

[https://lawrussia.ru/texts/legal\\_346/doc346a152x543.htm](https://lawrussia.ru/texts/legal_346/doc346a152x543.htm) 1 (Дата обращения:  
20.03.2021)

УДК 616.5

**Мельникова А.Н., Уфимцева М.А., Бочкарев Ю.М., Николаева К.И.,  
Мыльникова Е.С.**

**ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АТИПИЧНЫХ ФОРМ  
КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМЫ**

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

**DIFFICULTIES IN DIAGNOSTICS OF ATYPICAL FORMS OF  
ANNULAR GRANULE**

**Melnikova A.N., Ufimtseva M.A., Bochkarev Y.M., Nikolaeva K.I.,  
Mylnikova E.S**

Department of Dermatovenerology and Life Safety  
Ural State medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: [anzelamelnikova508@gmail.com](mailto:anzelamelnikova508@gmail.com)

**Аннотация.** В статье представлен клинический случай атипичной формы кольцевидной гранулемы, рассмотрен метод локальной криодеструкции в качестве лечения. Описаны эпидемиология, этиология, патогенез, клинические проявления, методы диагностики и лечения.

**Annotation.** The article presents a clinical case of an atypical form of annular granuloma, the method of local cryodestruction as a treatment is considered. The epidemiology, etiology, pathogenesis, clinical manifestations, methods of diagnosis and treatment are described.

**Ключевые слова:** кольцевидная гранулема, криодеструкция, атипичная форма кольцевидной гранулемы.

**Key words:** annular granuloma, cryodestruction, atypical form of annular granuloma.

**Введение**

Кольцевидная гранулема (анулярная гранулема, granuloma annulare) – доброкачественный хронический медленно прогрессирующий, рецидивирующий дерматоз неясной этиологии, характеризующийся дермальными папулами, имеющими склонность к кольцевидной группировке [1,5].

Впервые было описано в 1895 г. английским дерматологом Томасом Фоксом под названием «ringed eruption of the fingers». В 1908 г. Г. Литтл

анализирует все известные на тот момент описания кольцевидной гранулемы и выделяет ее как отдельное заболевание. Он же впервые предполагает взаимосвязь кольцевидной гранулемы с туберкулезной инфекцией. Первое описание патоморфологической картины кольцевидной гранулемы встречается в статье В. Дюбрейля, опубликованной в 1895 г [6,9].

Частота встречаемости кольцевидной гранулемы не известна. Существуют два возрастных периода дебюта заболевания. Примерно 70% больных - лица молодого возраста до 30 лет, зачастую это локализованная форма КГ. При этом заболевание протекает преимущественно легко и зачастую проходит самостоятельно. Вторая группа больных - лица старше 50 лет. Чаще у них встречается генерализованная форма. Женщины болеют в 2 раза чаще, чем мужчины. Корреляции с расовой принадлежностью в большинстве клинических форм не прослеживается, однако перфорирующая форма КГ чаще наблюдается у коренной гавайцев. Имеются противоречивые сведения об ассоциации кольцевидной гранулемы с СД 1 типа (генерализованная форма КГ). Аутоиммунный тиреоидит, токсической аденомой щитовидной железы.

Несмотря на многочисленные исследования, этиопатогенез кольцевидной гранулемы до конца не выяснен [8,10].

В качестве триггерных факторов могут выступать: неспецифическая травма, хронические инфекции (туберкулез, саркоидоз, ревматизм); вирусные инфекции (ВИЧ - инфекция, ВЭБ, ВПГ, хронический гепатит В и гепатит С); иммунизация; инсоляция (в т.ч. после ПУВА-терапии); эндокринные нарушения (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, дислипидемия); некоторые лекарственные средства (препараты золота, аллопуринол, диклофенак, хинидин, витамин D3, интраназальный кальцитонин и др.); злокачественные заболевания (болезнь Ходжкина, неходжкинские лимфомы, рак молочной железы); стресс [4,7].

Так же отмечаются наследственные нарушения, особенно часто наблюдаемые при диссеминированной форме КГ, большую предрасположенность к заболеванию отмечают у лиц с антигеном HLA-BW 35 (тиреоидит у подростков) [2].

Патогистология КГ характеризуется некробиозом и муцинозной деградацией коллагена с палисадной или интерстициальной гранулематозной инфильтрацией [7].

Как правило, заболевание протекает бессимптомно и пациентов беспокоит лишь косметический дефект, особенно при распространенном процессе.

Общепринятой классификации не существует, но ряд авторов выделяют следующие клинические варианты КГ [4]:

**1. Типичная форма:**

- ограниченная (локализованная)

**2. Атипичные формы:**

- папулезная

- глубокая (подкожная, pseudorheumatoid nodule)

- диссеминированная (генерализованная)
- перфорирующая
- эритематозная
- актиническая

Согласно МКБ-10: КГ присвоен шифр L92.0, относится к группе гранулематозных изменений кожи и подкожной клетчатки.

Дифференциальная диагностика проводится с саркоидозом, красным плоским лишаем, грибковой инфекцией, кольцевидной эритемой, многоформной эритемой, псориазом, хронической мигрирующей эритемой, липоидным некробиозом [10].

Эффективных методов лечения КГ в настоящее время не разработано. Наиболее часто применяют топические глюкокортикостероиды в форме крема или мази, а также их внутриможное введение в очаги поражения [2].

Криодеструкция – физический метод воздействия на ткани, суть которого заключается в устранении патологического образования путем быстрого локального замораживания с помощью хладагента, наиболее удобным из которых является жидкий азот с температурой кипения  $-196^{\circ}\text{C}$ , окружающая кожа при этом остается интактной, что способствует быстрому заживлению и восстановлению кожи без нежелательных побочных эффектов [3].

**Цель исследования** – рассмотреть случай атипичной формы кольцевидной гранулемы и эффективность метода локальной криодеструкции в терапии больных КГ.

#### **Материалы и методы:**

Под нашим наблюдением находился пациент М. 44 лет., житель Свердловской области. Обратился в КДО ГБУЗ СО СОКВД г. Екатеринбурга в ноябре 2017 года с жалобами на высыпания в области тыльной поверхности V пальца правой кисти без субъективных ощущений. Длительность заболевания составила 6 лет. Начало заболевания ни с чем не связывает. К врачу не обращался, не лечился. Со слов больного, высыпания частично самостоятельно разрешались с рубцом. Рецидив наступил в ноябре 2017 г., когда пациент вновь отметил появление высыпаний той же локализации.

Status localis: на коже тыльной поверхности проксимальной фаланги и основания V пальца правой кисти на инфильтрированном основании множественные гипертрофические бородавчатоподобные разрастания серовато-желтого цвета, покрытые гиперкератозом, окруженные венчиком синюшно-красного цвета по периферии.

Anamnesis vitae: Не работает. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез спокоен. Вредные привычки отрицает. Туберкулез в анамнезе отрицает. Данные флюорографии за последние несколько лет отсутствуют.

Биопсия кожи (ноябрь 2017 год, ГБУЗ СО СОПАБ, г. Екатеринбург): Материал представлен участком кожи. Эпидермис с признаками гиперкератоза, акантоза, погружного роста. В глубоких отделах эпидермиса и поверхностных отделах дермы массивная полиморфноклеточная инфильтрация, состоящая

преимущественно из лимфоцитов и сегментоядерных нейтрофильных лейкоцитов. В глубоких отделах дермы менее выраженная очаговая подобная инфильтрация с тропностью к придаткам кожи, состоящая преимущественно из лимфоидных и эпителиоидных клеток. Кроме того, в дерме мелкие эпителиоидноклеточные гранулемы с наличием гигантских многоядерных клеток типа клеток Лангханса. В мелких артериях склероз и гиалиноз стенок.

Заключение: гистологическая картина не позволяет исключить туберкулез кожи.

С учетом данных анамнеза, клинической картины выставлен предварительный диагноз: Красный плоский лишай, бородавчатая форма? Бородавчатый туберкулез кожи?

Диаскинтест (декабрь 2017 год, ГБУЗ СО СОПАБ): отрицательный результат. Флюорография - без патологии

В виду отсутствия положительного эффекта от терапии было проведено повторное гистологическое исследование.

Пересмотр гистологических препаратов (январь 2018 год, УрНИИДВиИ): В исследуемом препарате эпидермис с резко выраженным диффузным гиперкератозом, очаговым паракератозом, массивным акантозом с отдельными пилообразно заостренными акантотическими выростами, очаговым гипергранулезом до 8-10 рядов клеток. В верхних отделах дермы густой полосовидный эпидермотропный лимфогистиоцитарный инфильтрат, размывающий дермо-эпидермальную границу и проникающий в эпидермис. Определяются гранулемоподобные скопления эпителиоидных гигантских клеток без некроза.

Заключение: Данные изменения соответствуют гипертрофической форме КПЛ.

Лечение амбулаторно в УрНИИДВиИ: топические ГКС: клобетазола пропионат 0,5 мг, 1 месяц, без эффекта.

С целью исключения глубоких микозов, материал направлялся в НИИ медицинской микологии им. Кашкина, г. Санкт Петербург: результат отрицательный.

В марте 2019 г. пациент повторно обращается в КДО ГБУЗ СО СОКВД г. Екатеринбурга, учитывая длительное течение заболевания, клиническую картину, результаты проведенных исследований предполагаются диагнозы: КПЛ, веррукозная форма, КГ веррукозная форма.

В качестве терапии была назначена криодеструкция и по мере лечения процесс разрешился полностью без рубцевания в течение 6 недель. Учитывая клиническую картину, результаты проведенных исследований и лечения выставлен диагноз КГ, веррукозная форма(атипичная).

Методика. Процедура локального воздействия выполнялась в виде криоаппликации очага поражения жидким азотом с интервалом 1 раз в неделю. Было проведено шесть процедур.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Высыпания разрешились полностью после шестой процедуры криотерапии без последующего рубцевания.



Рис. 1 Больной М., 44 лет. КГ, веррукозная форма до лечения.



Рис.2 Больной М., 44 лет, веррукозная форма после лечения.

#### **Выводы:**

Диагностика редко встречающейся веррукозной формы КГ затруднена. Правильный диагноз позволяют установить данные анамнеза, клиническая картина и результаты биопсии.

В представленном случае диагноз был установлен на оценке положительного результата криодеструкции, таким образом данный физиотерапевтический метод может быть использован в лечении, прежде всего, локализованной формы кольцевидной гранулемы.

#### **Список литературы:**

1. Кацамбас А.Д. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней / А.Д. Кацамбас, Т.М. Лотти // М.: 2009. – С. 230—233.
2. Пивень Н.П. Кольцевидная гранулема (клиническое наблюдение диссеминированной формы) / Н.П. Пивень, Е.А. Ломакина, Ж.Э. Берсенева // Клиническая дерматология и венерология. – 2014. – Т.1. – С. 25-30.
3. Пономаренко, Г.Н. Общая физиотерапия: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования, обучающихся по специальности 060101.65 «Лечебное дело» по дисциплине «Медицинская реабилитация» / Г. Н. Пономаренко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 368 с.
4. Харчилава М. Г. Клинико-патоморфологические изменения кожи при кольцевидной гранулемах / М. Г. Харчилава, В. Р. Хайрутдинов, И. Э. Белоусова, А. В. Самцов // Вестник дерматологии и венерологии. – 2019. – Т.2. – С. 8-14.
5. Хебиф, Т.Т. Кожные болезни: Диагностика и лечение. / Т.Т. Хебиф. – М.: 2016. – С. 574-577.

6. Colcott-Fox, T. Ringed eruption of the fingers. / T. Colcott-Fox. - Br J Dermatol.: 1895. – P. 91-92.
7. Kang, S. Fitzpatrick's Dermatology, Ninth Edition, 2-Volume Set (Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine) 9th Edition / S.Kang. - USA: United States Copyright Act, 2019.
8. Keimig E. L. Granuloma Annulare. Dermatol Clin. 2015 Jul;33(3):315–329.
9. Little, E. Granuloma annulare. / E. Little. - Br J Dermatol.: 1908.
10. Rook, A. Rook's Textbook of Dermatology / Christopher Griffiths (Editor), Jonathan Barker (Editor), Tanya Bleiker (Editor), Robert Chalmers (Editor), Daniel Creamer (Editor). 4 Volume Set, 9th Edition – London : 2016

УДК 347.796.2

**Меньшикова И.Л., Соколова А.А., Антонов С.И.  
ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ «ТИТАНИКА» К ДЕЙСТВИЮ В  
ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ**

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

**Menshikova I.L., Sokolova A.A., Antonov S.I.  
ASSESSMENT OF THE READINESS OF THE «TITANIC» TO ACT IN  
AN EMERGENCY**

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

E-mail: m.irina.l@mail.com, annutka-99@mail.ru

**Аннотация.** В статье изложены результаты обзора литературы, посвященной катастрофе «Титаника». В работе отражены ключевые моменты, способствующие разворачиванию крупномасштабной трагедии: подготовка судна и экипажа к трагедии, устройство парохода, а также моменты, касающиеся проведения спасательных мероприятий.

**Annotation.** The article presents the results of a literature review on the Titanic disaster. The work reflects the key points contributing to the deployment of a large-scale tragedy: preparation of the vessel and crew for the tragedy, the device of the steamer, as well as moments related to rescue measures.

**Ключевые слова:** «Титаник», кораблекрушение.

**Key words:** «Titanic», shipwreck.

**Введение**

Кораблекрушение – это катастрофа, произошедшая с судном, приводящая к его полному конструктивному разрушению или гибели, сопровождающаяся