

УДК 616.511-079.4  
DOI: 10.36979/1694-500X-2023-23-1-13-17

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИГАНТСКОЙ ФОРМЫ ЦЕНТРОБЕЖНОЙ ЭРИТЕМЫ ДАРЬЕ

*А.М. Балтабаев, М.К. Балтабаев, М.Б. Усубалиев*

*Аннотация.* Представлен обзор литературных данных этиопатогенеза, клинических особенностей течения и патоморфологических признаков центробежной эритемы Дарье. Описано собственное клиническое наблюдение пациента с гигантской формой центробежной эритемы Дарье, протекавшей по типу дерматофитии гладкой кожи. Также представлено заключение гистологического и иммуногистохимического исследований, являющихся «золотым стандартом» в проведении дифференциальной диагностики и верификации диагноза.

*Ключевые слова:* центробежная эритема Дарье; дифференциальная диагностика; патоморфологическое исследование; иммуногистохимическое исследование; лечение.

---

## БОРБОРДОН ЧЕТТӨӨЧҮ ДАРЬЕ ЭРИТЕМАСЫНЫН ГИГАНТТЫК ФОРМАСЫНЫН КЛИНИКАЛЫК УЧУРУ

*А.М. Балтабаев, М.К. Балтабаев, М.Б. Усубалиев*

*Аннотация.* Макалада борбордон четтөөчү Дарье эритемасынын этиопатогенези, анын агымынын клиникалык өзгөчөлүктөрү жана патоморфологиялык белгилери боюнча адабияттардагы маалыматтарга сереп берилген. Биз борбордон четтөөчү Дарье эритемасынын гиганттык формасы менен ооруган бейтапка өзүбүздүн клиникалык байкообузду сүрөттөп беребиз, ал жылмакай тери дерматофитозунун түрүнө жараша уланган. Дифференциалдык диагностикада жана диагнозду текшерүүдө «алтын стандарт» болгон гистологиялык жана иммуногистохимиялык изилдөөнүн корутундусу да берилген.

*Түйүндүү сөздөр:* борбордон четтөөчү Дарье эритемасы; дифференциалдык диагностика; патоморфологиялык изилдөөлөр; иммуногистохимиялык изилдөө; дарылоо.

---

## CLINICAL STUDY OF A GIANT FORM OF CENTRIFUGAL ERYTHEMA OF DARIER

*A.M. Baltabaev, M.K. Baltabaev, M.B. Usubaliev*

*Abstract.* The article based on a review of literature data on etiopathogenesis, clinical features and pathomorphological symptoms centrifugal erythema of Darier. Clinical case of a patient with a giant form of centrifugal erythema, which proceeded and resembled tinea corporis was described. Conclusion of the histological and immunohistochemical study which is the "gold standard" in differential diagnosis and verification of the diagnosis was outlined.

*Keywords:* centrifugal erythema Darier; differential diagnosis; pathomorphological study; immunohistochemical study; treatment.

**Введение.** Центробежная эритема Дарье (ЦЭД) относится к группе реактивных эритем с центробежным распространением, уртикарноподобными высыпаниями и плотноэластическим воспалительным бордюром по периферии, ограничивающим очаг от здоровой кожи.

Впервые эритема была описана Ж. Дарье в 1916 году как эритематозное полициклическое центробежно распространяющееся высыпание с периферическим валом в виде плотного «шнура» и постепенным разрешением в центре. Однако

имеется более раннее упоминание Colcott-Fox в 1881 году как “erythema gyratum perstans” [1].

Анализ клинических случаев в мировой литературе не прослеживает зависимости от возраста и гендерных различий, преимущественно начало заболевания приходится на молодой возраст, однако имеются описания ЦЭД у новорожденных. Длительность эпизодов может варьировать от нескольких недель до лет, отмечается сезонность заболевания с рецидивами в осенне-зимний период [1, 2].

Мультифакторность центробежной эритемы не позволяет выделить конкретный этиологический фактор, однако общепризнанным является инфекционно-аллергический генез заболевания с феноменом гиперсенсibilизации [1].

Наибольшее число гипотез базируется на данных изучения иммунопатологических процессов в коже, которые обусловлены нарушением взаимодействия между иммунокомпетентными клетками, их медиаторами и неизвестным антигеном, проникающим через эпидермальный барьер.

Условно различают поверхностную и глубокую формы эритемы, гистологически заболевание характеризуется отеком сосочкового слоя дермы, спонгиозом и паракератозом, отграниченным периваскулярным инфильтратом по типу «рукава пальто» «sleeve-like-coat», выраженным лимфогистиоцитарным воспалением с привлечением пула эозинофилов без участия плазматических клеток [1–3].

Инфильтрат более характерен для псевдоваскулита в виду отсутствия отложения фибрина и экстравазацией форменных элементов, что отличает его от истинного васкулита. При глубокой форме ЦЭД инфильтрация, по мнению некоторых дерматопатологов, преимущественно мононуклеарная больше в нижних и глубоких слоях дермы, что приводит к более выраженным и очерченным границам очагов сходством с *tumid* красной волчанкой [2].

В исследовании Weyers W. и соавт. (2003) были проанализированы 72 биоптата пациентов с различными видами эритем. Согласно патоморфологическим заключениям, авторы описывают явления спонгиоза, паракератоза и отека сосочков дермы преимущественно при

поверхностной форме ЦЭД, тогда как при глубокой форме были признаки, типичные для глубокой формы красной волчанки [3].

Клинически эфлоресценции представлены слиянием папулезных элементов с незначительным шелушением, образующих кольцевидные очаги с периферическим валом и западением по центру с преимущественной локализацией на шее, туловище и конечностях [1, 2, 4].

В исследовании Kim K.J. и соавт. (2002) проанализированы 66 клинических и патогистологических вариантов пациентов с ЦЭД. На основании обобщенных данных наиболее частой локализацией были нижние конечности, а именно, бедра с шелушащимися эритематозными бляшками более 1 см. У 48 пациентов (72 %) была выявлена ассоциация с грибковыми заболеваниями (48 %), неоплазией внутренних органов (13 %) и системной патологией (21 %) [5].

Отдельно выделяют *паранеопластический вариант ЦЭД – PEACE (paraneoplastic erythema annulare centrifugum eruption)*, наиболее часто диагностируемый у женщин, ассоциированный с лимфопролиферативными заболеваниями, и нередко выступающий в качестве первого симптома неоплазии и самостоятельно разрешающийся после лечения основного заболевания [6].

Дифференциальную диагностику центробежной эритемы проводят первоначально между собственно эритемами – мигрирующая эритема Афцелиуса – Липшютца (*erythema migrans*), многоформная экссудативная эритема (*erythema multiforme*), эритема возвышающаяся стойкая (*erythema elevatum diutinum*). Далее, диагнозами исключения являются герпетический дерматит Дюринга, красная волчанка (*tumid*-форма), дерматофития гладкой кожи, саркоидоз кожи [1, 4, 5, 7, 8].

Ниже приводится описание клинического случая ЦЭД у пациента 52 лет неоднократно лечившегося амбулаторно по поводу микоза кожи.

#### **Клинический случай**

Пациент 1970 г. р. обратился с жалобами на высыпания распространенного характера в области живота, ягодиц и обеих нижних конечностей, субъективно беспокоило чувство жжения и покалывания. Начало заболевания отмечает с 2019 года, когда появились первые высыпания

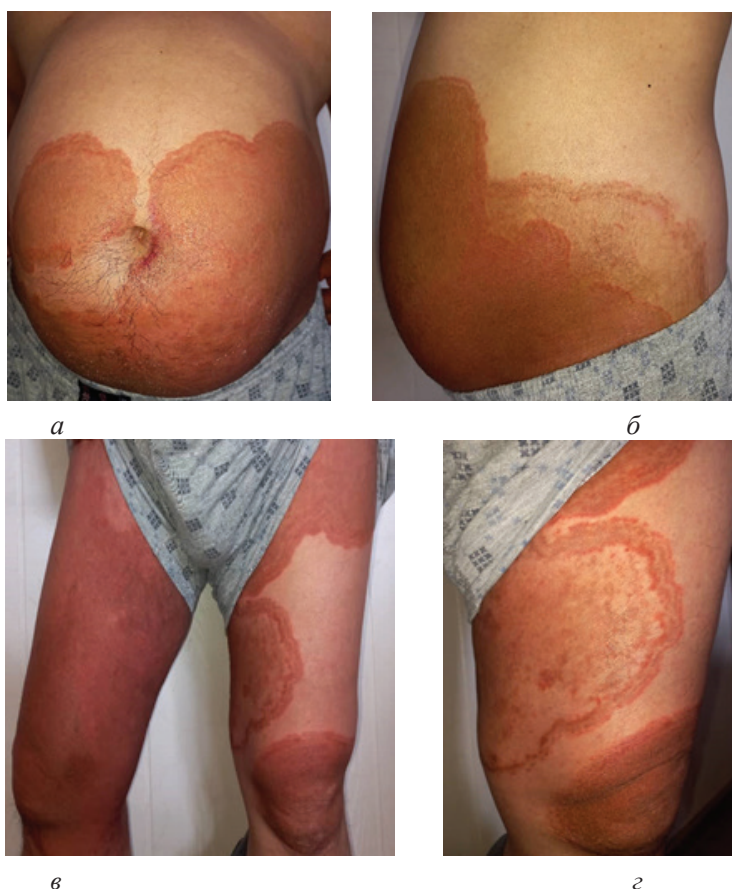


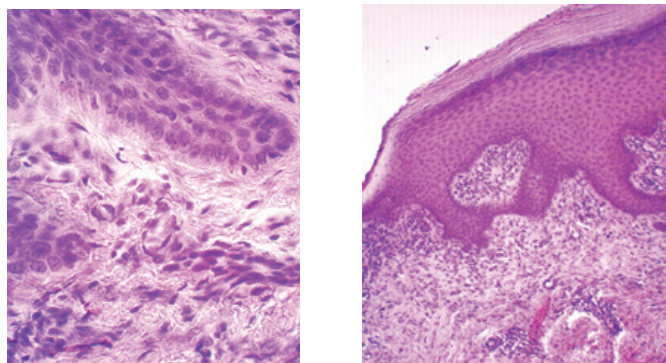
Рисунок 1 – Фото пациента с гигантской формой центробежной эритемы Дарье в области туловища (а, б) и нижних конечностей (в, г) до лечения

на внутренней части бедер, которые постепенно распространились и увеличились в размерах, сопровождаемые сильным зудом и покраснением. Связывает с переохлаждением и последующим увеличением шейных лимфоузлов слева. Обращался по месту жительства, был назначен курс антибиотиков, после которых лимфаденит регрессировал. Однако высыпания продолжали увеличиваться, пациент был направлен к дерматологу, где был госпитализирован с диагнозом «Паховая эпидермофития». На фоне проводимой противогрибковой терапии отмечалось улучшение, однако после выписки состояние снова ухудшилось. Самостоятельно применял 10%-ю серно-салициловую мазь и 5%-й йод на протяжении 2 лет, состояние не улучшалось.

*Локальный статус:* дерматоз хронический в стадии обострения представлен

преимущественно в области живота, паха, внутренней части бедер. Эффлюоресценции характеризуются множественными эритематозными элементами, сливающимися в большие очаги гирляндоподобных очертаний, имеющих четкие границы и бордюр, возвышающийся по типу четко ограниченного валика («шнура») с незначительным шелушением (рисунок 1, а–г). Имеется поствос-палительная гиперпигментация на местах разрешившихся элементов.

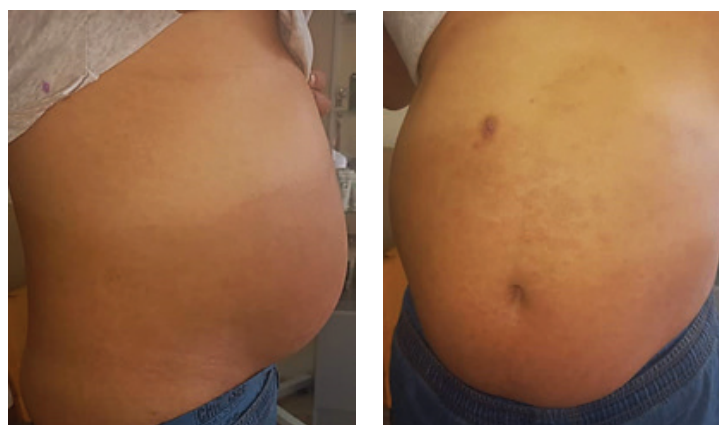
*Общеклинические исследования:* Эритроциты –  $4,7 \cdot 10^{12}/л$ , Гемоглобин – 145 г/л, ЦП – 0,93, Лейкоциты –  $11,4 \cdot 10^9/л$ , палочкоядерные нейтрофилы – 5 %, сегментоядерные нейтрофилы – 77 %, Лимфоциты – 11 %, Моноциты – 6 %, Эозинофилы – 1 %, тромбоциты –  $246 \cdot 10^9/л$ , СОЭ – 3 мм/ч.



а

б

Рисунок 2, а-б – Фото гистологического исследования с очагов высыпаний у пациента с гигантской формой центробежной эритемой Дарье до лечения



а

б

Рисунок 3, а-б – Фото пациента с гигантской формой центробежной эритемой Дарье после 1 месяца лечения

Биохимические анализы крови от 15.02.22 г.: глюкоза крови – 4,97 ммоль/л; Общий холестерин – 6,7 ммоль/л; АЛТ – 23,9 Ед/мл; АСТ – 14,9 Ед/мл; Общий билирубин – 9,3 ммоль/л; IgE – 1058 МЕ/мл. Антитела к глиадину IgA – 1,78 Ед/мл, IgG – 0,59 Ед/мл. Генетика метаболизма лактозы МСМ6(LCT) – С/С. ИФА на вирус гепатита С – отрицательный, ИФА на аскариды, токсокары, лямблии – отрицательные. ИФА на ВПГ 1-го и 2-го типов IgG положительный – 15,64; ЦМВ IgG > 500 МЕ/мл; вирус Эпштейна – Барра IgG к ядерному антигену NA положительный – 16,92.

При лабораторно-инструментальных исследованиях был выявлен ряд изменений со стороны внутренних органов:

УЗИ органов брюшной полости от 15.02.22 г.: неалкогольная жировая дистрофия печени, полип желчного пузыря, поликистоз почек. Мочекаменная болезнь.

Микроскопическое исследование на мицелии и споры грибов с очагов поражений было отрицательным.

На основании полученных данных проведена дифференциальная диагностика со следующими дерматозами: герпетический дерматоз Дюринга, генерализованная форма рубромикоза гладкой кожи, мигрирующая эритема Афцелиуса – Липщютца и цирциарная форма лишая Видаля.

Произведена биопсия из очагов поражений с последующим патоморфологическим исследованием, где выявлена слабовыраженная

поверхностная периваскулярная лимфоцитарная инфильтрация вокруг сосудов поверхностного сосудистого сплетения с примесью единичных сегментоядерных лейкоцитов, очагово отмечается инфильтрация стенки сосудов. Признаки эпидермотропизма не выявлены (рисунок 2, а–б).

*Иммуногистохимическое исследование* проведено с антителами к CD117, CD20, CD3, CD4, CD8. В инфильтрате преобладают CD3+/CD4+ позитивные лимфоциты, CD3+/CD8+ позитивные лимфоциты в меньшем количестве, экспрессия CD20, CD117 не выявлена. Гистохимические окраски PAS, Grocott – признаков микотического поражения не выявлено. В заключение вышеописанные изменения соответствуют хроническому поверхностному периваскулярному дерматиту с очаговыми явлениями васкулита, что может иметь место при хроническом уртикарном васкулите.

На основе патогистологического исследования выставлен диагноз «Центробежная эритема Дарье, гигантская форма, глубокий тип».

*Назначено лечение:* левцитеризин – 5 мг в день, 10 дней. Натрия тиосульфат 30%-й – 10 мл внутривенно на 100 мл физиологического раствора, внутривенно, капельно, № 10. Далее натрия тиосульфат 5%-й – 15 мл 3 раза в день, после еды, 10 дней. Преднизолон – 30 мг в сутки, с последующим снижением до полной отмены. Валацикловир (500 мг) 3 раза в сутки, 10 дней. Гепарин – 1 мл (5000 МЕ) подкожно, болюсно вокруг пупка, 10 дней. *Наружно:* клобетазола пропионат 0,05%-й на очаги, 20 дней.

После проведенного лечения наблюдалось клиническое улучшение в виде разрешения элементов сыпи, побледнения и уплощения. Субъективно очаги перестали беспокоить пациента (рисунок 3, а–б).

Таким образом, ЦЭД является относительно редко встречающимся дерматозом с мультифакторным патогенезом болезни. Длительное и рецидивирующее течение заболевания дало основание для ошибочной диагностики врачами

практического здравоохранения указанной кожной патологии, проводивших лечение по поводу распространенной дерматофитии кожи. Для правильной диагностики ЦЭД требуется всестороннее обследование больного и проведение широкого спектра дифференциального диагноза с привлечением гистоморфологических и других лабораторных методов обследования.

Поступила: 14.11.22 ; рецензирована: 28.11.22;  
принята: 30.11.22.

#### *Литература*

1. Сорокина Е.В. Эритема кольцевидная центробежная Дарье: редкий или редко диагностируемый дерматоз? / Е.В. Сорокина, С.А. Мясоева // Клиническая дерматология и венерология. 2013. № 11 (4). С. 815.
2. McDaniel B., Cook C. Erythema Annulare Centrifugum. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. PMID: 29494101.
3. Weyers W., Diaz-Cascajo C., Weyers I. Erythema annulare centrifugum: results of a clinicopathologic study of 73 patients // Am J Dermatopathol. 2003 Dec;25(6): 451-62. DOI: 10.1097/00000372-200312000-00001.
4. Каламкарян А.А. Клиническая дерматология: редкие и атипичные дерматозы / А.А. Каламкарян, В.Н. Мордовцев, Л.Я. Трофимова. Ереван: Айастан, 1989. 567 с.
5. Kim K.J., Chang S.E., Choi J.H. Clinicopathologic analysis of 66 cases of erythema annulare centrifugum // J Dermatol 2002; 29: 61–67.
6. Chodkiewicz H.M., Cohen P.R. Paraneoplastic erythema annulare centrifugum eruption: PEACE // Am J Clin Dermatol. 2012 Aug 1;13 (4): 239-46 DOI: 10.2165/11596580-000000000-00000.
7. Епифановский А.И. Случай атипичной формы кольцевидной центробежной эритемы у восьмилетней девочки / А.И. Епифановский, В.Н. Гребенюк, Т.Н. Гришко [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. 2012; 88 (5): С. 79–83. DOI: 10.25208/vdv734.
8. Беренбейн Б.А. Дифференциальная диагностика кожных болезней / Б.А. Беренбейн, А.А. Студницын [и др.]. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1989. 672 с.