

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016  
УДК 616.511-036.1

Карачева Ю.В., Смыкова А.Н., Волошин В.В.

## БОЛЕЗНЬ ГРОВЕРА

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И. Прохоренкова ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, 660022, г. Красноярск, Россия

*Представлен обзор по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям и гистологическим характеристикам редкого дерматоза – болезни Гровера, освещены трудности дифференциальной диагностики патогистологии данного заболевания с болезнью Дарье, семейной доброкачественной пузырчаткой Гужеро–Хейли–Хейли. Приведено описание клинического случая болезни Гровера у мужчины 87 лет.*

**Ключевые слова:** болезнь Гровера; папуловезикулезный зудящий дерматоз.

**Для цитирования:** Карачева Ю.В., Смыкова А.Н., Волошин В.В. Болезнь Гровера. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2016; 19(4): 231-233. DOI: 10.18821/1560-9588-2016-19-4-231-233

*Karacheva Yu.V., Smykova A.N., Voloshin V.V.*

## GROVER'S DISEASE

Krasnoyarsk State Medical University n.a. prof. V.F. Voyno-Yasenetskiy, Krasnoyarsk, 660022, Russian Federation

*A review of the etiology, pathogenesis, clinical manifestations and histological characteristics of a rare dermatosis – Grover's disease is presented. The difficulty of histopathology differential diagnosis of this disease with Darier's disease and familial benign pemphigus Guzhero–Hailey–Hailey is described. The clinical case of Grover's disease in 87 year old man is presented.*

**Keywords:** Grover's disease; vesicular papules; itching dermatosis.

**For citation:** Karaseva Yu.V., Smykova A.N., Voloshin V.V. Grover's disease. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases (Rossiyskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei).* 2016; 19(4): 231-233. (in Russian). DOI: 10.18821/1560-9588-2016-19-4-231-233

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

**Funding.** The study had no sponsorship.

Received 06 April 2016

Accepted 21 June 2016

Болезнь Гровера (транзиторный акантолитический дерматоз Гровера) – редкий папуловезикулезный зудящий дерматоз, поражающий в основном мужчин старше 40 лет, с I и II фототипами кожи. Этиология заболевания неизвестна. Опубликованные данные по этиологии и патогенезу болезни Гровера носят гипотетический характер (иммунопатогенный механизм, вирусный дерматоз) [1–3]. Характеризуется папулезными, папуловезикулезными элементами красновато-синеюшного цвета и мелкими пузырьками с прозрачным содержимым диаметром 2–5 мм, располагающимися группами без тенденции к периферическому росту и слиянию. Поверхность папул может в дальнейшем слегка шелушиться или эксфолироваться в

результате зуда, покрываясь геморрагической корочкой. Преимущественная локализация на коже туловища, плечевого пояса, шеи, бедер, реже предплечий и волосистой части головы. Слизистые оболочки, ладони, подошвы, ногти не поражаются [3–6].

Гистологическая картина характеризуется дискератозом в зернистом слое, надбазальным акантолизом с формированием внутриэпидермальных щелей. Данные изменения встречаются при болезни Дарье и могут быть при семейной доброкачественной пузырчатке Гужеро–Хейли–Хейли. При выраженном спонгиозе могут регистрироваться акантолитические клетки, но иммунофлуоресцентный анализ дает отрицательный результат. При электронно-микроскопических исследованиях выявляют внутридесмосомальные повреждения и уменьшение количества десмосом с перинуклеарным скоплением тонофиламентов.

Течение обычно доброкачественное, слизистые оболочки, внутренние органы не поражаются [7].

Заболевание может протекать остро или хронически. При остром (транзиторном) течении возникает зудящая розоватая папулезная или папуловезикулезная сыпь на коже груди, удерживающаяся от 2 нед до нескольких месяцев. При хроническом (персистирующем) течении сыпь более монотипна, в виде гладких или слегка шелушащихся милиарных папул [8,9].

Иногда заболевание носит выраженный паранеопластический характер. Провоцирующими факторами являются инсоляция и ионизирующая радиация, особенно у лиц, страдающих фоточувствительностью, актиническим ретикулоидом [10].

### Для корреспонденции:

Смыкова Анастасия Николаевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И. Прохоренкова ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, 660022, г. Красноярск, Россия. E-mail: smykova.a@mail.ru.

### For correspondence:

Smykova Anastasia N., MD, PhD, assistant chair of Krasnoyarsk State Medical University n.a. prof. V.F. Voyno-Yasenetskiy, Krasnoyarsk, 660022, Russian Federation. E-mail: smykova.a@mail.ru.

### Information about authors:

Karacheva Yu.V., <http://orcid.org/0000-0002-7025-6824>;

Smykova A.N., <http://orcid.org/0000-0001-5846-4244>;

Voloshin V.V., [orcid.org/0000-0001-7546-8343](http://orcid.org/0000-0001-7546-8343).

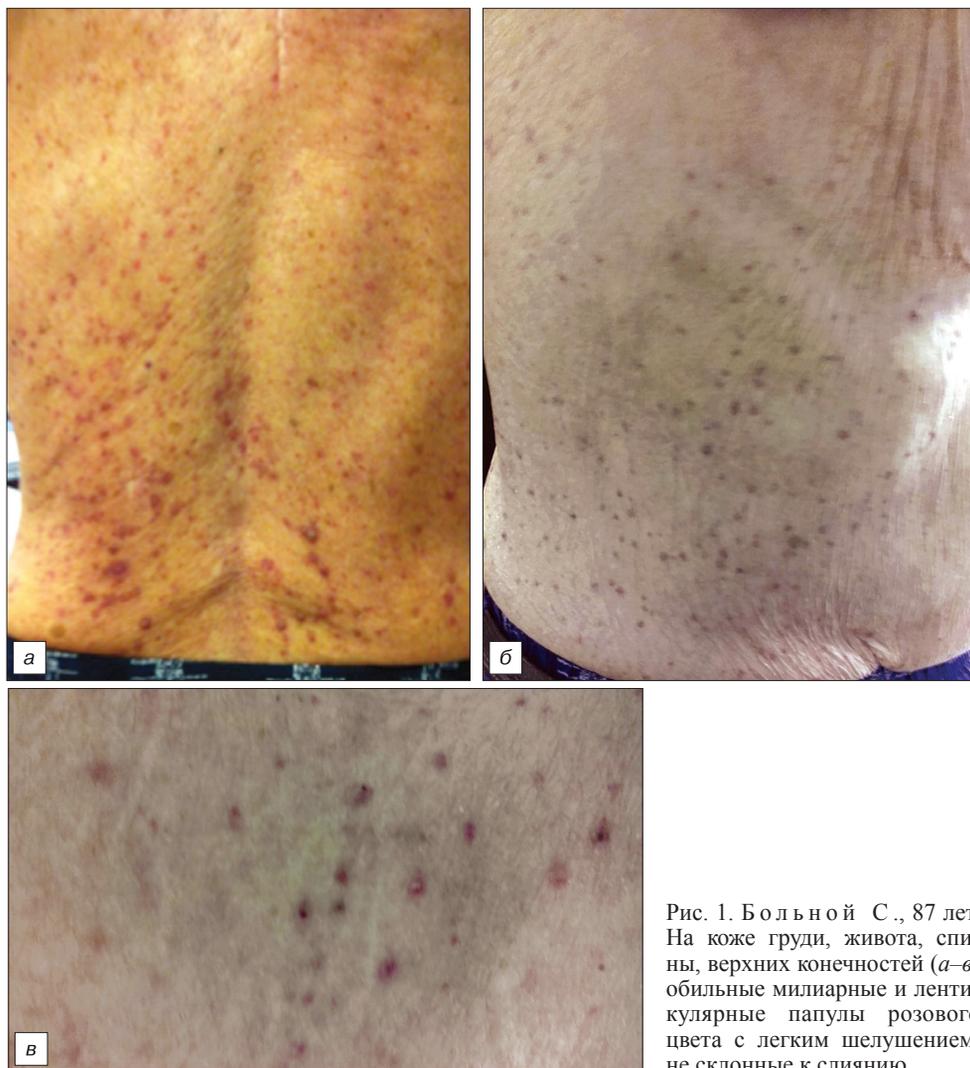


Рис. 1. Больной С., 87 лет. На коже груди, живота, спины, верхних конечностей (а–в) обильные милиарные и лентикулярные папулы розового цвета с легким шелушением, не склонные к слиянию.

Учитывая данные литературы, представляет интерес наблюдавшийся нами клинический случай болезни Гровера.

Больной С., 1929 года рождения, обратился на кафедру дерматовенерологии Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого с жалобами на зудящие распространенные высыпания.

Из анамнеза. Считает себя больным около года. Начало заболевания ни с чем не связывает. Резкое прогрессирование отмечает после длительного пребывания на солнце. Самостоятельно при-

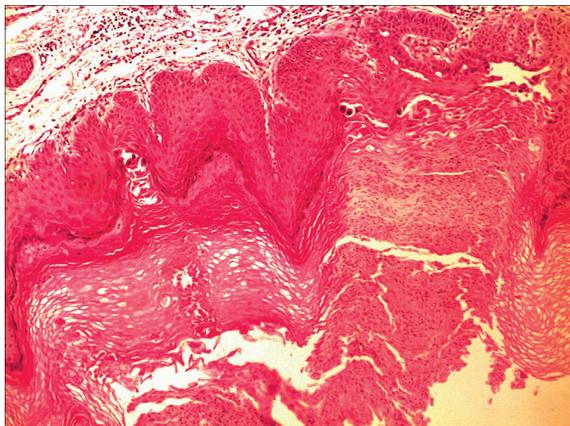


Рис. 2. В эпидермисе акантоз, гиперкератоз в углублениях эпидермиса, дискератоз с формированием круглых телец в зернистом слое, надбазальные лакуны. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 100.

менял кортикостероидные мази – без особого эффекта. Наследственность по хроническим кожным заболеваниям неотягощена.

Из сопутствующих хронических соматических заболеваний страдает бронхиальной астмой, хроническим гастритом, лимфостазом нижних конечностей, хроническим циститом. Все заболевания в стадии ремиссии. Имеет длительный кардиологический анамнез. Постоянно принимает верошпирон, беталок, кордарон. Отмечает резкое похудение на 10 кг за последние 3 мес. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Локальный статус. Патологический процесс носит распространенный характер с поражением кожи груди, живота, спины, верхних конечностей в виде обильных милиарных и лентикулярных папул розового цвета с легким шелушением (рис. 1).

Гистологическое исследование кожи: гиперкератоз в углублениях эпидермиса с явлениями паракератоза, в зернистом слое дискератоз, массивные акантолитические разрастания с формированием круглых телец, надбазальный акантолиз и формирование надбазальных лакун (рис. 2). Диагноз: болезнь Гровера.

На фоне проводимой терапии (витамины А, Е внутрь; наружно мазь «Радевит» и топические глюкокортикостероиды). Отмечена положительная динамика – зуд регрессировал, новых высыпаний нет, элементы папулезной сыпи побледнели.

Описание данного клинического случая представлено в связи с тем, что клиническое и гистологическое сходство данного заболевания с другими дерматозами, зачастую у врачей практического здравоохранения вызывает определенные трудности в установлении данного диагноза.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## ЛИТЕРАТУРА

4. Прохоренков В.И., Карачева Ю.В., Гузей Т.Н. Существует ли болезнь Гровера? *Клиническая дерматология и венерология*. 2011; 3: 78–81.
5. Махнева Н.В., Молочков В.А., Молочков А.В., Зенкевич Е.В. Транзиторный акантолитический дерматоз Гровера: сочетание классической и атипичной форм. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2007; 10(4): 46–9.
6. Кунцевич Ж.С., Корнева Л.В., Кряжева С.С. Транзиторный акантолитический дерматоз Гровера. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2002; 5(6): 21–3.
7. Цветкова Г.М., Мордовцев В.Н. *Патоморфологическая диагностика болезней кожи*. М.: Медицина; 1986.
9. Иванов О.Л., ред. *Кожные и венерические болезни: справочник*. М.: Медицина; 2007.

Остальные источники литературы см. в References.

## REFERENCES

1. Grover R.W. Transient acantholytic dermatosis. *Arch. Dermatol.* 1970; 101(4): 426–34.
2. Kostler E., Gossrau G., Kuster P. Persistent popular acantholytic dermatosis. *Dermatol. Monatsschr.* 1979; 165(5): 321–6.

3. Rodriguez-Pazos L., Vilas-Sueiro A., Gonzalez-Vilas D., Durana C. Grover's disease in chronic kidney failure. *Nefrologia*. 2015; 35(3): 331–4. doi: 10.1016/j.nefro.2015.05.009.
4. Prohorenkov V.I., Karacheva Yu.V., Guzey T.N. Does Grover's disease? *Clinical Dermatology and Venereology (Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya)*. 2011; 3: 78–81. (in Russian)
5. Makhneva N.V., Molochkov V.A., Molochkov A.V., Zenkevich E.V. Transient acantholytic dermatosis of Grover: a combination of classical and atypical forms. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases Diseases (Rossiyskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei)*. 2007; 7(4): 46–9. (in Russian)
6. Kuntsevich Zh.S., Korneva L.V., Kryazheva S.S. Transient acantholytic dermatosis of Grover. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases Diseases (Rossiyskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei)*. 2002; 5(6): 21–3. (in Russian)
7. Tsvetkova G.M., Mordovtsev V.N. *Pathomorphological diagnosis of skin diseases*. Moscow: Medicine; 1986. (in Russian)
8. Tognetti L., Nami N., Fimiani M., Rubegni P. Grover's disease and cutaneous melanoma: a fortuitous association or a paraneoplastic case? *G. Ital. Dermatol. Venereol.* 2015; 150(6):756–8.
9. Ivanov O.L., ed. *Skin and venereal diseases: a handbook*. Moscow: Medicine; 2007. (in Russian)
10. Villalon G., Martin J.M., Monteagudo C., Alonso V., Ramon D., Jorda E. Clinicopathological spectrum of chemotherapy induced Grover's disease. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2007; 21(8): 1145–7. doi:10.1111/j.1468-3083.2006.02130.x.

Поступила 06.04.16  
Принята к печати 21.06.16

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 616.563-085

Масюкова С.А., Мордовцева В.В., Землякова С.С., Губанова Е.И., Ильина И.В., Санакоева Э.Г., Алиева З.А., Гребенюк Д.В.

## HYDRADENITIS SUPPURATIVA: ЛЕЧЕНИЕ (часть 3)

Кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет пищевых производств» Минобрнауки России, 125080, г. Москва, Россия

Для лечения гнойного гидраденита используют разные схемы терапии, местные и системные, выбор которых зависит от стадии заболевания. Для местного лечения используют адапален, клиндамицин, азелаиновую кислоту, препараты серебра в сочетании с хирургическим иссечением, крио- и лазеротерапией. Для системного лечения используют антибиотики (клиндамицин, рифамицин, эритромицин, амоксициллин с клавулановой кислотой, миноциклин), преднизолон, цитостатики (метотрексат, азатиоприн, циклоспорин), ретиноиды, биологические препараты (этанерцепт, эфализумаб, адалимумаб, инфликсимаб), нестероидные противовоспалительные препараты. Цель терапии – противовоспалительное действие, устранение фолликулярной окклюзии и болевого синдрома, коррекция иммунного и гормонального статуса, стимуляция заживления дефектов кожи, улучшение качества жизни пациентов.

Ключевые слова: лечение; антибиотики; ретиноиды; цитостатики; биологические препараты.

Для цитирования: Масюкова С.А., Мордовцева В.В., Землякова С.С., Губанова Е.И., Ильина И.В., Санакоева Э.Г., Алиева З.А., Гребенюк Д.В. Hydradenitis suppurativa: лечение (часть 3). *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2016; 19(4): 233–237. DOI: 10.18821/1560-9588-2016-19-4-233-237

Masyukova S.A., Mordovtseva V.V., Zemlyakova S.S., Gubanov E.I., Ilina I.V., Sanakoeva E.G., Alieva Z.A., Grebenyuk D.V.

## HIDRADENITIS SUPPURATIVA: TREATMENT (part 3)

Department of skin and venereal diseases with the course of cosmetology the Medical Institute of Physicians Advanced Training Moscow State University of Food Production, Moscow, 125080, Russian Federation

Local and systemic methods are used for the treatment of hidradenitis suppurativa, the choice of which depends on the stage of the disease. For local treatment adapalene, clindamycin, azelaic acid, silver preparations in combination with surgical excision, laser therapy and cryo are used. For systemic treatment antibiotics (clindamycin, rifampicin, erythromycin, amoxicillin with clavulanic acid, minocycline), prednisolone, cytostatics (methotrexate, azathioprine, cyclosporine), retinoids, biologicals (etanercept, efalizumab, adalimumab, infliximab), a non-steroidal anti-inflammatory drugs are used. The aim of therapy is to get anti-inflammatory effect, the removal of follicular occlusion and pain, correction of immune and hormonal status, stimulation of healing of skin defects, improving the quality of life of patients.

Keywords: treatment; antibiotics; retinoids; cytostatics; biologicals.

For citation: Masyukova S.A., Mordovtseva V.V., Zemlyakova S.S., Gubanov E.I., Ilina I.V., Sanakoeva E.G., Alieva Z.A., Grebenyuk D.V. Hidradenitis suppurativa: treatment (part 3). *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases (Rossiyskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei)*. 2016; 19(4): 233–237. (in Russian). DOI: 10.18821/1560-9588-2016-19-4-233-237

Funding. The study had no sponsorship.

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

Received 22 April 2016

Accepted 21 June 2016