

## Эритродермическая форма атопического дерматита, осложненная вторичной инфекцией: обзор клинического наблюдения

© В.Н. ГРЕБЕНЮК, Н.Ф. ЗАТОРСКАЯ, И.В. ПОПОВ, А.А. ПУЗАНКОВА, Е.А. РОЖДЕСТВЕНСКАЯ

ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

### РЕЗЮМЕ

Атопический дерматит (АтД) — одно из самых распространенных заболеваний кожи. Более чем в половине случаев возникая в младенческом возрасте, в дальнейшем оно принимает хроническое рецидивирующее течение. Этот мультифакторный дерматоз реализуется под воздействием различных провоцирующих факторов. Важное место среди них занимают инфекции, в частности контаминантами бактериями, грибами и вирусами. Терапия таких осложненных атопических поражений кожи представляет собой сложную задачу и требует комплексного подхода.

Среди различных клинических проявлений АтД эритродермическая форма является редкой и довольно тяжелой, особенно при вторичном инфекционном осложнении. При этом возникают дополнительные диагностические трудности, в частности исключения возможности герпетиформной экземы Юлиусберга—Капоши, этиологически связанной с вирусом простого герпеса. Характерными для этого вирусного осложнения являются диссеминированные везикулезные, пустулезные и эрозивные высыпания, напряженные пузырьки с пупковидным вдавлением в центре элементов. Лихорадка до 38 °С сохраняется 3—5 дней.

В представленном клиническом наблюдении у подростка с эритродермической формой АтД, осложненной микробной инфекцией, обострение было купировано комплексной адекватной терапией, включающей преднизолон, цефазолин, реамберин и другие средства.

*Ключевые слова:* атопический дерматит, эритродермия, вторичная микробная инфекция.

Гребенюк В.Н. — <https://orcid.org/0000-0001-5488-1497>  
Заторская Н.Ф. — <https://orcid.org/0000-0002-3876-6517>  
Попов И.В. — <https://orcid.org/0000-0002-0459-4075>  
Пузанкова А.А. — <https://orcid.org/0000-0003-3333-2311>  
Рождественская Е.А. — <https://orcid.org/0000-0002-9973-5597>

### КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф., Попов И.В., Пузанкова А.А., Рождественская Е.А. Эритродермическая форма атопического дерматита, осложненная вторичной инфекцией: обзор клинического наблюдения. *Клиническая дерматология и венерология*. 2019;18(4):437-440. <https://doi.org/10.17116/klinderma201918041437>

## Erythrodermic atopic dermatitis, complicated by secondary infection: a review of clinical observations

© V.N. GREBENYUK, N.F. ZATORSKAYA, I.V. POPOV, A.A. PUZANKOVA, E.A. ROZDESTVENSKAYA

Moscow Research and Practical Center for Dermatovenereology and Cosmetology, Department of Healthcare, Moscow, Russia

### ABSTRACT

Atopic dermatitis (AD) is one of the most common skin diseases. More than half of the cases originate in infancy, and subsequently assume a chronic recurrent course. This multifactorial dermatitis presents as the result of various provoking factors. An important place among them is occupied by infections, in particular, by contaminant bacteria, fungi and viruses. Treatment of these complicated atopic skin lesions is a complex task and requires an integrated approach.

Among the various clinical manifestations of AD, the erythrodermic form is rare and rather severe, especially with a secondary infectious complication. In this instance, additional diagnostic difficulties arise, in particular, the ruling out of Kaposi-Juliusberg eczema herpeticum associated with the herpes simplex virus. Characteristics of this viral complication are disseminated vesicular, pustular and erosive rashes, and swollen cover with umbilicated lesions in the center of the elements. Fever up to 38 °C persists for 3—5 days.

In the presented clinical observation, of an adolescent with an erythrodermic form of atopic dermatitis complicated by microbial infection, the exacerbation was arrested with minimally complex therapy, including prednisolone, cephalosporin, reamberin and other means.

*Key words:* atopic dermatitis, erythroderma, secondary microbial infection.

Grebennyuk V.N. — <https://orcid.org/0000-0001-5488-1497>  
Zatorskaya N.F. — <https://orcid.org/0000-0002-3876-6517>  
Popov I.V. — <https://orcid.org/0000-0002-0459-4075>  
Puzankova A.A. — <https://orcid.org/0000-0003-3333-2311>  
Rozdestvenskaya E.A. — <https://orcid.org/0000-0002-9973-5597>

Автор, ответственный за переписку: Гребенюк В.Н. — e-mail: [oranta28@mail.ru](mailto:oranta28@mail.ru)

Corresponding author: Grebennyuk V.N. — e-mail: [oranta28@mail.ru](mailto:oranta28@mail.ru)

## TO CITE THIS ARTICLE:

Grebenyuk VN, Zatorskaya NF, Popov IV, Puzankova AA, Rozdestvenskaya EA. Erythrodermic atopic dermatitis, complicated by secondary infection: a review of clinical observations. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology = Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2019;18(4):437-440. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/kinderma201918041437>

Атопический дерматит (АтД), впервые возникая в младенческом возрасте в 60% случаев, нередко принимает рецидивирующее течение [1, 2]. Дерматоз является мультифакториальным заболеванием со сложным патогенезом, реализующимся под влиянием различных триггеров. Существенное место среди них принадлежит инфекционным процессам, обусловленным контаминационными бактериями, грибами, вирусами (*Staphylococcus aureus*, *Pityrosporum orbiculare*, *Herpes simplex virus* и т.д.) [1–3].

Клиническую картину отличает полиморфизм симптомов: везикулы, папулы, лихенизация, эксфолиация, корко-чешуйковые наслоения на фоне эритемы, располагающиеся преимущественно на лице, в локтевых сгибах и подколенных складках. Они часто носят распространенный характер, сопровождаются выраженным зудом, усиливающимся вечером и ночью, приводящим к расчесам, появлению эритематозных папул, микробной активации, мокнущим очагам и увеличению площади поражения [4, 5]. Развитие эритродермии является прямым показанием для госпитализации больного. При этом нередко возникают значительные трудности при дифференциальной диагностике и необходимости исключения другой, в том числе инфекционной, патологии. Терапия осложненных атопических поражений кожи также представляет собой сложную задачу и требует комплексного подхода [6].

Иллюстрацией этого может служить наблюдавшийся нами клинический случай тяжелой формы АтД, осложненного вторичной инфекцией, с развившейся эритродермией.

Пациент М., 14 лет, рожденный от третьей беременности, третьих родов, по возрасту развитый нормально. Отмечена наследственная отягощенность по атопии (у матери поллиноз, у старшей сестры пищевая аллергия). Со слов матери, высыпания на коже мальчика появились в младенческом возрасте, наблюдались у аллерголога (АтД). В последние годы процесс на коже носил хронический рецидивирующий характер. В феврале возникло обострение, связанное с погрешностями в питании во время пребывания во Вьетнаме (употреблял креветок, папайю). Подросток был госпитализирован в суточный стационар филиала МНПЦДК «Коломенский». Обострение носило распространенный воспалительный характер. Амбулаторное лечение (антигистаминные, топические глюкокортикостероиды, эмоленты) приносило временное улучшение.

*Status praesens objectivus*: общее состояние средней степени тяжести. Питание удовлетворительное. При исследовании органов патологии не выявлено. Перенесенные болезни: ОРВИ, ветряная оспа (2013 г.). Оперативные вмешательства: удаление кисты семенного протока (в 1,5 года), аденоэктомия (в 4 года).

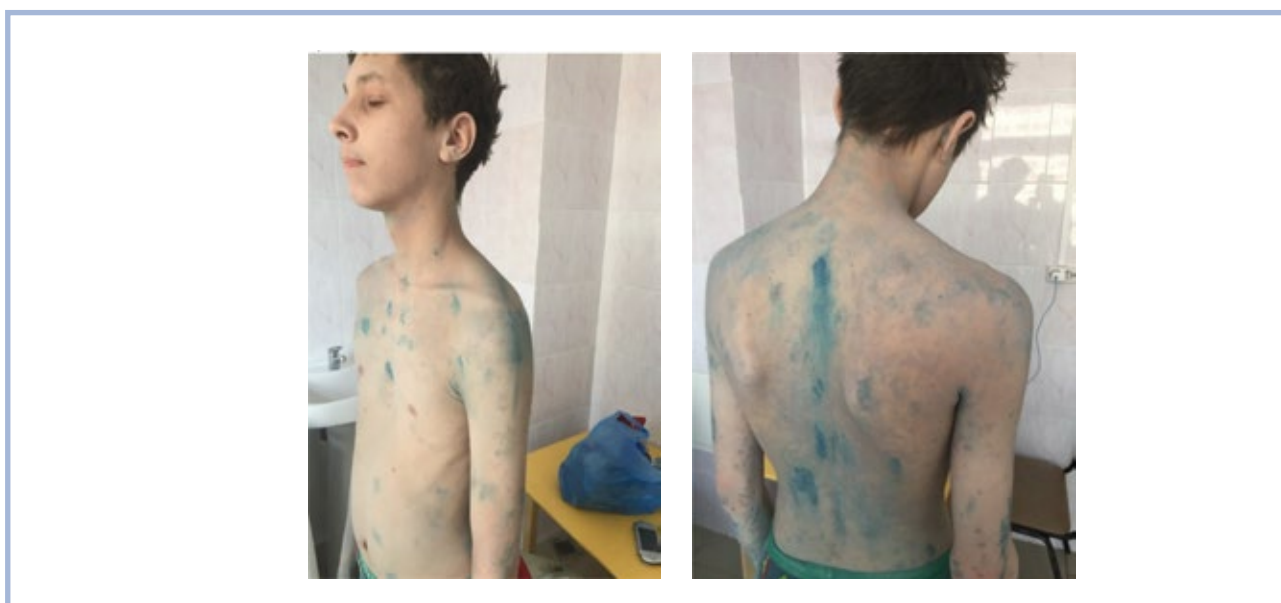
*Status localis*. При поступлении у подростка тотально поражены кожные покровы. Выражены зуд и болевой синдром. Положение в постели вынужденное. Температура тела субфебрильная. Высыпания локализованы на коже волосистой части головы, лица, ушных раковин, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей (рис. 1, а, б). Поражения кожи были множественными, особенно на лице, шее, спине, верхней части груди, в области локтевых, лучезапястных суставов, подколенных сгибов (см. рис. 1, в, г), где определялись пузырьки с вялой покрывкой и мутным содержимым на эритематозном фоне (см. рис. 1, д), а также сливные очаги диаметром до 12 см, массивные наслоения гнойно-геморрагических корок и обширные эрозивные участки с мокнутием. Дермографизм белый, стойкий. При лабораторном исследовании отмечено увеличение незрелых форм полиморфно-ядерных лейкоцитов до 8% (при уровне лейкоцитов  $7,1 \cdot 10^9/\text{л}$ ). Остальные показатели биохимического и клинического анализов крови и мочи были в пределах нормальных значений.

Этот клинический случай, несомненно, представлял немалые диагностические трудности. Стоял вопрос о возможности герпетиформной экземы Юлиусберга—Капоши, этиологически связанной с вирусом простого герпеса и часто ассоциированной с АтД. Характерными при этом являются диссеминированные везикулезные и пустулезные высыпания, затем эрозии, конгломераты везикул с напряженной покрывкой, часто с пупковидным вдавлением в центре элементов; лихорадка до  $38^\circ\text{C}$  сохраняется несколько дней. При лечении пациентов важное значение имеет своевременное назначение комплексной терапии. При ПЦР-исследовании отделяемого с элементов сыпи ДНК вирусов простого герпеса не обнаружено. После оценки анамнестических, клинико-лабораторных данных был выставлен диагноз «распространенный атопический дерматит, осложненный вторичной микробной инфекцией».

Проведена комплексная терапия: преднизолон (50 мг/сут внутримышечно 2 дня, далее 30 мг/сут еще 2 дня), цефазолин (1,0 г 2 раза в сутки курсом 10 дней), реамберин (400 мл внутривенно капельно, №10), глю-



**Рис. 1.** Атопический дерматит, осложненный вторичной инфекцией, эритродермическая форма у пациента М., 14 лет.  
**Fig. 1.** Atopic dermatitis complicated by secondary infection, erythrodermic form in patient M., 14 years old.



**Рис. 2.** Тот же больной атопическим дерматитом, осложненным микробной инфекцией, после 10-дневного курса лечения.  
**Fig. 2.** Same patient with atopic dermatitis complicated by microbial infection after 10 days of treatment.

конат кальция 10% (8 мл внутримышечно, №10), хлоропирамин (1 мл внутримышечно вечером №10, далее перорально 25 мг/сут курсом 10 дней); наружно 1% метиленовый синий, 2% нафталановая паста, 5% паста АСД. ФЗТ: ПЕМП 4МЛТ-50 Герц — 15 мин.

После 10 дней лечения больной был выписан из стационара в стадии, близкой к клинической ремиссии (рис. 2).

Данный подросток страдал АД с раннего возраста. Заболевание носило хронический рецидивирующий характер. Обострения обычно не имели связи с четко определенными эндо- или экзогенными факторами. Последнее обострение было ассоци-

ровано с алиментарными причинками. Мальчик поступил в стационар в состоянии средней тяжести эритродермии, осложненной вторичной инфекцией, и представлял определенные диагностические трудности. Проведенная адекватная комплексная терапия позволила достичь состояния, близкого к клинической ремиссии, в отведенные стандартами сроки. Даны рекомендации по амбулаторному поддерживающему лечению: гипоаллергенная диета, хифенадин, флуконазол 150 мг №1; наружно 5% паста АСД, крем Унны, эмолиенты, наблюдение педиатра.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflict of interest.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. *Atopic dermatitis*. *Materia Medica*. 2000:7-78.
2. Fitzpatrick JE, Aeling JL. *Dermatology secrets*. 1999:64-71.
3. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 2012, V1:155-168.
4. Hanifin JM, Rakja G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Dermatol. Venereol*. 1980;92:44.
5. Zeung DY, Bieber T. Atopic dermatitis. *Lancet*. 2003;361:151.
6. Romanenko JM, Roolaga VV, Afonin CL. *Treatment dermatol and venereol. diseases*. *Med Inform Agency* 2006:316-326.

Поступила в редакцию 04.06.18

Received 04.06.18

Принята к печати 06.07.19

Accepted 06.07.19





# Никсар®

## Биластин

Наседативный антигистаминный препарат, предназначенный для облегчения симптомов сезонного и круглогодичного аллергического риноконъюнктивита и крапивницы<sup>1</sup>



RU 100-01-2016 от 09.09.2016

## Никсар улучшает качество жизни<sup>2-4</sup>

Важные исследования по эффективности и безопасности биластина при лечении аллергии:

**1** FDA. *Beclomethasone Dipropionate Formulation*. 2016.

**2** Grewal G, et al. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* (2016) 137(5) 1507-1514. **3** Grewal G, et al. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* (2016) 137(5) 1507-1514. **4** Grewal G, et al. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* (2016) 137(5) 1507-1514.

**5** Grewal G, et al. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* (2016) 137(5) 1507-1514. **6** Grewal G, et al. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* (2016) 137(5) 1507-1514. **7** Grewal G, et al. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* (2016) 137(5) 1507-1514.

**8** Grewal G, et al. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* (2016) 137(5) 1507-1514. **9** Grewal G, et al. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* (2016) 137(5) 1507-1514.

<sup>1</sup> Nixsar® (то же самое название, которое имеет оригинал Nixsar®) от 14.07.2016  
<sup>2</sup> Grewal G et al. *J Allergy Clin Immunol* 2016; 137(5):1507-1514  
<sup>3</sup> Grewal G, et al. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* (2016) 137(5) 1507-1514  
<sup>4</sup> Grewal G, et al. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* (2016) 137(5) 1507-1514

ООО «Никсар-Медиа». Москва, ул. Мещеряковская, д. 10, стр. 1  
Москва, Пресненский район, ул. Мещеряковская, д. 10, стр. 1  
«Никсар-Медиа», ООО. Тел: +7 (495) 740-01-01  
Факс: +7 (495) 740-01-01. [www.nixsar.com](http://www.nixsar.com)

