

3. Парфененко В.С. Они были первыми на месте крушения «Невского экспресса» / В.С. Парфененко. // Безопасность уголовно - исполнительной системы. – 2009. № 4. – С. 98-99.

4. Русанов С.Н. Опыт ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций в России специалистами Всероссийской службы медицины катастроф / С.Н. Русанов, В.А. Шаповалова // Медицинская сестра. – 2015. № 2. – С. 3-6.

УДК: 616.5

**Ларионова Д.А., Сорокина К.Н., Николаева К.И.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЛУБОКОЙ КОЛЬЦЕВИДНОЙ
ГРАНУЛЕМЫ**

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности

Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

**Larionova D.A., Sorokina K.N., Nikolaeva K.I.
CLINICAL CASE OF SUBCUTANEOUS GRANULOMA ANNULARE**

Department of dermatovenereology and life safety

Ural state medical university

Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: daria_larionova98@mail.ru

Аннотация. В статье приведены современные данные о этиологии, патогенезе, подходах к лечению редко встречающейся формы кольцевидной гранулемы. В статье рассмотрен клинический случай глубокой кольцевидной гранулемы у ребенка 4 лет, представлены данные анамнеза, клиническая картина и тактика ведения.

Annotation. The article presents present knowledge of the etiology, pathogenesis, strategy for the treatment of a rare form of annular granuloma. The article presents a clinical case of a subcutaneous annular granuloma in a 4-year-old child. There are anamnestic data, clinical performance and management of the patient.

Ключевые слова: Кольцевидная гранулема, псевдоревматоидный узелок, глубокая кольцевидная гранулема.

Key words: Granuloma annulare, pseudo-rheumatoid nodule, subcutaneous granuloma annulare.

Введение

Кольцевидная гранулема (*granuloma annulare*) — доброкачественное заболевание кожи, клинически проявляющееся кольцевидно расположенными папулами, а патоморфологически – гранулематозным воспалением. Выделяют четыре основных формы кольцевидной гранулемы: локализованная, диссеминированная, перфорирующая и глубокая (подкожная). Глубокая форма кольцевидной гранулемы описана впервые А. Барзилаи и соавт. в 2005 году, а также было выявлено сходство с ревматоидными узелками [1]. Кольцевидная гранулема встречается в 0,1–0,4% от общего количества пациентов с дерматологической патологией. Чаще всего диагностируется у детей школьного возраста, также может наблюдаться и у взрослых.

Учеными предполагается полиэтиологичность дерматоза, при этом определенная роль отводится хронической инфекции (туберкулез, ревматизм, инфекции респираторной системы), саркоидозу, эндокринным нарушениям, длительному приему лекарственных средств, вирусным инфекциям (ВИЧ-инфекция, вирус Эпштейна-Барр, вирус простого герпеса и вирус ветряной оспы). В качестве механизмов развития рассматриваются микроангиопатии, приводящие к дегенерации соединительной ткани; первичный дегенеративный процесс в соединительной ткани с ответной гранулематозной реакцией [2].

Reyes-Vargaona F. и соавт. в 2017 году описали случай с подкожными образованиями на волосистой части головы, верхних и нижних конечностях и результатами биопсии, соответствующими подкожной кольцевидной гранулеме. В качестве терапии был назначен 0,05% крем клобетазола два раза в день на очаги поражения в течение месяца, с положительной динамикой. В качестве лечения некоторые авторы предлагают криотерапию, лазерную терапию, электрокоагуляцию [4].

В нескольких публикациях в международной литературе представлен терапевтический эффект при местном применении 0,1% мази такролимуса во взрослой практике, где поражения кожи исчезали через четыре месяца, с вторичной гиперпигментацией и телеангиэктазией [3].

Цель исследования – демонстрация клинического случая пациента с глубокой кольцевидной гранулемой

Материалы и методы исследования

Обзор научной зарубежной и отечественной литературы последних лет с помощью PubMed и eLibrary. Применялся клинико-anamнестический метод исследования: анализ истории болезни с изучением анамнеза, изучение клинических проявлений заболевания, наблюдение пациента в динамике.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент Т., 4 года, обратился к дерматологу в январе 2020 года с жалобами на подкожные образования на тыльной поверхности правой стопы, лобной и затылочной областях, которые увеличиваются в размере.

Анамнез заболевания: со слов матери, в возрасте 1 года появилось новообразование в лобной области, которое периодически исчезало. В августе 2017 года после перенесенного вируса Коксаки (диагноз лабораторно подтвержден) на тыльной поверхности правой стопы появились высыпания с подкожными узелками. В начале 2018 года количество подкожных узелков в лобной области увеличилось до 2-3 элементов. В июле 2018 года пациент осмотрен дерматологом, выставлен диагноз: Многоформная экссудативная эритема. Кольцевидная гранулема. Назначен курс левоцетиризина внутрь по 5 капель 1 раз в день, сорбенты, наружно раствор фукоцицина, лосьон гидрокортизона 17-бутират без улучшения. При повторном осмотре дерматологом рекомендовано применение наружно геля титана глицеросольвата аквакомплекса на пораженные участки 2 раза в день и крем метилпреднизолона ацепонат 0,1% 1 раз в день до 3 недель также без динамики.

В августе 2018 проведены следующие обследования: ревмопробы – отрицательные; ПЦР крови на CMV - не обнаружены; ПЦР на EBV и HHV6 - положительно. ИФА крови на *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Giardia lamblia* – отрицательно. В январе 2019 повторно проведены ревмопробы – отрицательные.

В августе 2019 пациент консультирован нейрохирургом центра УГМК-Здоровье, заключение: дермоидные кисты в области правого лобного бугра. По заключению МРТ: мелкие подкожные гемангиомы в правой лобной области.

В сентябре 2019 наблюдалось увеличение количества подкожных узелков в лобной области до 6 элементов, которое мама связывала с респираторной инфекцией. В ноябре 2019 года пациент был консультирован детским хирургом в Детском городском многопрофильном клиническом центре высоких медицинских технологий им. К.А. Раухфуса, поставлен диагноз – фиброматоз лобной области. Рекомендовано проведение биопсии.

В декабре 2019 проведено гистологическое исследование: глубокий дерматит с формированием палисадообразных гранулем (псевдоревматоидный узелок), такие морфологические изменения возможны при ревматоидном артрите (ревматический узелок), глубокой кольцевидной гранулеме.

В январе 2020 года осмотрен ревматологом в ГАУЗ СО «ОДКБ», диагноз: Глубокая кольцевидная гранулема на основании гистологического заключения и

результатов ревмопроб. Назначен гидроксихлорохина сульфат 100 мг 1 раз в день с противовоспалительной целью. На фоне лечения в течение нескольких месяцев наблюдалось улучшение в виде уменьшения подкожных элементов в лобной и затылочной областях, на тыльной поверхности стоп и отсутствия появления новых элементов.

В сентябре 2020 года пациент перенес ОКИ вирусной этиологии, после чего наблюдалось увеличение размеров узелков в затылочной и лобной областях.

В октябре 2020 года появились новообразования на тыльной поверхности правой стопы с покраснением кожи над ними. Проведено повторное обследование: ОАК без патологических изменений, РФ – 8,7 ед/мл (*референсные значения до 14 МЕ/мл*), АСЛО – 1,87 ед/мл (0 - 150 МЕ/мл).

В связи с прогрессирующим течением процесса, для исключения системности заболевания, обследования и лечения госпитализирован в кардиоревматологическое отделение ГАУЗ СО «ОДКБ» в неотложном порядке, где он находился с 09.12.2020 по 14.12.2020. На момент госпитализации общее состояние средней тяжести за счет кожного синдрома. На лобной и затылочной областях наблюдались подкожные узелки, без изменения окраса кожи над ними. Проведено дообследование: ОАК, биохимический анализ крови без патологических изменений. Был выписан в удовлетворительном состоянии.

Пациенту назначено диспансерное наблюдение у врача-педиатра, врача-дерматолога, врача-ревматолога; медикаментозная терапия: токоферола ацетат 50 мг внутрь в течение 3 недель; аскорутин по ½ таблетки 2 раза в день внутрь в течение 3 недель; крем метилпреднизолон ацепонат 0,1% 1 раз в день в течение 14 дней, далее 1 раз в 2 дня в течение 2-3 недель.

В дальнейшем пациент обратился на кафедру дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности **ФГБОУ ВО УГМУ** с целью консультации. На момент осмотра у пациента визуализируются плотные узелки, спаянные с подлежащими тканями, расположенные в подкожной клетчатке лобной и затылочной областях, цвет кожи над ними без изменений, также на тыльной поверхности правой стопы, с покраснением кожи над элементами. Мама отказывается от применения наружных глюкокортикоидных средств в связи с боязнью побочных эффектов. В связи с этим пациенту рекомендована мазь такролимуса моногидрат 0,03% в виде мази 2 раза в день на 3 месяца. При повторном осмотре через 3 месяца стойкая положительная динамика кожного процесса, уменьшение объема элементов. Пациенту рекомендовано продолжить наружную терапию в проактивном режиме через день в течение 3 месяцев.

Выводы

Таким образом, данное клиническое наблюдение представляет интерес, как случай редко встречающейся формы кольцевидной гранулемы, требующей необходимость проведения дифференциальной диагностики и выбора тактики терапии.

Список литературы:

1. Козловская В.В. Кольцевидная гранулема: этиология, клиническая картина, патогенез, принципы терапии [Электронный ресурс] / Козловская В.В., Абдель М.В. // Медицинские новости. – 2011. – № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/koltsevidnaya-granulema-etiologya-klinicheskaya-kartina-patogenez-printsipy-terapii> (дата обращения: 21.03.2021).
2. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Деловой экспресс. – 2016. – 768 с.
3. Lima RS. Granuloma faciale: a good therapeutic response with the use of topical tacrolimus / Lima RS, Maquiné GÁ, Silva Junior RC, Schettini AP, Santos M // An Bras Dermatol. – 2015. – № 90. – P. 735-737.
4. Reyes-Baraona F. Granuloma anular subcutáneo: reporte de un caso / Reyes-Baraona F, Hasbún P, González S, Zegpi MS // Rev Chil Pediatr. – 2017. – № 88. – P. 652-655.

УДК: 614.8.084

Левина К.В., Пахомова А.А., Антонов С.И.

**БХОПАЛЬСКАЯ КАТАСТРОФА И ПРОРЫВ ДАМБЫ БАНЬЦЯО
КАК ОДНИ ИЗ КУРПНЕЙШИХ ТЕХНОГЕННЫХ КАТАСТРОФ.
СПОСОБЫ, СРЕДСТВА ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ И ОКАЗАНИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАССМОТРЕННЫХ
ТЕХНОГЕННЫХ ЧС**

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

Levina K.V., Pakhomova A.A., Antonov S.I.

LITERATURE REVIEW:

**THE BHOPAL DISASTER AND THE BANQIAO DAM BREACH AS
ONE OF THE LARGEST MAN-MADE DISASTERS. METHODS, MEANS OF
PROTECTING THE POPULATION AND PROVIDING MEDICAL CARE IN
THE CONSIDERED TECHNOGENIC EMERGENCIES**

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

E-mail: ksenia171000@gmail.com