

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

CASE REPORT

DOI: 10.38095/2181-466X-20241153-188-191

УДК 616.511.4: 616.594.171

МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМЫ У ПАЦИЕНТКИ С ТРИХОФИТИЕЙ ЛОБКОВОЙ ОБЛАСТИ

И. Н. Абдувахитова

Ташкентский областной региональный филиал РСНПМЦДВиК, Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: многоформная экссудативная эритема, инфильтративно-нагноительная трихофития, антигистаминные препараты, глюкокортикостероиды, противогрибковые средства.

Tayanch soʻzlar: koʻp shaklli ekssudativ eritema, infiltrativ-yiringli trixofitiya, antigistamin preparatlar, glyukokortikosteroidlar, zamburugʻga qarshi vositalar.

Key words: erythema multiforme, infiltrative-suppurative trichophytosis, antihistamines, glucocorticosteroids, anti-fungal agents.

В данной работе представлено описание клинического случая 38-летней пациентки с диагнозами многоформной экссудативной эритемы (L.51) и инфильтративно-нагноительной трихофитии лобковой области (B.35). Пациентка обратилась с жалобами на болезненные высыпания в полости рта, на кистях и предплечьях, а также в лобковой области. Диагностика включала общий анализ крови, цитологическое исследование мазков-отпечатков и бактериоскопические анализы, которые подтвердили наличие грибов рода *Trichophyton*. Данное наблюдение демонстрирует важность правильно собранного анамнеза, проведенного дифференциального диагноза. Случай подчеркивает важность комплексного подхода к диагностике и лечению, а также регулярно мониторинга для предотвращения рецидивов и осложнений.

QOV SOHASI TRIXOFITIYASI BOʻLGAN BEMORDA KOʻP SHAKLLI EKSSUDATIV ERITEMANI KECHISHI

I. N. Abduvaxitova

Respublika ixtisoslashtirilgan dermatovenerologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Toshkent viloyati filiali, Toshkent, Oʻzbekiston

Ushbu maqolada koʻp shaklli ekssudativ eritema (L51) va qov sohasi infiltrativ-yiringli trixofitiyasi (B35) tashxisi qoʻyilgan 38 yoshli bemorning klinik holati tavsifi keltirilgan. Bemor ogʻiz boʻshligʻida, qoʻl va bilakda, shuningdek, qov sohasida ogʻriqli toshmalarga shikoyat qildi. Tashxislashda umumiy qon analizi, Trichophyton zamburugʻi mavjudligini tasdiqlovchi bakterioskopik taxlillar tekshirildi. Ushbu klinik holat toʻgʻri toʻplangan kasallik anamnezi va differentsial tashxisning muhimligini koʻrsatadi. Ishda diagnostika va davolashga kompleks yondashuv, shuningdek, qaytalanish va asoratlarning oldini olish uchun muntazam monitoring oʻtkazish muhimligini taʼkidlaydi.

MULTIFORM EXUDATIVE ERYTHEMA IN A PATIENT WITH TRICHOPHYTOSIS OF THE PUBIC AREA

I. N. Abdvakhitova

Tashkent regional branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Dermatovenerology and Cosmetology, Tashkent, Uzbekistan

This paper presents a description of the clinical case of a 38-year-old patient diagnosed with erythema multiforme (L.51) and infiltrative-suppurative trichophytosis of the pubic area (B.35). The patient complained of painful rashes in the mouth, hands, and forearms, as well as in the pubic area. Diagnostics included a general blood test and bacterioscopic tests, which confirmed the presence of fungi of the *Trichophyton* genus. This observation underscores the importance of a thoroughly collected history and differential diagnosis. The case highlights the importance of a comprehensive approach to diagnosis and treatment, as well as regular monitoring to prevent relapses and complications.

Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) — это острое полиморфное заболевание, которое чаще всего имеет инфекционно-аллергическое или токсико-аллергическое происхождение. Это патологическое состояние характеризуется множественными проявлениями на коже и слизистых оболочках, такими как воспаленные пятна, пузыри, узелки и пузырьки, формирующие очаги, напоминающие мишени. МЭЭ склонна к рецидивам и само разрешению. Заболевание чаще всего встречается у молодых людей. Множество инфекционных агентов могут спровоцировать развитие МЭЭ, включая герпес вирусы, вирусы гепатитов В и С, а также различные бактерии и грибки. Заболевание имеет выраженную сезонную зависимость. Лекарственные препараты, такие как антибиотики, барбитураты и биологические терапевтические средства, также могут вызывать развитие МЭЭ. Несмотря на редкость этого состояния, его серьезность требует неотложного медицинского вмешательства при подозрении на МЭЭ. Повышенная информированность среди медицинских специалистов и общественности о данном заболевании способствует точной диагностике и успешному лечению.

Трихофития — одно из наиболее распространенных грибковых заболеваний, поража-



Рис. 1 и 2. Высыпания на слизистой полости рта и красной каймы губ (МЭЭ).

ющих волосистую часть головы, гладкую кожу и придатки кожи. Актуальность изучения трихофитии обусловлена высокой контагиозностью, изменением клинических проявлений, увеличением случаев с атипичными симптомами, которые маскируются под другие дерматозы, а также частыми ассоциациями с аллергодерматозами, вирусными и бактериальными инфекциями. Помимо этого, наблюдаются атипичные локализации поражений и изменение путей передачи инфекции. Трихофития может осложняться такими состояниями, как многоформная и фиксированная эритема, генерализованный экзантематозный пустулез и узловатая эритема. Также не редки случаи непереносимости и резистентности к системным антимикотическим препаратам.



Рис. 3. Высыпания на коже обеих предплечий и кистей (МЭЭ).

Пациентка М., 38 лет, обратилась в клинику Ташкентского областного регионального филиала РСНПМЦДВиК РУз с жалобами на высыпания в полости рта, на коже обеих кистей и предплечий, а также в лобковой области. Пациентка отмечает болезненность высыпаний. В полости рта и на красной кайме губ наблюдаются эрозии, покрытые кровянистыми корками (рис. 1 и 2). На слизистой оболочке языка заметны отечность, гиперемия и белый налет. Симптом Никольского отрицательный. При снятии корок присутствуют кровотоочивость и сильная болезненность. На коже рук, предплечий и кистей элементы поражения представлены папулами и пузырями с плотной покрывкой на эритематозном фоне, а также эрозиями с серозным отделяемым (рис. 3). Пациентка ранее отмечала подобные высыпания после простудных заболеваний и лечилась антигистаминными и дезинтоксикационными препаратами. Заболевание сопровождается общей утомляемостью. В лобковой области выявлена бляшка с четкими краями, приподнятая на 1-2 см над уровнем кожи, воспалительными элементами и гнойничками. Симптом «медовых сот» положительный. На передней поверхности левого бедра, ближе к лобковой области, находятся несколько бляшек с четкими границами, приподнятым периферическим валиком и шелушением по поверхности, диаметром от 1,5 до 3 см (рис. 4). Пациентка также указывает на наличие аналогичных высыпа-



Рис. 4. Инфильтративная-нагноительная трихофития лобковой области.

ний в лобковой области у супруга. При обследовании были выявлены увеличенные шейные и паховые лимфоузлы. Во время осмотра отмечались нарушение общего состояния, повышение температуры, общая слабость, а также болезненные ощущения в области высыпаний.

Пациентке был поставлен предварительный диагноз: Многоформная экссудативная эритема (L51). Сопутствующий диагноз: Инфильтративно-нагноительная трихофития лобковой области (B35).

Для правильной постановки диагноза, проведено комплекс обследований и дифференциальная диагностика с другими заболеваниями. В лабораторных анализах в крови обнаружена эозинофилия, указывающая аллергический фон, а также повышенная скорость оседания эритроцитов (СОЭ). В мазке-отпечатке клетки Тцанка не найдены, чем исключили диагноз Пузырчатка. Бактериоскопические и бактериологические анализы подтвердили наличие грибов рода *Trichophyton* на коже лобковой области. Аналогичный анализ у мужа пациентки также показал положительный результат. Анализы на ИППП и ВИЧ были отрицательными у обеих. На основании всех данных был подтвержден окончательный диагноз: Основной: Многоформная экссудативная эритема (L51). Сопутствующий диагноз: Инфильтративно-нагноительная трихофития лобковой области (B35).

На основании клинических проявлений и лабораторных данных больной назначено лечение, направленное для начала на снятие аллергических проявлений: кортикостероидный препарат Дипроспан внутримышечно однократно, антигистаминные и десенсибилизирующие средства. Для обработки слизистой оболочки рта рекомендовано полоскание раствором хлоргексидина и метиленовой синьки. На кожу рук рекомендовано применение мази с глюкокортикостероидами (ГКС) для местного назначения. После трех дней начатого лечения общее состояние пациентки улучшилось, поэтому было дополнительно назначено системное противогрибковое средство по схеме на фоне продолжения антигистаминных и десенсибилизирующих средств, а также местное применение противогрибковых препаратов. На 15-й день лечения состояние пациентки было удовлетворительным. Кожно-патологический процесс в динамике с улучшением. Эрозии на слизистой рта находились в стадии регенерации, корки сохранялись, болезненность не отмечалось. Высыпания на коже обеих рук полностью рассосались. В области лобка инфильтрация рассосалась, воспаление уменьшилось, гнойнички полностью подсохли. Повторный анализ на грибы показал отрицательный результат. Пациентке рекомендовано продолжить приём антигистаминных препаратов и применять противогрибковую мазь до полного исчезновения высыпаний. Для коррекции иммунитета пациентке назначен препарат Эхинацея по 1 таблетке под язык один раз в день в течение 10 дней.

Многоформная эритема возникает вследствие изменения ответных механизмов иммунитета, проявляясь в виде аллергической реакции, в данном клиническом случае на грибковую патологию. Присутствие глубокого грибкового поражения кожи усугубляет это состояние и нарушает защитные реакции организма. Развитию реакции у данной пациентки способствовало не только грибковое заражение интимной зоны но и психологический дискомфорт, выявленный в последующих беседах. Первоначально у пациентки была диагностирована Трихофития. Также важно учитывать наличие очагов хронической инфекции, поэтому рекомендуется проведение обследования и лечения для предотвращения повторных случаев. Патогенетическая терапия глюкокортикостероидами и антигистаминными препаратами проведенная своевременно, правильно подобранное местное лечение сопутствующей грибковой патологии и многоформной эритемы, способствовало быстрому устранению грибковой инфекции и воспаления, улучшению общего состояния и быстрой реабилитации пациентки. Важно строго придерживаться назначенного плана лечения и регулярно проходить контрольные обследования для предотвращения возможных осложнений и рецидивов заболевания.

Использованная литература:

1. Абидова З.М., Нурматов У.Б. Клиническое течение и методы лечения зооантропонозной трихофитии у взрослых с локализацией поражения в лобковой области // Ж. Проблемы медицинской микологии. - 2009. -

- Т. 11, №2. - С. 31-35.
2. Барера Г.М. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч. // Под ред.. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – Ч.3. – С. 142-149.
 3. Иванов О.Л., Халдина М.В. Многоформная экссудативная эритема, клинические, иммунологические и терапевтические особенности. // Дерматовенерология. – 2003. – № 9
 4. Иванова Ю.А., Европова Я.А. Случай успешного лечения инфильтративно-нагноительной трихофитии области лобка в сочетании с кандидозом кожи и слизистых оболочек у пациентки с сахарным диабетом 1 типа // Ж. Проблемы медицинской микологии. - 2012. - Т. 14, №4. - С. 39-42.
 5. Касымов О.И., Амакджанов М.Р., Таджибаев У.А. Атипичные варианты зоантропонозных форм трихофитии и микроспории //Ж. Проблемы медицинской микологии. - 2010. - Т. 12, №2. - С. 96.
 6. Крихели Н.И., Позднякова Т.И., Маркова Г.Б., Журавлева Е.Г., Кудина М.О. Дифференциальная диагностика многоформной экссудативной эритемы как способ идентификации диагноза // Российская стоматология. 2020;13(4):3-5.
 7. Токмакова С.И., Бондаренко О.В., Сысоева О.В., Улько Т.Н. Клинический случай проявления многоформной экссудативной эритемы // Проблемы стоматологии / Actual problems of stomatology 2012. № 1- С 29-331