

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv108211>

Клинический случай



Случаи впервые выявленной системной красной волчанки на приёме у врача-дерматолога

Е.А. Морозова, Е.А. Баушева

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Красная волчанка — мультисистемное заболевание соединительной ткани, имеющее широкий спектр клинических проявлений с поражением кожи и слизистых оболочек, суставов, почек, сердца, лёгких и центральной нервной системы. В дерматологии существует классификация кожных форм красной волчанки (дискоидная, диссеминированная, центробежная эритема, волчаночный панникулит и другие с острым, подострым и хроническим течением) и системной красной волчанки с поражением внутренних органов, которая может протекать как самостоятельное заболевание или быть результатом трансформации кожных форм.

Кожа является вторым наиболее часто поражаемым при системной красной волчанке органом после суставов, причём за всё время течения болезни кожные проявления отмечаются у 80% пациентов. В 20–30% случаев заболевание дебютирует с кожных высыпаний, поэтому данные пациенты первично обращаются именно к дерматологам. Знание критериев постановки диагноза, клинической картины, проведение расширенной лабораторной диагностики позволяет врачу-дерматологу своевременно заподозрить системный процесс и назначить соответствующую терапию.

В статье представлены два клинических случая системной красной волчанки у пациентов мужского пола, диагноз которым выставлялся на протяжении нескольких лет. Диагноз соответствует критериям для классификации системной красной волчанки Европейской лиги против ревматизма (EULAR) и Американского колледжа ревматологии (ACR) от 2019 года, подтверждён лабораторными исследованиями. Пациентам назначена соответствующая терапия с положительной динамикой в ходе лечения.

Ключевые слова: красная волчанка; системная красная волчанка; кожная красная волчанка.

Для цитирования:

Морозова Е.А., Баушева Е.А. Случаи впервые выявленной системной красной волчанки на приёме у врача-дерматолога // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2022. Т. 25, № 2. С. 141–149. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv108211>

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv108211>

Case report

Clinical cases of newly diagnosed systemic lupus erythematosus at the appointment with a dermatologist

Elena A. Morozova, Evgeniia A. Bausheva

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Lupus erythematosus is a multisystemic connective tissue disease that has a wide range of manifestations affecting the skin and mucous membranes, joints, kidneys, heart, lungs, and central nervous system. In dermatology, cutaneous forms of lupus erythematosus can be classified into discoid, disseminated, centrifugal erythema, lupus panniculitis, subacute and chronic lupus, and systemic lupus erythematosus with damage to internal organs. It can develop as an independent disease or can be a result of progression of cutaneous forms.

The skin is the second most commonly affected organ in systemic lupus erythematosus following the joints, with skin manifestations observed in 80% of patients throughout the course of the disease. And in 20–30% of cases, the disease debuts with skin rash. Thus, these patients primarily present to dermatologists. Knowledge of the criteria for making a diagnosis, the clinical characteristics, in combination with performance of advanced laboratory diagnostic tests allow a dermatologist to suspect a systemic process in a timely manner and prescribe appropriate therapy.

The article presents two clinical observations of male patients with systemic lupus erythematosus, the diagnosis of which could not have been established for several years. The diagnosis in these cases met the 2019 European League Against Rheumatism (EULAR) and the American College of Rheumatology (ACR) classification criteria for systemic lupus erythematosus, confirmed by laboratory tests. Patients had a positive trend to response to therapy.

Keywords: lupus erythematosus; systemic lupus erythematosus; cutaneous lupus erythematosus.

For citation:

Morozova EA, Bausheva EA. Clinical cases of newly diagnosed systemic lupus erythematosus at the appointment with a dermatologist. *Russian journal of skin and venereal diseases*. 2022;25(2):141–149. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv108211>

Received: 10.02.2022

Accepted: 03.03.2022

Published: 03.04.2022

ВВЕДЕНИЕ

Красная волчанка — мультисистемное заболевание соединительной ткани, имеющее широкий спектр клинических проявлений с поражением кожи и слизистых оболочек, суставов, почек, сердца, лёгких и центральной нервной системы. По эпидемиологическим данным, красная волчанка чаще встречается у женщин (соотношение женщин к мужчинам 9:1) с дебютом заболевания около 20–40 лет [1].

В дерматологии существует классификация кожных форм красной волчанки (дискоидная, диссеминированная, центробежная эритема, волчаночный панникулит и другие с острым, подострым и хроническим течением) и системной красной волчанки с поражением внутренних органов, которая может протекать как самостоятельное спонтанное заболевание или быть результатом трансформации кожных форм [2, 3]. Вероятность прогрессирования острой формы красной волчанки в системную красную волчанку составляет до 90%, при подострой форме — 35–50%, при распространённых формах хронической красной волчанки — 20%, при локализованной дискоидной красной волчанке — не более 5% [4]. Данные по частоте встречаемости кожной и системной формы красной волчанки со стороны дерматологов и ревматологов разнятся. Дерматологи отмечают, что кожная красная волчанка без присутствия системного процесса встречается в 2–3 раза чаще. Наряду с этим, по данным ревматологов, системная форма красной волчанки встречается в 7 раз чаще [1, 5].

Для постановки диагноза кожной красной волчанки требуется наличие эритематозных очагов, локализованных на фоточувствительных зонах, и специфической для каждой формы гистопатологической картины. При дискоидной красной волчанке характерны изменения преимущественно эпидермиса в виде гиперкератоза, атрофии, вакуольной дегенерации базального слоя и утолщения базальной мембраны; в дерме отмечается отёк, расширение сосудов сосочкового слоя и образование лимфоцитарных инфильтратов вокруг сосудов и придатков кожи. Для подострой кожной формы красной волчанки изменения в эпидермисе менее выражены; в дерме встречаются лимфоцитарные инфильтраты в сосочковой части дермы. При глубокой красной волчанке изменения отмечаются в гиподерме в виде панникулита [6–8]. В основном кожная красная волчанка протекает с периодическими рецидивами различной продолжительности, однако прогноз заболевания связан напрямую с риском развития системного процесса. Для лечения кожных форм применяется местная (обязательное использование фотосенсибилизаторов, глюкокортикоидов для местного применения и введения внутрь очага, ингибиторов кальциневрина) и системная (противомаларийные препараты, ретиноиды, глюкокортикоиды, Дапсон) терапия [4].

При системной красной волчанке может поражаться как одна система организма, так и целая группа органов. Выделяют следующие формы: кожно-суставную, почечную, лёгочную, неврологическую, сердечно-сосудистую, желудочно-кишечную, печёночную с острым, подострым и хроническим течением [9, 10]. Кожные проявления отмечаются у 35–60% пациентов с системной формой красной волчанки [1]. Согласно обновлённым критериям по классификации системной красной волчанки Европейской лиги против ревматизма (the European League Against Rheumatism, EULAR) и Американского колледжа ревматологии (the American College of Rheumatology, ACR) от 2019 года, для постановки диагноза требуется наличие антиядерных антител (antinuclear antibodies, ANA) с титром $\geq 1:80$, а также оценка клинических (температура тела, гематологический, психоневрологический, слизисто-кожный, серозный, опорно-двигательного аппарата, почечный) и иммунологических (антифосфолипидные антитела, белки комплемента, специфические антитела к системной красной волчанке) критериев [11]. В анализе крови могут наблюдаться лейкопения, тромбоцитопения, аутоиммунный гемолиз [11]. Поражение жизненно важных органов при системной красной волчанке и развитие таких состояний, как гипертензия, нефрит, системный васкулит, поражение центральной нервной системы, может привести к необратимой утрате функции или летальному исходу [9, 10]. По данным исследования R.M. Andrade и соавт. [12], при сравнении течения заболевания по демографическим признакам долгосрочный прогноз системной красной волчанки у мужчин менее благоприятен по сравнению с женщинами, поскольку заболевание протекает более стремительно и агрессивно, особенно на начальных этапах. Именно поэтому лечение системной красной волчанки направлено на достижение ремиссии или низкой активности заболевания, а также на снижение риска коморбидных заболеваний. Препаратами выбора при терапии являются аминохолиновые препараты, системные глюкокортикоиды, цитостатики, моноклональные антитела, ингибиторы кальциневрина, иммунодепрессанты, цитостатики, противоопухолевые моноклональные антитела [13, 14].

Кожа является вторым наиболее часто поражаемым при системной красной волчанке органом после суставов, причём за всё время течения болезни кожные проявления отмечаются у 80% пациентов [15–17], а в 20–30% случаев заболевание дебютирует с кожных высыпаний. Риск развития системной красной волчанки среди пациентов с впервые диагностированной кожной формой заболевания составляет 5% через 5 лет, 10% через 10 лет, 15% через 15 лет, 19% через 20 лет и 23% через 25 лет после постановки диагноза соответственно [18]. Таким образом, данные пациенты первично обращаются именно к дерматологам [19]. В данной ситуации врачу-дерматологу особенно важно провести дифференциальную диагностику между кожной, системной формой



Рис. 1. Больной А., 61 год. Системная красная волчанка, высыпания локализуются на коже лица: *a* — вид спереди (анфас); *b* — сбоку (профиль); *c* — на коже спины и шеи; *d* — предплечья.

Fig. 1. Patient A., 61 years old. Systemic lupus erythematosus: *a* — front view (full face); *b* — side view (profile); *c* — back and neck; *d* — forearm.

красной волчанки и другими эритематозами, своевременно выставить диагноз, оценить тяжесть и активность процесса, а также назначить соответствующую терапию. К сожалению, некоторые пациенты годами наблюдаются с другими дерматологическими диагнозами, что ведёт к нарастанию активности процесса.

Представляем два случая впервые выявленной системной красной волчанки у мужчин на приёме у врача-дерматолога.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Клинический случай 1

Больной А., 61 год, обратился в лечебно-диагностическое отделение ККВБ имени В.А. Рахманова Первого МГМУ имени И.М. Сеченова с жалобами на высыпания, появившиеся около 6 лет назад, быструю утомляемость, повышение температуры тела, боли в суставах. Высыпания расположены на открытых участках тела, наиболее подверженных ультрафиолетовому облучению. Отмечает обострение со стороны кожных покровов после активной инсоляции. Обращался в КВД по месту жительства и частные клиники, где выставлялся диагноз «Розацеа» и проводилась терапия (противопаразитарная, дезинтоксикационная, ферментотерапия и местная терапия) без положительного эффекта. Хронические заболевания отрицает.

Объективно. Поражение кожи хронического воспалительного характера. Высыпания локализуются на коже лица, волосистой части головы, шеи, верхней трети туловища, тыльных поверхностей кистей и предплечий (рис. 1). На коже лица отмечаются плотноватые бляшки с мелкими, плотными, трудноудаляемыми серовато-белыми чешуйками на поверхности (симптом Бенье–Мещерского). В области ушных раковин — сально-роговые пробки, напоминающие поверхность напёрстка (симптом Хачатуряна). На волосистой части головы, спины и предплечий отмечаются единичные бляшки и атрофические рубцы на месте бывших бляшек, западающие над уровнем здоровой кожи. Поверхность рубцов представлена тонким истончённым эпидермисом окраски цвета слоновой кости, легко собирающимся в складку в виде папирусной бумаги. Тургор и эластичность кожи соответствуют возрасту. Слизистые оболочки и волосы не поражены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены.

Субъективно: болезненность и утренняя скованность в лучезапястных и коленных суставах.

Предположен диагноз системной красной волчанки с диссеминированным кожным поражением. Пациенту назначены общий и биохимический анализ крови на специфические маркеры красной волчанки.

Результаты лабораторных исследований. В общем анализе крови от 10.09.2021 тромбоцитопения

(PLT 116 тыс./мкл), лейкопения (WBC 2,94 тыс./мкл), лимфопения (LYM 0,82 тыс./мкл), нейтропения (NEU 1,68 тыс./мкл), повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) до 29 мм/ч. В биохимическом анализе крови от 10.09.2021 повышение гамма-глутамилтранспептидазы (62 Ед/л). Иммунологические исследования от 17.09.2021: антинуклеарные антитела (АТ) класса IgG (ANA) >1,2; АТ к экстрагируемому нуклеарному антигену IgG (ENA) — положительные; АТ к нативной (двуспиральной) ДНК к IgG (anti-dsDNA IgG) 49,80 МЕ/мл.

Лечение и исход. После получения результатов лабораторных исследований диагноз системной красной волчанки был подтверждён. Пациент направлен в ревматологическое отделение, ему назначена следующая терапия: системные глюкокортикоиды (метилпреднизолон), аминохинолиновые препараты (гидроксихлорохин), иммунодепрессант (микофенолата мофетил). В ходе терапии отмечается положительная динамика со стороны кожных покровов и суставов.

Клинический случай 2

Пациент Б., 82 года, предъявляет жалобы на общую слабость, субфебрилитет, боли в суставах и высыпания на коже лица и туловища (рис. 2).

В анамнезе: В-клеточный хронический лимфолейкоз, химиотерапия.

Объективно. Поражение кожи хронического воспалительного характера. Высыпания локализуются на коже лица, волосистой части головы, шеи и верхней трети туловища. На коже лица, шеи и верхней трети туловища отмечаются бляшки размером от 1 до 7 см в диаметре, плотной консистенции, с мелкими плотными серовато-белыми чешуйками, которые трудно и болезненно отделяются от кожи (симптом Бенье–Мещерского). На волосистой части головы отмечаются розовые пятна, участки гиперкератоза, выпадение волос на месте высыпаний с сохранением волосяных фолликулов — картина нерубцующейся алопеции. Тургор и эластичность кожи соответствуют возрасту. Слизистые оболочки не поражены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены.

Субъективно: болезненность и утренняя скованность в лучезапястных и коленных суставах.

Предположен диагноз системной красной волчанки с диссеминированным кожным поражением. Пациенту назначена сдача общего и биохимического анализа крови и специфических маркеров красной волчанки.

Результаты лабораторных исследований. В общем анализе крови от 04.03.2019 лейкоцитопения (WBC 1,67 тыс./мкл), повышение СОЭ (99 мм/ч). В биохимическом анализе крови от 04.03.2019 повышение С-реактивного белка (СРБ) до 10,92 мг/л. Иммунологические исследования от 04.03.2019: АТ к односпиральной (денатурированной) ДНК, IgG (anti-ssDNA) 20,90 МЕ/мл; АТ к нативной (двуспиральной) ДНК к IgG (anti-dsDNA) 50,2 МЕ/мл; антинуклеарные АТ,

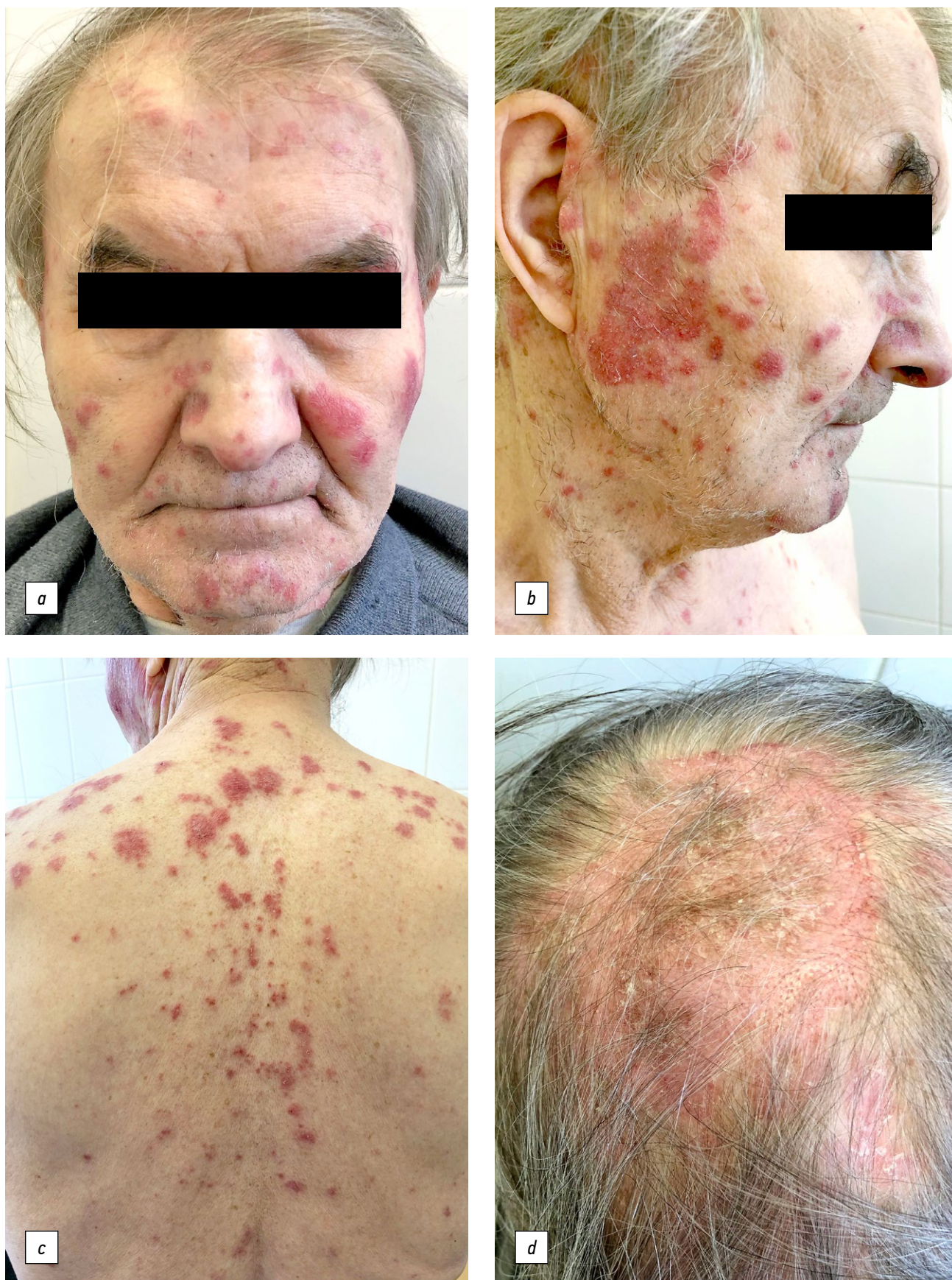


Рис. 2. Больной Б., 82 года. Системная красная волчанка, высыпания локализируются на коже лица: *a* — вид спереди (анфас); *b* — сбоку (профиль); *c* — на коже спины; *d* — волосистой части головы.

Fig. 2. Patient B., 82 years old. Systemic lupus erythematosus, rashes are localized on the skin of the face: *a* — front view (full face); *b* — side (profile); *c* — on the skin of the back; *d* — scalp.

IgG (ANA) 1,80 U/мл; антинуклеарный фактор на HEp-2 клетках, IgG (АНФ <1:160) — положительный.

Лечение и исход. После получения результатов лабораторных исследований диагноз системной красной волчанки был подтверждён. Пациент направлен в ревматологическое отделение, ему назначена следующая терапия: системные глюкокортикоиды (метилпреднизолон), аминохинолиновые препараты (гидроксихлорохин). Спустя 1,5 года от начала терапии отмечаются полный регресс высыпаний и нормализация общего состояния.

ОБСУЖДЕНИЕ

В обоих рассматриваемых случаях наблюдалась классическая клиническая картина красной волчанки с типичным расположением высыпаний. Тем не менее низкая встречаемость заболевания у мужчин по сравнению с женским полом, отягощённый хроническими заболеваниями анамнез, схожесть клинической картины с другими дерматозами (розацеа, фотодерматозы, себорейный дерматит, панникулиты различной этиологии) могут вызывать трудности в постановке диагноза на первом приёме у врачей-дерматологов. Для постановки окончательного диагноза крайне важно использовать актуальные критерии и методы диагностики, в том числе результаты лабораторных исследований для обнаружения симптома «ножниц», или перекрёста (лейкоцитопения при повышенном СОЭ), в общем анализе крови и специфических антител в иммунологических исследованиях (ANA, ENA, anti-dsDNA IgG), а также показатели биохимического анализа крови для оценки работы почек и других систем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Системная красная волчанка — аутоиммунное заболевание, требующее своевременного назначения системной терапии. Таким образом, врачу-дерматологу для выявления и постановки диагноза красной волчанки требуется подробный сбор анамнеза, тщательный осмотр кожных покровов всего тела и направление пациента на специфические лабораторные исследования. Своевременная постановка диагноза, назначение терапии и в последующем предупреждение пациентом отягощающих факторов, таких как курение, пребывание

на солнце, благоприятно влияют на прогноз заболевания.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Источники финансирования. Работа выполнена по инициативе авторов без привлечения финансирования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с содержанием настоящей статьи.

Вклад авторов. *Е.А. Морозова* — концепция и дизайн исследования, внесение в рукопись существенной правки с целью повышения научной ценности статьи; *Е.А. Баушева* — получение, анализ данных и интерпретация результатов, написание статьи. Авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Согласие пациента. Пациенты добровольно подписали информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме в «Российском журнале кожных и венерических болезней».

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. This work was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Author contribution. *E.A. Morozova* — the concept and design of the study, making significant changes to the manuscript in order to increase the scientific value of the article; *E.A. Bausheva* — obtaining, analyzing data and interpreting the results, writing an article. The authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis of literature, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Patient permission. Patients voluntarily signed an informed consent to the publication of personal medical information in depersonalized form in the journal “Russian journal of skin and venereal diseases”.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kang S., Amadai M., Bruckner A.L., et al. Fitzpatrick's dermatology. 9th ed. Vol. 1. McGraw-Hill Education, 2019. P. 1037–1039.
2. Олисова О.Ю. Кожные и венерические болезни. Москва: Практическая медицина, 2015. С. 186–192.
3. Тлиш М.М., Наатыж Ж.Ю., Сычева Н.Л., и др. Системная красная волчанка: междисциплинарный под-

ход к диагностике // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2016. Т. 19, № 3. С. 141–147. doi: 10.18821/1560-9588-2016-19-3-141-147

4. Кубанов А.А., Самцов А.В., Хайрутдинов В.Р., и др. Клинические рекомендации. Красная волчанка. Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматологов и косметологов», 2020. С. 6–17.

5. Tebbe B., Orfanos C.E. Epidemiology and socioeconomic impact of skin disease in lupus erythematosus // *Lupus*. 1997. Vol. 6, N 2. P. 96–104. doi: 10.1177/096120339700600204
6. Трофимов П.Н., Антонова О.В., Швырев Д.Н., и др. Кожные формы красной волчанки: патогенез, клиника, диагностика, терапия // *Вестник дерматологии и венерологии*. 2015. Т. 91. № 5. С. 24–33. doi: 10.25208/0042-4609-2015-91-5-24-33
7. Obermoser G., Sontheimer R.D., Zelger B. Overview of common, rare and atypical manifestations of cutaneous lupus erythematosus and histopathological correlates // *Lupus*. 2010. Vol. 19, N 9. P. 1050–1070. doi: 10.1177/0961203310370048
8. Ackermann A.B. *Lupus erythematosus*. In: *Histologic diagnosis of inflammatory skin diseases*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997. P. 525–546.
9. Алексеева Е.И., Дворяковская Т.М., Никишина И.П., и др. Системная красная волчанка: клинические рекомендации. Часть 1 // *Вопросы современной педиатрии*. 2018. Т. 17, № 1. С. 19–37. doi: 10.15690/vsp.v17i1.1853
10. Алексеева Е.И., Дворяковская Т.М., Никишина И.П., и др. Системная красная волчанка: клинические рекомендации. Часть 2 // *Вопросы современной педиатрии*. 2018. Т. 17, № 2. С. 110–125. doi: 10.15690/vsp.v17i2.1877
11. Aringer M., Costenbader K., Daikh D., et al. 2019 European league against rheumatism / American college of rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus // *Arthritis Rheumatol*. 2019. Vol. 71, N 9. P. 1400–1412. doi: 10.1002/art.40930
12. Andrade R.M., Alarcón G.S., Fernández M., et al. Accelerated damage accrual among men with systemic lupus erythematosus: XLIV. Results from a multiethnic US cohort // *Arthritis Rheum*. 2007. Vol. 56, N 2. P. 622–630. doi: 10.1002/art.22375
13. Fanouriakis A., Kostopoulou M., Alunno A., et al. 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus // *Ann Rheum Dis*. 2019. Vol. 78, N 6. P. 736–745. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-215089
14. Лебедева С., Теплюк Н., Белоусова Т., и др. Возможности наружной терапии дискоидной красной волчанки // *Врач*. 2015. № 2. С. 49–51.
15. Obermoser G., Sontheimer R.D., Zelger B. Overview of common, rare and atypical manifestations of cutaneous lupus erythematosus and histopathological correlates // *Lupus*. 2010. Vol. 19, N 9. P. 1050–1070. doi: 10.1177/0961203310370048
16. Rothfield N., Sontheimer R.D., Bernstein M. Lupus erythematosus: systemic and cutaneous manifestations // *Clin Dermatol*. 2006. Vol. 24, N 5. P. 348–362. doi: 10.1016/j.clindermatol.2006.07.014
17. Ribero S., Sciascia S., Borradori L., et al. The cutaneous spectrum of lupus erythematosus // *Clin Rev Allergy Immunol*. 2017. Vol. 53, N 3. P. 291–305. doi: 10.1007/s12016-017-8627-2
18. Durosaro O., Davis M.D., Reed K.B., et al. Incidence of cutaneous lupus erythematosus, 1965–2005: a population-based study // *Arch Dermatol*. 2009. Vol. 145, N 3. P. 249–253. doi: 10.1001/archdermatol.2009.21
19. Тлиш М.М., Наатыж Ж.Ю., Сычева Н.Л., и др. Трудности диагностики системной красной волчанки // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2014. № 3. С. 36–41.

REFERENCES

1. Kang S, Amadai M, Bruckner AL, et al. *Fitzpatrick's dermatology*. 9th ed. Vol. 1. McGraw-Hill Education; 2019. P. 1037–1039.
2. Olisova OY. *Skin and venereal diseases*. Moscow: Practical Medicine; 2015. P. 186–192. (In Russ).
3. Tlish MM, Naatyzh ZY, Sycheva NL, et al. Systemic lupus erythematosus: an interdisciplinary approach to the diagnosis. *Russ J Skin Venereal Diseases*. 2016;19(3):141–147. (In Russ). doi: 10.18821/1560-9588-2016-19-3-141-147
4. Kubanov AA, Samtsov AV, Khayrutdinov VR, et al. Clinical guidelines. Lupus erythematosus. All-Russian Public Organization Russian Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists; 2020. P. 6–17. (In Russ).
5. Tebbe B, Orfanos CE. Epidemiology and socioeconomic impact of skin disease in lupus erythematosus. *Lupus*. 1997;6(2):96–104. doi: 10.1177/096120339700600204
6. Trofimov PN, Antonova OV, Shvyrev DN, et al. Cutaneous lupus erythematosus: pathogenesis, clinical pattern, diagnostics, therapy. *Bulletin Dermatol Venereol*. 2015;91(5):24–33. (In Russ). doi: 10.25208/0042-4609-2015-91-5-24-33
7. Obermoser G, Sontheimer RD, Zelger B. Overview of common, rare and atypical manifestations of cutaneous lupus erythematosus and histopathological correlates. *Lupus*. 2010;19(9):1050–1070. doi: 10.1177/0961203310370048
8. Ackermann AB. *Lupus erythematosus*. In: *Histologic diagnosis of inflammatory skin diseases*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997. P. 525–546.
9. Alekseeva EI, Dvoryakovskaya TM, Nikishina IP, et al. Systemic lupus erythematosus: clinical recommendations. Part 1. *Questions Modern Pediatrics*. 2018;17(1):19–37. (In Russ). doi: 10.15690/vsp.v17i1.1853
10. Alekseeva EI, Dvoryakovskaya TM, Nikishina IP, et al. Systemic lupus erythematosus: clinical recommendations. Part 2. *Questions Modern Pediatrics*. 2018;17(2):110–125. (In Russ). doi: 10.15690/vsp.v17i2.1877
11. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, et al. 2019 European league against rheumatism / American college of rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatol*. 2019;71(9):1400–1412. doi: 10.1002/art.40930
12. Andrade RM, Alarcón GS, Fernández M, et al. Accelerated damage accrual among men with systemic lupus erythematosus: XLIV. Results from a multiethnic US cohort. *Arthritis Rheum*. 2007;56(2):622–630. doi: 10.1002/art.22375
13. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Alunno A, et al. 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(6):736–745. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-215089
14. Lebedeva S, Teplyuk N, Belousova T, et al. Possibilities of external therapy of discoid red. *Doctor*. 2015;(2):49–51. (In Russ).
15. Obermoser G, Sontheimer RD, Zelger B. Overview of common, rare and atypical manifestations of cutaneous lupus erythematosus and histopathological correlates. *Lupus*. 2010;19(9):1050–1070. doi: 10.1177/0961203310370048

16. Rothfield N, Sontheimer RD, Bernstein M. Lupus erythematosus: systemic and cutaneous manifestations. *Clin Dermatol.* 2006;24(5):348–362. doi: 10.1016/j.clindermatol.2006.07.014
17. Ribero S, Sciascia S, Borradori L, Lipsker D. The cutaneous spectrum of lupus erythematosus. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2017;53(3):291–305. doi: 10.1007/s12016-017-8627-2

18. Durosaro O, Davis MD, Reed KB, et al. Incidence of cutaneous lupus erythematosus, 1965–2005: a population-based study. *Arch Dermatol.* 2009;145(3):249–253. doi: 10.1001/archdermatol.2009.21
19. Tlish MM, Naatyzh ZY, Sycheva NL, et al. Difficulties in the diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Russ J Skin Venereal Diseases.* 2014;(3):36–41. (In Russ).

ОБ АВТОРАХ

* **Морозова Елена Александровна**, к.м.н., ассистент;
адрес: Россия, 119991, Москва, ул. Трубетцкая, д. 8, стр. 2;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5826-5018>;
eLibrary SPIN: 4437-3800;
e-mail: doc.elene@mail.ru

Баушева Евгения Александровна;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8067-1044>;
eLibrary SPIN: 4575-9454;
e-mail: ea.bausheva@mail.ru

* Автор, ответственный за переписку

AUTHORS' INFO

* **Elena A. Morozova**, MD, Cand. Sci. (Med.), Assistant;
address: 8 buil. 2 Trubetskaya street, 119991 Moscow, Russia;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5826-5018>;
eLibrary SPIN: 4437-3800;
e-mail: doc.elene@mail.ru

Evgeniia A Bausheva, MD;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8067-1044>;
eLibrary SPIN: 4575-9454;
e-mail: ea.bausheva@mail.ru

* The author responsible for the correspondence