

Клінічний випадок дисемінованого червоного вовчака

І.О. Олійник, К.Г. Супрун, А.С. Гаврюшенко

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» (м. Харків)

Резюме. Представлено клінічний випадок пацієнтки з дисемінованим дискоїдним червоним вовчаком. Наведені особливості діагностики, перебігу та лікування захворювання з позитивним ефектом від проведеної терапії. На основі клінічного випадку продемонстровані складності діагностики та особливості лікування дисемінованого червоного вовчака.

Ключові слова: дисемінований червоний вовчак, хронічні дерматози, автоімунні захворювання, лікування.

DOI: 10.33743/2308-1066-2025-4-33-35

Вступ

Дискоїдний червоний вовчак (ДЧВ) – хронічне автоімунне захворювання шкіри, що характеризується утворенням еритематозних, інфільтрованих вогнищ, вкритих маленькими асбестоподібними лусочками, котрі на нижній поверхні мають шипоподібні виступи, занурені у фолікулярні вустя (фолікулярний гіперкератоз), при пошкрябуванні лусочок виникає болючість (симптом Бенъе-Мещерського). В подальшому настає атрофічна стадія. У частини пацієнтів процес набуває дисемінованого характеру з ураженням шкіри тулуба, кінцівок, волосистої частини голови. ДДЧВ є предиктором розвитку системного червоного вовчака, що зумовлює необхідність ретельного обстеження та тривалого нагляду. Своєчасна діагностика та адекватна терапія є запорукою контролю захворювання та профілактики ускладнень [2, 3, 6].

Червоний вовчак (lupus erythematosus, LE) – це гетерогенне аутоімунне захворювання, яке може уражати шкіру як ізольовано (cutaneous lupus erythematosus – CLE), так і з мультисистемно(systemic lupus erythematosus – SLE). SLE визначається як хронічне запальне захворювання з поліорганим ураженням, що супроводжується утворенням автоантитіл та формуванням імунних комплексів; клінічна картина варіює від легких шкірних проявів до загрозливих для життя уражень нирок, ЦНС і серцево-судинної системи. У практиці дерматолога – однією з найважливіших проблем є правильно ідентифікувати та класифікувати шкірні форми вовчака, оскільки вони можуть відображати ізольовану дерматологічну патологію або бути маркером системного захворювання.

Клінічно CLE поділяють на кілька форм (гостра ACLE, підгостра SCLE, хронічна CCLE – включно з дискоїдною формою DLE); серед описаних у літературі фенотипів – дисемінована (генералізована) форма, що характеризується розсіяними макулопапульозними/еритематозними висипами, які локалізуються не лише на обличчі, а й на тулубі й кінцівках(ділянках, котрі

найбільше потрапляють під вплив сонячного опромінення). Дисемінована форма зустрічається рідше порівняно з локалізованими проявами і може мати як хронічний, так і гострий перебіг; у деяких пацієнтів дисеміновані шкірні зміни, які можуть супроводжуватися або передувати маніфестації системного вовчака.

Мета дослідження

На основі клінічного випадку дисемінованого дискоїдного червоного вовчака вдосконалити знання лікарів-клініцистів щодо діагностики та лікування захворювання.

Опис клінічного випадку

Пацієнтка З., 1959 р.н., мешканка м. Харків, перебувала на стаціонарному лікуванні у відділенні дерматології з діагнозом: **дисемінований червоний вовчак**. На момент первинного огляду на шкірі обличчя, волосистої частини голови, тулуба, верхніх кінцівок відзначалися множинні еритематозно-інфільтровані бляшки з чіткими межами, лущенням у центрі, ділянками атрофії та гіперпігментації, що супроводжувались свербіжем та печінням (рис. 1). Зі слів пацієнтки перші прояви з'явилися кілька місяців тому, поступово поширювалися на різні ділянки тіла.

При первинному лабораторному обстеженні у пацієнтки виявлено помірну анемію (гемоглобін – 112 г/л), тоді як кількість еритроцитів та лейкоцитів відповідала референтним значенням. Швидкість осідання еритроцитів становила 21 мм/год, що свідчило про наявність помірної запальної активності. У загальному аналізі сечі спостерігалася лейкоцитурія до 10–15 у полі зору, що могло відображати неспецифічні зміни з боку сечовидільної системи. Біохімічні показники крові перебували у межах норми: рівень загального білка був задовільним, функціональні проби печінки та нирок в межах норми. Імунологічне дослідження виявило виражене підвищення титрів антитіл IgG до нативної



Рис. 1. Пацієнтка 3., 1959 р. н.



Рис. 2. Пацієнтка 3., 1959 р. н., загострення захворювання



Рис. 3. Пацієнтка 3., 1959 р. н. після проведеної терапії

та денатурованої ДНК (>200 IU/ml), позитивний скринінговий тест на антинуклеарні антитіла (ANA Screen – 11,23 при нормі $<1,0$), а також незначне підвищення вівчакового антикоагулянту (1,4 при нормі $<1,2$). У лейкоконцентраті крові LE-клітини не виявлені. Отримані результати свідчать про високу активність процесу та підтверджують автоімунний характер ураження шкіри.

Через тиждень від початку лікування відбулося виражене погіршення в шкірному та соматичному статусі пацієнтки (рис. 2). Такий стан викликаний недотриманням рекомендацій, щодо сонцезахисних заходів.

Пацієнтці було проведено комплексне лікування (поєднання системної та місцевої терапії) спрямоване на зменшення запальної активності, стабілізацію перебігу захворювання та досягнення клінічної ремісії.

У стаціонарних умовах хворій проводили внутрішньовенні інфузії розчинів для покращення мікроциркуляції та дезінтоксикації. Для зменшення проявів свербіжу та алергічного компонента призначалися антигістамінні препарати. Основу системного лікування становили протималарійний препарат – гідроксихлорохін (плаквеніл) та системні глюкокортикостероїди.

Зовнішня терапія передбачала використання емолієнтів, топічних глюкокортикостероїдів. Пацієнтці було рекомендовано суворий фотозахисний режим.

На тлі проведеної терапії відзначалося поступове покращення загального стану хворої (рис. 3), зменшення еритеми, лущення та інфільтрації у вогнищах ураження, зникнення суб'єктивних відчуттів свербіжу

і печіння. До моменту виписки спостерігалася часткова клінічна ремісія, з тенденцією до стабілізації патологічного процесу. Пацієнтка була виписана у задовільному стані з рекомендаціями щодо продовження підтримуючої терапії, поступового зниження дози системних глюкокортикостероїдів, повторного курсу плаквенілу і дотримання фотозахисних заходів.

Обговорення

Представлений випадок демонструє складності діагностики та ведення хворих із дисемінованою формою червоного вовчака. Незважаючи на відсутність LE-клітин, високі титри ANA та анти-dsDNA вказували на високу активність автоімунного процесу. Комбінація плаквенілу та системних глюкокортикостероїдів дозволила досягти позитивної клінічної динаміки.

Особливу увагу заслуговує необхідність ретельного моніторингу пацієнтів із ДДЧВ у зв'язку з високим ризиком трансформації у системний червоний вовчак, а також ризиком ускладнень від тривалої імуномодуючої терапії [1,4,5].

Висновки

Дисемінований червоний вовчак є складним у діагностиці та вимагає поєднання клінічних, лабораторних та імунологічних методів. Ефективна терапія передбачає комбіноване застосування протималарійних препаратів, системних глюкокортикостероїдів, місцевих засобів та фотозахисту. Пацієнти потребують диспансерного нагляду та регулярних консультацій дерматолога, ревматолога для своєчасного виявлення ознак загострення дерматозу та систематизації процесу.

Список літератури

- Hedrich C.M., Fiebig B., Hauck F.H. Cutaneous lupus erythematosus: clinical presentation and management. *Paediatric Drugs*. 2011. Vol. 13, № 1. P. 21–37.
- Kuhn A., Ruzicka T. Treatment of cutaneous lupus erythematosus. *Lupus*. 2008. Vol. 17, № 2. P. 93–95.
- Kuhn A., Landmann A., Ruland V. Lupus erythematosus tumidus and other photosensitive variants of cutaneous lupus erythematosus. *Lupus*. 2010. Vol. 19, № 9. P. 1036–1046.
- Kuhn A., Gensch K., Ständer S. Photoprotection in cutaneous lupus erythematosus // *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2011. Vol. 9, № 9. P. 704–712.
- S2k guideline for treatment of cutaneous lupus erythematosus – guided by the European Dermatology Forum / A. Kuhn [et al.]. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology*. 2017. Vol. 31, № 3. P. 389–404.
- Tsokos G.C. Systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*. 2011. Vol. 365, № 22. P. 2110–2121.

References

- Hedrich C.M., Fiebig B., Hauck F.H. Cutaneous lupus erythematosus: clinical presentation and management. *Paediatric Drugs*. 2011; 13(1):21–37.
- Kuhn A., Ruzicka T. Treatment of cutaneous lupus erythematosus. *Lupus*. 2008; 17(2): 93–95.
- Kuhn A., Landmann A., Ruland V. Lupus erythematosus tumidus and other photosensitive variants of cutaneous lupus erythematosus. *Lupus*. 2010; 19(9): 1036–1046.
- Kuhn A., Gensch K., Ständer S. Photoprotection in cutaneous lupus erythematosus // *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2011; 9(9): 704–712.
- Kuhn A. [et al.]. S2k guideline for treatment of cutaneous lupus erythematosus – guided by the European Dermatology Forum. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology*. 2017; 31(3):389–404.
- Tsokos G.C. Systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*. 2011; 365(22): 2110–2121.

CLINICAL CASE OF DISSEMINATED LUPUS ERYTHEMATOSUS

Oliyuk I.O., Suprun K.G., Gavryushenko A.S.

SE «Institute of Dermatology and Venereology of the NAMS of Ukraine»

Abstract. A clinical case of a patient with disseminated discoid lupus erythematosus is presented. The features of the diagnosis, course and treatment of the disease with a positive effect from the therapy are given.

Based on a clinical case, the difficulties of diagnosis and features of treatment of disseminated lupus erythematosus are demonstrated.

Keywords: disseminated lupus erythematosus, chronic dermatoses, autoimmune diseases, treatment.

Відомості про авторів

Олійник Ірина Олександрівна – доктор мед. наук, ст. наук. співроб., головний наук. співроб. відділу дерматології, інфекційних та паразитарних захворювань шкіри ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6408-830X>

Супрун Ксенія Григорівна – доктор філософії, молодший наук. співроб. відділу дерматології, інфекційних і паразитарних захворювань шкіри ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2540-9147>

Гаврюшенко Анастасія Сергіївна – лікар-інтерн ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків.

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-0847-8275>