

Качество жизни пациентов с дисгидротической экземой: одномоментное исследование

А.С. Шачнев^{1✉}, <https://orcid.org/0000-0003-1655-8992>, dr.shachnev@gmail.com

О.В. Жукова^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0001-5723-6573>, klinderma@inbox.ru

Е.И. Касихина^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0002-0767-8821>, kasprof@bk.ru

¹ Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

² Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17

Резюме

Введение. Дисгидротическая экзема (ДЭ) – разновидность истинной экземы, склонная к хроническому рецидивирующему течению, оказывающая негативное влияние на качество жизни пациентов. В отечественной литературе уделяется недостаточное внимание изучению роли и характера течения заболевания на повседневную жизнь больных ДЭ.

Цель. Изучить влияние ДЭ кистей рук на качество жизни пациентов в зависимости от пола. Дать описание клинических случаев ДЭ и опыта наружной терапии.

Материалы и методы. В исследование было включено 105 пациентов с ДЭ в возрасте от 18 до 52 лет, средний возраст составил $31,3 \pm 8,1$ года. Качество жизни оценивалось с помощью Дерматологического индекса качества жизни (Dermatology Life Quality Index, DLQI). Для клинической оценки тяжести ДЭ использовался Индекс площади поражения и степени тяжести ДЭ (Dyshidrotic Eczema Area and Severity Index, DASI).

Результаты. Все пациенты, страдающие ДЭ, отметили негативное влияние кожного процесса на качество жизни. В то же время средний балл DLQI у всех пациентов составил $6,99 \pm 4,6$, что свидетельствует об умеренном нежелательном влиянии ДЭ на качество жизни без статистически значимых различий по половому признаку. Средний балл индекса DASI составил $12,6 \pm 8,8$, что свидетельствует о преобладании в выборке легкой степени тяжести ДЭ. У женщин чаще диагностировался процесс средней степени тяжести и индекс DASI составил $13,2 \pm 8,5$. Исследование продемонстрировано, что женский пол в большей степени подвержен влиянию симптомов ДЭ на качество жизни вне зависимости от степени тяжести и распространённости процесса на коже, а минимальные изменения на коже могут оказывать негативное влияние на качество жизни. В статье представлены клинические примеры успешной терапии ДЭ с локализацией на коже кистей рук наружным препаратом, содержащим комбинацию 0,05% бетаметазона дипропионата, 0,1% гентамицина сульфата и 1% клотримазола.

Выводы. Наружная терапия ДЭ должна осуществляться вне зависимости от степени тяжести, отдавать предпочтение стоит методам терапии, дающим хорошие результаты в кратчайшие сроки с целью уменьшения выраженности симптомов, достижения быстрой и стойкой ремиссии, а также улучшения качества жизни пациентов. Топическая терапия фиксированной комбинацией бетаметазона дипропионата 0,05%, гентамицина сульфата 0,1% и клотримазола 1% оказывает быстрый терапевтический эффект, уменьшает основные симптомы ДЭ и положительно влияет на качество жизни пациентов.

Ключевые слова: дисгидротическая экзема, качество жизни, наружная терапия, бетаметазона дипропионат, гентамицин

Для цитирования: Шачнев АС, Жукова ОВ, Касихина ЕИ. Качество жизни пациентов с дисгидротической экземой: одномоментное исследование. *Медицинский совет.* 2024;18(14):14–22. <https://doi.org/10.21518/ms2024-310>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Quality of life of patients with dyshidrotic eczema: a cross-sectional study

Aleksandr S. Shachnev^{1✉}, <https://orcid.org/0000-0003-1655-8992>, dr.shachnev@gmail.com

Olga V. Zhukova^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0001-5723-6573>, klinderma@inbox.ru

Elena I. Kasikhina^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0002-0767-8821>, kasprof@bk.ru

¹ Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia

² Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 17, Leninskiy Ave., Moscow, 119071, Russia

Abstract

Introduction. Dyshidrotic eczema (DE) is a type of true eczema, prone to chronic recurrent course, which has a negative impact on the quality of life of patients. In the domestic literature, insufficient attention is paid to the study of the role and nature of the course of the disease on the daily life of patients with DE.

Aim. To study the quality of life in patients of DE. Provide a description of a clinical cases of DE and experience with external therapy.

Materials and methods. 105 patients with DE aged 18 to 52 years were included in the study, the mean age was 31.3 ± 8.1 years. The quality of life was assessed using the Dermatology Life Quality Index (DLQI). The Dyshidrotic Eczema Area and Severity Index (DASI) was used to clinically assess the severity of DE.

Results. All patients suffering from DE noted a negative impact of the skin process on the quality of life. At the same time, the average DLQI score in all patients was 6.99 ± 4.6 , which indicates a moderate undesirable effect of DE on the quality of life, without statistically significant differences by gender. The average DASI score was 12.6 ± 8.8 , which indicates a predominance of mild DE in the sample. In women, a process of moderate severity was more often diagnosed and the DASI index was 13.2 ± 8.5 . The study demonstrated that the female gender is more susceptible to the influence of DE symptoms on the quality of life, regardless of the severity and extent of the skin process, and minimal changes in the skin can have a negative impact on the quality of life. The article presents clinical examples of successful treatment of DE localized on the skin of the hands with an external preparation containing a combination of 0.05% betamethasone dipropionate, 0.1% gentamicin sulfate and 1% clotrimazole.

Conclusion. DE is a common condition and affects quality of life. Proper diagnosis is essential for effective and efficient treatment. External therapy with the inclusion of a cream (ointment) containing a combination of 0.05% betamethasone dipropionate, 0.1% gentamicin sulfate and 1% clotrimazole gives better results and increases satisfaction with the treatment of patients with DE.

Keywords: dyshidrotic eczema, quality of life, external therapy, betamethasone dipropionate, gentamicin

For citation: Shachnev AS, Zhukova OV, Kasikhina EI. Quality of life of patients with dyshidrotic eczema: a cross-sectional study. *Meditsinskiy Sovet.* 2024;18(14):14–22. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-310>.

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

ВВЕДЕНИЕ

Дисгидротическая экзема (ДЭ), или острый рецидивирующий везикулярный дерматит, – разновидность экземы, характеризующаяся появлением на коже латеральной поверхности пальцев кистей и/или стоп, на коже ладоней и/или подошв плотных, глубоко расположенных везикул или буллезных элементов, склонная к длительному рецидивирующему течению, развитию осложнений, резистентности к проводимой терапии и существенному негативному влиянию на качество жизни [1, 2].

Результаты исследований, посвященных распространенности различных форм экземы, и в т. ч. дисгидротической, являются неоднородными. Доля ДЭ в структуре экзематозных поражений кожи кистей и стоп варьирует от 6 до 51,3% в различных климатических зонах [3, 4]. Преимущественная регистрация случаев ДЭ отмечается у пациентов в возрастной группе 20–30 лет без существенных различий по половому признаку, что подчеркивает актуальность изучения причин высокой заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста [5, 6]. Экзема является мультифакториальным распространенным заболеванием. Продемонстрировано, что профессиональные факторы могут спровоцировать экзематозный процесс у 40% людей. Примером служат профессии, связанные с работой во влажных условиях, частым контактом с водой и моющими средствами (медицинские работники, парикмахеры, уборщики и др.). Влажная работа определяется как контакт с водой более 2 ч в день, мытье рук свыше 20 раз в сутки или использование воздухонепроницаемых перчаток более 2 ч в день [7–9].

Кожа может выдержать определенный уровень воздействия раздражителей, прежде чем будет нарушена ее регенеративная способность и разовьется экзематозный процесс. Наиболее важным внутренним фактором риска развития дисгидротической экземы является атопия, тогда как работа руками во влажных условиях является наиболее распространенным внешним провоцирующим фактором [7]. Этиопатогенез ДЭ включает провоцирующую роль таких факторов, как эмоциональное перенапряжение, курение, холодный и сухой воздух, низкая влажность

помещения и гипергидроз [10]. Результаты исследований, опубликованных в 2021–2023 гг., продемонстрировали, что образ жизни влияет на риск развития экземы кистей [11]. Все атопические заболевания, отягощенный аллергоанамнез у родственников первой линии, женский пол и ожирение повышают риск развития экземы, тогда как физическая активность снижает риск развития заболевания [12]. Связь между дерматологической патологией, образом и качеством жизни все чаще становится предметом исследований. Различные факторы риска и образ жизни могут влиять на иммунную систему, изменять выраженность воспалительного процесса и клиническое течение заболевания.

Для везикулярной экземы характерны частые рецидивы, интервалы между которыми составляют недели или месяцы. Спустя 2–3 нед. существования везикулы рассасываются путем инволюции, завершаясь десквамацией, при этом новые обострения наблюдаются с различной периодичностью. Рецидивы могут возникать настолько часто, что ДЭ перерастает в хроническую форму, высыпания нередко сопровождаются зудом и, как следствие, развитием вторичной инфекции, ДЭ может перерасти в изнурительное расстройство [13, 14]. В 80% случаев в патологический процесс вовлекается только кожа кистей [5], при этом кисти являются одним из наиболее значимых органов человеческого тела как в функциональном, так и в социальном аспекте. Прикосновения, приветствия и выполняемая кистями работа – основная социально значимая функция, внешний вид которой имеет большое значение для людей. Изменение внешнего вида и видимые симптомы экземы на кистях могут поставить под угрозу многие аспекты повседневной привычной активности, существенно влияя на качество жизни [15, 16].

По данным шведского исследования В. Meding et al., посвященного изучению последствий экземы кистей, значительное ухудшение качества жизни отмечалось у 81,3% респондентов, 54,4% из которых испытывали частый зуд [17]. Несмотря на то что болезнь не приводит к смертности, хроническое течение экземы может приводить к значительным ограничениям в повседневной

активности [6]. Рецидивирующее течение заболевания мешает пациентам выполнять привычные действия, а также вызывает стигматизацию и социальное дистанцирование, связанное расположением на такой заметной части тела. Это приводит к дополнительным проблемам, таким как изменение или отказ от привычных занятий, необходимость смены хобби, нарушения сна, и к более серьезным состояниям, таким как тревожность и депрессия [18]. В одноцентровом проспективном исследовании, проведенном A. Kouris et al. в 2015 г., впервые было сообщено о высокой частоте тревожности и обсессивно-компульсивных расстройств у пациентов с хронической экземой кистей. Изменения на коже пациентов могут быть самоиндуцированными и представлять собой дерматологические проявления компульсивных черт характера, при этом клиническая картина может усугубляться обсессивно-компульсивными тенденциями, связанными с расчесыванием, ковырянием и растиранием кожи, как следствие, тревога и депрессия могут приводить к снижению приверженности терапии или преждевременному прекращению лечения, что влияет на продолжительность заболевания, формируя «порочный круг» [19].

Экзематозный процесс влияет на производительность труда, работоспособность и перспективы карьерного роста, пациенты сталкиваются с необходимостью ограничений в работе, а в тяжелых случаях – полной смены профессии [20, 21]. Экзема остается одной из распространенных причин отпуска по болезни [22]. По данным датского когортного исследования, о необходимости отпуска по болезни сообщили 57% респондентов, страдающих хронической экземой кистей, у 19,9% продолжительность больничного листа составляла более 5 нед. [23]. По данным S. Cazzaniga, в Швейцарии 14,8% пациентов были вынуждены временно ограничить работу или сменили ее в течение года [24].

Ввиду хронического и рецидивирующего течения дисгидротической экземы пациенты несут значительное бремя расходов, связанное как с прямыми материальными затратами на лечение, в особенности у лиц с тяжелым и неконтролируемым течением заболевания, так и с косвенными издержками, связанными с ограничениями или потерей рабочего времени [22, 25, 26]. При этом наименьшие затраты отмечаются на топические глюкокортикостероиды, являющиеся наиболее распространенным методом лечения ДЭ, стоимость которого значительно ниже по сравнению с вариантами системной терапии, вероятно, в виду поражения везикулярной экземой ограниченных участков кожи и необходимости использования меньшего количества топического препарата [25].

Учитывая воздействие на клиническую картину различных факторов, лечение экземы кистей является сложной задачей для клиницистов, поскольку для регресса симптомов и достижения стойкой ремиссии необходимо воздействовать не на один механизм заболевания, а на различные возможные факторы и процессы, влияющие на клиническую картину в целом [21].

Цель – изучить влияние дисгидротической экземы кистей рук на качество жизни пациентов в зависимости от пола.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Наблюдательное одноцентровое одномоментное сплошное неконтролируемое исследование.

Критерии включения: возраст старше 18 лет и установленный диагноз «Дисгидротическая экзема кистей рук». Классификация экземы проведена в соответствии с классификацией МКБ-10 – L30.1.

Критерии невключения не запланированы. Контрольная группа не формировалась.

В исследование были включены данные 105 пациентов, находившихся на амбулаторном лечении и наблюдении в БУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» ДЗМ в период с марта 2022 по июнь 2023 г.

Клиническое обследование включало сбор анамнеза и физикальное обследование. Для оценки качества жизни использовался Дерматологический индекс качества жизни (Dermatology Life Quality Index, DLQI). DLQI – валидированный опросник, состоящий из 10 пунктов, используемый для оценки качества жизни у пациентов с дерматологическими заболеваниями старше 16 лет. Анализ оценки качества жизни проводится по шести основным разделам: «симптомы и эмоции» (2 вопроса), «повседневная деятельность» (2 вопроса), «отдых/досуг» (2 вопроса), «работа и учеба» (1 вопрос), «межличностные отношения» (2 вопроса) и «лечение» (1 вопрос). Критерии ответов: не беспокоит (0 баллов), незначительно (1 балл), сильно (2 балла) и очень сильно (3 балла). Подсчет производится простым суммированием баллов, начисленных за каждый ответ. Диапазон учета общего балла колеблется от 0 до 30 баллов, где 0–1 – не оказывает влияния на качество жизни; 2–5 – незначительно; 6–10 – умеренно; 11–20 – сильное влияние и 21–30 – очень сильное влияние на качество жизни [27].

Расчет оценки тяжести ДЭ производился с помощью Индекса площади поражения и степени тяжести дисгидротической экземы (Dyshidrotic Eczema Area and Severity Index, DASI). Итоговые значения индекса учитывают площадь поражения кожных покровов и выраженность четырех основных клинических признаков заболевания: везикулы, эритема, шелушение и зуд. Максимальная сумма баллов DASI составляет 60, где 0–15 – слабая, 16–30 – умеренная, и 31–60 – тяжелая [28, 29].

Анализ данных проводился с помощью программы Microsoft Excel версия 2016, для расчетов и построения графиков использовалась программа StatTech версии 4.2.7 (разработчик – ООО «Статтех», Россия). Описательная статистика представлялась в виде анализа структуры выборки по отдельным критериям (в % от общего количества), анализа средних значений полученных результатов \pm стандартного отклонения (SD), а также в виде корреляционного анализа. Направление и теснота корреляционной связи между двумя количественными показателями оценивались с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (при распределении показателей, отличных от нормального). Прогностическая модель, характеризующая зависимость количественной переменной

от факторов, разрабатывалась с помощью метода линейной регрессии. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование были включены 105 больных ДЭ в возрасте от 19 до 52 лет. Средний возраст составил $31,3 \pm 8,1$ года, 54 (51,4%) мужчины и 51 (48,6%) женщина. Статистически значимых различий по полу не выявлено ($p = 0,663$) (табл. 1).

Статистически значимых различий при оценке взаимосвязи значений DLQI и пола выявлено не было ($p = 0,663$) (используемый метод – U-критерий Манна – Уитни).

У пациентов с дисгидротической экземой среднее значение индекса DLQI составило $6,99 \pm 4,6$ балла, что демонстрирует умеренное влияние ДЭ на качество жизни.

В процессе исследования был выполнен корреляционный анализ взаимосвязи DLQI и возраста. При оценке связи возраста и DLQI связь отсутствовала ($p = 0,077$) (рис. 1).

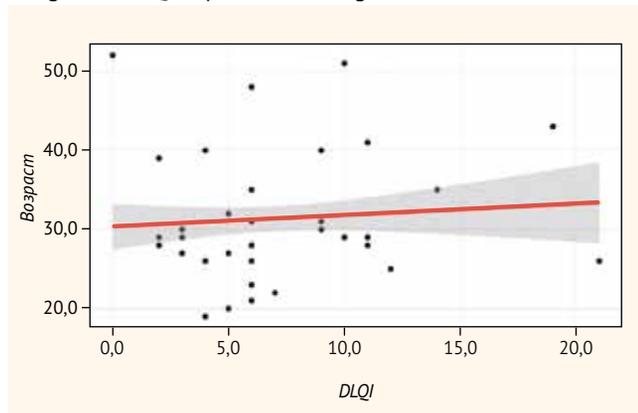
Результаты оценки индекса качества жизни продемонстрировали отсутствие влияния ДЭ на качество жизни только у 3 (2,9%) пациентов мужского пола. У женщин этот показатель был отрицательный (табл. 2). На незначительное влияние заболевания на качество жизни указал 41 (39,0%) пациент, умеренное – 42 (40,0%), сильное – 16 (15,2%), очень сильное – 3 (2,9%).

Анализ силы влияния дисгидротической экземы по разделам DLQI показал наибольшее влияние в разделах «симптомы и ощущения», «повседневная деятельность», «работа и учеба», преимущественно у женщин. Мужчины чаще, чем женщины, отмечали негативное влияние ДЭ на отдых и межличностные отношения (табл. 3).

По оценке индекса площади поражения и степени тяжести дисгидротической экземы (DASI) средний балл составил $12,6 \pm 8,8$, что соответствует легкой степени тяжести дисгидротической экземы. Средний балл DASI у женщин составил $13,2 \pm 8,5$, что свидетельствует о высокой частоте встречаемости более распространенного поражения ДЭ у женщин. Общая оценка DASI показывает, что легкая степень тяжести встречается у 68,6% ($n = 72$), умеренная – у 30,5% ($n = 32$) и тяжелая – у 0,9% ($n = 1$) (табл. 4).

● **Рисунок 1.** Зависимость DLQI от возраста

● **Figure 1.** DLQI dependence on age



● **Таблица 1.** Значения дерматологического индекса качества жизни пациентов с дисгидротической экземой (Dermatology Life Quality Index, DLQI)

● **Table 1.** Values of Dermatology Life Quality Index, DLQI of patients with dyshidrotic eczema

Пол, n	Мужчины (n = 54) M ± m	Женщины (n = 51) M ± m	Итого (n = 105) M ± m
Общий средний балл DLQI	7,03 ± 5,09	6,94 ± 4,07	6,99 ± 4,6

● **Таблица 2.** Распределение показателей влияния на качество жизни пациентов с дисгидротической экземой

● **Table 2.** Distribution of indicators of influence on the quality of life of patients with dyshidrotic eczema

Показатель	Мужчины (n = 54)	Женщины (n = 51)	Итого (n = 105)
Не оказывает влияние (n, %)	3 (5,6%)	-	3 (2,9%)
Незначительное (n, %)	20 (37%)	21 (41,2%)	41 (39,0%)
Умеренное (n, %)	21 (38,9%)	21 (41,2%)	42 (40,0%)
Сильное (n, %)	7 (12,9%)	9 (17,6%)	16 (15,2%)
Очень сильное (n, %)	3 (5,6%)	-	3 (2,9%)

● **Таблица 3.** Анализ силы влияния дисгидротической экземы по разделам дерматологического индекса качества жизни пациентов в группах сравнения

● **Table 3.** Analysis of the strength of the influence of Dyshidrotic Eczema by sections of the dermatological index of quality of life of patients in comparison groups

Раздел	Мужчины (n = 54)	Женщины (n = 51)	Все (n = 105)
Симптомы и ощущения (0–6)	2,4 ± 1,5	2,7 ± 1,23	2,54 ± 1,4
Повседневная деятельность (0–6)	1,4 ± 1,01	1,6 ± 1,04	1,5 ± 1,02
Отдых / досуг (0–6)	1,4 ± 1,5	0,7 ± 1,02	1,03 ± 1,3
Работа и учеба (0–3)	0,3 ± 0,6	1,05 ± 1,4	0,68 ± 1,1
Межличностные отношения (0–6)	0,8 ± 1,4	0,4 ± 0,6	0,57 ± 1,1
Лечение (0–3)	0,7 ± 0,8	0,5 ± 0,9	0,7 ± 0,9

● **Таблица 4.** Средние и общие баллы индекса площади поражения и степени тяжести дисгидротической экземы (Dyshidrotic Eczema Area and Severity Index, DASI) у пациентов в группах сравнения

● **Table 4.** Average and total scores of the index of lesion area and severity of Dyshidrotic Eczema (Dyshidrotic Eczema Area and Severity Index, DASI) in patients in comparison groups

Показатель	Мужчины (n = 54)	Женщины (n = 51)	Все (n = 105)
Средний балл DASI	11,9 ± 9,1	13,2 ± 8,5	12,6 ± 8,8
Легкая степень (0–15 баллов), n, %	39 (72,2%)	33 (64,7%)	72 (68,6%)
Средняя степень (16–30 баллов), n, %	14 (25,9%)	18 (35,2%)	32 (30,5%)
Тяжелая степень (31–60 баллов), n, %	1 (1,9%)	-	1 (0,9%)

У женщин средний балл DASI выше, чем у мужчин, что свидетельствует о преобладании более распространенных форм ДЭ у женщин. В нашей выборке женщины с тяжелым течением ДЭ отсутствовали.

В процессе исследования было изучено наличие связи между индексами DASI и DLQI. Выявлена слабая корреляция между индексом качества жизни и степенью тяжести дисгидротической экземы. Данный результат можно связать с особенностями субъективной оценки качества жизни пациентами ($p = 0,110$) (рис. 2).

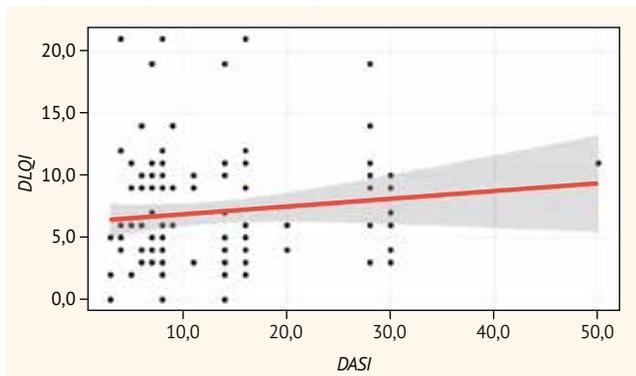
При оценке связи DLQI и DASI была установлена прямая связь слабой силы ($p = 0,110$).

ОБСУЖДЕНИЕ

В процессе исследования все пациенты, страдающие ДЭ, отметили негативное влияние кожного процесса на качество жизни. В то же время средний балл DLQI у всех пациентов составил $6,99 \pm 4,6$, что свидетельствует об умеренном нежелательном влиянии ДЭ на качество жизни, это согласуется с результатами аналогичных зарубежных исследований [30–32]. Так, по данным исследования T. Agner et al., женский пол связан с большим негативным влиянием на качество жизни при аналогичной клинической картине экземы у мужчин [31]. Результаты нашего исследования не выявили статистически значимых различий в значениях DLQI у мужчин и женщин. Однако детальный анализ шести разделов индекса DLQI выявил наибольшие различия показателей в разделах «симптомы и ощущения», в котором пациенты женского пола имели более высокие баллы, за которыми следовали «повседневная деятельность», «работа и учеба». У мужчин выявлены более высокие значения связи между разделами «отдых/досуг», «межличностные отношения», «лечение» и заболеванием, чем у женщин [30, 33, 34].

Средний балл индекса DASI составил 12,6, что свидетельствует о преобладании легкой степени тяжести ДЭ в изучаемой выборке. Среднее значение DASI у женщин составило $13,2 \pm 8,5$, что связано с большей частотой ДЭ средней степени тяжести у лиц женского пола, вероятно, в виду особенностей повседневной деятельности, быта, частого контакта с водой или моющими

● **Рисунок 2.** Зависимость индексов DLQI и DASI
● **Figure 2.** Dependence of DLQI and DASI indices



средствами, а также других различных факторов, чаще преобладающих в жизни женщин. Следует отметить, что в подавляющем большинстве случаев у пациентов как женского, так и мужского пола преобладает поражение кожи на доминирующей руке, у правой – правая, у левой – левая.

Отмечена слабая корреляция между качеством жизни и степенью тяжести ДЭ, вероятно, в связи с достаточно субъективной оценкой качества жизни пациентами. Несмотря на то что тяжесть дисгидротической экземы в нашем исследовании менее выражена у мужчин, чем у женщин, общие баллы DLQI показывают схожие результаты без различий по половому признаку, однако среди опрошенных пациентов женского пола не было ответов «не влияет на качество жизни», что, по-видимому, демонстрирует негативное влияние на качество жизни даже минимально видимых изменений на коже у женщин.

Ограничением данного исследования можно считать недостаточную выборку групп пациентов с тяжелой формой ДЭ. Также в данную выборку не были включены пациенты с одновременным поражением ладоней и подошв. Мы предполагаем, что подсчет индекса DASI у пациентов с поражением ладоней и подошв должен оцениваться по отдельности, без учета среднего значения, т. к. данный подход приводит к существенному искажению результата и демонстрирует меньшие показатели тяжести ДЭ, что не соответствует клинической оценке степени тяжести и требует дополнительного изучения.

Далее в качестве примеров приводим собственные клинические наблюдения.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Пациент М., 32 года, обратился с жалобами на длительно существующие зудящие высыпания, покраснение, трещины, шелушение на коже кистей. Из анамнеза известно, что вышеописанные симптомы беспокоили в течение длительного времени, с детства. В младенчестве наблюдался с диагнозом «Атопический дерматит». Пищевая аллергия на цитрусовые фрукты и шоколад. Обострения чаще отмечал в холодное время года без четкой связи с какими-либо провоцирующими факторами. Воспалительный процесс дебютировал с появления пузырьков и зуда на ладонях и боковых поверхностях пальцев, после чего распространялся с вовлечением всей площади ладоней. Самостоятельно использовал увлажняющий крем – эффекта на фоне применения не отмечал.

Объективно кожный патологический процесс носил острый воспалительный распространенный симметричный характер, локализованный преимущественно на коже ладонной поверхности кистей и латеральной поверхности пальцев. Представлен очагами разлитой эритемы и инфильтрации, множественными сгруппированными микро-везикулами с плотной покрывкой, напоминающими зерна саго, микроэрозиями с ободком из отслаивающегося эпидермиса, мелко- и крупнопластинчатыми чешуйками, трещинами. Субъективно отмечался умеренный периодический зуд.

Лабораторные показатели общего и биохимического анализа крови, мочи – в пределах референсных значений. В микроскопическом исследовании элементы патогенного гриба не обнаружены. Исследование микробного биоценоза кожи проводили культуральным методом (бактериологическое исследование биоматериала на условно-патогенную микрофлору). С очагов поражения на тыле кистей были выделены культуры *Staphylococcus aureus* 10^5 КОЭ/мл и *Acinetobacter ursingii* 10^3 КОЭ/мл. Уровень общего IgE составил 41 МЕ/мл.

На основании данных анамнеза, объективного осмотра и результатов проведенного лабораторного исследования был выставлен диагноз «Дисгидротическая экзема кистей, осложненная вторичным инфицированием, тяжелой степени тяжести, обострение». DASI – 50. DLQI – 11.

В качестве топической терапии пациенту был назначен крем, содержащий 0,05% бетаметазона дипропионата, 0,1% гентамицина сульфата и 1% клотримазола (Акридерм ГК), по схеме 2 раза в сутки в течение 7 дней с последующим постепенным сокращением частоты аппликаций до 1 раза в сутки и полной отменой препарата на 14-й день. В качестве системного лечения были назначены антигистаминные препараты, даны рекомендации по уходу за кожей. На 10-й день терапии кожный патологический процесс и зуд полностью регрессировали, сохранялись поствоспалительная пигментация и мелкопластинчатые чешуйки, отмечалось восстановление микрорельефа кожи кистей (рис. 3). DASI – 6. DLQI – 4. Дополнительно после окончания основного курса была рекомендована поддерживающая терапия и применение эмоленгов на постоянной основе.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Пациент М., 40 лет, обратился с жалобами на высыпания, шелушение, трещины и зуд кожи кистей. Из анамнеза известно, что вышеописанные симптомы беспокоят в течение четырех лет. В детстве наблюдался с диагнозом «Атопический дерматит». Обострения, как правило, возникают вне зависимости от времени года и каких-либо провоцирующих факторов. Пациент работает дезинсектором,

часто контактирует с едкими химическими веществами, в работе использует латексные перчатки. Данное обострение – в течение трех недель. Воспалительный процесс имел тенденцию начала с появления пузырьков на боковых поверхностях пальцев кистей, преимущественно на правой, после чего распространялся, поражая все большие участки кистей.

Объективно кожный патологический процесс носил подострый воспалительный симметричный характер, локализованный преимущественно на коже ладонной поверхности кистей и латеральной поверхности пальцев и представленный очагами застойной эритемы и инфильтрации, множественными сгруппированными микровезикулами с плотной покрывкой, напоминающими зерна саго, местами сливающиеся в более крупные пузыри, микро- и крупными эрозиями с ободком из отслаивающегося эпидермиса, мелко- и крупнопластинчатыми чешуйками, корочками, глубокими трещинами в области межфаланговых суставов. Субъективно отмечался умеренный периодический зуд.

Лабораторные показатели общего и биохимического анализа крови, мочи – в пределах референсных значений. В микроскопическом исследовании элементы патогенного гриба не обнаружены. При бактериологическом исследовании биоматериала на условно-патогенную микрофлору с очагов поражения на коже кистей была выделена монокультура *Staphylococcus aureus* 10^5 КОЭ/мл. Показатель общего IgE 33 МЕ/мл (в пределах возрастной нормы).

На основании данных анамнеза, объективного осмотра и результатов проведенного лабораторного исследования пациенту был выставлен диагноз «Дисгидротическая экзема кистей, осложненная вторичным инфицированием, средней степени тяжести, обострение». Исходные значения индексов: DASI – 30, DLQI – 9.

В качестве топической терапии пациенту была назначена мазь с фиксированной комбинацией, содержащая 0,05% бетаметазона дипропионата, 0,1% гентамицина сульфата и 1% клотримазола (Акридерм ГК), по схеме 2 раза в сутки в течение 7 дней с последующим постепенным сокращением частоты аппликаций до 1 раза в сутки и полной отменой препарата на 14-й день,

- **Рисунок 3.** Пациент М., 32 года. Клинические проявления дисгидротической экземы
- **Figure 3.** Patient M., 32 years old. Dyshidrotic eczema clinical manifestation



А – до лечения; В – на 10-й день терапии.

эмоленты, даны рекомендации по уходу за кожей. В качестве системной терапии – антигистаминные препараты. На 10-й день терапии кожный патологический процесс и зуд полностью регрессировали, сохранялись единичные корочки и мелкопластинчатые чешуйки, отмечалось восстановление микрорельефа кожи кистей (рис. 4). На фоне проведенной терапии отмечалась положительная динамика индексов тяжести ДЭ DASI – 2 и DLQI – 3. После окончания основного курса была рекомендована поддерживающая терапия и применение эмолентов на постоянной основе.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3

Пациент М., 28 лет, обратился с жалобами на зудящие высыпания, покраснение и шелушения на коже IV и V пальцев правой кисти. Из анамнеза известно, что вышеописанные симптомы беспокоят в течение девяти лет. Атопический и аллергоанамнез не отягощены. Обострения возникают вне зависимости от времени года и воздействия провоцирующих факторов. Последнее обострение – в течение месяца, отмечает, что воспалительный процесс начался с появления единичных пузырьков и сильного зуда, после чего количество высыпаний увеличилось, а интенсивность зуда значительно уменьшилась до умеренного. Объективно кожный патологический процесс носил подострый воспалительный ограниченный характер, локализованный преимущественно на коже латеральной поверхности IV и V пальцев правой кисти и представленный очагами бледно-розовой эритемы, множественными сгруппированными микровезикулами с плотной покрывкой, напоминающими зерна саго, микроэрозиями с ободком из отслаивающегося эпидермиса, мелкопластинчатыми чешуйками, эксфолиациями, корочками. Субъективно отмечался умеренный периодический зуд.

Лабораторные показатели общего и биохимического анализа крови, мочи – в пределах референсных значений. В микроскопическом исследовании элементов патогенного гриба обнаружены споры грибов, которые были расценены как контаминация при взятии биоматериала.

При бактериологическом исследовании биоматериала на условно-патогенную микрофлору с очагов поражения на коже кистей были выделены *Staphylococcus aureus* 10^5 КОЭ/мл и *Acinetobacter junii* 10^5 КОЭ/мл. Общий IgE не превышал референсных значений – 10 МЕ/мл.

На основании данных анамнеза, объективного осмотра и результатов проведенного лабораторного исследования был выставлен диагноз «Дисгидротическая экзема кистей, осложненная вторичным инфицированием, легкой степени тяжести, обострение». Исходные значения индексов: DASI – 7. DLQI – 9.

В качестве топической терапии пациенту была назначена мазь с фиксированной комбинацией, содержащая 0,05% бетаметазона дипропионата, 0,1% гентамицина сульфата и 1% клотримазола (Акридерм ГК) по схеме 2 раза в сутки в течение 7 дней с последующим постепенным сокращением частоты аппликаций до 1 раза в сутки и полной отменой препарата на 14-й день, эмоленты, даны рекомендации по уходу за кожей. На 7-й день терапии кожный патологический процесс и зуд полностью регрессировали, отмечалось полное восстановление микрорельефа и здорового внешнего вида кожи (рис. 5). Динамика индексов: DASI – 1. DLQI – 3. Дополнительно после окончания основного курса была рекомендована проактивная терапия и применение увлажняющих средств на постоянной основе.

ВЫВОДЫ

Дисгидротическая экзема оказывает негативное влияние на качество жизни. Нашим исследованием продемонстрировано, что женский пол в большей степени подвержен влиянию симптомов ДЭ на качество жизни вне зависимости от степени тяжести и распространенности процесса на коже, а минимальные изменения на коже могут оказывать негативное влияние на качество жизни.

Наружная терапия ДЭ должна проводиться вне зависимости от степени тяжести. Следует отдавать предпочтение методам терапии, дающим хорошие результаты в кратчайшие сроки с целью уменьшения выраженности симптомов, достижения быстрой и стойкой ремиссии,

- **Рисунок 4.** Пациент М., 40 лет. Клинические проявления дисгидротической экземы
- **Figure 4.** Patient M., 40 years old. Dyshidrotic eczema clinical manifestation



А – до лечения; В – на 10-й день терапии.

- **Рисунок 5.** Пациент М., 28 лет. Клинические проявления дисгидротической экземы
- **Figure 5.** Patient M., 28 years old. Dyshidrotic eczema clinical manifestation



А – до лечения; В – на 7-й день терапии.

а также улучшения качества жизни пациентов. Фиксированная комбинация, содержащая бетаметазона дипропионат 0,05%, гентамицина сульфат 0,1% и клотримазол 1% (Акридерм ГК), показала эффективность в лечении легких, умеренных и тяжелых форм ДЭ, осложненных вторичной инфекцией. Препарат демонстрирует быстрый терапевтический эффект: уменьшает основные симптомы

заболевания, оказывая выраженное положительное влияние на качество жизни пациентов, что позволяет рекомендовать его пациентам в качестве препарата выбора для лечения различных форм дисгидротической экземы. MC

Поступила / Received 17.05.2024
Поступила после рецензирования / Revised 18.06.2024
Принята в печать / Accepted 18.06.2024

Список литературы / References

1. Veien NK. Acute and recurrent vesicular hand dermatitis. *Dermatologic Clinics*. 2009;27(3):337–353. <https://doi.org/10.1016/j.det.2009.05.013>.
2. Calle Sarmiento PM, Chango Azanza JJ. Dyshidrotic Eczema: A Common Cause of Palmar Dermatitis. *Cureus*. 2020;12(10):e10839. <https://doi.org/10.7759/cureus.10839>.
3. Meding B, Swanbeck G. Epidemiology of different types of hand eczema in an industrial city. *Acta Derm Venereol*. 1989;69(3):227–233. <https://doi.org/10.2340/0001555569227233>.
4. Clément A, Ferrier le Bouédéc MC, Crépy MN, Raison-Peyron N, Tétart F et al. Hand eczema in glove-wearing patients. *Contact Dermatitis*. 2023;89(3):143–152. <https://doi.org/10.1111/cod.14357>.
5. Leung A, Barankin B, Hon EKL. Dyshidrotic Eczema. *Enliven: Pediatr Neonatol Biol*. 2014;1(1):002. <https://doi.org/10.7759/cureus.10839>.
6. Agner T, Elsner P. Hand eczema: epidemiology, prognosis and prevention. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;34(1):4–12. <https://doi.org/10.1111/jdv.16061>.
7. Patel K, Nixon R. Irritant Contact Dermatitis – a Review. *Curr Dermatol Rep*. 2022;11(2):41–51. <https://doi.org/10.1007/s13671-021-00351-4>.
8. Teigen K, Höper A, Førelund S. Hand eczema and skin complaints in particulate matter-exposed occupations – firefighters, chimney sweepers, and ferrosilicon smelter workers in Norway. *J Occup Med Toxicol*. 2024;19:7. <https://doi.org/10.1186/s12995-024-00407-8>.
9. Thyssen JP, Schuttelaar MLA, Alfonso JH, Andersen KE, Angelova-Fischer I et al. Guidelines for diagnosis, prevention, and treatment of hand eczema. *Contact Dermatitis*. 2022;86(5):357–378. <https://doi.org/10.1111/cod.14035>.
10. Шачнев АС, Жукова ОВ, Касихина ЕИ. Дисгидротическая экзема: клинико-эпидемиологические особенности и тактика терапии. *Медицинский совет*. 2024;18(5):230–238. <https://doi.org/10.21518/ms2024-081>.
11. Shachnev AS, Zhukova OV, Kasikhina EI. Dyshidrotic eczema: clinical and epidemiological features and therapy tactics. *Meditsinskiy Sovet*. 2024;18(5):230–238. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-081>.
12. Koskelo M, Sinikumpu SP, Jokelainen J, Huilaja L. Risk factors of hand eczema: A population-based study among 900 subjects. *Contact Dermatitis*. 2022;87(6):485–491. <https://doi.org/10.1111/cod.14205>.
13. Koskelo M, Loman L, Schuttelaar MLA. Hand eczema and lifestyle factors in the Dutch general population: Evidence for smoking, chronic stress, and obesity. *Contact Dermatitis*. 2022;86(2):80–88. <https://doi.org/10.1111/cod.14005>.
14. Menné T, Johansen JD, Sommerlund M, Veien NK. Hand eczema guidelines based on the Danish guidelines for the diagnosis and treatment of hand eczema. *Contact Dermatitis*. 2011;65(1):3–12. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0536.2011.01915.x>.
15. Lofgren SM, Warshaw EM. Dyshidrosis: epidemiology, clinical characteristics, and therapy. *Dermatitis*. 2006;4(17):165–181. <https://doi.org/10.2310/6620.2006.05021>.
16. Polecka A, Awchinkow A, Owsianko N, Baran A, Hermanowicz JM et al. Hand Eczema in the Polish Female Population. *J Clin Med*. 2023;12(18):6102. <https://doi.org/10.3390/jcm12186102>.
17. Tancredi V, Buononato D, Caccavale S, Di Brizzi EV, Di Caprio R, Argenziano G, Balato A et al. New Perspectives in the Management of Chronic Hand Eczema: Lessons from Pathogenesis. *Int J Mol Sci*. 2023;25(1):362. <https://doi.org/10.3390/ijms25010362>.
18. Meding B, Swanbeck G. Consequences of having hand eczema. *Contact Dermatitis*. 1990;23(1):6–14. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0536.1990.tb00076.x>.
19. Diepgen TL, Agner T, Aberer W, Berth-Jones J, Cambazard F, Elsner P et al. Management of chronic hand eczema. *Contact Dermatitis*. 2007;57(4):203–210. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0536.2007.01179.x>.
20. Kouris A, Armyra K, Christodoulou C, Katoulis A, Potouridou I, Tsatovidou R et al. Quality of life, anxiety, depression and obsessive-compulsive tendencies in patients with chronic hand eczema. *Contact Dermatitis*. 2015;72(6):367–370. <https://doi.org/10.1111/cod.12366>.
21. Maden S, Ozbagcivan O, Onur Aysevener BE, Aktan S. Quality of life, anxiety, depression, social anxiety and avoidance in patients with chronic hand eczema. *Ital J Dermatol Venereol*. 2021;156(5):562–569. <https://doi.org/10.23736/S2784-8671.21.06645-1>.
22. Ho JSS, Molin SA. Review of Existing and New Treatments for the Management of Hand Eczema. *J Cutan Med Surg*. 2023;27(5):493–503. <https://doi.org/10.1177/12034754231188325>.
23. Armstrong A, Hahn-Pedersen J, Bartlett C, Glanville J, Thyssen JP. Economic Burden of Chronic Hand Eczema: A Review. *Am J Clin Dermatol*. 2022;23(3):287–300. <https://doi.org/10.1007/s40257-021-00669-6>.
24. Cvetkovski RS, Rothman KJ, Olsen J, Mathiesen B, Iversen L, Johansen JD, Agner T. Relation between diagnoses on severity, sick leave and loss of job among patients with occupational hand eczema. *Br J Dermatol*. 2005;152(1):93–98. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2005.06415.x>.
25. Cazzaniga S, Ballmer-Weber BK, Gräni N, Spring P, Bircher A, Anliker M et al. Medical, psychological and socio-economic implications of chronic hand eczema: a cross-sectional study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30(4):628–637. <https://doi.org/10.1111/jdv.13479>.
26. Gladys TE, Maczuga S, Flamm A. Characterizing demographics and cost of care for dyshidrotic eczema. *Contact Dermatitis*. 2022;86(2):107–112. <https://doi.org/10.1111/cod.14007>.
27. Diepgen TL, Scheidt R, Weisshaar E, John SM, Hieke K. Cost of illness from occupational hand eczema in Germany. *Contact Dermatitis*. 2013;69:99–106. <https://doi.org/10.1111/cod.12038>.
28. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994;19(3):210–216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x>.

28. Vocks E, Plötz SG, Ring J. The Dyshidrotic Eczema Area and Severity Index - A score developed for the assessment of dyshidrotic eczema. *Dermatology*. 1999;198(3):265–269. <https://doi.org/10.1159/000018127>.
29. Адаскевич ВП. *Диагностические индексы в дерматологии*. М.: Издательство Панфилова; 2014. 352 с.
30. Yu M, Han TY, Lee JH, Son SJ. The Quality of Life and Depressive Mood among Korean Patients with Hand Eczema. *Ann Dermatol*. 2012;24(4):430–437. <https://doi.org/10.5021/ad.2012.24.4.430>.
31. Agner T, Andersen KE, Brandao FM, Bruynzeel DP, Bruze M, Frosch P et al. Hand eczema severity and quality of life: a cross-sectional, multicentre study of hand eczema patients. *Contact Dermatitis*. 2008;59(1):43–47. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0536.2008.01362.x>.
32. Ghaderi R, Saadatjoo A. Quality of life in patients with hand eczema as health promotion: a case control study. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2014;22(1):32–39. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24813839>.
33. Politiek K, Ofenloch RF, Angelino MJ, van den Hoed E, Schuttelaar MLA. Quality of life, treatment satisfaction, and adherence to treatment in patients with vesicular hand eczema: A cross-sectional study. *Contact Dermatitis*. 2020;82(4):201–210. <https://doi.org/10.1111/cod.13459>.
34. Kataria V, Pandhi D, Bhattacharya SN. A cross-sectional study to analyze the clinical subtype, contact sensitization and impact of disease severity on quality of life and cost of illness in patients of hand eczema. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2020;86(6):663–668. https://doi.org/10.4103/ijdv.IJDVL_333_18.

Вклад авторов:

Концепция статьи – А.С. Шачнев
 Написание текста – А.С. Шачнев, О.В. Жукова, Е.И. Касихина
 Сбор и обработка материала – А.С. Шачнев, О.В. Жукова
 Обзор литературы – А.С. Шачнев, О.В. Жукова
 Редактирование – О.В. Жукова, Е.И. Касихина
 Утверждение окончательного варианта статьи – О.В. Жукова, Е.И. Касихина

Contribution of authors:

Concept of the article – Aleksandr S. Shachnev,
 Text development – Aleksandr S. Shachnev, Olga V. Zhukova, Elena I. Kasikhina
 Collection and processing of material – Aleksandr S. Shachnev, Olga V. Zhukova
 Literature review – Aleksandr S. Shachnev, Olga V. Zhukova
 Editing – Olga V. Zhukova, Elena I. Kasikhina
 Approval of the final version of the article – Olga V. Zhukova, Elena I. Kasikhina

Согласие пациентов на публикацию: пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

Basic patient privacy consent: patients signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторах:

Шачнев Александр Сергеевич, аспирант кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; dr.shachnev@gmail.com
Жукова Ольга Валентиновна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; главный врач, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17; klinderma@inbox.ru

Касихина Елена Игоревна, к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; врач-дерматовенеролог, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17; kasprof@bk.ru

Information about the authors:

Aleksandr S. Shachnev, Postgraduate Student of the Department of Dermatovenereology, Allergology and Cosmetology, Institute of Medicine, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklay St., Moscow, 117198, Russia; dr.shachnev@gmail.com
Olga V. Zhukova, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Dermatovenereology Allergology and Cosmetology, Institute of Medicine, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklaya St., Moscow, 117198, Russia; Chief Medical Officer, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 17, Leninskiy Ave., Moscow, 119071, Russia; klinderma@inbox.ru
Elena I. Kasikhina, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Dermatovenereology, Allergology and Cosmetology, Institute of Medicine, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklaya St., Moscow, 117198, Russia; Dermatologist, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 17, Lenin Ave., Moscow, 119071, Russia; kasprof@bk.ru