

Клинические особенности и тактика терапии коморбидных дерматозов

Е.Е. Жильцова^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0001-9406-6841>, elen_egorovna@mail.ru

С.А. Политов^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0001-6111-6128>, sergeipolitov95@mail.ru

О.В. Баковецкая¹, <https://orcid.org/0000-0002-8102-4463>, bakov.olga@mail.ru

¹ Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова; 390026, Россия, Рязань, ул. Высоковольная, д. 9

² Областной клинический кожно-венерологический диспансер; 390047, Россия, Рязань, ул. Спортивная, д. 9

Резюме

В статье представлен случай возможной коморбидности в дерматологической практике. Известно, что инфекции кожи являются распространенными у пациентов с хронической экземой, причем они могут иметь бактериальную, грибковую или вирусную природу. При экземе повреждается поверхностный слой эпидермиса. Данный момент обычно наследственно обусловлен и ведет к нарушению защитной и барьерной функций кожи. Происходит нарушение липидной мантии кожи, трансэпидермальная потеря воды, сдвиг pH кожи в щелочную сторону. Эти изменения увеличивают вероятность развития не только кожной инфекции, но и повышенной сенсибилизации к инфекционному агенту. В клинической практике инфекционный дерматит редко сочетается с другими аллергическими заболеваниями кожи, чаще развиваясь на фоне метаболических и сосудистых нарушений, однако такие клинические комбинации возможны. В статье описан случай хронической экземы и инфекционного дерматита. Данная коморбидная патология представляет определенный практический интерес для клиницистов, т. к. требует более детального подхода к вопросам диагностики и лечения. Наряду с системной терапией в наружном лечении препаратами выбора являются комбинированные топические глюкокортикостероиды.

Ключевые слова: коморбидные дерматозы, экзема, инфекционный агент, кожный барьер, комбинированные топические глюкокортикостероиды

Для цитирования: Жильцова Е.Е., Политов С.А., Баковецкая О.В. Клинические особенности и тактика терапии коморбидных дерматозов. *Медицинский совет*. 2022;16(13):54–58. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-13-54-58>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Clinical features and tactics of therapy of comorbid dermatoses

Elena E. Zhiltsova^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0001-9406-6841>, elen_egorovna@mail.ru

Sergey A. Politov^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0001-6111-6128>, sergeipolitov95@mail.ru

Olga V. Bakovetskaya¹, <https://orcid.org/0000-0002-8102-4463>, bakov.olga@mail.ru

¹ Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov; 9, Vysokovoltynaya St., Ryazan, 390013, Russia

² Regional Clinical Dermatovenereological Dispensary; 9, Sportivnaya St., Ryazan, 390046, Russia

Abstract

Case of possible comorbidity in dermatological practice is presented in the article. Skin infections are known to be common in patients with chronic eczema and may be bacterial, fungal or viral in nature. The surface layer of the epidermis is damaged with eczema. This moment is usually hereditary and leads to a violation of the protective and barrier functions of the skin. There are violations of the lipid mantle of the skin, transepidermal loss of water, a shift in the pH of the skin to the alkaline side. These changes increase the probability of developing not only a skin infection, but also increased sensitization to an infectious agent. In clinical practice, infectious dermatitis is rarely combined with other allergic skin diseases, more often developing against the background of metabolic and vascular disorders, however, such clinical combinations are possible. The article describes a case of chronic eczema and infectious dermatitis. This comorbid pathology is of particular practical interest to clinicians, as it requires a more detailed approach to diagnostics and treatment. Along with systemic therapy in external treatment, combined topical glucocorticosteroids are the drugs of choice.

Keywords: comorbid dermatoses, eczema, infectious agent, skin barrier, combined topical glucocorticosteroids

For citation: Zhiltsova E.E., Politov S.A., Bakovetskaya O.V. Clinical features and tactics of therapy of comorbid dermatoses. *Meditsinskiy Sovet*. 2022;16(13):54–58. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-13-54-58>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Развитие коморбидных дерматозов является распространенным фактом. Однако имеются заболевания, которые часто сочетаются друг с другом, а есть ряд дерматозов, сочетание которых бывает достаточно редко. Сочетание хронической экземы и инфекционного дерматита (микробной экземы) представляет определенный практический интерес для клиницистов, т. к. требует более детального подхода к вопросам диагностики и лечения. Инфекционный дерматит – это хроническое инфекционно-аллергическое воспалительное заболевание кожи, которое характеризуется вторичной экзematизацией первично инфицированных очагов. Мировая статистика указывает, что распространенность экземы составляет около 1–2% взрослого населения планеты, а удельный вес среди другой кожной патологии равен 30–40%. Микробная экзема в структуре экзем занимает второе место после истинной и имеет долю от 12 до 27% [1]. Наиболее часто данная нозологическая форма встречается в старшей возрастной группе и приобретает все большую актуальность, что связано с увеличением продолжительности жизни населения и доли сосудистых и метаболических заболеваний в структуре общей заболеваемости.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ИНФЕКЦИОННОГО ДЕРМАТИТА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ

Микробная экзема – это полиэтиологическое заболевание. Механизмы формирования экзematозной реакции окончательно не изучены, однако принято считать, что она формируется под влиянием иммунологических, нейроэндокринных, метаболических, инфекционно-аллергических, вегетососудистых, наследственных и других факторов [1–5]. В этиопатогенезе микробной экземы аллергический компонент считается вторичным по отношению к инфекционному [6, 7]. Кожные покровы вокруг первично инфицированного очага сенсибилизируются антигенными структурами и продуктами жизнедеятельности обитающих там микроорганизмов [8–10]. Для нормобиоты патологических очагов характерны представители грамположительной кокковой флоры (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophytes*, *Streptococcus pyogenes*), а в отдельных случаях – грибы рода *Candida* и *Trichophyton* (при микотической экземе) [11–17]. Отдельное внимание уделяется нарушению функций эпидермального барьера (повышение его проницаемости, сдвиг показателей pH эпидермиса в щелочную сторону) [4–6]. Клиническая картина данного дерматоза характеризуется рядом специфических признаков, позволяющих верно поставить диагноз, включая локализацию высыпаний и их характер. Чаще всего первичные очаги располагаются на коже нижних конечностей, вторичные отсеиваются могут локализоваться на любом участке кожных покровов (верхние конечности, туловище, лицо). Первичные очаги высыпаний расположены ассиметрично. Высыпания представлены инфильтратив-

ными эритематозными очагами с четкими границами, на фоне эритемы расположены типичные для экзematозного процесса морфологические элементы, характеризующиеся явлениями истинного и ложного полиморфизма. Если высыпания возникают вокруг очагов септического воспаления, то в центральной части элементов присутствуют эрозивные или язвенные дефекты с серозно-гнойным или гнойным отделяемым. Субъективно пациента могут беспокоить зуд, жжение и болезненность в зоне высыпаний.

ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Диагноз экземы базируется на основании анализа жалоб, данных анамнеза, оценке клинической картины заболевания, а также микробиологическом (культуральном) исследовании отделяемого элементов сыпи на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым препаратам при подозрении на присоединение вторичной инфекции. Терапия микробной экземы имеет отличительные особенности по сравнению с лечением других форм экзematозного поражения кожи, что связано с инфекционно-аллергическим характером патологического процесса. Наружное лечение должно сочетать в себе комбинацию антибактериальных, антимикотических препаратов и топических глюкокортикостероидов. Руководствуясь экономической составляющей вопроса, с целью поддержания комплаентности пациента на высоком уровне необходимо отдать предпочтение фиксированным комбинациям препаратов, механизм действия которых учитывает все звенья этиопатогенеза патологического процесса. В частности, в течение нескольких лет в клинической практике наибольшую актуальность имеет препарат, сочетающий в своем составе бетаметазона дипропионат, гентамицина сульфат и клотримазол (Акридерм ГК), а две формы выпуска (крем и мазь) позволяют значительно расширить список тех нозологических форм, при которых возможно применение данного лекарственного средства. Бетаметазон является сильным глюкокортикостероидом III класса активности, оказывающим местное противовоспалительное, противоотечное и противоаллергическое действие. Гентамицин – антибиотик широкого спектра действия из группы аминогликозидов, действующий бактерицидно. Высокочувствительны грамотрицательные микроорганизмы: *Proteus spp.* (индолположительный и индолотрицательный), *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Salmonella spp.*, *Shigella spp.*, *Campylobacter spp.*, *Staphylococcus spp.* (метициллинорезистентные). Чувствительны: *Enterococcus faecalis*, *Serratia spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Acinetobacter spp.*, *Citrobacter spp.* Клотримазол – противогрибковое средство из группы производных имидазола для местного применения. Оказывает действие за счет нарушения синтеза эргостерола, являющегося составной частью клеточной мембраны грибов. Обладает широким спектром действия. Активен в отношении патогенных дерматофитов (*Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*,

Epidermophyton floccosum, *Microsporum canis*), дрожжевых и плесневых грибов (*Candida spp.*, *Torulopsis glabrata*, *Rhodotorula spp.*, *Pityrosporum orbiculare*). Таким образом, Акридерм ГК не только подавляет развитие аллергического воспаления, но и воздействует на большинство микроорганизмов, которые наиболее часто обнаруживаются при микроскопическом исследовании отделяемого патологических очагов при микробной экземе, что делает его наиболее предпочтительным препаратом базовой топической терапии при данной нозологической форме. Назначение антигистаминных препаратов осуществляется согласно общим принципам системной терапии аллергических заболеваний кожи. Профилактические мероприятия направлены на предотвращение инфицирования раневых дефектов, соблюдение правил личной гигиены, своевременное лечение и профилактику развития и обострения сопутствующих триггерных заболеваний.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В клинической практике инфекционный дерматит редко сочетается с другими аллергическими заболеваниями кожи, чаще развиваясь на фоне метаболических и сосудистых нарушений, однако такие клинические комбинации возможны. Они представляют определенный практический интерес для клиницистов, т. к. требуют более детального подхода к вопросам диагностики и лечения.

Пациентка М. 73 лет обратилась на амбулаторно-поликлинический прием к врачу-дерматовенерологу в ГБУ РО «ОКВД» с жалобами на зудящие высыпания на коже кистей, с шелушением и высыпания на коже правой голени, сопровождающиеся мокнутием, зудом и жжением.

Анамнез. Высыпания на коже кистей беспокоят в течение нескольких лет. Первый эпизод их появления связывает с сильным эмоциональным стрессом, затем отмечала обострение патологического процесса в холодное время года. Самостоятельно использовала детский крем с временным незначительным улучшением. Высыпания на коже правой голени беспокоят около месяца. Их появление связывает с переохлаждением. Самостоятельно использо-

вала порошок Дерматола (галлат висмута основной) и фулорцин местно без видимых улучшений.

Объективно. На коже средней и нижней трети правой голени с переходом на кожу области правого голеностопного сустава эритематозный очаг с выраженной инфильтрацией, интенсивным шелушением и мокнущими эрозивными элементами, покрытыми серозно-гнойными корками на фоне эритемы (рис. 1). На коже обеих кистей с переходом на поверхность пальцев эритематозные очаги с нечеткими границами, инфильтрацией и интенсивным шелушением на фоне эритемы (рис. 2). Общее состояние относительно удовлетворительное: Т 36,7 °С, АД – 130/80 мм рт. ст.

На основании данных анамнеза и клинической картины заболеваний установлен диагноз «Кожная аутосенсбилизация (L30.2). Инфекционная экзема кожи правой голени (L30.3)».

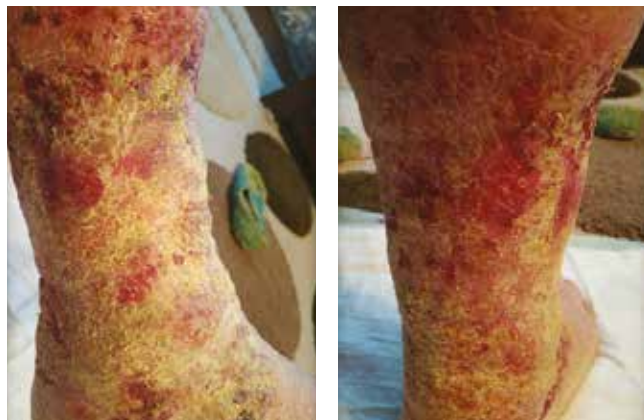
Назначения. Перед нанесением на мокнущие элементы высыпаний других препаратов пациентке рекомендовано тушировать их раствором фулорцина до полного высыхания два раза в день, утром и вечером. Наружно был назначен крем Акридерм ГК – на очаги высыпаний два раза в день, утром и вечером, в течение 7–10 дней. Внутрь таблетки Цетиризин 10 мг №10 по 1 таблетке один раз в день, вечером, 7–10 дней. Даны рекомендации. Повторная явка на прием через 5 дней от начала лечения.

При осмотре на контрольной явке в пределах патологических очагов на коже правой голени степень выраженности эритемы, инфильтрации, шелушения значительно снизилась, сохраняются эрозивные дефекты, покрытые серозно-гнойными корками (рис. 3). На коже кистей сохраняются незначительные гиперемия и шелушение в пределах патологических очагов (рис. 4). Лечение пациентка переносит хорошо, дополнительных назначений нет. Рекомендовано продолжить курс лечения по схеме. Повторная явка на прием через 10 дней от начала лечения.

При очередном контрольном осмотре дерматоз на коже правой голени в стадии разрешения. Высыпания практически полностью регрессировали, эрозии эпителизировались. Сохраняются единичные светлые серозные

● **Рисунок 1.** Пациентка М. до начала терапии (высыпания на ноге)

● **Figure 1.** Patient M. before the start of therapy (rashes on the leg)



● **Рисунок 2.** Пациентка М. до начала терапии (высыпания на кистях)

● **Figure 2.** Patient M. before the start of therapy (rashes on the hands)



● **Рисунок 3.** Пациентка М. через 5 дней терапии (высыпания на ноге)

● **Figure 3.** Patient M. after 5 days of therapy (rashes on the hands)



● **Рисунок 5.** Пациентка М. через 10 дней терапии (высыпания на ноге)

● **Figure 5.** Patient M. after 10 days of therapy (rashes on the hands)



● **Рисунок 4.** Пациентка М. через 5 дней терапии (высыпания на кистях)

● **Figure 4.** Patient M. after 5 days of therapy (rashes on the hands)



● **Рисунок 6.** Пациентка М. через 10 дней терапии (высыпания на кистях)

● **Figure 6.** Patient M. after 10 days of therapy (rashes on the hands)



корки, очаг без признаков воспалительной инфильтрации (рис. 5). На кожных покровах кистей остается незначительное шелушение (рис. 6). Даны рекомендации по уходу за кожей и профилактике рецидивов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на основании полученных клинических данных применения фиксированной комбинации топического глюкокортикостероида, антибиотика и антимикотика можно сделать вывод о высокой эффективности применения данного препарата в качестве монотера-

пии в лечении инфекционного дерматита. Полный регресс клинических проявлений сопутствующего аллергического заболевания кожи характеризует Акридерм ГК как полифункциональное лекарственное средство, применение которого при сочетанной патологии позволяет избежать полипрагмазии, излишних экономических затрат на лечение и добиться быстрого и выраженного положительного эффекта, что значительно повысит показатели комплаентности пациента.



Поступила / Received 01.07.2022
Поступила после рецензирования / Revised 18.07.2022
Принята в печать / Accepted 19.07.2022

Список литературы / References

1. Кубанов А.А., Харди́кова С.А., Заславский Д.В., Новиков Ю.А., Радул Е.В., Правдина О.В. и др. *Клинические рекомендации. Экзема*. М.; 2021. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/246_2. Kubanov A.A., Khardikova S.A., Zaslavskiy D.V., Novikov Yu.A., Radul E.V., Pravdina O.V. et al. *Clinical guidelines. Eczema*. Moscow; 2021. (In Russ.) Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/246_2.
2. Thomas C.L., Fernández-Peñas P. The microbiome and atopic eczema: More than skin deep. *Australas J Dermatol*. 2017;58(1):18–24. <https://doi.org/10.1111/ajd.12435>.
3. Reiger M., Schwierzeck V., Traidl-Hoffmann C. Atopisches Ekzem und Mikrobiom [Atopic eczema and microbiome]. *Hautarzt*. 2019;70(6):407–415. (In German) <https://doi.org/10.1007/s00105-019-4424-6>.
4. Matsui T., Amagai M. Dissecting the formation, structure and barrier function of the stratum corneum. *Int Immunol*. 2015;27(6):269–280. <https://doi.org/10.1093/intimm/dxv013>.
5. Потеекаев Н.С. Экзема: ремарки к современным представлениям. *Клиническая дерматология и венерология*. 2009;(1):67–73. Режим доступа: <http://elib.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=198062>.

- Potekaev N.S. Eczema: remarks on the current views. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2009;(1):67–73. (In Russ.) Available at: <http://elbib.fesmu.ru/elbib/Article.aspx?id=198062>.
6. Никонова И.В., Орлов Е.В., Коннов П.Е. Состояние биоценоза кожи при микробной экземе. *Практическая медицина*. 2011;(2):80–83. Режим доступа: <http://pmarchive.ru/sostoyanie-biocenoza-kozhi-pri-mikrobnoy-ekzeme>. Nikonova I.V., Orlov E.V., Konnov P.E. Condition of biocenosis skin at microbial eczema. *Practical Medicine*. 2011;(2):80–83. (In Russ.) Available at: <http://pmarchive.ru/sostoyanie-biocenoza-kozhi-pri-mikrobnoy-ekzeme>.
 7. Hay R.J., Johns N.E., Williams H.C., Bolliger I.W., Dellavalle R.P., Margolis D.J. et al. The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J Invest Dermatol*. 2014;134(6):1527–1534. <https://doi.org/10.1038/jid.2013.446>.
 8. Chen S.Y., Feng Z., Yi X. A general introduction to adjustment for multiple comparisons. *J Thorac Dis*. 2017;9(6):1725–1729. <https://doi.org/10.21037/jtd.2017.05.34>.
 9. Bjerre R.D., Holm J.B., Palleja A., Sølberg J., Skov L., Johansen J.D. Skin dysbiosis in the microbiome in atopic dermatitis is site-specific and involves bacteria, fungus and virus. *BMC Microbiol*. 2021;21(1):256. <https://doi.org/10.1186/s12866-021-02302-2>.
 10. Жильцова Е.Е., Чахоян Л.Р. Роль иммунологических нарушений в развитии атопического дерматита. *Research in Practical Medicine Journal*. 2018;5(1):45–51. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2018-5-1-5>. Zhiltsova E.E., Chakhoyan L.P. The role of immunological disorders in the development of atopic dermatitis. *Research and Practical Medicine Journal*. 2018;5(1):45–51. (In Russ.) <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2018-5-1-5>.
 11. Надырченко Р.М., Абдрахимова Н.А., Имельбаева Э.А., Хисматуллина З.Р., Гареев Е.М. Совершенствование лечебно-диагностических подходов к терапии нуммулярной формы микробной экземы. *Российский иммунологический журнал*. 2016;10(3):320–321. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32774986>.
 - Nadrychenko R.M., Abdrakhimova N.A., Imelbaeva E.A., Khismatullina Z.R., Gareev E.M. Improvement of diagnostic and treatment approaches to therapy nummular forms of microbial eczema. *Russian Journal of Immunology*. 2016;10(3):320–321. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32774986>.
 12. Никонова И.В., Орлов Е.В., Коннов П.Е. Состояние биоценоза кожи при микробной экземе. *Практическая медицина*. 2011;(2):80–83. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sostoyanie-biocenoza-kozhi-pri-mikrobnoy-ekzeme/viewer>. Nikonova I.V., Orlov E.V., Konnov P.E. The state of biocenosis of the skin with microbial eczema. *Practical Medicine*. 2011;(2):80–83. (In Russ.) Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/sostoyanie-biocenoza-kozhi-pri-mikrobnoy-ekzeme/viewer>.
 13. Lundell A.C., Hesselmar B., Nordström I., Saalman R., Karlsson H., Lindberg E. et al. High circulating immunoglobulin A levels in infants are associated with intestinal toxigenic *Staphylococcus aureus* and a lower frequency of eczema. *Clin Exp Allergy*. 2009;39(5):662–670. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2222.2008.03176.x>.
 14. Tanaka T., Satoh T., Yokozeki H. Dental infection associated with nummular eczema as an overlooked focal infection. *J Dermatol*. 2009;36(8):462–465. <https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.2009.00677.x>.
 15. Haslund P., Bangsgaard N., Jarlov J.O., Skov L., Skov R., Agner T. *Staphylococcus aureus* and hand eczema severity. *Br J Dermatol*. 2009;161(4):772–777. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2009.09353.x>.
 16. Jayasekera A., Jennings L., Holden C.R., Bates C., Gawkrödger D.J. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in skin disease affects mainly elderly patients with eczema and leg ulcers who have associated chronic disease. *Acta Derm Venereol*. 2008;88(2):156–158. <https://doi.org/10.2340/00015555-0351>.
 17. Hughes A.M., Crouch S., Lightfoot T., Ansell P., Simpson J., Roman E. Eczema, birth order, and infection. *Am J Epidemiol*. 2008;167(10):1182–1187. <https://doi.org/10.1093/aje/kwn042>.

Информация об авторах:

Жильцова Елена Егоровна, д.м.н., доцент, заведующая кафедрой дерматовенерологии, Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова; 390026, Россия, Рязань, ул. Высоковольная, д. 9; врач-дерматовенеролог, Областной клинический кожно-венерологический диспансер; 390047, Россия, Рязань, ул. Спортивная, д. 9; elen_egorovna@mail.ru

Политов Сергей Анатольевич, ассистент кафедры дерматовенерологии, Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова; 390026, Россия, Рязань, ул. Высоковольная, д. 9; врач-дерматовенеролог, Областной клинический кожно-венерологический диспансер; 390047, Россия, Рязань, ул. Спортивная, д. 9; sergeipolitov95@mail.ru

Баковецкая Ольга Викторовна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой биологии, Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова; 390026, Россия, Рязань, ул. Высоковольная, д. 9; e-mail: bakov.olga@mail.ru

Information about the authors:

Elena E. Zhiltsova, Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Department of Dermatovenereology of the Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov; 9, Vysokovoltnaya St., Ryazan, 390013, Russia; Dermatovenereologist of the Regional Clinical Dermatovenereological Dispensary: 9, Sportivnaya St., Ryazan, 390046, Russia; elen_egorovna@mail.ru

Sergey A. Politov, Assistant of the Department of Dermatovenereology of the Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov; 9, Vysokovoltnaya St., Ryazan, 390013, Russia; Dermatovenereologist of the Regional Clinical Dermatovenereological Dispensary: 9, Sportivnaya St., Ryazan, 390046, Russia; sergeipolitov95@mail.ru

Olga V. Bakovetskaya, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Biology of the Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov; 9, Vysokovoltnaya St., Ryazan, 390013, Russia; bakov.olga@mail.ru