

Ответ на фотозадачу на с. 32

На основании клинической картины и гистопатологии пациенту был выставлен диагноз «**центробежная кольцевидная эритема Дарье, поверхностный тип**».

Обсуждение

В данном случае диагноз является диагнозом исключения. Дифференциальный диагноз кольцевидных высыпаний в дерматологической практике чрезвычайно широк (грибковая инфекция, подострая красная волчанка, боррелиоз, многоформная экссудативная эритема, инфекционные эритемы, гирляндоподобная мигрирующая эритема Гамеля и т.д.). Некоторые часто встречаемые в практике дерматозы, такие как псориаз, грибовидный микоз, экзема, розовый лишай, также иногда могут сопровождаться кольцевидными высыпаниями.

Дарье впервые описал два типа центробежной кольцевидной эритемы [1]. Поверхностный тип характеризуется эритематозно-сквамозными высыпаниями с разрешением в центре и характерным шелушением по внутреннему краю очага. Гистопатологически такой тип кольцевидной эритемы сопровождается периваскулярным лимфоцитарным дерматитом и спонгиозом. Такая гистопатология неспецифична и может встречаться при экземах, токсидермиях, себорейном и розовом лишае. Однако при розовом лишае часто выражен диапедез эритроцитов, и данный дерматоз обычно разрешается в течение 8 нед. Высыпания при розовом лишае имеют тенденцию к локализации на туловище по линиям натяжения и к слиянию (высыпания по типу рождествен-

ской елки), часто можно обнаружить первую более инфильтрированную материнскую бляшку. Токсикодермии гистологически часто сопровождаются полосовидным (лихеноидным) инфильтратом и наличием эозинофилов. Эозинофилы обнаруживаются и в большинстве случаев контактно-аллергического дерматита. Тщательный анамнез о приеме сопутствующей пероральной и местной терапии также помогает в исключении этих состояний. Себорейный дерматит локализуется в областях, богатых сальными железами (волосистая часть головы, грудь, межлопаточная область), и редко проявляется в виде кольцевидных элементов.

Глубокий тип кольцевидной эритемы Дарье характеризуется высыпаниями без шелушения, валик по периферии кольцевидного очага гладкий и часто характерно пальпируется или же выступает над уровнем кожи. Гистопатология характеризуется отсутствием спонгиоза, глубоким и поверхностным лимфоцитарным инфильтратом. Сходная патоморфология встречается при опухолевидной красной волчанке, боррелиозе и некоторых лимфомах.

W.Weyers и соавт. впервые предположили, что центробежная эритема не является самостоятельным заболеванием, а скорее представляет собой своеобразный клинический комплекс, и более детальное обследование пациента может помочь правильно установить диагноз [2]. Диагноз «центробежная кольцевидная эритема Дарье» не может быть установлен без проведения минимального комплекса следующих мероприятий:

- Тщательный анамнез (сопутствующие заболевания, прием

препаратов, перенесенные инфекции, использование местных накожных средств).

- Тщательное многократное исследование на грибы.
- Биопсия кожи и иммуногистохимические исследования при подозрении на лимфомы (атипичные лимфоциты, эпидермотропизм, диффузный лимфоцитарный инфильтрат).
- Исследования для исключения трепонематозов.
- Исключение неоплазий.

Кольцевидная эритема может сопровождать множество состояний (беременность, неоплазии, инфекции, онихомикозы), вероятно, она является реакцией сенсибилизации (Id-reaction) в ответ на эти состояния [3]. Зачастую фактор установить не удается [4]. Местные кортикостероиды обычно приводят к разрешению или улучшению состояния. Однако при персистенции сопутствующего фактора состояние может рецидивировать. В нашем случае, несмотря на неустановленную этиологию, применение местных кортикостероидов привело к разрешению высыпаний в течение нескольких недель.

Литература

1. Darier J. De l'érythème annulaire centrifuge (érythème papulo-circine migrateur et chronique) et de quelques éruptions analogues. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* 1916; 6: 57–8.
2. Weyers W, Diaz-Cascajo C, Weyers I. Erythema annulare centrifugum: results of a clinicopathologic study of 73 patients. *Am J Dermatopathol* 2003; 25: 451–62.
3. Ziemer M, Eisendle K, Zelger B. New concepts on erythema annulare centrifugum: a clinical reaction pattern that does not represent a specific clinicopathological entity. *Br J Dermatol* 2009; 160: 119–26.
4. Kim KJ, Cbang SE, Choi JH et al. Clinicopathologic analysis of 66 cases of erythema annulare centrifugum. *J Dermatol* 2002; 29: 61–7.