

Тарасенко Г.Н.^{1,2}, Бобров А.Н.¹, Богданова Т.В.², Процюк Оксана²

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С БОРРЕЛИОЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

¹ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого»
Минобороны России, 143420, г. Красногорск, Московская область, Россия;

²Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Минздрава России, 107076, Москва, Россия

Представлен клинический случай очаговой склеродермии, ассоциированной с боррелиозной инфекцией. Пациентка Ш., 64 лет, поступила в кожно-венерологическое отделение с жалобами на наличие очагов поражения на коже туловища в виде уплотнения, с изменением цвета и блеском. Из анамнеза установлено, что примерно около 5 лет назад в июне на коже в левой пяточной области обнаружила присосавшегося клеща, который был самостоятельно удален, а первые появления темных пятен в области туловища заметила около года назад. На основании анамнеза, клинической картины и гистологического исследования установлен диагноз: распространенная очаговая склеродермия. Проведено лечение, после которого наметилась хорошая тенденция к разрешению очагов.

Ключевые слова: очаговая склеродермия; боррелиоз; клиника.

Для цитирования. Тарасенко Г.Н., Бобров А.Н., Богданова Т.В., Процюк Оксана. Клинический случай очаговой склеродермии, ассоциированной с боррелиозной инфекцией. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2017; 20(1): 42-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9588-2017-20-1-42-44>

Tarasenko G.N.^{1,2}, Bobrov A.N.¹, Bogdanova T.V.², Protiuc Oksana²

CLINICAL CASE SCLERODERMA ASSOCIATED WITH BORRELIA INFECTION

¹3 Central military clinical hospital n.a. A.A. Vishnevskogo, Krasnogorsk, 143003, Russian Federation;

²Chair of dermatovenerology and cosmetology Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, 107076, Russian Federation

Clinical case of skleroderma, associated with borrelia infection is presented. 64 year old patient complained about lesions on the skin of the trunk, in the form of consolidation with change of colour and shine. 5 years ago on a skin in the left calcaneal area stuck tick that has been independently removed, was found. First occurrences of dark stains on a trunk was noticed a year ago. On the basis of the anamnesis, clinical picture and histologic research the diagnosis of localized skleroderma was established. Successful treatment was performed.

Keywords: localised scleroderma; borreliosis; clinic.

For citation: Tarasenko G.N., Bobrov A.N., Bogdanova T.V., Protiuc O. Clinical case scleroderma associated with Borrelia infection. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases (Rossiyskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei).* 2017; 20(1): 42-44. (in Russian). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9588-2017-20-1-42-44>

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

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 02 Nov 2016

Accepted 24 Jan 2017

Для корреспонденции:

Тарасенко Григорий Николаевич, кандидат мед. наук, зав. кожно-венерологическим отделением ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого» Минобороны России, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 107076, г. Москва, Россия. E-mail: drtarasenko@yandex.ru.

For correspondence:

Tarasenko Grigoriy N., MD, PhD, docent, 3 Central military clinical hospital n.a. A.A. Vishnevskiy Ministry of Defence of Russian Federation, Krasnogorsk, 143003, Russian Federation. E-mail: drtarasenko@yandex.ru.

Information about authors:

Tarasenko G.N., <http://orcid.org/0000-0001-6504-4782>, Scopus author ID 7003835041;

Tarasenko Y.G., <http://orcid.org/0000-0003-2755-0881>; Bekoeva A.V., <http://orcid.org/0000-0003-0555-3563>;

Protiuc O., <http://orcid.org/0000-0001-6905-9893>.

Очаговая склеродермия – ОС (*син.*: ограниченная, локализованная склеродермия, морфеа) отличается от системной склеродермии наличием разнообразных кожных морфологических вариантов и отсутствием клинических признаков системного поражения. Соотношение мужчин и женщин составляет 1:2 или 1:3, причем заболевание встречается чаще у лиц европеоидной расы и азиатов, чем у афроамериканцев. Оно наблюдается как у взрослых, так и у детей, и может возникнуть в любом возрасте [1]. Этиология ограниченной склеродермии неизвестна, однако обсуждается роль аутоиммунных, нейроэндокринных нарушений, стресса, химико-медикаментозных факторов, травм, а также паранеопластического генез [2].

В последние годы сообщается о развитии ОС после кори, ветряной оспы и инфекции *Borrelia burgdorferi*. Впервые гипотезу о взаимосвязи между инфекцией *B. burgdorferi* и очаговой склеродермией предположил в 1987 г. Е. Aberer [3]. Эту гипотезу подтвердили и другие авторы [4, 5]. По данным отдельных авторов [6], склероатрофические поражения кожи, ассоциированные с боррелиозной инфекцией, наблюдались чаще у женщин (91,7%), а очаговая склеродермия диагностирована у 55,5% пациентов. В качестве других провоцирующих факторов обсуждают вакцинацию БЦЖ, инъекции витамина В, лучевую терапию, прием пенициллина и бромокриптина. Однако прямая

связь этих факторов с этиологией заболевания не доказана [1].

Клинически заболевание проявляется в виде эритемы и отека, склероза (уплотнения) и атрофии. На коже появляются пятна красноватого, розового или розово-лилового цвета округлой, овальной или половоидной формы, нередко сливающиеся друг с другом. В отдельных случаях появляются очаги отека без изменения цвета кожи. Стадия склероза характеризуется типичными очагами заболевания с уплотнением цвета слоновой кожи, с гладкой, блестящей поверхностью и лиловым венчиком по периферии. В дальнейшем стадия склероза сменяется атрофией кожи и стойкими нарушениями пигментации. В очагах могут наблюдаться телеангиэктазии, пузыри, другие изменения кожи, а также сочетания всех вышеперечисленных признаков.

Диагноз устанавливают на основании клинических проявлений, в сомнительных случаях проводят биопсию кожи с последующим патоморфологическим исследованием. С целью исключения болезни Лайма проводят серологическую диагностику на клещевой боррелиоз. Для исключения системной склеродермии необходимо обследование у ревматолога.

Лечение ОС должно быть комплексным, с учетом этиологических, патогенетических факторов и возможных сопутствующих заболеваний. Однако алго-



Больная Б., 64 года. Клинические проявления очаговой склеродермии.

а – боковая поверхность туловища слева; б – боковая поверхность туловища справа; в – область пояса.

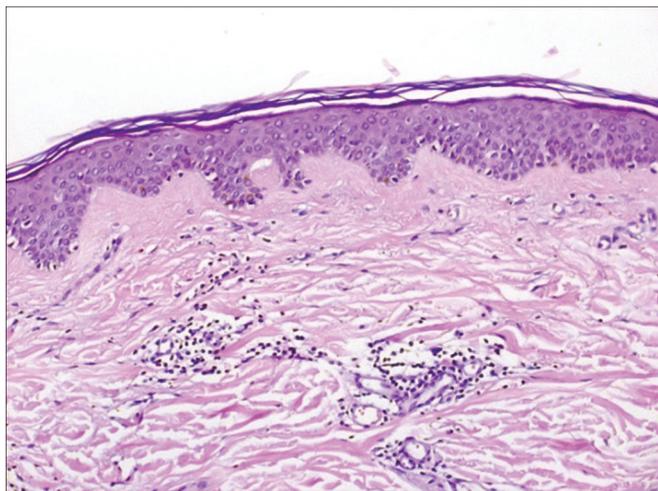


Рис. 2. Гистопатоморфологическая картина очаговой склеродермии. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 50.

ритмов диагностики и лечения больных со склеротическими поражениями кожи, ассоциированными с боррелиозной инфекцией, нет [6].

В зависимости от формы и стадии заболевания в комплекс лечения следует включать препараты и вмешательства, которые обладают противовоспалительным, антифиброзным действием, а также улучшающие микроциркуляцию и метаболические процессы в коже.

Приводим наше наблюдение.

Больная Ш., 64 года, поступила 17.10.16 в кожно-венерологическое отделение Центрального военного клинического госпиталя для проведения обследования и лечения с жалобами на наличие очагов поражения на коже туловища с уплотнением, изменением цвета и блеском.

Из анамнеза: считает себя больной около 1 года, когда впервые заметила появление темных пятен в области туловища. Примерно около 5 лет назад в июне на коже в левой пяточной области обнаружила присосавшегося клеща, которого самостоятельно удалила, на исследование клеща не отправляла. Не лечилась, к врачу не обращалась. Обратилась к дерматологу госпиталя в октябре 2016 г., после осмотра направлена на стационарное обследование.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Больная правильного телосложения. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

При обследовании органов дыхания патологии не выявлено. Тоны сердца ясные, чистые, пульс ритмичный, 84 ударов в 1 мин, АД 130/90 мм рт. ст. Язык обложен налетом белого цвета, влажный. Живот равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Печень не увеличена, селезенка и почки не пальпируются. Поколачивание поясничной области безболезненно с обеих сторон. Сознание ясное. Неврологический статус: очаговой симптоматики, двигательных, координаторных и чувствительных расстройств нет.

Дерматологический статус: поражение кожи носит распространенный характер и локализуется на коже туловища по боковым поверхностям и в области спины, некоторые участки поражения различных размеров представлены очагами с четкими границами округлых и неправильных очертаний, плотными на ощупь, с признаками легкой атрофии, телеангиоэктазиями и застойной гиперемией (см. рисунок, а–в). Дермографизм нестойкий, розовый.

Общеклинические и биохимические анализы крови без патологии, анализ мочи без особенностей. Исследование маркеров гепатитов В и С, антитела к ВИЧ, Lues от 18.10.16: HBsAg; антитела к HCV, Lues; HIVAg не обнаружены.

Исследование на наличие специфических острофазных белков от 24.10.16: антистрептолизин отрицателен; антитела к *Borrelia* IgG, IgM (болезнь Лайма, боррелиоз) от 19.10.16 – положительны. Гистология 25.10.16: дерма с явлениями слабовыраженного поверхностного периваскулярного дерматита с преобладанием в инфильтрате лимфоцитов, некоторым утолщением и гомогенизацией коллагеновых волокон ретикулярной дермы, расположением отдельных потовых желез непосредственно среди коллагеновых волокон (см. рисунок, з). Заключение: гистологическая картина не противоречит диагнозу направления (очаговая склеродермия). На основании обследования был установлен окончательный диагноз: распространенная очаговая склеродермия.

Проведено лечение: режим, диета, медикаментозное (цефтриаксон, гипосенсибилизирующие, пентоксифиллин, сосудистые препараты); наружно: противовоспалительные и разрешающие средства; физиотерапевтическое лечение.

При выписке рекомендовано наблюдение дерматолога по месту жительства; продолжение курса лечения основного заболевания – лонгидаза в виде ректальных суппозиториев в дозировке 3 тыс. ед. 1 раз в 2 дня до курсовой дозы 30 тыс. ед.; вобэнзим по схеме 5 таблеток 3 раза в течение 2 нед, 2 таблетки 3 раза в день 2 нед, по 1 таблетке 3 раза в день 2 нед, 1 драже 1 раз в день – 3 мес; наружно – топические стероиды.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.
Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вольф К., Голдсмит Л.А., Кац С.И., Джилкрест Б.А., Паллер Э.С., Леффель Д.Дж. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. Пер. с англ. М.: Изд. Панфилова; БИНОМ; 2012. т.1: 594–8.
2. Снарская Е.С., Ромашкина А.С. Комплексная терапия склеротрофических поражений кожи, ассоциированных с боррелиозной инфекцией. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2012; 15(1): 43–7.
6. Снарская Е.С., Ромашкина А.С. Клинические особенности очаговой склеродермии, ассоциированной с боррелиозной инфекцией. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2013; 16(3): 36–49.

Остальные источники литературы см. в References.

REFERENCES

1. Wolff K., Goldsmith L.A., Katz S.I., Gilchrist B.A., Paller A.S., Leffell D.J. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Transl. from Engl. Moscow: Panfilov; BINOM; 2012. vol.1: 594–8. (in Russian)
2. Snarskaya E.S., Romashkina A.S. Complex therapy of scleroderma skin lesions associated with borrelia infection. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases (Rossiyskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei)*. 2012; 15(1): 43–7. (in Russian)
3. Aberer E., Klade H., Hobisch G. A clinical, histological, and immunohistochemical comparison of acrodermatitis chronica atrophicans and morphea. *Am. J. Dermatopathol.* 1991; 13(4): 334–41.
4. Smoleńska Ž., Masiak A., Strzelecki A., Zdrojewski Z. The role of *Borrelia burgdorferi* infection in scleroderma. *Reumatologia*. 2014; 52(5): 326–31. doi:10.5114/reum.2014.46671.
5. Valančienė G., Jasaitienė D., Valiukevičienė S. Pathogenesis and treatment modalities of localized scleroderma. *Medicina (Kaunas)*. 2010; 46(10): 649–56.
6. Snarskaya E.S., Romashkina A.S. Clinical characteristics of focal scleroderma associated with *Borrelia* infection. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases (Rossiyskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei)*. 2013; 16(3): 36–49. (in Russian)

Поступила 02.11.16
Принята к печати 24.01.17