

# Нуммулярная экзема у детей и взрослых: клиническая картина и дифференцированный подход к терапии

Д.В. Прошутинская<sup>1</sup>, П.А. Скрипкина<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России  
107076, Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 6

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»  
Минздрава России  
117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1

В статье освещены современные представления о патогенезе и лечении нуммулярной экземы, описаны различия клинической картины заболевания у детей и взрослых.

Ключевые слова: **нуммулярная экзема, атопический дерматит, тридерм.**

Контактная информация: [diana.dika@mail.ru](mailto:diana.dika@mail.ru). Вестник дерматологии и венерологии 2015; (6): 85—88.

# Nummular eczema in children and adults: clinical picture and differential therapy approaches

D.V. Proshutinskaia<sup>1</sup>, P.A. Skripkina<sup>2</sup>

<sup>1</sup> State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Healthcare of the Russian Federation  
Korolenko str., 3, bldg 6, Moscow, 107076, Russia

<sup>2</sup> The Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov (RNRMU)  
Ostrovityanova str., 1, Moscow, 117997, Russia

The article deals with present-day ideas on pathogenesis and treatment of Nummular eczema, differences between clinical picture of the disease with children and adults.

Key words: **nummular eczema, atopic dermatitis, triderm.**

Corresponding author: [diana.dika@mail.ru](mailto:diana.dika@mail.ru). Vestnik Dermatologii i Venerologii 2015; 6: 85—88.

■ **Нуммулярная экзема** (син. монетовидная экзема) впервые была описана Rayer в 1845 г. Термин «нуммулярная экзема» введен в 1857 г. Devergie [1]. Как правило, заболевание развивается у взрослых. Дерматоз представляет собой воспалительное заболевание кожи, характеризующееся множественными монетовидными экзематозными очагами, преимущественно располагающимися на туловище и конечностях, сопровождающимися выраженным зудом. Нуммулярной экземой страдают чаще взрослые, преимущественно мужчины. Природа заболевания окончательно не выяснена. Более ранними работами было показано, что у взрослых пациентов в большинстве случаев сочетания нуммулярной экземы с какими-либо проявлениями атопии не отмечается [2, 3]. Современными исследованиями, напротив, отмечено частое сочетание типичных очагов нуммулярной экземы у больных, имеющих атопический дерматит или отягощенный по атопии наследственный анамнез, в 50 и 38% случаев соответственно [4, 5]. Кроме того, важными факторами, участвующими в патогенезе, являются выраженная сухость кожи и ассоциированная бактериальная и, возможно, грибковая инфекция [6]. Также обсуждается роль контактной сенсибилизации [7, 8], системных медикаментозных средств, алкоголя [5, 9], очагов хронической инфекции [10]. Клинически заболевание проявляется четко ограниченными шелушащимися экзематозными бляшками с мокнутием и везикуляцией. Нередко наблюдается присутствие корок медово-желтого цвета, указывающих на вторичную импетигнизацию. *Staphylococcus aureus* относится к наиболее часто встречающимся при данном дерматозе возбудителям. Заболевание начинается, как правило, с нескольких отдельных очагов на нижних конечностях (рис. 1) с последующим распространением высыпаний на туловище. Нуммулярная экзема является хронически рецидивирующим и трудно поддающимся терапии дерматозом.

В детской практике **нуммулярная экзема** встречается нечасто. Наблюдается, как правило, у детей старшего возраста. Средний возраст начала заболевания пять лет [11]. По данным авторов, нуммулярная экзема отмечается примерно у 11% детей, больных атопическим дерматитом, и 15% детей, имеющих наследственный отягощенный по атопии анамнез [12]. Представляет собой хронически протекающее заболевание, чаще всего с длительно персистирующими, трудно поддающимися терапии очагами высыпаний. Отмечается значительное ухудшение состояния в зимнее время.

Для нуммулярной экземы детского возраста характерны четко ограниченные экзематозные бляшки на коже туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся интенсивным зудом. Очаги обычно представлены выраженной инфльтрацией, в пределах которой могут быть эрозии и мокнутие (влажная



Рис. 1. Очаги нуммулярной экземы с характерной локализацией на передней поверхности голени у мужчины (наблюдение И.А. Каппушевой)

форма) либо интенсивное шелушение (сухая форма). Данной форме заболевания у пациентов нередко сопутствует как обострение очагов хронической инфекции в организме, так и локальная бактериальная суперинфекция очагов. Известно, что кожа детей, страдающих атопическим дерматитом, в большей степени колонизирована *Staphylococcus aureus*, чем кожа здоровых. По различным данным, соотношение 40—93% против 24—30% соответственно [13—17]. Активному размножению патогенной микрофлоры способствуют нарушение эпидермального барьера кожи вследствие мутаций ответственных генов, в первую очередь гена филагрина [18], выраженная сухость и повреждение кожи вследствие расчесов, снижение синтеза антимикробных пептидов [19]. При этом выраженность микробной колонизации в очагах коррелирует со степенью тяжести заболевания [20]. Хроническое, упорное течение нуммулярной экземы не в последнюю очередь связано и с активностью бактериальной микрофлоры.

Учитывая патогенетическую общность атопического дерматита и нуммулярной экземы, лечение последней рекомендуется проводить в соответствии со стандартами лечения атопического дерматита. Основными препаратами выбора являются топические кортикостероиды средней и высокой степени активности. Базовой терапией остается регулярное применение наружных увлажняющих и оживляющих средств. Особое внимание следует уделять мягкому очищению кожи с использованием специальных средств. При выраженном зуде назначаются антигистаминные препараты. Активность патогенной микрофлоры и наличие клинических признаков бакте-

риального инфицирования в очагах диктуют применение системных и топических антибиотиков, в том числе в составе комбинированных препаратов, содержащих кортикостероидный, антибактериальный и противогрибковый компоненты.

Приводим **клинический случай** нуммулярной экземы у ребенка.

Мальчик 9 лет, родители которого обратились с жалобами на наличие у ребенка зудящих высыпаний на коже предплечий и голеней. An. morbi: со слов родителей, около трех лет назад у ребенка впервые появились четко очерченные округлые очаги высыпаний с мокнутием, сопровождающиеся интенсивным зудом. Родители к дерматологу не обращались. Самостоятельно применяли внутрь антигистаминные препараты, наружно анилиновые красители и ванны с антисептическими средствами, крем с маслом чайного дерева. По рекомендации педиатра нерегулярно курсами по 2—3 дня — топические кортикостероидные средства. На фоне лечения отмечалась незначительная положительная динамика. В летний период времени состояние заметно улучшалось. В течение последних шести месяцев отмечается прогрессирующее ухудшение. С целью уточнения диагноза и тактики терапии обратились на прием к детскому дерматологу в ФГБУ «ГНДЦК» Минздрава России.

**An. vitae:** ребенок от I беременности, протекавшей без патологии, I срочных родов. Ребенок с рождения находился на искусственном вскармливании. Прикормы вводились по рекомендации педиатра. Аллергологический анамнез: пищевая сенсibilизация (шоколад, конфеты), со слов родителей.

Наследственный анамнез: бронхиальная астма у родной тети по материнской линии.

**St. localis:** при осмотре ребенка кожный патологический процесс носит распространенный симметричный характер с поражением разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей. Представлен множественными округлыми «монетовидными» очагами диаметром от 1,0 до 2,0 см, в пределах которых мокнутие, серозно-гнойные корочки, трещины, геморагии, эксфолиации (рис. 2, 3). Отмечается сухость кожи. На разгибательных поверхностях плеч и предплечий фолликулярный гиперкератоз.

При лабораторном обследовании общие клинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови — без патологических отклонений, уровень сывороточного иммуноглобулина E не повышен.

Несмотря на то что у ребенка не наблюдалась типичная локализация высыпаний в сгибах конечностей, наличие зуда и отягощенного по atopии анамнеза, а также сухости кожи и фолликулярного кератоза свидетельствуют в пользу диагноза atopического дерматита. В то же время клиническая картина «монетовидных» очагов с мокнутием и серозно-гнойным

отделяемым характерна для проявления atopического дерматита по типу нуммулярной экземы, осложненной вторичной бактериальной инфекцией.

Пациенту было назначено лечение: цетиризин в суточной дозе 5 мг в течение 10 дней, наружно крем «Тридерм» 2 раза в день до исчезновения клинических признаков бактериальной инфекции. Входящие в состав оригинального препарата «Тридерм» компоненты — бетаметазона дипропионат, клотримазол и гентамицин обеспечивают комплексное воздействие на иммунное воспаление и микробные агенты, участвующие в дополнительной сенсibilизации при нуммулярной экземе.

После регресса серозно-гнойного компонента лечение было продолжено монокомпонентным топическим кортикостероидным препаратом по интер-



Рис. 2. Типичный очаг нуммулярной экземы с четкими границами



Рис. 3. Множественные «монетовидные» высыпания на предплечье

миттирующей схеме с регулярным применением наружных увлажняющих средств.

### Заключение

Приведенное собственное клиническое наблюдение свидетельствует в пользу такой клинической формы атопического дерматита у детей, как нуммулярная экзема.

Учитывая немаловажную роль патогенной микрофлоры при данном типе высыпаний, а также частое наличие бактериальных осложнений, в лечение нуммулярной экземы как у взрослых, так и у детей на первых этапах целесообразно включать комбинированные топические кортикостероиды с антибактериальным компонентом. ■

## Литература

1. Soter N.A. Nummular eczema and lichen simplex chronicus/prurigo nodularis. In: Freedberg I.M., Eisen A.Z., Wolff K., Austen K.F., Goldsmith L.A., Katz S.I., editors. Fitzpatrick's Dermatology in general medicine. 6th ed. New York: Mc Graw-Hill; 2003; 1194—6.
2. Cowan M.A.: Nummular eczema: A review, followup and analysis of a series of 325 cases. Acta Derm Venereol 41: 453—460, 1961.
3. Hellgren L., Mobacken H.: Nummular eczema—clinical and statistical data. Acta Derm Venereol 49: 189—196, 1969.
4. Kulthanan K., Boochangkool K., Tuchinda P., Chularojanamontri L. Clinical features of the extrinsic and intrinsic types of adult-onset atopic dermatitis. Asia Pac Allergy 2011; 1: 80—6.
5. Jiamton S.<sup>1</sup>, Tangjaturonrusamee C., Kulthanan K. Clinical features and aggravating factors in nummular eczema in Thais. Asian Pac J Allergy Immunol 2013 Mar; 31 (1): 36—42.
6. Aoyama H. et al: Nummular eczema: An addition of senile xerosis and unique cutaneous reactivities to environmental aeroallergens. Dermatology 199; 135—139, 1999.
7. Fleming C., Parry E., Forsyth A., Kemmett D. Patch testing in discoid eczema. Contact Dermatitis 1997; 36: 261—4.
8. Adachi A., Horikawa T., Takashima T., Ichihashi M. Mercuryinduced nummular dermatitis. J Am Acad Dermatol 2000; 43: 383—5.
9. Bettoli V., Tosti A., Varotti C. Nummular eczema during isotretinoin treatment. J Am Acad Dermatol 1987; 16: 617.
10. Tanaka T., Satoh T., Yokozeki H. Dental infection associated with nummular eczema as an overlooked focal infection. J Dermatol 2009; 36: 462—465.
11. Krol A., Krafchik B. The differential diagnosis of atopic dermatitis in childhood. Dermatol Ther 19: 73—82, 2006.
12. Carr R.D., Berke M., Becker S.W. Incidence of Atopy in the General Population. Arch Dermatol. 1964; 89: 27—32.
13. Suh L., Coffin S., Leckerman K.H. et al. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus colonization in children with atopic dermatitis. Pediatr Dermatol 2008; 25 (5): 528—34.
14. Tang C.S., Wang C.C., Huang C.F. et al. Antimicrobial susceptibility of Staphylococcus aureus in children with atopic dermatitis. Pediatr Int 2011; 53 (3): 363—7.
15. Balma-Mena A., Lara-Corrales I., Zeller J. et al. Colonization with communityacquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus in children with atopic dermatitis: a cross-sectional study. Int J Dermatol 2011; 50 (6): 682—8.
16. Hoeger PH, Ganschow R, Finger G. Staphylococcal septicemia in children with atopic dermatitis. Pediatr Dermatol 2000; 17 (2): 111—4.
17. Nakamura M.M., Rohling K.L., Shashaty M. et al. Prevalence of methicillin-resistant Staphylococcus aureus nasal carriage in the community pediatric population. Pediatr Infect Dis J 2002; 21 (10): 917—22.
18. Sandilands A., Terron-Kwiatkowski A., Hull P.R. et al. Comprehensive analysis of the gene encoding filaggrin uncovers prevalent and rare mutations in ichthyosis vulgaris and atopic eczema. Nat Genet 2007; 39: 650—4.
19. Nomura I., Goleva E., Hovell M. et al. Cytokine milieu of atopic dermatitis, as compared to psoriasis, skin prevents induction of innate immune response genes. J Immunol 2003; Vol. 15: 3262—3269.
20. Breuer K., Kapp A., Werfel T. Bacterial infections and atopic dermatitis. Allergy 2001; 56 (11): 1034—41.

об авторах:

Д.В. Прошутинская — д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения детской дерматологии ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва

П.А. Скрипкина — к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

### Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье