

## ФОТОЗАДАЧА

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020

Теплюк Н.П., Грабовская О.В., Каюмова Л.Н., Мишин С.А., Мак Д.В.

**Множественные эритематозно-сквамозные очаги на открытых участках кожного покрова**

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

*Представлена фотозадача в виде множественных эритематозно-сквамозных очагов на открытых участках кожного покрова у больной 60 лет, где в качестве триггерного фактора выступает длительная инсоляция. Нозологический диагноз подтвержден гистологическим исследованием.***Для цитирования:** Теплюк Н.П., Грабовская О.В., Каюмова Л.Н., Мишин С.А., Мак Д.В. Множественные эритематозно-сквамозные очаги на открытых участках кожного покрова // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2020;23(4):272-4. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv48923>*Финансирование.* Исследование не имело финансовой поддержки.*Конфликт интересов.* Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 04.10.2020

Принята к печати 12.10.2020

Teplyuk N.P., Grabovskaya O.V., Kayumova L.N., Mishin S.A., Mak D.V.

**Multiple erythematous-squamous foci in visible skin areas**

IM Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

*The photo task in the form of multiple erythematous-squamous foci in open areas of the skin in a 60-year-old patient is described. The trigger factor for this disease was insolation. Diagnosis was verified histologically.***For citation:** Teplyuk NP, Grabovskaya OV, Kayumova LN, Mishin SA, Mak DV. Multiple erythematous-squamous foci in visible skin areas. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2020;23(4):272-4. (in Russian). DOI: <https://doi.org/10.17816/dv48923>*Acknowledgements.* The study had no sponsorship.*Conflict of interest.* The authors declare no conflict of interest.

Received 04 Oct 2020

Accepted 12 Oct 2020

Больная Б., 60 лет, поступила с жалобами на высыпания на коже лица, шеи, плеч, верхней части груди и спины (**рис. 1**), которые возникли около года назад. Начало заболевания связывает с инсоляцией во

время отдыха. Субъективные ощущения отсутствуют, однако при снятии чешуек с поверхности высыпаний возникает болезненность. Картина гистологического исследования представлена на **рис. 2**.



Рис. 1

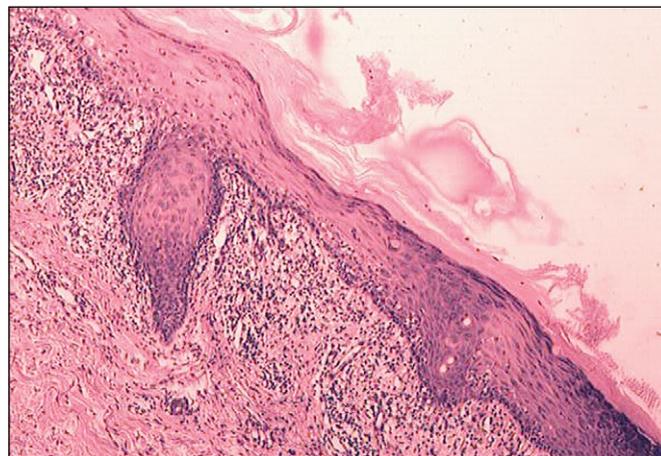


Рис. 2

**Для корреспонденции:**Ляйля Наилевна Каюмова, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры кожных и венерических болезней им В.А. Рахманова ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва, Россия. E-mail: [avestohka2005@inbox.ru](mailto:avestohka2005@inbox.ru)**For correspondence:**Lyailya N. Kayumova, MD, PhD, assistant of Department of Dermatology and Venereology of I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, 119991, Russian Federation. E-mail: [ysra1992@mail.ru](mailto:ysra1992@mail.ru)**Information about the authors:**Teplyuk N.P., <https://orcid.org/0000-0002-5800-4800>; Grabovskaya O.V., <https://orcid.org/0000-0002-1231-1717>; Kayumova L.N. SPIN-код: 4391-9553, AuthorID: 924248

## PHOTO TASK

**Диагноз:** дискоидная (хроническая распространённая) красная волчанка.

**Гистологическое исследование.** Гиперкератоз с роговой пробкой в углублении эпидермиса, вакуольная дегенерация базального слоя, отёк дермы, расширение кровеносных и лимфатических сосудов, образование лимфоцитарных инфильтратов вокруг сосудов и придатков кожи, явления васкулита.

**Общие сведения.** Красная волчанка (КВ) – аутоиммунное заболевание, характеризующееся поражением соединительной ткани, кожи и внутренних органов, в патогенезе которого определяющую роль играет образование аутоантител [1]. Заболеваемость кожными формами КВ составляет 4,3 случая на 100 тыс. населения [2]. Женщины страдают чаще мужчин. КВ регистрируют во всех возрастных группах, но чаще всего заболевание развивается в возрасте от 15 до 44 лет [3].

Этиопатогенетические механизмы КВ достаточно сложны и считаются многофакторными, включая аутоиммунный синдром с генетической предрасположенностью, вирусный генез болезни с участием ретровирусов, подавление клеточного иммунитета в виде дисбаланса Т- и В-лимфоцитов, формирование антиядерных антител, образование и осаждение иммунных комплексов на стенках сосудов органов и тканей с дальнейшим развитием воспалительной реакции. В качестве триггерных факторов выступают длительная инсоляция, повышенная фоточувствительность, переохлаждение, стресс, очаговая стрептококковая инфекция, вакцинация, нейроэндокринные нарушения, беременность, аборт. КВ может развиваться вследствие лекарственной терапии (гидралазин, сульфаниламиды, антибиотики, противозачаточные, противосудорожные, изониазид) [4, 5].

В рабочей классификации клинических форм КВ выделяют кожную (интегументную) и системную. К кожной (интегументной) форме относят дискоидную, диссеминированную, центробежную эритему Биетта, глубокую красную волчанку Капоши–Ирганга. Системная форма у больных различается по течению (острая, подострая, хроническая), по степени тяжести (лёгкая, среднетяжёлая, тяжёлая), по вариантам (кожно-суставной, почечный, лёгочный, неврологический). Однако в настоящее время предпочтение отдаётся классификации, представленной в Федеральных рекомендациях РОДVK-2020, в которой отсутствует понятие «диссеминированная» [6].

Клиническая картина дискоидной КВ характеризуется образованием на открытых участках кожного покрова множественных, чётко очерченных, розово-красного цвета с синюшным оттенком, неправильных очертаний плотно сидящих белых чешуек, с развитием в их зоне, начиная с центральной части в начале заболевания, фолликулярного гиперкерато-

за, а затем рубцовой атрофии. Характерны симптомы Бенъе–Мещерского (попытка снять чешуйку с поверхности бляшки сопровождается болезненностью), «дамского каблучка» (при снятии чешуек на их обратной стороне выявляются роговые шипики). При данной форме КВ вероятность её трансформации в системную КВ составляет до 10% [6].

**Патогистология.** Характерными для КВ гистологическими признаками являются гиперкератоз с роговыми пробками в устьях волосяных фолликулов, атрофия росткового слоя эпидермиса, вакуольная дегенерация базальных клеток, отёк и расширение сосудов сосочкового слоя дермы, лимфоцитарная инфильтрация вокруг сосудов и придатков кожи, базофильная дегенерация коллагена, отложения муцина [1, 6].

С диагностической целью проводят общий анализ крови (анемия, лейкопения, лимфопения, тромбоцитопения, повышение скорости оседания эритроцитов); исследуют кровь на наличие антиядерных антител, антител к двуспиральной нативной ДНК, ядерным и цитоплазматическим антигенам, фосфолипидам, компонентам системы комплемента, на антитела к гистонам. Метод прямой реакции иммунофлюоресценции биоптата кожи из очага поражения позволяет выявлять крупноглобулярные отложения иммуноглобулинов М/G и комплемента в зоне базальной мембраны (положительный тест «волчаночной полоски») [1, 6].

Дифференциальную диагностику проводят с розацеа, себорейной экземой, фотодерматитом, псориазом, туберкулёзной волчанкой, ангиолюпоидом Брока–Потрие (телеангиэктатический вариант кожного саркоидоза), лимфоцитарной инфильтрацией Джесснера–Канофа, эритематозной (себорейной) пузырьчаткой Сенира–Ашера [7].

**Лечение.** Терапия 1-й линии КВ с поражением кожи включает использование противомаларийных препаратов хинолинового ряда. После достижения клинического ответа больного переводят на лечение поддерживающей дозой препарата; приём препаратов может продолжаться до 2–3 лет в зависимости от активности заболевания и степени поражения внутренних органов. При распространённых высыпаниях и признаках системности назначают системные глюкокортикостероиды в комбинации с противомаларийными препаратами. В качестве местного лечения применяют глюкокортикостероидные фторсодержащие мази, при отсутствии эффекта – ингибиторы кальциневрина (такролимус 0,1%, пимекролимус 1%) [6].

**Профилактика.** Больные должны находиться под диспансерным наблюдением дерматолога и ревматолога. Один раз в полгода необходима консультация офтальмолога во избежание развития ретинопатии при приёме антималярийных препаратов.

В весенне-летний период показан профилактический приём хинолиновых препаратов. Рекомендуется проводить санацию очагов хронической инфекции; исключить воздействие УФ-облучения на кожу, т.к. возможна трансформация кожной формы в системную; использовать фотозащитные кремы с SPF50 за 30 мин до выхода на улицу, шляпу, одежду с длинными рукавами.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Трофимов П.Н., Антонова О.В., Швырев Д.Н., Хайрутдинов В.Р., Белоусова И.Э., Самцов А.В. Кожные формы красной волчанки: патогенез, клиника, диагностика, терапия // *Вестник дерматологии и венерологии*. 2015;(5):24-33.
2. Durosaro O., Davis M.D., Reed K.B., Rohlinger A.L. Incidence of cutaneous lupus erythematosus, 1965–2005: a population-based study. *Arch Dermatol*. 2009;145(3):249-53.
3. Rees F., Doherty M., Grainge M.J., Lanyon P., Zhang W. The worldwide incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus: a systematic review of epidemiological studies. *Rheumatology*. 2017;56(11):1945-61.
4. Werth V.P. Cutaneous lupus: insights into pathogenesis and disease classification. *Bull NYU Hosp Jt Dis*. 2007;65(3):200-4.
5. Gronhagen C.M., Fored C.M., Linder M., Granath F., Nyberg F. Subacute cutaneous lupus erythematosus and its association with drugs: a population-based matched case-control study of 234 patients in Sweden. *Br J Dermatol*. 2012;167(2):296-305.

6. Клинические рекомендации. *Красная волчанка*. М.: Российское общество дерматовенерологов и косметологов; 2020.
7. Kuhn A., Sticherling M., Bonsmann G. Clinical manifestations of cutaneous lupus erythematosus. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2007;5(12):1124-37.

#### REFERENCES

1. Trofimov PN, Antonova OV, Shvyrev DN, Khairutdinov VR, Belousova IE, Samtsov AV. Cutaneous lupus erythematosus: pathogenesis, clinical pattern, diagnostics, therapy. *Herald of Venerology and Dermatology. Russian Journal*. 2015;(5):24-33. (in Russian)
2. Durosaro O, Davis MD, Reed KB, Rohlinger AL. Incidence of cutaneous lupus erythematosus, 1965–2005: a population-based study. *Arch Dermatol*. 2009;145(3):249-53.
3. Rees F, Doherty M, Grainge MJ, Lanyon P, Zhang W. The worldwide incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus: a systematic review of epidemiological studies. *Rheumatology*. 2017;56(11):1945-61.
4. Werth VP. Cutaneous lupus: insights into pathogenesis and disease classification. *Bull NYU Hosp Jt Dis*. 2007;65(3):200-4.
5. Gronhagen CM, Fored CM, Linder M, Granath F, Nyberg F. Subacute cutaneous lupus erythematosus and its association with drugs: a population-based matched case-control study of 234 patients in Sweden. *Br J Dermatol*. 2012;167(2):296-305.
6. Clinical recommendations. *Lupus erythematosus*. Moscow: Russian Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists; 2020. (in Russian)
7. Kuhn A, Sticherling M, Bonsmann G. Clinical manifestations of cutaneous lupus erythematosus. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2007;5(12):1124-37.