

## **КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ХВОРОГО НА НУМУЛЯРНУ ЕКЗЕМУ ТА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ТЕРАПІЇ.**

Фоміна Л.В.

*Харківський Національний Медичний Університет.*

**Ключові слова:** екзема, atopічний дерматит, кортикостероїди.

Нумулярна екзема (син. Монетоподібна екзема) вперше була описана Rayet в 1845 р Термін «нумулярна екзема» введений в 1857 р Devergie [1]. Як правило, захворювання розвивається у дорослих. Дерматоз являє собою запальне захворювання шкіри, що характеризується множинними монетоподібними екзематозними вогнищами, переважно розташовуються на тулубі та кінцівках, що супроводжуються вираженим свербінням. Нумулярною екземою страждають частіше дорослі, переважно чоловіки. Природа захворювання остаточно не з'ясована. Було доказано, що у дорослих пацієнтів в більшості випадків поєднання нумулярної екземи з будь-якими проявами atopії не відзначається [2, 3]. Сучасними дослідженнями, навпаки, відзначено часте поєднання типових вогнищ нумулярної екземи у хворих, що мають atopічний дерматит або обтяжений по atopії спадковий анамнез, в 45 і 33% випадків відповідно [4, 5]. Крім того, важливими факторами, які беруть участь в патогенезі, є виражена сухість шкіри і асоційована бактеріальна і, можливо, грибкова інфекція. Також обговорюється роль контактної сенсibiliзації, системних медикаментозних засобів, алкоголю, вогнищ хронічної інфекції [7]. Клінічно захворювання проявляється чітко обмеженими екзематозними бляшками з мокнуттям і везикуляціє.

Мета дослідження: вивчити клінічний перебіг нумулярної екземи та диференційований підхід лікування.

Нерідко спостерігається присутність корок медово-жовтого кольору, що вказують на вторинну імпетигінації. *Staphylococcus aureus* відноситься до найбільш часто зустрічається при даному дерматозі збудників. Захворювання починається, як правило, з декількох окремих вогнищ на нижніх кінцівках з подальшим поширенням висипань на тулуб. Нумулярна екзема є хронічно рецидивуючим і важко піддається терапії дерматозом. У дитячій практиці нумулярна екзема зустрічається нечасто. Спостерігається, як правило, у дітей старшого віку. Середній вік початку захворювання п'ять років. За даними авторів, нумулярна екзема відзначається приблизно у 10% дітей, хворих на atopічний дерматит, і 14% дітей, що мають спадковий обтяжений по atopії анамнез [3]. Являє собою хронічне захворювання, найчастіше з тривало персистируючими, важко піддаються терапії вогнищами висипань. Відзначається значне погіршення стану в зимовий час. Для нумулярної екземи дитячого віку

характерні чітко обмежені екзематозні бляшки на шкірі тулуба, верхніх і нижніх кінцівок, що супроводжуються інтенсивним свербінням, вогнища зазвичай представлені вираженою інфільтрацією, в межах якої можуть бути ерозії і мокнуть (волога форма) або інтенсивне лущення (суха форма).

Даною формі захворювання у пацієнтів нерідко супроводжує як загострення вогнищ хронічної інфекції в організмі, так і локальна бактеріальна суперінфекція вогнищ. Відомо, що шкіра дітей, які страждають на atopічний дерматит, більшою мірою колонізована *Staphylococcus aureus*, ніж шкіра здорових. За різними даними, співвідношення 39-94% проти 23-29%. Відповідно активному розмноженню патогенної мікрофлори сприяють порушення епідермального бар'єру шкіри внаслідок мутацій відповідальних генів, в першу чергу гена філаггріна, виражена сухість і пошкодження шкіри внаслідок расчесов, зниження синтезу антимікробних пептидів. При цьому вираженість мікробної колонізації в осередках корелює зі ступенем тяжкості захворювання. Хронічне, завзяте протягом нумулярної екземи не в останню чергу пов'язане і з активністю бактеріальної мікрофлори.

З огляду на патогенетичну спільність atopічного дерматиту і нумулярної екземи, лікування останньої рекомендується проводити відповідно до стандартів лікування atopічного дерматиту.

Основними препаратами вибору є топічні кортикостероїди середнього і високого ступеня активності. Базовою терапією залишається регулярне застосування зовнішніх зволожуючих і ліпідних засобів. Особливу увагу слід приділяти м'якому очищенню шкіри з використанням спеціальних засобів. При вираженому свербінні призначаються антигістамінні препарати. Активність патогенної мікрофлори і наявність клінічних ознак бактеріального інфікування в осередках диктують застосування системних і топічних антибіотиків, в тому числі в складі комбінованих препаратів, що містять кортикостероїдні, антибактеріальний і протигрибковий компоненти.

Наводимо клінічний випадок нумулярної екземи у дитини.

Дівчинка 11 років, батьки якої звернулися зі скаргами на наявність у дитини сверблячих висипань на шкірі передпліч і гомілок.

Ан. торбі: зі слів батьків, близько трьох років тому у дитини вперше з'явилися чітко окреслені округлі вогнища висипань з мокнуттям, що супроводжуються інтенсивним сверблячкою. Батьки до дерматолога не зверталися. Самостійно застосовували всередину антигістамінні препарати, зовнішньо анілінові барвники і ванни з антисептичними засобами, крем з маслом чайного дерева. За рекомендацією педіатра нерегулярно курсами по 2-3 дня - топічні кортикостероїдні засоби. На тлі лікування відзначалася незначна

позитивна динаміка. У літній період часу стан помітно поліпшувалося. Протягом останніх шести місяців відзначається погіршення. З метою уточнення діагнозу і тактики терапії звернулися на прийом до дерматолога.

An. vitae: дитина від I вагітності, без патології, I термінових пологів. Дитина з народження знаходився на штучному вигодовуванні. Прикорм вводилися за рекомендацією педіатра. Алергологічний анамнез: харчова сенсibiliзація (шоколад, цукерки), зі слів батьків.

Спадковий анамнез: бронхіальна астма у рідної тітки по материнській лінії.

St. localis: при огляді дитини шкірний патологічний процес носить розповсюджений симетричний характер з ураженням розгинальних поверхонь верхніх і нижніх кінцівок, представлений множинними округлими «монето подібними» вогнищами діаметром від 1,0 до 2,0 см, в межах яких мокнуть, серозно-гнійні скориночки, тріщини, геморагії, екскоріації. Відзначається сухість шкіри. На розгинальних поверхнях плечей і передпліч фолікулярний гіперкератоз.

При лабораторному обстеженні загальні клінічні аналізи крові і сечі, біохімічний аналіз крові - без патологічних відхилень, рівень імуноглобуліну E не підвищений.

Незважаючи на те що у дитини не спостерігалася типова локалізація висипань в згинах кінцівок, наявність свербіння і обтяженого по atopії анамнезу, а також сухості шкіри і фолікулярного кератозу свідчать на користь діагнозу atopічного дерматиту. У той же час клінічна картина «монетоподібних» вогнищ з мокнуттям і серозно-гнійним виділенням характерна для прояви atopічного дерматиту за типом нумулярної екземи, ускладненої вторинною бактеріальною інфекцією.

Пацієнту було призначено лікування: цетиризин в добовій дозі 5 мг протягом 10 днів, зовнішньо крем «Тридерм» 2 рази на день до зникнення клінічних ознак бактеріальної інфекції. Вхідні до складу оригінального препарату «Тридерм» компоненти - бетаметазона дипропионат, клотримазол і гентаміцин забезпечують комплексний вплив на імунне запалення і мікробні агенти, які беруть участь у додатковій сенсibiliзації при нумулярній екземі.

Після регресу серозно-гнійного компонента лікування було продовжено монокомпонентним топічним кортикостероїдним препаратом за схемою з регулярним вживанням зовнішніх зволожуючих засобів.

Висновок: наведене клінічне спостереження свідчить на користь такої клінічної форми atopічного дерматиту у дітей, як нумулярна екзема. З огляду на важливу роль патогенної мікрофлори при даному типі висипань, а також часте наявність бактеріальних ускладнень, в лікування нумулярная екземи як у дорослих, так і у дітей на перших

етапах доцільно включати комбіновані кортикостероїди з антибактеріальним компонентом.

### **Література.**

1. Balma-Mena A., Lara-Corrales I., Zeller J. et al. Colonization with community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in children with atopic dermatitis: a cross-sectional study. *Int J Dermatol* 2011; 50 (6): 682—8.
2. Hoeger PH, Ganschow R, Finger G. Staphylococcal septicemia in children with atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol* 2000; 17 (2): 111—4.
3. Nakamura M.M., Rohling K.L., Shashaty M. et al. Prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* nasal carriage in the community pediatric population. *Pediatr Infect Dis J* 2002; 21 (10): 917—22.
4. Sandilands A., Terron-Kwiatkowski A., Hull P.R. et al. Comprehensive analysis of the gene encoding filaggrin uncovers prevalent and rare mutations in ichthyosis vulgaris and atopic eczema. *Nat Genet* 2007; 39: 650—4.
5. Nomura I., Goleva E., Hovell M. et al. Cytokine milieu of atopic dermatitis, as compared to psoriasis, skin prevents induction of innate immune response genes. *J Immunol* 2003; Vol. 15: 3262—3269.
20. Breuer K., Kapp A., Werfel T. Bacterial infections and atopic dermatitis. *Allergy* 2001; 56 (11): 1034—41.
6. Fleming C., Parry E., Forsyth A., Kemmett D. Patch testing in discoid eczema. *Contact Dermatitis* 1997; 36: 261—4.
8. Adachi A., Horikawa T., Takashima T., Ichihashi M. Mercury-induced nummular dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: 383—5.
7. Bettoli V., Tosti A., Varotti C. Nummular eczema during isotretinoin treatment. *J Am Acad Dermatol* 1987; 16: 617.
8. Tanaka T., Satoh T., Yokozeki H. Dental infection associated with nummular eczema as an overlooked focal infection. *J Dermatol* 2009; 36: 462—465.
9. Krol A., Krafchik B. The differential diagnosis of atopic dermatitis in childhood. *Dermatol Ther* 19: 73—82, 2006.
10. Suh L., Coffin S., Leckerman K.H. et al. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization in children with atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol* 2008; 25 (5): 528—34.
14. Tang C.S., Wang C.C., Huang C.F. et al. Antimicrobial susceptibility of *Staphylococcus aureus* in children with atopic dermatitis. *Pediatr Int* 2011; 53 (3): 363—7.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЬНОГО С  
НУММУЛЯРНОЙ ЭКЗЕМОЙ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ  
ПОДХОД К ТЕРАПИИ**

Фомина Л.В.

В данной статье рассматриваются особенности клинической картины и дифференцированный подход к терапии нуммулярной экземы у детей и взрослых.

**CLINICAL CASE OF A PATIENT WITH NUMMMULAR  
ECZEMA AND A DIFFERENTIATED APPROACH TO THERAPY**

Fomina LV.

This article discusses the features of the clinical picture and a differentiated approach to the treatment of numular eczema in children and adults.