

Подходы к терапии рецидивирующей экземы в практике врача-терапевта (клинический пример)

Д. А. Хавкина, П. В. Чухляев, Т. А. Руженцова

ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Г. Н. Габричевского» Роспотребнадзора, Москва

РЕЗЮМЕ

В среднем от 2 до 5% взрослого населения в мире страдает от рецидивирующей экземы. Лечение нередко оказывается безрезультативным, несмотря на подбор терапии в соответствии с имеющимися рекомендациями. В числе основных методов лечения экземы – длительная антигистаминная и противовоспалительная терапия. В последние годы все чаще для купирования кожных проявлений различной патологии применяют энтеросорбенты. В статье представлен клинический случай рецидивирующей экземы. Несмотря на лечение длительностью более 5 лет, пациент наблюдал лишь кратковременный эффект от терапии. Причиной непрерывного течения экземы оказалось нерациональное питание с недостатком жирорастворимых витаминов А и Е. Коррекция диеты с применением сорбента на основе травы *Zostera marina* позволила достичь значительного улучшения и ремиссии заболевания.

Выводы. 1) В случаях продолжительного сохранения симптоматики экземы, при резистентности к стандартным алгоритмам терапии, для определения схемы лечения требуется провести тщательный анализ анамнестических данных. 2) Отказ пациентов от определенных видов пищи может приводить к гиповитаминозу, что сопровождается кожными симптомами. 3) В случаях с недостаточным употреблением продуктов, содержащих жирорастворимые витамины, назначение ретинола, токоферола ацетата и витамина D₃ способствует быстрому и эффективному улучшению состояния кожного покрова. Препараты, произведенные из морской травы *Zostera marina*, способствуют улучшению пищеварения, сорбируют и выводят нежелательные биологически активные вещества, снижая выраженность и купируя кожные проявления.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *Zostera marina*, токоферола ацетат, витаминотерапия, экзема, ретинол.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Approaches to treatment of recurrent eczema in practice of general practitioner (clinical example)

D. A. Khavkina, P. V. Chukhlaev, T. A. Ruzhentsova

Moscow Research Institute of Epidemiology and Microbiology n.a. G. N. Gabrichevsky, Moscow, Russia

SUMMARY

The article presents a clinical case of recurrent eczema. Despite treatment lasting more than 5 years, the patient observed only a short-term effect of the therapy. The cause of the continuous course of severe eczema was malnutrition and hypovitaminosis of vitamins A and E, due to a lack of fish and seafood in the diet. Despite the relatively rare occurrence of eczema in the outpatient practice of a general practitioner, on average from 2 to 5% of the adult population in the world suffers from this disease. Among the main methods of treating eczema is long-term antihistamine and anti-inflammatory therapy. However, these methods of treatment are not always enough. The reason for the continuous course of eczema was irrational nutrition with a lack of fat-soluble vitamins A and E. Correction of the diet using a sorbent based on the herb *Zostera marina* allowed to achieve significant improvement and remission of the disease.

Conclusions. 1) A thorough analysis of anamnestic data is required to determine the treatment regimen in cases of prolonged persistence of eczema symptoms, with resistance to standard therapy algorithms. 2) Patient's refusal of certain types of food can lead to hypovitaminosis, which is accompanied by skin symptoms. 3) The appointment of retinol, tocopherol acetate and vitamin D₃ will contribute to a rapid and effective improvement of the condition of the skin in cases with insufficient consumption of products containing fat-soluble vitamins. Preparations made from the sea grass *Zostera marina* help to improve digestion, sorb and remove unwanted biologically active substances, reducing the severity and relieving skin manifestations.

KEY WORDS: *Zostera marina*, tocopherol acetate, vitamin therapy, eczema, retinol.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Введение

В среднем от 2 до 5% взрослого населения в мире страдает от рецидивирующей экземы. Отмечено, что тяжелые рецидивирующие формы атопии чаще встречаются у взрослых. Высокая частота присоединения патогенной флоры на месте расчесов, неконтролируемая экспрессия иммуноглобулина Е существенно ухудшают качество жизни пациентов и провоцируют формирование длительных астено-депрессивных состояний [1].

Согласно определению, экзема – это хроническое рецидивирующее заболевание кожи неинфекционного генеза, проявляющееся зудом, покраснением и мелкой сыпью, часто в виде везикул с жидкостью. Однозначного

мнения о причинах возникновения этого заболевания в настоящее время нет. Однако ряд таких факторов, как генетическая предрасположенность, особенности питания, дефицит витаминов, антропогенные и природные факторы окружающей среды, способны провоцировать старт и в дальнейшем усиливать клинические проявления, оказывая сенсибилизирующее действие. Клиническая картина экземы полиморфна, что стало основанием для классификации в зависимости от особенностей начала и течения: истинная, микробная, себорейная, детская, профессиональная. Экзема может протекать остро, остро или хронически.

Дифференциальная диагностика экземы и различных видов атопии основана на исключении паразитарной инвазии, большого ряда неинфекционных дерматологических заболеваний, а также инфекционного генеза – простого герпеса первого и второго типа, цитомегаловирусной инфекции, вируса Эпштейна – Барр.

Лечение экземы включает применение местных мазей с противовоспалительным компонентом, при необходимости – с антибактериальными свойствами, системных антигистаминных препаратов, сорбентов для снижения сенсibilизации организма продуктами распада возможных аллергенов, диетотерапии. При тяжелом течении с выраженными проявлениями, отсутствии эффекта от местной и системной терапии первого ряда применяют глюкокортикостероидные лекарственные средства системного действия [2–6]. Однако не всегда стандартное лечение приводит к желаемому результату, требуется дополнительный поиск причин и новых подходов для купирования симптоматики, что наглядно демонстрирует представленный клинический случай.

Клинический случай

Пациент Р., 32 лет, обратился за амбулаторной помощью в клинко-диагностический центр ФБУН «МНИИЭМ имени Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора. Пациентом было подписано информированное согласие на получение медицинской помощи с возможностью использования обезличенных сведений из медицинской документации в научных целях и для публикаций в печати. Жалобы: на зуд, появление пузырьков с серозным содержимым, гиперемии, нередко появление элементов сыпи и эрозий за пределами зоны привычной локализации. Пациент отмечал высыпания не только на кистях рук, но и на коленях, и на спине.

Из анамнеза: жалобы беспокоят более 5 лет. Пациент состоит на учете в кожно-венерологическом диспансере. Диагноз: «L30.8 Другой уточненный дерматит. Хроническая распространенная экзема». По данным выписного эпикриза, курсами, не менее трех раз в год, получает внутривенно капельно кальция глюконат 1000 мг в сутки, натрия хлорид 0,9% 250 мл в течение 5 дней через день, хлоропирамин 20 мг внутримышечно 9 дней; дипроспан 2,0 внутримышечно раз в неделю, местно – бетаметазон + гентамицин + клотримазол 0,025% + 0,100% + 1,000% два раза в сутки утром и вечером. После окончания курса терапии отмечает некоторое улучшение в течение недели, а затем вновь усиление выраженности симптомов до прежнего уровня.

Дополнительно был собран подробный анамнез и проведен анализ пищевого поведения. В ходе опроса выяснилось, что в рационе питания отсутствовали рыба и морепродукты вследствие индивидуальной непереносимости, но в избытке пациент употреблял мясо диких пород животных и птиц. При этом количество клетчатки в виде овощей и фруктов было явно недостаточным. В составе блюд преобладали крупы – киноа, булгур, кускус. Молочные продукты, кондитерские изделия, жареное и алкоголь в течение длительного времени не употреблял.



Рисунок 1. Состояние кожного покрова пациента Р. на момент обращения в КДЦ ФБУН «МНИИЭМ имени Г.Н. Габричевского».

Объективно: распространенные сливающиеся очаги гиперемии и десквамации эпителия на спине, на наружной и внутренней поверхностях кистей обеих рук, в проекции коленных суставов. Первичные морфологические элементы в зоне высыпаний представлены пятнами, местами – пузырьками с серозным содержимым, по ходу расчесов – язвочками без присоединения инфекции и гнойного отделяемого, с признаками шелушения в местах очень выраженной сухости эпидермиса. Состояние кожного покрова на момент обращения показано на фото (рис. 1).

По результатам лабораторной диагностики, показатели биохимического анализа крови – в пределах нормы, клинического анализа крови – в пределах референсных значений, уровни IgE, IgA, IgG не превышают верхних пределов референсных значений. Антитела к вирусу простого герпеса первого и второго типа, вирусу Эпштейна – Барр, цитомегаловирусу не обнаружены. Уровень антинуклеарного фактора также не превышает границы референсных значений. По результатам дополнительного обследования была исключена целиакия.

Проведенная терапия

С учетом отсутствия лабораторных данных об активном воспалительном процессе при наличии выраженной клинической картины, было принято решение о поиске альтернативных путей терапии.

Пациенту был назначен курс сорбента, обладающего сочетанием энтеросорбирующих и гемосорбирующих свойств, на основе морской травы *Zostera marina* (Зостерин-Ультра 60%) для выведения возможных продуктов метаболизма поступающих питательных веществ, включая глютен. Было рекомендовано принимать по одному пакету 0,5 г на 0,5 стакана теплой воды в течение 10 дней на ночь. Дополнительно были назначены витамины А и Е



Рисунок 2. Состояние кожного покрова пациента Р. после курса терапии.

(Аевит в капсулах с содержанием в одной капсуле ретинола пальмитата 100000 МЕ и альфа-токоферола ацетата 0,1 г) по две капсулы два раза в день во время еды в течение 14 дней, витамин D (500 МЕ в одной капле) по 10 капель в течение 14 дней. Наружно было рекомендовано использовать мази на основе цинка.

В питании было рекомендовано увеличить содержание клетчатки (употреблять больше овощей и фруктов без расширения разнообразия), исключить мясо диких животных и птиц.

При повторном осмотре через 14 дней, после завершения курса терапии, было отмечено значительное улучшение состояния кожных покровов (рис. 2).

Пациент отметил отсутствие зуда, отсутствие новых высыпаний, выраженное снижение сухости кожи, отсутствие шелушения, заживление ранее появившихся язв и улучшение качества жизни. Рекомендовано курсовое применение витаминотерапии и сорбентов на основе морской травы, соблюдение сбалансированной диеты.

Обсуждение

Как демонстрирует этот клинический случай, поиск и применение альтернативных путей терапии при

применении обоснованных комбинированных схем приводит к достижению значительных результатов. Выраженные изменения кожных покровов у пациента не сопровождались лабораторными признаками воспалительного процесса и системных проявлений. Следует отметить, что длительные или частые повторные курсы препаратов из группы глюкокортикостероидов, особенно при пероральном или парентеральном применении, а также антигистаминные средства способны маскировать процесс сенсибилизации организма, затрудняя диагностику и лечение основного заболевания. В таких ситуациях основой для выявления причин, способствующих прогрессированию заболевания, и для определения оптимальных путей терапии традиционно остаются тщательный сбор анамнеза и его правильная оценка. В представленном клиническом примере, несмотря на высокий социальный статус пациента, его приверженность лечению, основным фактором, способствующим проявлениям экземы, стало нерациональное питание. Ранее выработанные пищевые привычки с тенденцией к однообразной пище в сочетании с тщательным соблюдением рекомендаций по соблюдению гипоаллергенной диеты привели к развитию гиповитаминоза. В результате строгая диета только усугубляла дефицит, а активная противовоспалительная терапия, по-видимому, способствовала ухудшению состояния слизистой оболочки пищеварительного тракта и ухудшению пищеварительной функции.

Ретинол (витамин А) и токоферола ацетат (витамин Е) обеспечивают восстановление кожного покрова, обладают общеукрепляющим, тонизирующим, увлажняющим и заживляющим действием на кожу. Энтеросорбент Зостерин-Ультра 60 %, произведенный из травы *Zostera marina*, обладает не только энтеросорбирующими, но и гемосорбирующими свойствами. Разветвленная молекула пектина, входящего в состав этого препарата, способствует улучшению пищеварения, полноценному расщеплению и усвоению питательных веществ, стимулирует процессы регенерации эпителия кишечника, при этом выводит токсины. Это позволяет с успехом использовать препарат при лечении различных патологических процессов, в основе которых могут лежать нарушения функции желудочно-кишечного тракта, а также системные проявления интоксикационного и воспалительного синдромов [7, 8].

Выводы

1. В случаях продолжительного сохранения симптоматики экземы, при резистентности к стандартным алгоритмам терапии, для определения схемы лечения требуется провести тщательный анализ анамнестических данных.
2. Отказ пациентов от определенных видов пищи может приводить к гиповитаминозу, что сопровождается кожными симптомами.
3. В случаях с недостаточным употреблением продуктов, содержащих жирорастворимые витамины, назначение ретинола, токоферола ацетата и вита-

мина D₁ способствует быстрому и эффективному улучшению состояния кожного покрова. Препараты, произведенные из морской травы *Zostera marina*, способствуют улучшению пищеварения, сорбируют и выводят нежелательные биологически активные вещества, снижая выраженность и купируя кожные проявления.

Список литературы / References

1. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015; Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс. 2016. 768 с.
Federal Clinical Guidelines. Dermatovenereology 2015; Skin Diseases. Sexually transmitted infections. 5th ed., reprint. and add. Moscow: Delovoi express. 2016. 768 pp.
2. Barnes P. J. Molecular mechanisms of corticosteroids in allergic diseases. *Allergy*. 2001; 56 (S 10): 928–936. DOI: 10.1034/j.1398-9995.2001.00001.x.
3. Barnes P. J. Optimizing the anti-inflammatory effects of corticosteroids. *Eur Resp Rev*. 2001; 11 (78): 15–22.

4. Apfelbacher C. J., Zuuren E. J., Fedorowicz Z., Jupiter A., Mattem U., Weishaar E. Oral H1 antihistamines as monotherapy for eczema. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; 2: CD007770. Published online. DOI: 10.1002/14651858.CD007770.pub2.
5. Halometasone 0.05% Cream in Eczematous Dermatoses. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2013; 6 (11): 39–44. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3848651>
6. Pantling L. Topical treatments. *Cambridgeshire Community Services NHS Trust*. 2013; 28 (12): 61. DOI: 10.7748/ns2013.11.28.12.61.s51.
7. Руженцова Т. А., Хавкина Д. А., Чухляев П. В., Гарбузов А. А., Мешкова Н. А. Особенности экзантем при COVID-19 у взрослых. Эпидемиология и инфекционные болезни: актуальные вопросы. 2020; 10 (4): 93–95. DOI: 10.18565/epidem.2020.4.93–95.
Ruzhentsova T. A., Khavkina D. A., Chukhlyayev P. V., Garbuzov A. A., Meshkova N. A. Features of exanthemes in COVID-19 in adults. *Epidemiology and infectious diseases: topical issues*. 2020; 10 (4): 93–95. DOI: 10.18565/epidem.2020.4.93–95.
8. Руженцова Т. А., Горелов А. В., Плоскирева А. А., Усенко Д. В. Стартовая терапия острой диареи у детей. *РМЖ*. 2015; 23 (14): 830–833.
Ruzhentsova T. A., Gorelov A. V., Ploskireva A. A., Usenko D. V. Initial therapy of acute diarrhea in children. *Russian Medical Journal*. 2015; 23 (14): 830–833.

Статья поступила / Received 05.10.2021

Получена после рецензирования / Revised 20.10.2021

Принята к публикации / Accepted 28.10.2021

Сведения об авторах

Хавкина Дарья Александровна, м.н.с. клинического отдела.
E-mail: havkina@gmail.com. ORCID: 0000-0001-5919-9841

Чухляев Павел Владимирович, м.н.с. научного клинико-диагностического отдела. E-mail: pafachka@gmail.com. ORCID: 0000-0003-1210-1215

Руженцова Татьяна Александровна, д.м.н., проф., зам. директора по клинической работе. E-mail: ruzhencova@gmail.com. ORCID: 0000-0002-6945-2019

ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Г. Н. Габричевского» Роспотребнадзора, Москва

Автор для переписки: Хавкина Дарья Александровна. E-mail: havkina@gmail.com

About authors

Khavkina Daria A., junior researcher at Clinical Dept. E-mail: havkina@gmail.com. ORCID: 0000-0001-5919-9841

Chukhlyayev Pavel V., junior researcher at Scientific Clinical and Diagnostic Dept. E-mail: pafachka@gmail.com. ORCID: 0000-0003-1210-1215

Ruzhentsova Tatiana A., DM Sci (habil.), professor, deputy director for clinical work³. E-mail: ruzhencova@gmail.com. ORCID: 0000-0002-6945-2019

Moscow Research Institute of Epidemiology and Microbiology n.a. G. N. Gabrichevsky, Moscow, Russia

Corresponding author: Khavkina Daria A. E-mail: havkina@gmail.com

Для цитирования: Хавкина Д. А., Чухляев П. В., Руженцова Т. А. Подходы к терапии рецидивирующей экземы в практике врача-терапевта (клинический пример). Медицинский алфавит. 2021; (32): 26–29. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-32-26-29>

For citation: Khavkina D. A., Chukhlyayev P. V., Ruzhentsova T. A. Approaches to treatment of recurrent eczema in practice of general practitioner (clinical example). *Medical alphabet*. 2021; (32): 26–29. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-32-26-29>



ЗОСТЕРИН-УЛЬТРА линейка сорбентов

ВЕСНА

Снимает
симптомы аллергии
и интоксикации



ЗИМА

Облегчает
течение ОРВИ и гриппа



ЛЕТО

Снимает
симптомы пищевых
отравлений



ОСЕНЬ

Улучшает работу ЖКТ,
укрепляет иммунитет

**Четыре сезона, сорбента два. Всегда под защитой я и семья.
НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ**