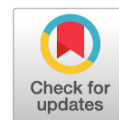


DOI: <https://doi.org/10.17816/dv64103>

Подострая диссеминированная микробная экзема у подростка

© В.Н. Гребенюк, И.В. Попов, В.Л. Исаева, Н.Ф. Заторская

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва, Российская Федерация

Микробная экзема среди различных клинических форм экзем в структуре заболеваемости занимает второе место после истинной. Чаще болеют взрослые, дети — крайне редко. В основе патогенеза микробной экземы лежат нарушения иммунного статуса и микробная сенсibilизация организма, что обусловлено фоновыми очагами инфекции, а также дисбиозом в микробиоме организма. Для клинической картины болезни характерна асимметричная локализация высыпаний на конечностях в виде единичных бляшек. Поражённая кожа красноватая, сквамозная, слабо инфильтрирована. Вне основных очагов наблюдаются папуловезикулёзные и пустулёзные элементы, корки. Высыпания не всегда сопровождаются зудом. Микробная экзема ограниченного характера проявляется монетовидными очагами, точечным мокнутием, корками.

Под нашим наблюдением находилась пациентка в возрасте 15 лет, которая до поступления в стационар болела уже 8 месяцев, при этом в течение 3 последних месяцев патологический процесс на коже протекал остро, без какой-либо динамики. Возникновение высыпаний ни с чем не связывала. Множественные эфлоресценции располагались по всему кожному покрову, на волосистой коже головы, ушных раковинах, в заушной области, на лице, шее, туловище, верхних и нижних конечностях, ягодицах; сопровождалась сильным зудом. Островоспалительный патологический процесс был представлен эксфолиациями, мокнущими пятнами, эрозиями, корками и эритематозно-сквамозными очагами различных очертаний и размеров. Дермографизм розовый. Неоднократное амбулаторное лечение приносило временное улучшение. Из-за отсутствия лечебного эффекта в последние 3 месяца больная была госпитализирована в стационар филиала «Коломенский». При комплексном клинико-лабораторном обследовании был поставлен диагноз диссеминированной подострой микробной экземы.

На фоне адекватной терапии островоспалительный патологический процесс полностью разрешился. Пациентке даны рекомендации для поддержания достигнутого лечебного эффекта.

Описанный случай представляет интерес своей относительной редкостью в детской популяции.

Ключевые слова: микробная экзема; подострая экзема; диссеминированная экзема.

Для цитирования:

Гребенюк В.Н., Попов И.В., Исаева В.Л., Заторская Н.Ф. Подострая диссеминированная микробная экзема у подростка // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2021. Т. 24, № 2. С. 145–150. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv64103>

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv64103>

Subacute disseminated microbial eczema in an adolescent

© Vladislav N. Grebenyuk, Igor V. Popov, Vera L. Isaeva, Natalya F. Zatorskaya

Moscow Research and Practical Center of Dermatovenerology and Cosmetology, Department of Healthcare, Moscow, Russian Federation

Microbial eczema among the various clinical forms of eczema in the structure of incidence ranks is on the second position after the true one. Adults get sick more often than children. The pathogenesis of microbial eczema is based on misfunctions in the immune status and microbial sensitization of the body. Due to bacterial background, as well as dysbiosis in the microbiome.

The clinical picture of the disease is characterized by asymmetric localization of rashes on the limbs in the form of single plaques. The affected skin is reddish, squamous, slightly infiltrated. Outside the main foci, papulovesicular and pustular lesions, crusts are observed. Rash is not always accompanied by itching. Microbial eczema was of a limited nature, manifested by coin-shaped foci, dot weeping, crusts.

We observed a patient of 15 years before admission to the hospital was ill for 8 months. At the same time, during the last three months, the pathological process on her skin existed acutely without any dynamics. The occurrence of a rash is not associated with anything. Multiple efflorescence were located throughout the skin, on the scalp, ears, in the ear region, on the face, neck, torso, upper and lower limbs, buttocks, accompanied by severe itching. The inflammatory pathological process was represented by excoriations, wet spots, erosions, crusts and erythematous-squamous foci of various shapes and sizes. Dermographism pink.

Repeated outpatient treatment brought temporary improvement. Due to the lack of therapeutic effect in the last 3 months, the patient was hospitalized in the branch "Kolomensky". A comprehensive clinical and laboratory examination diagnosed disseminated subacute microbial eczema. Against the background of adequate therapy, the anti-inflammatory pathological process was completely resolved. Recommendations are given to maintain the achieved therapeutic effect.

Keywords: microbial eczema; subacute eczema; disseminated eczema.

For citation:

Grebenyuk VN, Popov IV, Isaeva VL, Zatorskaya NF. Subacute disseminated microbial eczema in an adolescent. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2021;24(2):145–150. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv64103>

ВВЕДЕНИЕ

Экзема — часто встречающийся аллергодерматоз — представляет собой самостоятельную нозологическую единицу [1, 2]. Среди её различных клинических форм микробная экзема (МЭ) стоит на втором месте после истинной, составляя около 1/3 в структуре заболевания. Болеют чаще взрослые, дети — реже [3–5]. По характеру течения различают острую, подострую и хроническую экзему, имеющие длительность от двух, шести месяцев до неопределённо долгого времени соответственно [6].

В основе патогенеза МЭ лежат нарушения иммунного статуса и микробная сенсibilизация организма, что обусловлено фоновыми очагами инфекций, в том числе смешанными, а также дисбиозом различных экосистем [1, 3, 5].

Для клинической картины МЭ характерна асимметричная локализация высыпаний, преимущественно на конечностях, чаще в виде единичных бляшек [1–7]. Поражённая кожа красноватая, сквамозная, слабо инфильтрирована. Вне очагов нередко наблюдаются папуловезикулёзные и пустулёзные элементы с последующим образованием корок. Хронические микробные бляшки нередко лихенифицированы. Высыпания обычно не сопровождаются зудом. Клинические проявления МЭ чаще носят ограниченный характер и проявляются монотонными очагами, которые образуются от слияния папул и папуловезикул, при этом наблюдается точечное мокнутие, приводящее к образованию корок [8].

Базовое лечение МЭ включает комплекс медикаментов и средств: антибиотики, трёхкомпонентные препараты (Акридерм ГК, фузидовая кислота, Пимафукорт, Травокорт, дезинтоксикационные и противовоспалительные средства, антигистаминные и анилиновые краски наружно). Важное место в лечебном комплексе принадлежит физиотерапии. Весь терапевтический комплекс проводится с учётом сопутствующей патологии, особенностей клинической картины и течения дерматоза [1–10].

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Наблюдаемая нами пациентка Б. в возрасте 15 лет поступила в суточный стационар ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения города Москвы филиала «Коломенский» 30 октября 2020 г. с жалобами на множественные зудящие высыпания по всему кожному покрову (**рис. 1–6**).

Локальный статус при поступлении. Общее состояние средней тяжести. Питание удовлетворительное. При консультации педиатра острая соматическая патология не выявлена. Перенесённые болезни: ветрянка, острые респираторные вирусные инфекции.



Рис. 1. Поражение красной каймы губ и подбородка.

Fig. 1. Affect of the red border of the lips and chin.



Рис. 2. Высыпания на ладонях и предплечьях.

Fig. 2. Rash on the palms and forearms.



Рис. 3. Экзематозные очаги на тыльной поверхности кисти.
Fig. 3. Eczematous foci on the dorsum of the hand.



Рис. 5. Множественные высыпания на коже плеча.
Fig. 5. Multiple rashes on the skin of the shoulder.



Рис. 4. Экзематозный процесс на туловище, бедре и верхней конечности.
Fig. 4. Eczematous process on the trunk, thigh and upper extremity.



Рис. 6. Поражение подошвенной поверхности стоп.
Fig. 6. Lesion of the plantar surface of the feet.

Локальный статус при осмотре. Островоспалительный патологический процесс локализован на волосистой части головы, ушных раковинах, в заушной области, на лице, шее, туловище, верхних и нижних конечностях, ягодицах; представлен экскориациями, мокнутием, эритематозными пятнами, эрозивно-корковыми и эритематозно-сквамозными очагами различных очертаний и размеров (от нескольких до 20–30 мм). На отдельных местах отмечается сухость кожи, на кистях — трещины. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены. Дермографизм розовый.

Анамнез жизни. Со слов матери, ребёнок болен около 8 месяцев, ни с чем не связанное заболевание началось с высыпаний на лице (верхней губе). В филиале по месту жительства был заподозрен атопический дерматит, и лечение комбинированным препаратом широкого спектра действия Акридерм ГК и противосеборейным препаратом Скин-кап принесло временное улучшение. Неоднократное амбулаторное лечение глюконатом кальция 10%, Целестодермом с гарицином, Фукорцином приносило лишь временный положительный эффект. В последние 3 месяца, со слов самой пациентки, заболевание протекало без какой-либо динамики.

В стационаре проведено комплексное клинико-лабораторное обследование. Клинический анализ мочи, биохимические исследования — в норме. Общий IgE 366,0 МЕ/мл; выявлены аскариды. При бактериологическом исследовании на условно-патогенную микрофлору выявлены: скудный рост *Staphylococcus aureus*, обильный рост *Staphylococcus cohnii*, обильный рост *Staphylococcus epidermidis* — с кожи, обильный рост *Streptococcus* (группы C) — из зева. На основании анализа результатов комплексного обследования больной установлен диагноз «Подострая диссеминированная микробная экзема».

В суточном стационаре проведена комплексная терапия, включающая инфузии раствора натрия хлорида 0,9% в дозе 400 мл внутривенно капельно, № 10; глюконат натрия 10% в дозе 8 мл/сут; Немозол по 1 таблетке/сут, № 5; хлоропирамин по 25 мг 2 раза/сут, 10 дней; наружно бетаметазон; 2% нафталановая паста; аппликации 1% раствора метиленового синего; физиотерапия узкополосная УФБ-311, № 6; Алмаг-01, № 6.

Девочка выписана с выраженным терапевтическим эффектом: купированы островоспалительные явления, отмечается полное разрешение сыпи и исчезновение зуда, сохраняются единичные мелкие очаги со слабым шелушением.

Рекомендовано амбулаторно соблюдать щадящий режим, гипоаллергенную диету. Цетиризин по 1 таблетке/сут, 10 дней; мазь Бетазон, 10 дней; эмоленты (Топикрем, Физиогель, Липикар, Атодерм, Эмолиум, Урьяж, Локобейз Рипеа крем, Локобейз липокрем); для водных процедур использовать крем-мыло нафталановое, гель для душа нафталановый (Лостерин). Водные процедуры проводить тёплой водой

не более 5–10 мин. Перед вытиранием на кожу наносить эмомент Топикрем. Рекомендовано ношение хлопчатобумажной одежды. Диспансерное наблюдение дерматолога по месту жительства. Динамическая коррекция в консультационно-диагностическом отделении филиала «Коломенский» ГБУЗ МНПЦДК. Наблюдение педиатра, аллерголога по месту жительства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический вариант диссеминированной подострой микробной экземы у подростка крайне редко встречается в дерматологической практике и заслуживает внимания из-за необычной клинической картины и длительного упорного течения. В подобных случаях атопический дерматит приобретает эритродермическую форму (эритродермия Хилла).

Достигнутый терапевтический эффект (купирование обострения, разрешение сыпи) требует проведения адекватной поддерживающей терапии для сохранения достигнутого результата.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при подготовке статьи.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Участие авторов. Гребенюк В.Н., Попов И.В., Исаева В.Л., Заторская Н.Ф. — написание текста, редактирование, одобрение финальной версии. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (разработка концепции, подготовка работы, одобрение финальной версии перед публикацией).

Согласие пациента. Пациентка добровольно подписала информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме в журнале «Российский журнал кожных и венерических болезней».

ADDITIONAL INFO

Funding source. This work was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Author contribution. Grebenyuk V.N., Popov I.V., Isaeva V.L., Zatorskaya N.F. — writing text, editing, approval of the final version. The authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis of literature, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Patient permission. The patient voluntarily signed an informed consent to the publication of personal medical information in depersonalized form in the journal «Russian journal of skin and venereal diseases».

ЛИТЕРАТУРА

1. Думченко В.В., Орлов М.А., Дорфман И.П. Основные принципы фармакотерапии экземы // РМЖ. 2015. Т. 23, № 19. С. 1171–1174.
2. Чернова Н.И., Перламутров Ю.Н. Особенности нарушения микробиома урогенитального тракта у сексуально активных женщин // Дерматология. Приложение Consilium Medicum. 2014. № 1. С. 47–50.
3. Диковицкая И.Г., Корсунская И.М., Невозинская З.А., Гусева С.Д. Наружная терапия микробной экземы дифлукортолоном валератом // Клиническая дерматология и венерология. 2010. Т. 8, № 6. С. 72–74.
4. Диковицкая И.Г., Сакания А.Р., Корсунская И.М. Оптимизация топической терапии микробной экземы // Клиническая дерматология и венерология. 2012. Т. 10, № 6. С. 42–44.
5. Силина Л.В., Шварц Н.Е. Микробиом кожи при микробной экземе // Клиническая дерматология и венерология. 2019. Т. 18, № 1. С. 49–54. doi: 10.17116/klinderma20191801149
6. Заторская Н.Ф., Сергеева В.В., Гребенюк В.Н., Рождественская Е.А. К вопросу о гетерогенности клинических проявлений микробной экземы у детей // Клиническая дерматология и венерология. 2018. Т. 17, № 6. С. 28–32. doi: 10.17116/klinderma20181706128
7. Резцова П.А., Разнатовский К.И. Оценка эффективности селективной фототерапии в алгоритме ведения больных микробной экземой // Клиническая дерматология и венерология. 2019. Т. 18, № 3. С. 322–326. doi: 10.17116/klinderma201918031322
8. White G. Levene's color atlas of dermatology, 2nd edition. Mosby-Wolfe, London-Boston-Tokyo; 1997. P. 123–158.
9. Гребенюк В.Н., Гришко Т.Н., Бассе Ф.Б. и др. Микробная экзема у детей: клиничко-морфологические особенности // Клиническая дерматология и венерология. 2009. Т. 7, № 4. С. 13–17.
10. Потекаев Н.С. Экзема: аспекты истории и современные представления // Клиническая дерматология и венерология. 2006. Т. 4, № 4. С. 102–107.

REFERENCES

1. Dumchenko VV, Orlov MA, Dorfman IP. Main principles of pharmacotherapeutics of eczema. *RMJ*. 2015;23(19):1171–1174. (In Russ).
2. Chernova NI, Perlamutrov JuN. Features of violation of the microbiome of the urogenital tract in sexually active women. *Dermatology. Supplement Consilium Medicum*. 2014;(1):47–50. (In Russ).
3. Dikovitskaya IG, Korsunskaya IM, Nevozhinskaya ZA, Guseva SD. External therapy of microbial eczema using diflucortolone valerate. *Russian Journal Clinical Dermatology and Venerology*. 2010;8(6):72–74. (In Russ).
4. Dikovitskaya IG, Sakania LR, Korsunskaya IM. Optimization of topical therapy for microbial eczema. *Russian Journal Clinical Dermatology and Venerology*. 2012;10(6):42–44. (In Russ).
5. Silina LV, Shvarts NE. Skin microbiome in case of microbial eczema. *Russian Journal Clinical Dermatology and Venerology*. 2019;18(1):49–54. (In Russ). doi: 10.17116/klinderma20191801149
6. Zatorskaya NF, Sergeeva VV, Grebenyuk VN, Rozhdestvenskaya EA. Heterogeneity of clinical manifestations of microbial eczema in children. *Russian Journal Clinical Dermatology and Venerology*. 2018;17(6):28–32. (In Russ). doi: 10.17116/klinderma20181706128
7. Reztsova PA, Raznatovskiy KI. Efficiency evaluation of selective phototherapy in the treatment of patients with eczema. *Russian Journal Clinical Dermatology and Venerology*. 2019;18(3):322–326. (In Russ). doi: 10.17116/klinderma201918031322
8. White G. Levene's color atlas of dermatology, 2nd edition. Mosby-Wolfe, London-Boston-Tokyo; 1997. P. 123–158.
9. Grebenyuk NV, Grishko TN, Basse FB, et al. Microbial eczema in children: clinical and morphological features. *Russian Journal Clinical Dermatology and Venerology*. 2009;7(4):13–17. (In Russ).
10. Potekaevev NS. Eczema: historical aspects and current considerations. *Russian Journal of Dermatology and Venerology*. 2006;4(4):102–107. (In Russ).

ОБ АВТОРАХ

* **Гребенюк Владислав Николаевич**, д.м.н., в.н.с.;
адрес: Российская Федерация, 129226, Москва,
Сельскохозяйственная ул., д. 16, корп. 2;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5488-1497>;
eLibrary SPIN: 9741-1983;
e-mail: oranta28@mail.ru

Попов Игорь Владимирович;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0459-4075>;
eLibrary SPIN: 5191-4876;
e-mail: doctorpopov@doctorpopov.com

Исаева Вера Львовна;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5189-8354>

Заторская Наталья Филипповна, к.м.н.;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3876-6517>

* Автор, ответственный за переписку

AUTHORS INFO

* **Vladislav N. Grebenyuk**, MD, Dr. Sci. (Med.),
Leading Research Associate;
address: 16 bul 2, Sel'skhozajstvennaja street, 129226,
Moscow, Russian Federation;
ORCID: <http://orcid.org/000000-0001-5488-14973>;
eLibrary SPIN: 9741-1983;
e-mail: oranta28@mail.ru

Igor V. Popov;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0459-4075>;
eLibrary SPIN: 5191-4876;
e-mail: doctorpopov@doctorpopov.com

Vera L. Isaeva;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5189-8354>

Natalya F. Zatorskaya, MD, Cand. Sci. (Med.);
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3876-6517>

* The author responsible for the correspondence