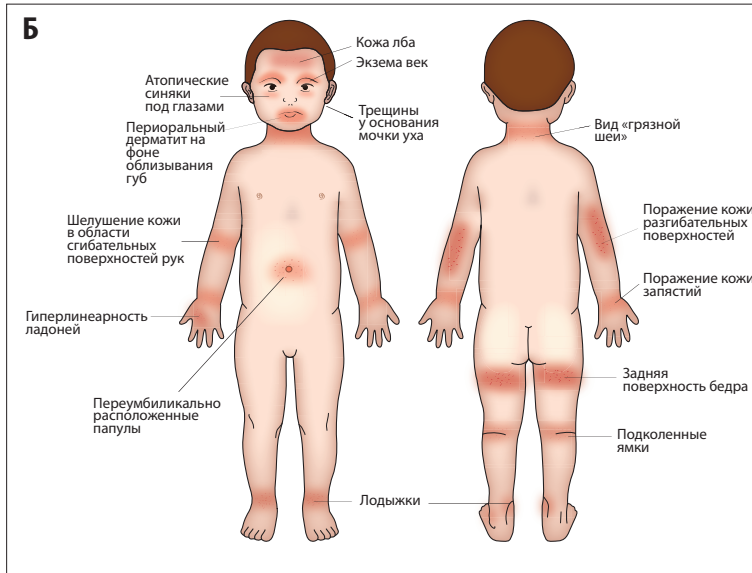


Рис. 3.8. Окончание: Б — у детей экзема часто протекает с поражением кожи лба, век, шеи, сгибательных поверхностей рук и ног, запястий, кистей, пальцев и лодыжек. Часто наблюдается поражение разгибательных поверхностей предплечий; В — у взрослых с atopическим дерматитом обычно имеются лихенификация и воспаление, часто локализуемые на сгибательных поверхностях, а также на разгибательных поверхностях. Может поражаться кожа лба, век, шеи, плеч, кистей и пальцев. Поражение кожи головы и шеи, часто наблюдаемые у взрослых, связывается с действием аэроаллергенов и дрожжевых грибов *Malassezia sympodialis*

Блок 3.1. Критерии диагностики atopического дерматита Hanifin и Rajka**Панель 1. Большие критерии**

Пациент должен иметь 3 или более признаков из следующего списка.

- Зуд.
- Типичная морфология и локализация высыпаний.
- Лихенификация и гиперлинеарность кожи в области сгибательных поверхностей у взрослых.
- У младенцев и детей поражение кожи лица и разгибательных поверхностей.
- Хронический или хронический рецидивирующий дерматит.
- Отягощенный анамнез у пациента или отягощенный семейный анамнез по atopическим заболеваниям (астма, аллергический ринит, АтД).

Панель 2. Малые критерии

Пациент должен иметь 3 или более признака из следующего списка.

- Ксероз.
- Ихтиоз, гиперлинеарность ладоней или волосистой кератоз.
- Положительные кожные пробы на реакции немедленного типа (1-го типа).
- Повышение уровня IgE в сыворотке крови.
- Ранний возраст начала заболевания.
- Склонность к развитию инфекций кожи (в особенности *Staphylococcus aureus* и простой герпес) или нарушение клеточно-опосредованного иммунитета.
- Склонность к развитию неспецифического дерматита кистей и стоп.
- Экзема сосков.
- Хейлит.
- Рецидивирующий конъюнктивит.
- Инфраорбитальная складка Денни–Моргана.
- Кератаконус.
- Передняя субкапсулярная катаракта.
- Потемнение кожи век.
- Бледность кожи лица или эритема кожи лица.
- Белый лишай.
- Складки на коже передней поверхности шеи.
- Появление зуда при потоотделении.
- Непереносимость шерсти и обезжиривающих средств.
- Фолликулярный кератоз.
- Непереносимость пищевых продуктов.
- На течение заболевания влияют факторы окружающей среды и эмоциональные воздействия.
- Белый дермографизм или отсроченное побледнение кожи.

Примечание. Многие из малых критериев подвергались сомнению. Некоторые из них не считаются специфическими для АтД, в том числе ихтиоз, экзема сосков, хейлит, передняя субкапсулярная катаракта, кератаконус, складки передней поверхности кожи шеи, белый лишай и непереносимость пищи. Хотя образование трещин у основания мочки уха и диффузное шелушение кожи волосистой части головы не включены в перечень малых критериев, они наблюдаются часто, в особенности при тяжелом течении заболевания (панели 1 и 2 перепечатаны из Rudikoff и Lebwahl 1998. © 1998 с разрешения издательства Elsevier)

3.1.4. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Младенческая фаза

Младенческая фаза АД характеризуется зудом, сухостью кожи и гиперреактивностью как на внешние, так и на внутренние стимулы (Hebert и Mays, 1996). На коже щек возникают острые или подострые экзематозные пятна (рис. 3.9), также иногда поражается кожа лба (рис. 3.10).



Рис. 3.9. У младенцев с atopическим дерматитом может наблюдаться ярко-красная эритема на коже щек с мокнутием и образованием корок либо могут формироваться сухие эритематозные пятна: А — у этого младенца обнаруживаются подострые экзематозные очаги на коже щек с эритемой и корками, однако при этом не поражены кожа носа, носогубные складки и верхняя губа; Б — отмечается бледность центральной части лица («симптом освещения сверху»). Также видны складки Денни-Моргана, возможно, обусловленные дерматитом век. Они не патогномичны для atopического дерматита, однако могут наблюдаться и у здоровых людей (перепечатано из Rudikoff et al., 2003. © 2003 с разрешения издательства Elsevier); В — экзематозные высыпания легкой степени тяжести на коже щек у младенца

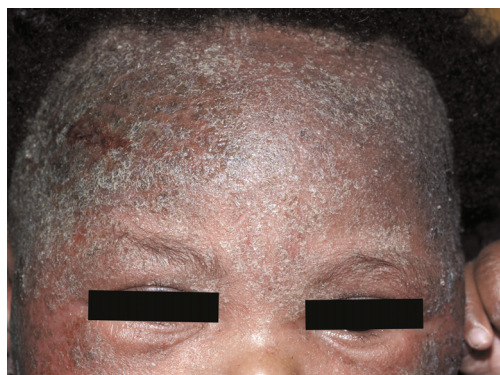


Рис. 3.10. У младенцев часто наблюдается поражение кожи лба

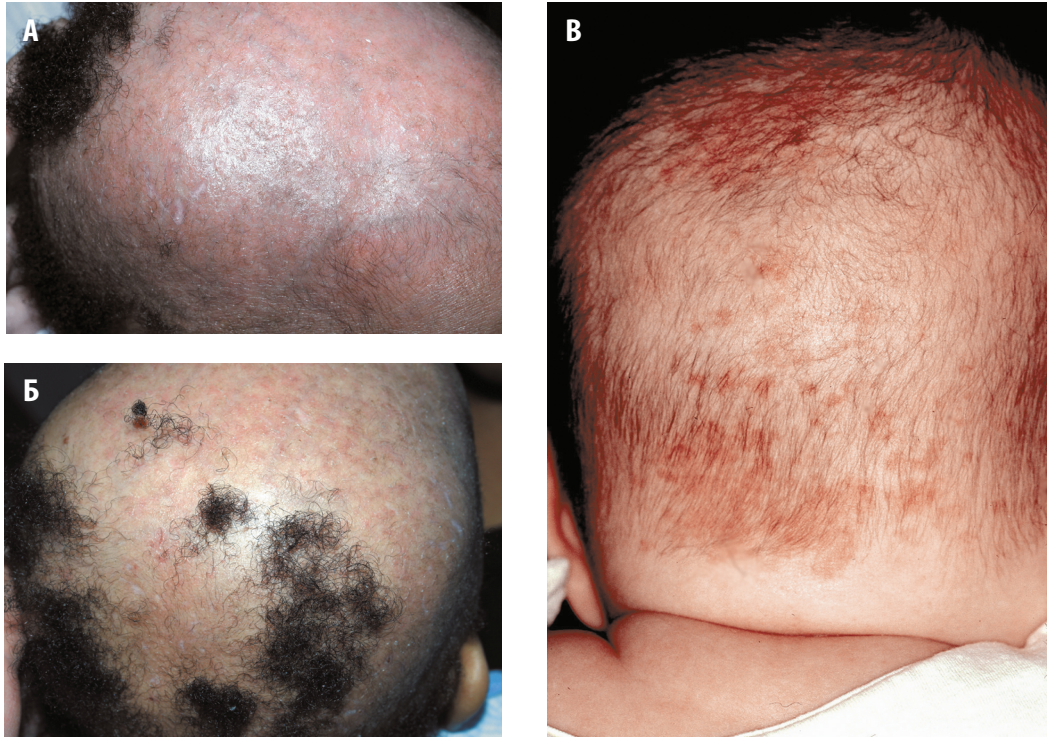


Рис. 3.11. Поражение кожи волосистой части головы часто наблюдается у младенцев с atopическим дерматитом: А, Б — экзема кожи волосистой части головы с выпадением волос в результате трения; В — у этого ребенка обнаруживаются эритематозные, покрытые корками папулы на коже в области макушки головы и затылка (перепечатано из Rudikoff et al., 2003. © 2003 с разрешения издательства Elsevier)

Появление эксфолиаций и лихенификации спустя 2 мес после рождения коррелирует с созреванием нервной системы и мышц и с развитием координации, которые делают возможным нанесение расчесов. Очаговое выпадение волос обусловлено постоянным трением зудящей кожи волосистой части головы о постельные принадлежности (см. рис. 3.11, А, Б). Поражение кожи щек, как правило, регрессирует к году. У младенцев и маленьких детей с АтД формируется акцентуация инфраорбитальных складок, называемых складками *Денни–Моргана*, которые сопровождают экзему нижних век (рис. 3.12–3.15). Поражение более одной складки может развиваться уже в самом раннем возрасте. Часто наблюдаются покраснение, шелушение и отек кожи век (см. рис. 3.15, Б). Складки Денни–Моргана не являются патогномоничными для АтД и также могут возникать и у здоровых детей,

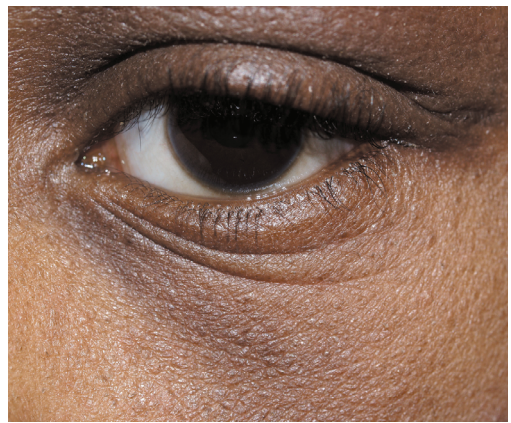


Рис. 3.12. Складки Денни–Моргана у ребенка с atopическим дерматитом. Они отражают наличие дерматита век и не являются патогномоничными для atopических заболеваний

в особенности у афроамериканцев, а также при контактной аллергии или в результате других причин (Braun-Falco, 2000).



Рис. 3.13. Складки Денни–Моргана у ребенка с дерматомиозитом, протекающим с поражением кожи век. Обычно их появление связано с воспалением кожи, могут обнаруживаться у здоровых детей

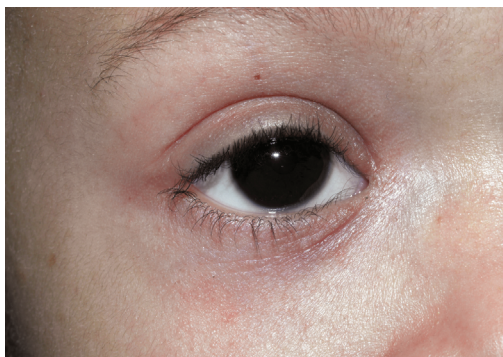


Рис. 3.14. Экзема век легкой степени тяжести у ребенка с atopическим дерматитом

Выпадение волос из латеральных частей бровей — симптом Хертога — обусловлено хроническим трением (рис. 3.16). У младенцев и детей могут отмечаться трещинки за ушами и у основании мочки уха (рис. 3.17, А, Б).

Экзематозные высыпания и корки могут обнаруживаться на коже верхней губы и подбородка (рис. 3.18). Хейлит формируется на фоне обычного облизывания губ (так называемый дерматит при облизывании губ).

Формирование мелких папулезных высыпаний на коже туловища часто ассоциировано с сухостью кожи (рис. 3.19, А, Б). Более выраженные фолликулярные папулы



Рис. 3.15. Дерматит поражает как верхние (А), так и нижние (Б) веки одного или обоих глаз, что часто наблюдается при atopическом дерматите (изображение А перепечатано из Rudikoff et al., 2003. © 2003 с разрешения издательства Elsevier)



Рис. 3.16. Симптом Хертога: выпадение волос в области латеральной части бровей первоначально описано у больных гипотиреозом. У больных atopическим дерматитом этот симптом обусловлен трением

с пятнами более светлой кожи или без них могут наблюдаться при поствоспалительной диспигментации у младенцев с более темной кожей (рис. 3.19, В). Могут наблюдаться эри-