

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕЗИКУЛО-БУЛЛЕЗНОЙ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ОПИСТОРХОЗНОЙ ИНВАЗИЕЙ

Екатерина Александровна Васильева^{1✉}, Елена Николаевна Ефанова²,
Юрий Эдуардович Русак³

^{1,2,3} Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

¹vasileva_ea@surgu.ru[✉], <https://orcid.org/0000-0001-6836-7499>

²efanova_en@surgu.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1355-3125>

³profusak@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5145-3996>

Аннотация. Цель – представить результаты диагностики и лечения случая упорно рецидивирующей буллезной многоформной экссудативной эритемы на фоне описторхозной инвазии. **Материалы и методы.** Описано клиническое наблюдение рецидивирующего течения многоформной экссудативной эритемы инфекционно-аллергического генеза. Представлены клиничко-анамнестические данные, результаты обследования и терапии. **Результаты.** Пациентка наблюдалась врачами-дерматовенерологами с диагнозом многоформная экссудативная эритема с нарастанием тяжести клинических проявлений и отрицательной динамикой патологического кожного процесса на фоне традиционной терапии. При углубленном обследовании выявлен описторхоз, индуцировавший развитие дерматоза. После санации гельминтоза в процессе динамического наблюдения отмечен регресс высыпаний на коже. Приведенное наблюдение иллюстрирует необходимость и своевременность полноценного обследования пациентов с многоформной экссудативной эритемой для выявления триггерного фактора.

Ключевые слова: многоформная экссудативная эритема, буллезная форма, описторхоз, дерматоз, инфекционно-аллергический тип

Шифр специальности: 3.1.23 Дерматовенерология.

Для цитирования: Васильева Е. А., Ефанова Е. Н., Русак Ю. Э. Клинический случай везикуло-буллезной многоформной экссудативной эритемы, ассоциированной с описторхозной инвазией // Вестник СурГУ. Медицина. 2022. № 4 (54). С. 41–45. DOI 10.34822/2304-9448-2022-4-41-45.

ВВЕДЕНИЕ

Наиболее актуальными вопросами современной дерматологии в настоящее время являются проблемы изучения этиологии и патогенеза рецидивирующих дерматозов, к числу которых относится многоформная экссудативная эритема. Значимыми остаются вопросы эффективных методов лечения и профилактики данного дерматоза. Актуальность проблеме придает рост заболеваемости простым герпесом, одного из ведущих факторов в развитии многоформной экссудативной эритемы. Нередко заболевание протекает атипично, что вызывает сложности в дифференциальной диагностике и выборе необходимого вектора лечения [1].

Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) – острое воспалительное полиэтиологическое заболевание кожи и/или слизистых оболочек, нередко принимающее рецидивирующее течение [1]. Впервые многоформную эритему описал Ф. Гебра в 1860 г., отметивший при ежедневном наблюдении за пациентом эволюцию первичных элементов папул в «мишеневидные элементы». Данное определение закрепилось и используется в описании локального статуса в дерматологии и в настоящее время. Ф. Гебра отметил, что проявления эритемы носили рецидиви-

рующих характер с обострением преимущественно в осенний период [2].

Заболевание считается полиэтиологичным с единым механизмом развития. В настоящее время выделяют инфекционно-аллергическую и токсико-аллергическую формы МЭЭ. К инфекционным триггерам относят вирусные гепатиты В и С, вирусы герпеса, Эпштейн – Барр, а также грибковые и бактериальные агенты, гельминтозы. Токсико-аллергическая форма провоцируется приемом различных лекарственных средств, контактных раздражителей, а также может быть маркером различных системных заболеваний и онкологических процессов [1, 3–4]. Известным фактом является распространение паразитарной инвазии описторхоза на территории Обь-Иртышского региона, куда относится и Ханты-Мансийский автономный округ – Югра. В литературных источниках последних лет почти не упоминаются гельминтозы как возможная причина рецидивирующего течения МЭЭ. Однако доказано, что описторхоз вызывает множество осложнений со стороны гепатобилиарной системы (порой требующие хирургического вмешательства) и безусловно формирует аллергическую реакцию замедленного типа [5].

Реализация механизмов возникновения заболевания начинается с повреждения клеток организма этиологическим фактором, что дает возможность для запуска гиперреакции замедленного типа по типу феномена Артюса. Происходит образование иммунных комплексов, которые задерживаются в тканях и запускают местные воспалительные реакции [1].

В современных условиях не существует общепринятой классификации МЭЭ. Выделяют формы в зависимости от течения и распространенности патологического процесса. При легкой форме отмечается только поражение кожных покровов без нарушения общего состояния больного. При тяжелой форме общее состояние пациента страдает, отмечается поражение слизистых оболочек и распространенные высыпания на коже. Подразделяют МЭЭ в зависимости от клинических проявлений: папулезная, пятнистая, везикулезная, буллезная и сочетанные формы – пятнисто-папулезная, везикуло-буллезная [4, 6].

Типичными кожными проявлениями МЭЭ являются папулезные высыпания по типу «мишени», центральная часть которых имеет синюшный цвет, по периферии – светлый валик. В центральной части папул могут формироваться везикулы или пузыри. Высыпания, как правило, носят распространенный характер, имеют склонность к слиянию и сопровождаются зудом. Поражения слизистых оболочек характеризуется образованием пузырей, после вскрытия которых остаются болезненные эрозии. Начало заболевания обычно острое, сопровождающееся продромальным периодом. В литературе встречаются описания атипичного течения МЭЭ [6–7].

Диагностика МЭЭ при типичном течении, как правило, не вызывает затруднений и основана на данных анамнеза и характерных клинических проявлениях, специфических лабораторных исследований не разработано. В случае тяжелого течения процесса в общем анализе крови может отмечаться ускорение СОЭ и лейкоцитоз. При атипичных формах возможно проведение гистологического исследования кожи [1].

Вопрос дифференциальной диагностики МЭЭ достаточно сложен, особенно в случаях нетипичного течения кожного процесса. Важно отметить большой круг заболеваний для дифференциальной диагностики: пузырьные дерматозы (пузырчатка, дерматоз Дюринга), сифилис, рецидивирующие герпетические поражения [1–2].

Лечение пациентов с МЭЭ должно быть комплексным с учетом возможных триггерных факторов, которые должны быть исключены. Объем и длительность терапии основывается на тяжести течения процесса, может включать в себя курс системных глюкокортикостероидов, антигистаминные препараты 1 и 2-го поколений. При вторичном инфицировании рекомендуются системные антибактериальные препараты. В случае ассоциации с вирусами простого герпеса используются системные противовирусные препараты. Также возможно назначение противолепрозных, антималярийных и иммуносупрессивных препаратов. Местное лечение заключается во вскрытии пузырей, их обработке анилиновыми красителями и использовании топических глюкокортикостероидов в различных лекарственных формах [6–7].

Цель – представить результаты диагностики и лечения случая упорно рецидивирующей буллезной

Original article

A CLINICAL CASE OF VESICULAR-BULLOUS ERYTHEMA MULTIFORME ASSOCIATED WITH OPISTHORCHIASIS INVASION

Ekaterina A. Vasilyeva¹, Elena N. Efanova², Yuri E. Rusak³

^{1,2,3}Surgut State University, Surgut, Russia

¹vasilyeva_ea@surgu.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6836-7499>

²efanova_en@surgu.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1355-3125>

³profrusak@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5145-3996>

Abstract. The study aims to present the results of diagnosis and treatment of recurrent bullous erythema multiforme associated with opisthorchiasis invasion. **Materials and methods.** The clinical observation of recurrent erythema multiforme of infectious and allergic origin is described. Clinical and anamnestic data, as well as examination and therapy results are presented. **Results.** A female patient with erythema multiforme was examined. During traditional therapy, dermatovenereologists observed a worsening of clinical manifestations and negative dynamics of the pathological skin process. Opisthorchiasis, which induced the development of dermatosis, was detected during thorough examination. Throughout dynamic observation, the appearance of skin rashes regressed after helminthiasis debridement. The study emphasizes the importance of conducting a full-fledged examination of patients with erythema multiforme in order to identify the trigger factor.

Keywords: erythema multiforme, bullous form, opisthorchiasis, dermatosis, infectious and allergic type

Code: 3.1.23. Dermatovenereology.

For citation: Vasilyeva E. A., Efanova E. N., Rusak Yu. E. A Clinical Case of Vesicular-Bullous Erythema Multiforme Associated with Opisthorchiasis Invasion // Vestnik SurGU. Medicina. 2022. No. 4 (54). P. 41–45. DOI 10.34822/2304-9448-2022-4-41-45.

многоформной экссудативной эритемы на фоне описторхозной инвазии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ случая многоформной экссудативной эритемы. Объект исследования: пациентка 70 лет. Представлены для анализа: медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма 025/у), выписка из медицинской карты стационарного больного (форма 003/у). Публикация согласована с администрацией медицинской организации, одобрена этическим комитетом Сургутского государственного университета. Получено информированное согласие пациентки на публикацию статьи.

Клинический случай. Пациентка С. 70 лет, обратилась к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающихся выраженным зудом, не связанным со временем суток.

Анамнез заболевания: считала себя больной в течение одного месяца, когда впервые появились высыпания на коже внутренней поверхности предплечий, внутренней поверхности бедер, зуд. Начало заболевания ни с чем не связывала. Самостоятельно принимала таблетки Хлоропирамин, использовала мазь алклометазона дипропионат с незначительным положительным эффектом в виде уменьшения зуда. С течением времени высыпания распространились на кожу живота, спины и голеней, появились пузыри. Обратилась к дерматовенерологу частной клиники. Выставлен диагноз: L51.1 Многоформная экссудативная эритема, буллезная форма. Герпетиформный дерматит Дюринга. В связи с распространенностью и остротой кожного процесса была госпитализирована в стационарное отделение кожно-венерологического диспансера.

Анамнез жизни: на Севере с 1979 г. Туберкулез, венерические заболевания, вирусные гепатиты в прошлом отрицает. Страдает хроническими заболеваниями: E11.9 Инсулиннезависимый сахарный диабет без осложнений (принимает таблетки Метформин 1 000 мг/с). J45.9 Астма неуточненная, ремиссия. Аллергологический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез: менопауза около 20 лет. Наследственность не отягощена. Вредные привычки отрицает.

Объективно при поступлении в стационарное отделение: общее состояние средней степени тяжести за счет распространенного кожного процесса. Положение активное, по внутренним органам и системам без особенностей.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит распространенный характер. Локализуется симметрично на коже туловища, верхних и нижних конечностей [8]. Представлен многочисленными отечными мишеневидными папулами от ярко-красного до цианотичного цвета, имеющими четкую границу, склонными к слиянию, в центре плотные везикулы и пузыри до 2 см в диаметре с прозрачным содержимым, по периферии очагов имеется отечный валик, а центр элементов сыпи, постепенно западая, приобретает симптом «мишени». В центре некоторых элементов серозные и серозно-геморрагические корочки, а также эрозии с незначительным мокнутием. Лимфатические узлы всех групп интактны. Ногтевые пластины кистей и стоп не изменены. Других пато-

логических высыпаний нет. Дермографизм розовый (рис. 1–4).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Общий анализ крови: лейкоциты – $6,0 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 144 г/л, гематокрит – 40,9 %, тромбоциты – $212 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 12 мм/час, нейтрофилы – 52,3 %, лимфоциты – 28,7 %, моноциты – 4,2 %, эозинофилы – 13,1 %, базофилы – 1,7 %.

Биохимические исследования: АЛТ – 47,1 ЕД/л, АСТ – 26,3 ЕД/л, глюкоза – 8,5 ммоль/л, креатинин – 66,7 мкмоль/л, холестерин – 5,6 ммоль/л, мочевины – 3,5 ммоль/л, триглицериды – 1,2 ммоль/л, фосфатаза щелочная – 88,4 ЕД/л, белок общий – 70,2, билирубин общий – 9,3 мкмоль/л. Гепатит HBs-Ag и гепатит С – отрицательно. ИФА антитела к ВИЧ – отрицательно. ИХЛ – отрицательная. Общий анализ мочи – без патологии. Кал на яйца гельминтов методом Като – не обнаружены.

ИФА (IgM, IgG) к описторхам: IgM – отрицательно; IgG – положительно, титр 1:200.

Дифференциальная диагностика данного случая вызвала затруднения, пациентку беспокоил выраженный зуд, что более характерно для герпетиформного дерматоза Дюринга, нежели для многоформной эритемы. Пациентке проведена проба с йодистым калием (проба Ядассона), которая оказалась отрицательной. При исследовании содержимого пузырной жидкости количество эозинофилов в пределах нормы, акантолитические клетки не обнаружены.

Учитывая возможность влияния коморбидной патологии на развитие кожного зуда и признаки дерматоза, пациентка была проконсультирована гастроэнтерологом. Специалистом был выставлен диагноз: желчекаменная болезнь, ремиссия, хронический панкреатит, ремиссия.

Клинический диагноз согласно клиническим рекомендациям Российского общества дерматовенерологов и косметологов (РОДВК) 2016 г. «Эритема многоформная» верифицирован на основании жалоб и клинико-анамнестических данных (типичная морфология и локализация высыпаний, характеризующихся мишеневидными очагами поражения на периферической локализацией). Выставлен основной диагноз: L51.1 Многоформная экссудативная эритема, везикуло-буллезная форма. Сопутствующий диагноз: E11.9 Инсулиннезависимый сахарный диабет без осложнений. J45.9 Астма неуточненная, ремиссия. K80.2 Желчекаменная болезнь, ремиссия. K86.1 Хронический панкреатит, ремиссия.

В условиях стационара получала лечение в соответствии с клиническими рекомендациями РОДВК 2016 г. «Эритема многоформная». Проведенная терапия: раствор преднизолон 60 мг внутримышечно 1 раз в день 2-кратно, и далее 40 мг – внутримышечно 1 раз в день 4 дня, раствор хлоропирамин 1,0 мл (25 мг) внутримышечно 2 раза в день 7 дней, далее таблетки Лоратадин 10 мг по 1 табл. 1 раз в день внутрь 7 дней. Наружно туширование пузырных элементов краской Кастеллани 2 раза в день 5 дней, аэрозоль бетаметазона дипропионат 2 раза в день 3 дня, далее 0,1 %-й крем метилпреднизолона ацепонат 1 раз в сутки в течение 10 дней.

В результате терапии отмечалась выраженная положительная динамика в виде частичного регресса высыпаний, отсутствия новых высыпаний, купирования зуда. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендациями продолжить



Рис. 1. Высыпания на коже нижних конечностей, многочисленные отечные мишеневидные папулы цианотичного цвета, в центре – везикулы и пузырьки



Рис. 2. Высыпания на коже туловища, множественные «мишеневидные» отечные папулы розово-синюшного цвета



Рис. 3. Высыпания на коже правого предплечья, на эритематозном фоне многочисленные эпителизирующиеся микроэрозии, геморрагические корочки



Рис. 4. Высыпания на коже левого предплечья, на эритематозном фоне множественные эрозии, серозно-геморрагические корочки

наблюдение у врача дерматовенеролога в амбулаторно-поликлинических условиях.

Ремиссия продлилась 2 недели, и больная вновь обратилась к дерматовенерологу с зудящими высыпаниями на коже. Были назначены антигистаминные препараты 2-го поколения (таблетки Цетиризин 10 мг/с внутрь 1 месяц) и рекомендовано углубленное обследование (исключение герпетической инфекции, вирусов Эпштейна – Барра, аденовирусов, *Mycoplasma pneumoniae*, гельминтозов (в т. ч. описторхоза), системных заболеваний, таких как саркоидоз, онкологическая патология). В ходе обследования было выявлено наличие у больной паразитарной инвазии *Opisthorchis felinus*. Пациентка санирована под контролем врача-инфекциониста.

На фоне лечения описторхоза отмечался эпизод усиления высыпаний многоформной эритемы на коже. Однако спустя 3 месяца проявления многоформной эритемы самопроизвольно разрешились. В ходе последующего наблюдения зафиксирован период ремиссии продолжительностью 1 год.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данном клиническом случае этиологический фактор, послуживший толчком к возникновению заболевания, первоначально не был известен. Проведена обширная дифференциальная диагностика с другими кожными заболеваниями, поскольку клиническая кар-

тина при первичном обращении носила нетипичный характер для многоформной экссудативной эритемы ввиду торпидного течения процесса и выраженного зуда. Проведенная комплексная терапия способствовала значительному разрешению высыпаний и улучшению общего состояния пациентки, однако окончательно кожный процесс не разрешился. Выявление фонового заболевания описторхоза и ремиссия кожного процесса после его санации позволяют сделать вывод об инфекционно-аллергическом генезе многоформной эритемы в данном клиническом случае. Продолжительное проживание в условиях Севера должно настораживать врача на возможное наличие краевой патологии – описторхозной инвазии. Хотя в клинических рекомендациях 2016 г. нет акцента на гельминтозы в качестве триггера многоформной экссудативной эритемы, многочисленные литературные источники прежних лет не исключают такой возможности. В случаях отсутствия явного причинного фактора, запустившего эпизод многоформной эритемы, у пациентов, проживающих в районах Обь-Иртышского региона, целесообразно включение в диагностический алгоритм обследование на описторхоз.

Кроме того, в клинических рекомендациях 2016 г. по многоформной экссудативной эритеме нет четких указаний по маршрутизации пациентов, а из консультаций смежных специалистов регламентированы направления пациента к офтальмологу и стоматологу,

и то лишь в случаях вовлечения в патологический процесс слизистых оболочек. Более четкое изложение алгоритмов ведения пациентов в нормативных документах несомненно облегчило бы работу практического врача-дерматовенеролога.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Клинические рекомендации 2017. URL: https://www.cnikvi.ru/docs/clinic_recs/klinicheskie-rekomendatsii-2017/ (дата обращения: 14.09.2022).
2. Чеботарев В. В., Асхаков М. С. Эритемы инфекционно-аллергической природы // Вестн. молодого ученого. 2017. № 4. С. 33–38.
3. Staikuniene J., Staneviciute J. Long-Term Valacyclovir Treatment and Immune Modulation for Herpes-Associated Erythema Multiforme // Cent Eur J Immunol. 2015. Vol. 40, No. 3. P. 387–390.
4. Якубович А. И., Цыренова С. А., Осипова Е. А. Клинический случай развития многоформной экссудативной эритемы, токсико-аллергического типа // Сиб. мед. журн. 2015. № 1. С. 113–115.
5. Кислицин Д. П., Шакиров И. Г., Колмачевский Н. А. и др. Билиарные осложнения при резекциях печени на фоне описторхозной инвазии // Вестник СурГУ. Медицина. 2021. № 4 (50). С. 48–54.
6. Олисова О. Ю., Грабовская О. В., Теплюк Н. П. и др. Синдром Стивенса – Джонсона // Рос. журн. кожных и венерических болезней. 2016. № 19 (4). С. 216–220.
7. Щава С. Н., Сердюкова Е. А. Особенности течения и лечения многоформной экссудативной эритемы на современном этапе // Лекарствен. вестник. 2016. № 4 (64). С. 41–43.
8. Ефанова Е. Н., Русак Ю. Э., Васильева Е. А. Клиническое наблюдение узловатого пруриго у ВИЧ-положительной пациентки // Лечащий врач. 2021. № 11. С. 7–10.

REFERENCES

1. Klinicheskie rekomendatsii 2017. URL: https://www.cnikvi.ru/docs/clinic_recs/klinicheskie-rekomendatsii-2017/ (accessed: 14.09.2022). (In Russian).
2. Chebotarev V. V., Askhakov M. S. Erythema of Infectious-Allergic Nature // Vestn. molodogo uchenogo. 2017. No. 4. P. 33–38. (In Russian).
3. Staikuniene J., Staneviciute J. Long-Term Valacyclovir Treatment and Immune Modulation for Herpes-Associated Erythema Multiforme // Cent Eur J Immunol. 2015. Vol. 40, No. 3. P. 387–390.
4. Yakubovich A. I., Tsyrenova S. A., Osipova E. A. Clinical Case of Exudative Erythema Multiforme, Toxic-Allergic Type // Siberian Medical Journal. 2015. No. 1. P. 113–115. (In Russian).
5. Kislitsin D. P., Shakhov I. G., Kolmachevsky N. A. et al. Biliary Complications after Hepatectomy with Opisthorchiasis Invasion // Vestnik SurGU. Medicina. 2021. No. 4 (50). P. 48–54. (In Russian).
6. Olishova O. Yu., Grabovskaya O. V., Teplyuk N. P. et al. Stevens-Johnson Syndrome // Russian Journal of Skin and Venereal Diseases. 2016. No. 19 (4). P. 216–220. (In Russian).
7. Shchava S. N., Serdyukova E. A. Osobennosti techeniya i lecheniya mnogofornnoy eksudativnoi eritemy na sovremennom etape // Lekarstven. vestnik. 2016. No. 4 (64). P. 41–43. (In Russian).
8. Efanova E. N., Rusak Yu. E., Vasilyeva E. A. Clinical Observation of a Prurigo Nodularis in a HIV-Positive Patient // Lechaschi Vrach. 2021. No. 11. P. 7–10. (In Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Е. А. Васильева – преподаватель.

Е. Н. Ефанова – кандидат медицинских наук, доцент.

Ю. Э. Русак – доктор медицинских наук, профессор.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

E. A. Vasilyeva – Lecturer.

E. N. Efanova – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor.

Yu. E. Rusak – Doctor of Sciences (Medicine), Professor.