

---

фективно отшелушивает омертвевшие клетки кожи, открывая поры, улучшая проникновение антибактериальных компонентов глубоко внутрь, а также смягчает кожу.

Наш опыт свидетельствует о высокой клинической эффективности этих средств и популярности их среди пациентов [4, 5]. Данные препараты улучшали состояние кожи уже на 3-й день использования как отдельно, так и в сочетании друг с другом. По результатам использования, препараты новой серии «Клерасил Ультра» свидетельствуют о высокой эффективности средств, способствующих быстрому регрессу воспалительных элементов, сужению пор, уменьшению количества открытых и закрытых комедонов и снижению салопродукции, улучшению цвета лица, что дает возможность получить хороший эффект при лечении вульгарных угрей I-II степени тяжести и позволяют использовать их в сочетании с другими, в том числе с системными средствами, в более тяжелых случаях заболевания.

Таким образом, проведенные нами за период 2004–2006 гг. исследования препаратов фирмы «Reckitt Benckiser healthcare» позволяют с уверенностью говорить об их высокой эффективности для лечения и профилактики различных дерматозов как в качестве монотерапии, так и в комплексном лечении, а также при ежедневном домашнем уходе.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Адаскевич В.П. // «Акне и розацея» – СПб., 2000.
2. Адаскевич В.П. // Акне вульгарные и розовые. – М., 2003.
3. Корнева Л.В., Молочков В.А., Кряжева С.С., Снарская Е.С. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2005. – № 4. – С. 63-66.
4. Корнева Л.В., Молочков В.А., Кряжева С.С., Снарская Е.С. // Использование крема «Клерасил Ультра» в наружной терапии вульгарных угрей. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2006. – № 1. С. 73-74.
5. Корнева Л.В. Кряжева С.С., Снарская Е.С. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2006. – № 5. – С. 68-70.
6. Марри Р., Греггер Д., Мейес П., Родуэл В. // Биохимия человека. – М., 1993. – С. 205 – 220; 228 – 246.
7. Снарская Е.С., Кряжева С.С., Корнева Л.В. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2004. – № 4. – С. 60-63.

## **АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ИЛИ ЭКЗЕМА?**

*Н.Г. Кочергин, А.А. Африкян*

*ММА им. И.М. Сеченова, Москва*

Атопический дерматит рассматривается сегодня как мультифакториальный дерматоз с наследственной предрасположенностью к атопии и изменением иммунологической реактивности организма, обусловленной особенностями Т-хелперного звена иммунитета и ци-

токинового профиля. Заболевание характеризуется хроническим рецидивирующим течением, сезонностью обострений, преимущественно в осенне-зимнее время года, возрастной эволютивной динамикой высыпаний и их истинным полиморфизмом.

В настоящее время многими исследователями выделяется подгруппа больных атопическим дерматитом с клиническими проявлениями, которые укладываются в общие клинические представления об атопическом дерматите по критериям Rajka, но не связаны с гиперчувствительностью к аллергенам и при нормальных или почти нормальных уровнях сывороточных IgE-антител. Этот тип атопического дерматита стали обозначать как IgE-неассоциированный (эндогенный) в противоположность классическому IgE-ассоциированному (экзогенному) атопическому дерматиту [1, 2].

В англоязычной дерматологической литературе атопический дерматит часто называют атопической экземой, притом, что сам термин «экзема» ассоциируется, в первую очередь, с мокнутием и как диагноз обозначает весьма гетерогенную группу заболеваний. Однако, по общему признанию, все виды экзем можно, в свою очередь, также разделить на эндогенные и экзогенные. Среди эндогенных экзем кистей у определенной части больных при комплексном обследовании и наблюдении выявляются признаки и характеристики, весьма близкие к атопическому дерматиту.

Таким образом, выделение из истинной экземы эндогенной экземы кистей, с одной стороны, и существование IgE-неассоциированного атопического дерматита, с другой, может служить аргументированной платформой для обоснования самостоятельного диагноза – атопическая экзема кистей, что, однако, требует дополнительных доказательных исследований.

По данным ряда специальных наблюдений, среди всех больных экземой кистей около 48% обладают клиническими признаками, близкими к атопии, и до определенной степени удовлетворяющими общеизвестным критериям Rajka, что позволяет выделить эту группу в самостоятельный диагноз – атопическая экзема кистей (АЭК) [3, 4]. По нашим данным, более половины этих больных – женщины в возрасте 20 – 35 лет, у большей части из них имеется семейная отягощенность по аллергическим заболеваниям, около 49% обследованных имеют повышенный уровень сывороточного IgE, а при сравнительном анализе уровней основных провоспалительных цитокинов выявляется тенденция к доминированию цитокинового профиля второго типа. По результатам психологического тестирования у этих больных доминируют признаки депрессивного, тревожно-депрессивного и неврастенического синдромов. В клинической картине этой группы больных преобладают типичные признаки подострого и хронически-рецидивирующего воспаления в дерме, сильный зуд.

Подтверждением этого может служить проведенный нами сравнительный анализ основных клинических проявлений между группами

---

больных дисгидротической экземой (ДЭ) и больных атопической экземой кистей (АЭК), позволивший выявить определенные тенденции. Так, клиническая картина у больных ДЭ в целом соответствовала классическим представлениям об истинной экземе, где общей чертой воспаления в коже в периоды обострений был его заметный экссудативный характер: выраженные явления отека, везикуляции и мокнутия. Такими признаками обладали изменения на коже кистей в периоды обострений у 89,3% наблюдаемых больных ДЭ.

У подавляющего большинства больных АЭК общее течение кожного заболевания было более плавным и равномерным, в периоды развивающихся обострений доминировали симптомы застойной инфильтрации, лихеноидные папулы, лихенификация, сухость, трещины, шелушение. Более экссудативные проявления с тенденцией к отеку и везикуляции наблюдались лишь у 7,3% больных ( $p < 0,001$ ).

Другим весьма значимым различием оказался белый дермографизм, который у больных ДЭ наблюдался в 18,3%, а при АЭК – у 71,2% ( $p < 0,05$ ). При оценке общего состояния кожного покрова установлена тенденция к большей его сухости (ксероз) у 43,4% в группе больных АЭК по сравнению с больными ДЭ (9,3%). Наконец, при анализе общих показателей крови также обнаружена тенденция к большей частоте эозинофилии у больных АЭК (51,2%), чем при ДЭ (11,9%).

Таким образом, обобщая результаты наших наблюдений, можно заключить, что основными дифференциально-диагностическими отличиями атопической экземы кистей от дисгидротической экземы являются:

- хроническое зудящее эритематозно-лихеноидное воспаление кожи кистей;
- наличие в анамнезе ранней фазы атопического дерматита;
- отягощенный семейный анамнез по аллергическим (атопическим) заболеваниям;
- нормальные или незначительно повышенные уровни сывороточных IgE-антител;
- доминирование цитокинового профиля II типа.

В целом, основываясь на этих и других данных, можно с определенной долей уверенности считать, что диагноз атопической экземы кистей имеет место быть у больного с хроническим рецидивирующим, локализованным воспалительным поражением кожи кистей, если в анамнезе больного устанавливается семейная отягощенность по аллергическим заболеваниям, если сам больной склонен к аллергическим реакциям, если в детстве у него был экссудативный диатез, он имеет белый дермографизм, его кожа характеризуется повышенной сухостью, поражение кистей не сопровождается везикуляцией и мокнутием, а в крови выявляется эозинофилия. Отсутствие двух или трех из обозначенного выше комплекса параметров снижает точность диагноза АЭК, но не отвергает его полностью.

В качестве заключения можно сказать, что атопическая экзема кистей представляет собой клиническую разновидность ограниченной

формы атопического дерматита вообще и должна рассматриваться как самостоятельное заболевание, отличное от дисгидротической экземы, с единственным общим признаком – локализация на коже кистей.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Gunasti S., Maracli S., Aksungur V. et al. // Eczema: a disorder usually presenting with collarette scales and/or tiny crusts. JEADV, 2003. – V. N. Suppl. – P. 38.
2. Menne T. // Risk factors for hand eczema. – JEADV, 2003. – V. N. Suppl. – P. 65.
3. Seldenari S., Giusti F. // Intrinsic and extrinsic atopic dermatitis: a contribution to their diagnostic definition. – JEADV, 2003. – V. N. Suppl. – P. 45
4. Wuthrich B. // IgE- vs non IgE-related atopic dermatitis. International symposium on atopic dermatitis. – Italy, 2003. – P. 19.

### ПРЕПАРАТЫ СЕРИИ «BALNEUM» ФИРМЫ «HERMAL» В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*С.С. Кряжева, С.С. Снарская, Л.В. Корнева, Л.С. Баганиш  
ФППО ММА им. И.М. Сеченова, Москва*

Большое внимание в практической дерматологии уделяется местной терапии дерматозов, особым видом которой является бальнеотерапия.

Известно, что роговой слой кожи приблизительно на 30 % состоит из воды, 10% которой связано с липидами, остальные 20 % – с кератинами [4]. Поддержание нормального состояния водно-липидной мантии кожи является важной составляющей частью ухода за кожей при заболеваниях, сопровождающихся ее сухостью (ксеродермия, ихтиоз, псориаз). С давних пор известно о применении ванн с добавлением растительных масел (ванны Клеопатры), что позволяет мягко очистить кожу и восполнить в ней недостаток липидов, способствуя восстановлению естественного баланса, препятствующего ее пересыханию [1].

Нами накоплен значительный опыт по использованию для таких ванн добавок серии «Balneum» при сухой ксеротической коже [3], атопическом дерматите [2], что позволило внедрить использование этого метода в КВД ряда районов Московской области (г. Раменское, г. Королев и др.). Настоящая публикация включает также наблюдения по использованию «Balneum» при псориазе.

Добавки к воде ванн серии «Balneum» произведены на основе соевого масла, которое относят к самым жирным и питательным природным маслам. «Balneum» не содержит консервантов и красителей, отличается высокой растекаемостью, хорошо и равномерно смешивается с водой, образуя эмульсионную смесь «масла в воде» молочного цвета, являющуюся также мягким моющим средством, не содержащим мыла. Капельки масла оседают на коже, смягчая ее, восполняя недостаток липидов. Становясь мягче, кожа легче удерживает влагу.