

1. Введенные мероприятия по предупреждению распространения источника заражения коронавирусом в Свердловской области губернатором Свердловской области соблюдаются не всеми гражданами.

2. На территории Свердловской области был введен режим повышенной готовности для органов управления и сил Свердловской областной подсистемы единой государственной системы предупреждения и ликвидации ЧС. Необходимо было введение режима ЧС, что является более эффективнее, чем карантин. Запретить въезд на территорию РФ, для предупреждения заражения, а также отправление прибывших или контактирующих с зараженными людей в изолятор на 14 дней. Потому что, при самоизоляции в домашних условиях, не каждый соблюдает полную изоляцию и нарушает карантин. При ЧС государство должно обеспечить граждан продуктами питания, лекарствами, СИЗ [2,3].

3. Исходя из всех данных, можно прийти к выводу, что введение карантинных мер было правильно решением, но для их эффективности было необходимо их ужесточение.

#### **Список литературы:**

1. Ваторопин А.С. Население Свердловской области о коронавирусной инфекции и её социальных последствиях / Н.Б. Костина, Д.А. Калугина, В.Ю. Черкасова, Э.И. Гараева // Вопросы управления. - 2020. - №3.

2. Гаджиев Д.М. Региональный взгляд на проблему коронавируса // Криминология: вчера, сегодня, завтра. - 2020. - №3. – С. 3.

3. Указ губернатора Свердловской области от 10 апреля 2020 года № 175 УГ "О внесении изменений в Указ Губернатора Свердловской области от 18.03.2020 № 100-УГ "О введении на территории Свердловской области режима повышенной готовности и принятии дополнительных мер по защите населения от новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)" // Российская газета. Новости Екатеринбурга URL: <https://rg.ru/2020/04/10/sverdlovsk-ukaz175-reg-dok.html> (дата обращения: 02.03.2021 г.).

4. Улумбекова Г.Э. Коронавирус и здоровье // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. - 2020. - №2. - С. 4.

5. Цибилов В.А. О первоочередных мерах органов государственной власти России в связи с распространением коронавирусной инфекции // Государственная служба. - 2020. - №2.

6. Coronavirus disease (COVID-10) [Электронный ресурс] // World Health Organization. - 2020. URL: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19#:~:text=symptoms> (дата обращения: 01.03.2021).

УДК 616.511-036.1

**Галактионова Ю.П., Ефимова М.С., Николаева К.И., Бочкарев Ю.М.**

**ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕДКИХ  
КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-  
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА**

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Galaktionova Yu.P., Efimova M.S., Nikolaeva K.I., Bochkarev Yu.M.  
DIFFICULTIES DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF RARE SKIN  
DISEASES IN PRACTICE DERMATOVENEROLOGIST**

Department of dermatovenerology and life safety  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: galakt-yuliya@yandex.ru

**Аннотация.** В данной статье рассмотрен вопрос дифференциальной диагностики редких кожных заболеваний, на примере Болезни Гровера. Проанализированы различные литературные источники, представлены данные об этиологии, патогенезе, клинической картине типичной и атипичных форм БГ. Статья носит обзорный характер и содержит современную информацию о диагностике и лечении транзиторного акантолитического дерматоза Гровера. На основании описания клинического случая Болезни Гровера проведена дифференциальная диагностика с другими кожными заболеваниями.

**Annotation.** This article discusses is study of differential diagnostics of rare skin diseases, using the example of Grover's Disease. Various literary sources are analyzed, data on etiology, pathogenesis, clinical picture of typical and atypical forms of GD are presented. The article is of an overview nature and contains up-to-date information on the diagnosis and treatment of Grover's transient acantholytic dermatosis. Based on the description of the clinical case of Grover's disease, differential diagnostics with other skin diseases was carried out.

**Ключевые слова:** Болезнь Гровера, транзиторный акантолитический дерматоз, зудящие дерматозы.

**Key words:** Grover's disease, transient acantholytic dermatosis, itchy dermatoses.

**Введение**

**Болезнь Гровера (транзиторный акантолитический дерматоз Гровера, БГ)** – редкий дерматоз неизвестной этиологии, характеризующийся острым возникновением зудящих папуло-везикулезных элементов, как правило доброкачественным течением и вариабельной гистологической картиной [3, 7].

Заболевание известно с 1970 г., когда R. Grover впервые опубликовал описание 6 клинических случаев; дальнейшее изучение клинических и

гистологических особенностей привело к появлению термина «транзиторный акантолитический дерматоз». На данный момент, основываясь на опубликованных данных с 1970 по 2019 годы, известно 317 пациентов с диагностированной болезнью Гровера, с соотношением мужчин и женщин 3,95. Средний возраст пациентов составляет 59 лет [6]. Заболевание чаще поражает мужчин среднего и пожилого возраста, преимущественно с I и II фототипами кожи, предрасположенных к аллергическим реакциям [7,8].

Имеются описания случаев БГ у больных онкогематологического профиля, а также пациентов с хронической почечной недостаточностью, ВИЧ-инфекцией. Триггерными факторами в развитии БГ являются длительная инсоляция, воздействие высокой температуры, повышенное потоотделение.

Для клинической картины БГ характерна папулезная или папуло-везикулезная распространённая сыпь, которая может приобретать уртикарный характер, элементы ярко-красного или цвета нормальной кожи, склонны к группировке, но не сливаются между собой. Существуют атипичные клинические формы: крупнобляшечная, эритематозно-крустозная с везикулезным краем (трихофитоидная), папулезная, с пруригинозными папулами, крупно-пузырная.

Низкая частота встречаемости БГ, неспецифичная клиническая картина, наличие атипичных клинических форм, широкий спектр заболеваний со схожими проявлениями обуславливают сложность диагностики данного дерматоза [2,4].

**Цель исследования** – изучение проблемы дифференциальной диагностики редких кожных заболеваний на примере клинического случая атипичной формы Болезни Гровера.

#### **Материалы и методы исследования**

Проведен анализ отечественных и зарубежных литературных источников по исследуемой теме.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Клинический случай. В дерматовенерологический стационар направлен мужчина, 61 года с предварительным диагнозом «Псориаз? Т-клеточная лимфома кожи?». При поступлении предъявлял жалобы на высыпания, сопровождающиеся интенсивным зудом, шелушением.

Anamnesis morbi: считает себя больным в течение 2-х недель, дебют высыпаний связывает с перенесенной ОРВИ.

Anamnesis vitae: работал водителем, в связи с чем подвергался длительной инсоляции, воздействию высокой температуры в кабине автотранспорта, отмечал повышенную потливость.

Status praesens: При поступлении состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Температура тела 36.6°C. Кожный процесс распространенный, симметричный, локализован преимущественно на туловище, представлен множественными лентикулярными и нумулярными папулами розово-коричневого цвета (часть покрыты чешуйками и корками серого цвета),

папуловезикулами, эрозиями. На месте разрешившихся элементов гиперпигментированные пятна. Краевой симптом Никольского положительный.

Проведено гистологическое исследование биоптата пораженной кожи: явления акантолиза на уровне зернистого слоя, спонгиоз, дискератоз в эпидермисе, отек, периваскулярные и перифолликулярные лимфоцитарные инфильтраты с примесью гранулоцитов в сосочковой и верхних отделах сетчатой дермы.

Учитывая клиническую картину у данного пациента, помимо БГ дифференциальный ряд включал такие заболевания как псориаз, болезнь Дарье, себорейная пузырьчатка, семейная доброкачественная пузырьчатка, Т-клеточная лимфома кожи.

В отличие от БГ, псориаз имеет генетическую предрасположенность, хроническое рецидивирующее течение. При псориазе клиническая картина характеризуется множественными папулами и бляшками с четкими границами, с шелушением. При граттаже определяются патогномоничные феномены псориатической триады. Патоморфологическая картина представлена гиперпаракератозом, неравномерным акантозом с выраженным папилломатозом, очаговым агранулезом и формированием скоплений нейтрофилов в эпидермисе (микроабсцессы Мунро, пустулы Когоя) [1].

Большие трудности представляет проведение дифференциальной диагностики БГ с болезнью Дарье, которая является редким генетическим заболеванием, наследуемым по аутосомно-доминантному типу. Высыпания локализуются чаще в себорейных зонах, представлены множественными плоскими папулами, которые могут иметь папилломатозное строение. Часто поражаются ногти и слизистая оболочка полости рта, что отличает болезнь Дарье от БГ. В патогистологической картине также наблюдается акантолитический дискератоз. Однако при БГ более выражены надбазальные щели, имеется значительно больше акантолитических клеток, в том числе и не подверженных дискератозу, нередко выявляется спонгиоз с акантолизом [2].

Себорейная (эритематозная) пузырьчатка аутоиммунное заболевание, наблюдается у генетически предрасположенных лиц. Отличается от БГ клинической картиной. Высыпания локализуются в себорейных зонах, дебют заболевания часто начинается с поражения кожи лица и груди. На эритематозном фоне образуются симметричные дряблые пузыри или эрозии, покрытые серовато-желтыми корками или чешуйками. Гистологически – спонгиоз, наиболее выраженный в верхней части эпидермиса; акантолиз в зернистом и верхних отделах шиповатого слоя; поверхностная воспалительная инфильтрация сосочкового слоя дермы из эозинофилов и лимфоцитов. Могут формироваться субкорнеальные пустулы с нейтрофилами. Дискератоз встречается редко и на поздних стадиях себорейной пузырьчатки, в отличие от болезни Гровера.

Семейная доброкачественная хроническая пузырьчатка имеет семейный анамнез и локализацию высыпаний в крупных складках. Клинически и гистологически может напоминать БГ, но для семейной хронической пузырьчатки

характерен акантоз, папилломатоз, гипергранулез. В поверхностных отделах дермы отек и очаговые полиморфноклеточные инфильтраты. [5].

Т-клеточная лимфома кожи характеризуется этапностью клинических проявлений в виде пятен, бляшек, опухолей. Пятнистая стадия может иметь неспецифическую гистологическую картину. Для бляшечной стадии Т-клеточной лимфомы кожи характерно лихеноидное расположение дермального инфильтрата, содержащего большое число атипичных лимфоцитов, наличие микроабсцессов Потрие в эпидермисе; акантолиз и образование полостей не характерны [1].

На основании клинической картины и данных гистологического исследования установлен диагноз БГ.

Проведена системная терапия глюкокортикостероидами, десенсибилизирующая терапия, наружная терапия включала топический глюкокортикостероид в форме крема, обработку эрозий растворами анилиновых красителей. На фоне проводимой терапии отмечалось выраженное улучшение состояния. При выписке пациенту рекомендовано использованием солнцезащитных средств.

#### **Выводы:**

Описанный нами случай представляет интерес в связи с редкостью заболевания, особенностями клинических проявлений, атипичным течением, сложностью дифференциальной диагностики, а также демонстрирует необходимость всестороннего обследования больного, важность анамнестических данных и гистологического исследования для установления верного диагноза.

Знание провоцирующих факторов позволяет профилактировать рецидивы заболевания. Кроме того, следует помнить о вероятности паранеопластического генеза, что требует дополнительного обследования врачами смежных специальностей.

Повышение осведомленности врачей-дерматовенерологов будет способствовать своевременной диагностике данного заболевания и назначению адекватной тактики ведения пациентов.

#### **Список литературы:**

1. Болезни кожи: монография (атлас) / под ред. Н.В. Кунгурова. - Екатеринбург: УрНИИДВиИ, 2014. – 175 с.
2. Голоусенко И.Ю. Случай транзиторного акантолитического дерматоза Гровера у женщины. / И.Ю. Голоусенко, Л.И. Глебова, Г.Н. Стоянова. // Consilium Medicum. Дерматология (Прил.). – 2016. - №3. – С. 40–41.
3. Карачева Ю.В. Болезнь Гровера. / Ю.В. Карачева, А.Н. Смыкова, В. В. Волошин. // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2016. - №4. – С. 231-233.
4. Прохоренков В.И. Существует ли болезнь Гровера? / В.И. Прохоренков, Ю.В. Карачева, Т.Н. Гузей. // Клиническая дерматология и венерология. - 2011. - № 3. – С. 78–81.