

# ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕН ПОДХОД ПРИ ПАЦИЕНТИ С НУМУЛАРНА ЕКЗЕМА



г-р **Мартина Янева**<sup>1</sup>,  
доц. г-р **Развигор Дърленски**, гм<sup>1,2</sup>,  
проф. г-р **Здравка Демерджиева**, гми<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Клиника по дерматология и венерология, Аджибадем Сити Клиник Токуга болница, гр. София

<sup>2</sup>Секция по дерматовенерология, Тракийски университет, гр. Стара Загора

**НУМУЛАРНА ЕКЗЕМА Е ХРОНИЧНО СЪСТОЯНИЕ**, което протича с периоди на обостряния и ремисии. Изразява се с поява на окръглени сърбящи плаки, обикновено симетрично разположени, ангажиращи кожата на крайниците и трункуса. Засяга с еднаква честота мъже и жени, най-често в третата декада от живота.

Диагнозата се поставя въз основа на клиничната картина, а биопсия на кожна лезия се налага само за изключване на друго заболяване с подобен клиничен изглед.

Често считано за състояние с мултифакторна генеза, нумуларната екзема се асоциира с атопия, контактна алергия, свръхчувствителност към бактериални алергени, суха кожа и др. Няколко достъпни диагностични метода могат да насочат медицинския специалист към основния провокиращ фактор за заболяването на пациента. По този начин терапевтично-профилактичният подход е с по-добра успеваемост и броя на рецидивите намалява.



фигура 1, 2 и 3

**Н**умуларната екзема (НЕ), наричана още нумуларен или дискоиден дерматит, за първи път е описана от *Marie Guillaume Alphonse Devergie* през 1857 г.<sup>[1]</sup>. Честотата не е голяма – едва два случая на 1000 човека, но вероятно в голяма част от случаите не се регистрира<sup>[2]</sup>. Двамата пола са засегнати с еднаква честота, но обикновено при жени нумуларната екзема се появява на по-ранен етап в живота, отколкото при мъже, при които проблемът се появява в по-зряла възраст<sup>[3,4]</sup>.

Някои автори считат, че нумуларна екзема не е отделно заболяване, а морфологична единица с много съче-

таващи се фактори<sup>[5,6]</sup>. Етиологичната причина не е изяснена, но нейната поява се асоциира основно с атопия, прием на лекарства, свръхчувствителност към хаптени, контактна алергия, ксероза, свръхчувствителност към бактерии, варикоза на долни крайници, мастоцитна хиперреактивност, нарушена трофика на кожата<sup>[7]</sup>.

Както предполага и името му (*numulus* – лат. монета), това състояние се характеризира с поява на окръглени сърбящи плаки. Лезиите са рязко ограничени от околната кожа. В острата фаза се наблюдават еритем, везикули, папули, на места екскорации, нерядко импетигини-

зация (Фиг. 1). Хеморагични корустки и фина десквамация се появяват на по-късен етап (Фиг. 2). Най-често са ангажирани долните, горните крайници и трункусът, но кожата на всяка зона на тялото може да бъде засегната. Лезиите обикновено са разположени симетрично, могат да ангажират кожата на цялото тяло – дисеминирана форма (Фиг. 3). Пациентите имат чувство за сърбеж, парене или ужилване.

Диагнозата нумуларна екзема (НЕ) е клинична, тъй като хистологичната картина е неспецифична. Препоставена е от спонгиоза, везикули и паракератоза в епидермалния слой

**Ключови думи:**

атопия,  
бактериални  
алергени, екзема,  
контактна  
алергия

на кожата и периваскуларни инфилтарти в дермата. В диференциално-диагностичен план трябва да бъдат изключени други дерматози със сходна клинична картина като гутатен псориазис, дерматофитна инфекция, лихен ауреус, дискоиден себорееен дерматит и др.

Протичането на НЕ може да продължи дни, седмици и дори месеци. Откриването на най-вероятната етиологична причина е основен компонент в провеждането на правилна терапия и постигането на ремисия. Честите екзацербации водят до нарушено качество на живот на пациента не само заради клиничното протичане на заболяването, а и заради нарушените социални функции при някои пациенти с кожни заболявания.

Както вече бе споменато, причината за появата на нумуларна екзема (НЕ) не е изяснена. Симптомите обикновено се влошават през зимата, а лезиите често рецидивират на места, където са се появявали и преди<sup>[8]</sup>. Базирайки се на медицинската литература и споменатите по-горе възможни провокиращи фактори за нумуларен дерматит, някои клинични изследвания могат да бъдат направени с цел бързо и успешно лечение и избягване на откритите провокиращи фактори.

**Определяне на контактни алергични реакции (КАР) посредством епикутанно тестване**

Методът е въведен в клиничната практика преди повече от 100 години и понастоящем се прилага рутинно за откриване и доказване на КАР на кожата. При този метод върху гърба на пациента се поставят камерки с диаметър 0.8 cm, всяка съдържаща определени алергени



**фигура: 4**

в подходящ разтворител (вазелин, дистилирана вода) в стандартизирана концентрация. Използват се 30 алергена – стандартна европейска серия. Камерите се прикрепват към гърба на пациента посредством водоустойчив, хипоалергичен пластир и престояват в контакт с кожата за 48 часа. Резултатът се отчита визуално по стандартизирана методика на ден 2 и ден 3 от приложението на алергените. Това изследване е от особено значение. В литературата има данни за честота на контактната алергия при пациенти с нумуларна екзема, достигаща до 50%<sup>[9,10]</sup> и дори до 77.9%<sup>[11]</sup>. Опитът в нашата клиника също показва немалка честота на контактна алергия при пациенти с нумуларен дерматит. Метали, аромати и консерванти са основни сенсibiliзатори сред популацията от хора, които се тес-



**фигури: 5а, 5б**

ват с епикутанен тест (Фиг. 4)<sup>[12,13]</sup>. Избягването на контактния алерген е предпоставка за намаляване броя на рецидивите.

Малко количество (0.05 ml) от алергените (*Streptococcus α-haemolyticus*, *Streptococcus β-haemolyticus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*) се инжектират подкожно (интрадермално) по вътрешната повърхност на предмишницата. Успоредно с алергените се правят и две контроли – отрицателна контрола (разтвор на Соса) и положителна контрола (хистамин хидрохлорид 0.1 mg/ml в разтвор на Соса). Отчитането на реакциите се извършва след 15-20 минути по размера на папулата и еритема. Второ отчитане се извършва след 24 часа. На Фиг. 5а и 5б е представена пациентка, при която терапията

фигура: 6



с локален кортикостероид (клобетазол пропионат 0.05%) за 14 дни не даде добър терапевтичен ефект. След провеждането на интрадермален тест, установяване на една положителна реакция на 20<sup>ма</sup> минута и три положителни реакции при отчитането на 24<sup>ми</sup> час, на пациентката беше приложена терапия с комбиниран препарат – локален бетаметазон/гентамицин, два пъти дневно. Новата терапия доведе до напълно изчезване на лезиите за 10 дни. Още през 1968 г. П. Михайлов и Н. Берова са публикували резултатите от 4-годишно проучване на пациенти, които са били тествани с интрадермални проби с комплексен стрепто-стафилококов алерген. На пациентите с доказана бактериална алергия е била проведена специфична хипосенсибилизация с комплексен бактериален алерген с добър терапевтичен резултат<sup>[14]</sup>.

При нумуларна екзема лезиите могат да бъдат импетигинизирани, т.е. бактериалната инфекция да бъде вторично насложена. Тогава инфекцията се явява усложняващ фактор на заболяването, а не потенциален етиологичен причинител (Фиг. 6).

При съмнение за насложена инфекция се прави микробиологично изследване на кожа и антибиограма.

Допълнителни изследвания, които биха могли да се изпълнят в рутинната практика, са пълна кръвна картина, СУЕ (скорост на утаяване на еритроцитите), CRP (С-реактивен протеин), специфични IgE, IgE тотал, антистрептолизинов титър и антистафилолизинов титър – целта на кръвните изследвания е да се установи наличие на възпаление в организма, алергия или друго отклонение в кръвните показатели.

Невинаги алергичен причинител може да се установи, както и невинаги пациентът с нумуларна екзема е атопик или има варикоза на крайниците. Понякога единствен предразполагащ фактор е ксерозата на кожата, засилваща се през студентите месеци.

Попълването на стандартизиран въпросник за определяне на качеството на живот на пациента, скали за интензивността на сърбежа, смущенията в съня и сухотата на кожата при пациенти с кожни заболявания от самите тях, както и определянето на тежестта на

нумуларната екзема чрез точкова система от лекуващия лекар, е от особено значение в съвременната клинична практика. Тези скали и токови системи позволяват обективно да се оцени както клиничното засягане от болестта, така и субективното усещане на пациентите за тяхното страдание.

Лечението на нумуларната екзема често е неспецифично. То е насочено към прекратяване на възпалителния процес и отстраняване на бактериалния причинител, както и на контактния алерген, ако такъв е установен или друго подлежащо заболяване.

Локалната терапия се състои в употреба на локални кортикостероидни средства, калциневринови инхибитори и антибиотици. Реговното прилагане на емолиенти се счита за основен компонент в терапията на нумуларен дерматит<sup>[15]</sup>. При дисеминиран обрив добри резултати дава и използването на тясно спектърни UVB лъчи<sup>[16]</sup>.

При тежки, неповлияващи се от локална терапия случаи се прилага системна терапия. Кратък курс със системни кортикостероиди (КС) би могъл да доведе до овладяване на симптомите. Според публикация в литературата, ако след едноседмичен курс терапията със системни КС не доведе до задоволителен терапевтичен ефект, по-добре е да се замени с циклоспорин А за по-голяма ефективност и безопасност<sup>[17]</sup>. Трудни за повлияване случаи могат да бъдат успешно лекувани с метотрексат<sup>[16]</sup>. Азатиоприн и микофенолат мофетил могат да се приложат като потенциална терапия в такива случаи<sup>[15]</sup>.

Дупилумаб е човешко моноклонално антитяло срещу алфа субединицата

на рецептора за IL-4 и IL-13. Използва се за лечението на atopичен дерматит (АД), резистентен на конвенционална терапия<sup>[18]</sup>. Според данните от изследване, публикувано през 2020 г., лекарството е гало добър терапевтичен ефект при пациенти с тежък АД с нумуларен фенотип<sup>[19]</sup>. При такива пациенти биха могли да се използват и JAK-инхибитори<sup>[17]</sup>.

## Заклучение

Отделно заболяване или част от по-сложен симптомато-комплекс, нумуларната екзема е хронично протичаща дерматоза, за чието успешно лечение и постигане на дълги периоди без обостряния от основно значение е откриването на предразполагащите фактори. ■

---

### Книгопис:

1. Devergie M. *Traite Pratique des Maladies de la Peau*. 2nd ed. Paris, France: Masson, 1857:238.
2. Miller J. How common is nummular dermatitis? <https://www.medscape.com/answers/1123605-37342/how-common-is-nummular-dermatitis>
3. Sulzberger M, Wolf J, Witten V et al. *Dermatology: Diagnosis and Treatment*. 1961: 190-194.
4. Poudel R, Belbase B, Kaffie N. Nummular eczema. *J Community Hosp Intern Med Perspect*, 2015;5(3):27909.
5. Poudel R, Belbase B, Kaffie N. Nummular eczema. *J Community Hosp Intern Med Perspect*, 2015;5(3):27909.
6. Iwahira Y, Nagasao T, Shimizu Y et al. Nummular eczema of breast: a potential dermatologic complication after mastectomy and subsequent breast reconstruction. *Plast Surg Int*, 2015; 209458.
7. Янева М, Дърменски Р. Нумуларна екзема - факти и предизвикателства. *Дерматология и Вenerология*. 2020; 59(3): 13-24.
8. Jiamton S, Tangjaturonussamee C, Kullthanan K. Clinical features and aggravating factors in nummular eczema in Thais. *Asian Pac J Allergy Immunol*, 2013;31(1):36-42.
9. Fleming C, Parry E, Forsyth A et al. Patch testing in discoid eczema. *Contact Dermatitis*, 1997;36:261-264.
10. Khurana S, Jain V, Aggarwal K et al. Patch testing in discoid eczema. *J Dermatol*, 2002;29:763-767.
11. Kang I, Shin M, Haw C. Patch testing in nummular eczema: comparison of patch test results between nummular eczema and atopical dermatitis. *Korean J Dermatol*, 2007;45:871-876.
12. Uter W, Aberer W, Armario-Hita J et al. Current patch test results with the European baseline series and extensions to it from the 'European Surveillance System on Contact Allergy' network, 2007-2008. *Contact Dermatitis*, 2012; 67: 9-19.
13. Schmuck A, Uter W, Lessmann H et al. Clinical epidemiology and prevention of contact allergies. The Information Network of Departments of Dermatology (IVDK) as a register and surveillance system. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2012; 55: 329-337.
14. Михайлов П, Бербова Н. Алергията към стрептококи и стафилококи като гъзвеностичен проблем. *Дерматология и Вenerология*, 1968; 2:108-112.
15. Cox N. Discoid eczema. In: Lebowitz MG, Heymann WR, Berth-Jones J et al. (eds). *Treatment of Skin Disease: Comprehensive Therapeutic Strategies*, 2nd edn. Philadelphia: Mosby Elsevier, 2006; 54: 168-70.
16. Roberts H, Orchard D. Methotrexate is a safe and effective treatment for paediatric discoid (nummular) eczema: a case series of 25 children. *Australas Dermatol*, 2010; 51 (2):128-130.
17. Hanlin J. Adult-Onset Atopic Dermatitis: Fact or Fancy? *Dermatol Clin*, 2017; 35(3):299-302.
18. Fabbrocini G, Napolitano M, Megna M et al. Treatment of Atopic Dermatitis with Biologic Drugs. *Dermatol Ther (Heidelb)*, 2018, 8(4):527-538.
19. Patrino C, Stingeni L, Hansel K, et al. Effectiveness of dupilumab for the treatment of nummular eczema phenotype of atopical dermatitis in adults. *Dermatologic Therapy*, 2020;33:e13290.