

*V Международная (75 Всероссийская) научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения»*

УДК 616.511-036.1

**Комаров А.А.¹, Жунисова Д.С.^{1,2}, Николаева К.И.^{1,2}
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОДОСТРОЙ КОЖНОЙ КРАСНОЙ
ВОЛЧАНКИ У ЖЕНЩИНЫ**

¹Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности
Уральский государственный медицинский университет
г. Екатеринбург, Россия.

²Свердловский областной кожно-венерологический диспансер,
г. Екатеринбург, Россия.
e-mail: komarov94-5@mail.ru

**Komarov A.A.¹, Zhunisova D.S.^{1,2}, Nikolaeva K.I.^{1,2}
CLINICAL CASE OF SUBACUTE CUTANEOUS LUPUS
ERYTHEMATOSUS AT WOMAN**

¹Department of dermatovenereology and life safety
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

²Sverdlovsk regional skin and venereal diseases dispensary of the Health
Ministry of the Sverdlovsk region
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: komarov94-5@mail.ru

Аннотация. Красная волчанка (КВ), lupus erythematosus – мультифакториальное аутоиммунное воспалительное заболевание соединительной ткани, поражающее внутренние органы, кожу, так же в процесс могут вовлекаться слизистая оболочка полости рта и красная кайма губ. Выделяют системную и кожные формы КВ.

Кожные формы КВ подразделяются на острую, подострую и хроническую. На долю подострой кожной красной волчанки (ПККВ) приходится 8-10% всех случаев КВ.

Своевременная диагностика ПККВ и назначение адекватной терапии затруднены, так как клиническая картина данной формы напоминает проявления таких болезней, как псориаз, дерматоз Свита, многоморфная эксудативная эритема.

Annotation. Lupus erythematosus (LE) is an autoimmune connective tissue disease of internal organs and skin. Either a vermillion border of lips and oral mucosa could be affected. There are two main forms of LE – the systemic lupus erythematosus and cutaneous lupus erythematosus.

The cutaneous lupus is divided into the acute, subacute and chronic forms. The incidence of subacute form (SCLE) is 8-10% of all LE cases.

Both the current diagnostics and treatment approaches of subacute form are difficult because of similarity of SCLE clinical features with psoriasis, Sweet`s syndrome, erythema multiforme.

Ключевые слова: красная волчанка, клинический случай, дифференциальный диагноз, подострая кожная красная волчанка.

Key words: lupus erythematosus, clinical case, differential diagnosis, subacute cutaneous lupus erythematosus.

Клинический случай

Пациентка Г. 42 лет. Диагноз: Основной: Подострая кожная красная волчанка, активность 3. Сопутствующие заболевания: Артериальная гипертензия, 2 степени, 2 стадии, риск 3. Хронический калькулезный холецистит, вне обострения.

Пациентка Г., 42 лет, направлена дерматовенерологом в кожно-венерологический диспансер для постановки диагноза и назначения адекватной терапии.

При обращении предъявляла жалобы на распространенные высыпания в области лица, зоны декольте, верхней части спины, верхних и нижних конечностей, слизистой оболочки полости рта. Кроме того, пациентку беспокоят подъемы температуры тела до 39⁰ С, общая слабость, болезненность в области мелких суставов кистей.

Anamnesis morbi: считает себя больной в течение 2 месяцев, когда на фоне полного благополучия стала отмечать подъемы температуры тела до 39⁰ С, в связи с чем периодически самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные средства (нимесулид 100 мг, 2 раза в сутки). В тоже время отметила появление болезненности в области слизистой оболочки твердого неба при употреблении пищи. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно лечилась народными средствами (раствор пищевой соды, 2-3 раз в сутки), с незначительным улучшением. Через 2 недели, после посещения бани, в области лица, шеи, верхних конечностей отметила появление высыпаний розового цвета, до 1 см в диаметре, сопровождающихся умеренным зудом, жжением. Фельдшером установлен диагноз: Аллергический дерматит. Назначена терапия: дексаметазон 1,0, внутримышечно, в течение 3 дней, цетиризин 10 мг, 1 раз в сутки, в течение 10 дней, без эффекта. Через 5 суток температура тела поднялась до 39⁰ С, количество элементов увеличилось, высыпания распространились на зону декольте, на поверхности некоторых элементов появились пузыри с серозным содержимым. Бригадой СМП пациентка доставлена в приемное отделение городской больницы, врачом – инфекционистом установлен предварительный диагноз: Герпесвирусная инфекция, рекомендована консультация дерматовенеролога. Дерматовенерологом выставлен диагноз: Опоясывающий герпес. Амбулаторно,

проведена терапия в течение недели: ацикловир 800 мг, 5 раз в сутки; наружно - мазь «Ацикловир», 5 раз в сутки на пораженные участки. При повторном осмотре дерматовенерологом пациентка направлена на госпитализацию в инфекционное отделение, в связи с отсутствием эффекта от лечения, ухудшением состояния. В стационаре вновь проведена противовирусная терапия в течение 7 дней: валацикловир 1000 мг, 2 раза в сутки; дезинтоксикационная: натрия хлорида раствор сложный 400,0 [калия хлорид + кальция хлорид + натрия хлорид], через день; а также цефтриаксон 2,0, внутримышечно, 2 раза в сутки; хлоропирамин 25 мг, 2 раза в сутки. В динамике наблюдалось ухудшение по кожному процессу, появились новые очаги в области верхних конечностей, декольте, верхней части спины, нижних конечностей, имеющиеся высыпания увеличились в размерах, пузыри разрешались самопроизвольным вскрытием и образованием корок. В связи с вышеперечисленным пациентка была направлена в кожно-венерологический диспансер для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики лечения.

Anamnesis vitae: проживает в г. Екатеринбург. Социально - бытовые условия удовлетворительные. Работает младшим воспитателем. Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: ОРЗ, ОРВИ. Страдает артериальной гипертензией 2 степени, стадии 2, риск 3 (ежедневно принимает амлодипин 5 мг) с 2015 года. Травмы отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез: мenses с 12 лет, по 5 дней, через 28 дней, регулярны, не обильные, безболезненные. Беременности 2, в 2001 году родоразрешение кесаревым сечением, ребенок здоров. Наследственность не отягощена. Хронические интоксикации: не курит; алкоголем не злоупотребляет.

Status praesens: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Температура тела 38,7⁰ С. Телосложение гиперстеническое, рост 165, вес 75. ИМТ=27,5. Костно-мышечная система: болезненность и припухлость в области пястно-фаланговых суставов кистей. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные при пальпации. Щитовидная железа при пальпации не увеличена. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД 155/100 мм.рт.ст., пульс 78 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Физиологические отправления в норме (со слов).

Status specialis: кожный процесс распространенный, симметричный, локализуется в области лица, зоны декольте, верхней части спины, верхних и нижних конечностей, представлен множественными кольцевидными эритематозными очагами до 3,5 см в диаметре, лентикулярными папулами и бляшками розового цвета, на поверхности элементов отмечаются незначительный гиперкератоз, усиливающийся в области устьев волосяных фолликулов, шелушение в центральной части некоторых очагов, чешуйки, корочки. На слизистой оболочке твердого неба единичная папула красного цвета с чуть возвышающимися краями и слегка запавшим центром.

Результаты лабораторного исследования: общий анализ крови: лейкоциты – $12,9 \cdot 10^9/\text{л}$ ↑, эритроциты – $4,20 \cdot 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты – $423 \cdot 10^9/\text{л}$ ↑; рентгенография органов грудной клетки: без особенностей.

Проведенное обследование в кожно-венерологическом диспансере: ИФА на HIV, HbSAg, AntiHCV, Lues – отрицательные; анализ крови на LE-клетки – отрицательный.

Пациентка консультирована сотрудниками кафедры кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, предположительный диагноз: Системная красная волчанка. Ввиду тяжелого течения, рекомендована (cito) консультация ревматолога областной клинической больницы для решения вопроса о стационарном лечении.

В тот же день пациентка госпитализирована в ревматологическое отделение областной клинической больницы, с целью уточнения диагноза (активности процесса) и проведения терапии.

Проведено обследование: Группа крови: A (II) Rh (+) положительный. Реакция микропреципитации: отрицательная. ИФА на HIV, HbSAg, AntiHCV: отрицательные. Общий анализ крови: HGB – 128 г/л, HTC – 36%, WBC – $15 \cdot 10^9/\text{л}$ ↑, RBC – $4 \cdot 10^{12}/\text{л}$, PLT – $442 \cdot 10^9/\text{л}$ ↑, ESR – 55 мм/ч ↑, LYMP – 62%, SEGS – 38%. Общий анализ мочи: S.G. – 1017, pH – 6.0, BLD – отсутствует, LEO – 8 в п/з, PRO - отсутствует, GLU – отсутствует, COLOR – светло-жёлтый. Кал на простейшие и яйца гельминтов: не обнаружены. Биохимический анализ крови: общий белок – 83 г/л ↑, альбумин – 36,2 г/л, билирубин – 9,0 мкмоль/л, АСТ – 16-21 Е/л, АЛТ – 28-61 Е/л, креатинин – 66 мкмоль/л ↓, мочевины – 5,2 мкмоль/л, мочевины – 192 мкмоль/л. Иммунологический анализ крови: anti-dsDNA 6,42 Ед/мл; ENA 0,09 Ед/мл; ANCA отриц.; АКЛ 0,43 Ед/мл; С3 2,13 г/л; С4 0,51 г/л; криоглобулины отриц.; ЦИК – отр., РФ – 14, АСЛО – отр. Эхокардиография: незначительное увеличение левого предсердия, трикуспидальная регургитация 1 степени. Гемостазиограмма: гиперфибриногенемия, повышен уровень маркеров активации. Серологическое исследование на антитела к вирусам (IgG к VCA ВЭБ – 63,59, IgM к VCA ВЭБ – 0,28, IgG к NA ВЭБ – 5,09). Полимеразная цепная реакция на вирусы: Эпштейна-Барр, Герпес 6 типа, Цитомегаловирус - ДНК не обнаружены. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: умеренные диффузные и паренхимы печени, подвижные конкременты полости желчного пузыря. Эзофагогастродуоденоскопия: гастрит антрального отдела желудка. Рентгенография органов грудной клетки: патологии не выявлено.

Гистологическое исследование биоптата кожи левого предплечья: эпидермис тонкий с диффузным гиперкератозом, умеренным неравномерным акантозом, очаговой вакуольной дистрофией клеток истонченного мальпигиева и базального слоев. Пигмент в базальном слое отсутствует. В верхних слоях дермы значительный интерстициальный отек, с формированием небольших субэпидермальных и мультилокулярных полостей. Отмечается отек и фибриноидное набухание стенок мелких сосудов, дилатация более крупных.

Инфильтрат преимущественно лимфоцитарный с небольшой примесью эозинофилов, образует плотные муфты вокруг сосудов дермы. Коллагеновые волокна отечные со слабой базофилией. Заключение: морфологическая картина не противоречит диагнозу дискоидной красной волчанки. Необходимо сопоставление с клинико-anamnestическими данными.

Учитывая анамнез заболевания, данные клинической картины, результатов лабораторно-инструментального обследования, выставлен заключительный диагноз: **Распространенная кольцевидная подострая кожная красная волчанка, фаза обострения. (Активность 15; Повреждение 7 по CLASI)**

Проведено лечение в течение 12 дней: преднизолон 40 мг в сутки, peros; омепразол 20 мг, 2 раза в сутки; амлодипин 5 мг, 1 раз в сутки.

Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии, положительная динамика по кожному процессу достигнута при приеме преднизолона 40 мг в сутки.

Рекомендации при выписке: 1. Наблюдение у терапевта (ревматолога) по месту жительства. 2. Продолжить прием: prednisolonum 0,02 4 таблетки, по схеме - 2 таблетки после завтрака, 1 таблетка после обеда, 1 таблетка после ужина; omeprasolum 0,02 2 раза в сутки; bisoprololum 0,01 1 раз в сутки; препараты кальция и витамина Д. 3. Наружно: methylprednisoloniaceponatis, крем, 2 раза в сутки на высыпания на лице; betamethasonum, крем, 2 раза в сутки на высыпания на коже туловища и конечностей. 4. Контроль денситометрии 1 раз в год.

5. Санация очагов хронической инфекции. 6. Избегать переохлаждений, физических перегрузок, инсоляции, контакт с инфекционными больными.

7. Повторная явка с результатами общеклинических обследований через месяц.

На повторном приеме у врача-дерматовенеролога кожно-венерологического диспансера, через 10 дней после выписки отмечался регресс высыпаний, на месте высыпаний сохранялись очаги гиперпигментации с мелкопластинчатым шелушением, ксероз.

Выводы

Таким образом, данное клиническое наблюдение представляет интерес для врачей-дерматовенерологов и врачей смежных специальностей, как случай редко встречающегося дерматоза, который может сопровождаться вовлечением в патологический процесс внутренних органов и систем, что отмечает важность междисциплинарного подхода в лечении данных пациентов.

Список литературы:

1. Borucki R., Werth V.P. Cutaneous lupus erythematosus induced by drugs - novel insights, Expert Review of Clinical Pharmacology. 2020. 13(1): 35-42

2. Vaccino D., Merlo G., Cozzani E., Rosa GM, Tini G, Burlando M., et al. Cutaneous effects of antihypertensive drugs. Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia. 2019. 12.

3. Fernandes M., Taulaigo A.V., Vidal C., Agostini P., Riso N., Moraes-Fontes MF. Heterogeneous lupus-specific lesions and treatment outcome, in a single patient, over a period of time. Clin Case Rep. 2019. 7(5): 865–871.

4. Guicciardi F., Atzori L., Marzano A.V., Tavecchio S. et al. Are there distinct clinical and pathological features distinguishing idiopathic from drug-induced subacute cutaneous lupus erythematosus? A European retrospective multicenter study. Journal of the American Academy of Dermatology. 2019. 81(2): 403-411.

5. Flynn, A., Gilhooley, E., O’Shea, F. et al. The use of SLICC and ACR criteria to correctly label patients with cutaneous lupus and systemic lupus erythematosus. Clin Rheumatol. 2018. 37: 817–818.

УДК 616-082

Корищ Д.А., Антонов С.И., Ерохин В.А.
САНИТАРНАЯ АВИАЦИЯ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Korishch D.A., Antonov S.I., Erokhin V.A.
AIR AMBULANCE IN THE SVERDLOVSK REGION
Department of Dermatovenereology and Life Safety
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: dana_korishch@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены ключевые моменты оказания медицинской помощи гражданам Свердловской области при использовании вертолетов санитарной авиации.

Annotation. The article deals the key points of providing medical assistance to citizens of the Sverdlovsk region using air ambulance helicopters.

Ключевые слова: санитарная авиация, медицинская помощь, медицина катастроф.

Key words: air ambulance, medical care, disaster medicine.

Введение

Невозможно представить современное здравоохранение без использования вертолетов для оказания медицинской помощи больным и пострадавшим. Именно санитарная авиация является одним из важнейших инструментов, обеспечивающих доступность основных видов