ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.ГОРЬКОГО"
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

Случай локализованной склеродермии, распространенной формы, на фоне менопаузы и сахарного диабета 2 типа

Клиническое наблюдение • МКБ-10: L90.0

Подготовила:
Ординатор 2 года, 2 группы
Козловская Татьяна Андреевна
Научный руководитель: доц. Боряк Стелла Алишеровна

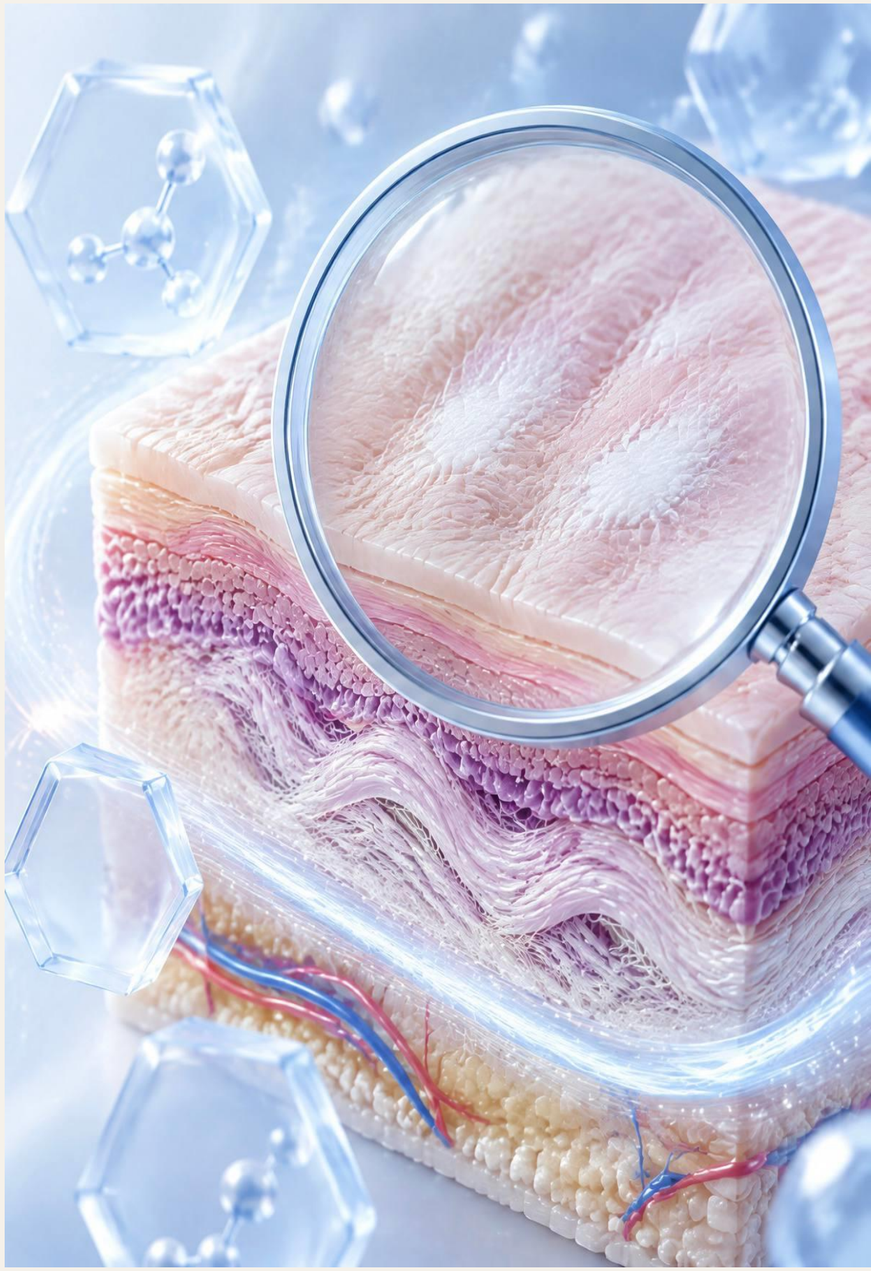
г.Донецк
14 октября 2026 года

Локализованная склеродермия: общая характеристика

Локализованная склеродермия («морфеа») — воспалительное заболевание соединительной ткани, характеризующееся избыточным синтезом и отложением коллагена, развитием склероза и последующей атрофией кожи и иногда подлежащих тканей.

Клинически проявляется очагами уплотнения кожи с изменением её окраски — от эритематозной до белесоватой, цвета «слоновой кости». В дальнейшем возможно развитие атрофии и нарушений пигментации.

В основе заболевания лежат нарушения иммунной регуляции, микроциркуляции и метаболизма соединительной ткани, приводящие к избыточному фиброзообразованию.



Papara C, De Luca DA, Bieber K, Vorobyev A and Ludwig RJ (2023) Morphea: The 2023 update. Front. Med. 10:1108623. doi: 10.3389/fmed.2023.1108623

2019–2021гг.
Начало болезни и первая специализированная помощь

2019 — появились первые коричневатые пятна под молочными железами и на коже спины; субъективно: слабый зуд, усиливавшийся при повышении температуры и потоотделении. Высыпания постепенно распространились на кожу живота, конечностей, подмышечных и паховых складок, наружных половых органов и перианальной области. К дерматологам не обращалась. Самолечением не занималась.

2021 — пациентка впервые обратилась к дерматологу. Установлен диагноз: склероатрофический лихен с поражением гениталий, прогрессирующая стадия.



Терапия 2021 года и сопутствующая патология

Проводимая терапия

- Плаквенил 200 мг 2 р/д курсами по 10 дней с 2-хдневными перерывами №2, а после по 200мг 1 р/д 3 месяца
- Магнито-инфракрасно лазерная терапия (МИЛТ) — №17
- UVB 311 нм фототерапия — №14
- местно гидрокортизоновая мазь и эмоленты

После 14 процедур UVB 311 нм появились новые очаги — фототерапию прекратили.

При дообследовании

Выявлены лейомиома матки и гиперплазия эндометрия. 29.09.21 года была произведена **экстирпация матки с придатками.** Менопауза с 2019г.

Также был установлен впервые диагноз сахарного диабета 2 типа. Начала получать Метформин по 500 мг/сут.



2022 год

3 госпитализации за один год

Клинически сохранялись распространенные симметричные очаги атрофии в области подмышечных и субмаммарных складок, живота, спины, паховых складок, перианальной области и верхних конечностей, неправильной формы, светло-коричневого и беловатого цвета, со склонностью к слиянию.

Комплексная терапия: вазопротекторы, витамины, гепатопротекторы; местно Такропик 0,1% и Траумель.

За 2022 год получила:

- **электрофорез с лидазой №29;**
- **биорезонансная терапия (БРТ) № 21;**
- **МИЛТ №33.**

Обострения 2023–2024 годов: новая терапия

2023

Новые очаги на верхних конечностях, туловище и в паховых складках, зуд лёгкой и средней интенсивности.

Получала: Плаквенил по 200мг 2р/д 10-дневными курсами с 2-хдневными перерывами №3, затем по 200мг/сут. 3 месяца; вазопротекторы, витамины, гепатопротекторы, местно мометазон и Траумель С.

Физиотерапия: электрофорез с лидазой №10, БРТ №10, МИЛТ №10.

2024

Очередное обострение. В терапию впервые включён пеницилламин (Купренил) по 250мг 2р/д 1 месяц, затем по 250мг 1р/д 2 месяца.

Также: пентоксифиллин, витамины группы В, глюконат кальция, аскорбиновая кислота, такролимус 0,1% местно.

Физиотерапия: электрофорез с лидазой, БРТ №12, МИЛТ №12. Отмечена положительная динамика.

Лабораторные обследования 2024 года и обострение 2025 года

Ноябрь 2024

Scl-70 — 4,3 МЕ/мл – отриц.

Ревматоидный фактор — **25,2** при норме ≤18 (повышен)

С-реактивный белок — 4,0 при норме ≤5 (в пределах нормы)

2025г.: новое обострение

Очаги на туловище, в подмышечных и подмаммарных областях, паховой и перианальной зонах, на руках. Крупные коричневые и депигментированные очаги атрофии кожи.

Лечение: вазопротекторы, витамины, гепатопротекторы, местно бетаметазона дипропионат и такролимус 0,1%; физиотерапия: электрофорез с лидазой, МИЛТ, БРТ по №13. Достигнута клиническая ремиссия.



Динамика заболевания: 2019–2025

2019 — первые очаги под молочными железами и на спине

2021 — первое специализированное лечение (плаквенил, UVB 311 нм, МИЛТ)

2022 — три госпитализации клиническая ремиссия

2023 — обострение и выраженная положительная динамика

2024 — обострение, впервые пеницилламин; анти-Scl-70 отриц.

2025 — новое обострение, комплексное лечение, снова ремиссия

Общая закономерность: многолетнее рецидивирующее течение. Достижение ремиссии после очередного курса лечения.

2026 год

Жалобы

На высыпания на коже верхних и нижних конечностей, туловища, в области паховых складок, сопровождающиеся легким, периодическим зудом.

Диагноз

Локализованная склеродермия в форме склероатрофического лихена, генерализованная форма
МКБ-10: L90.0.

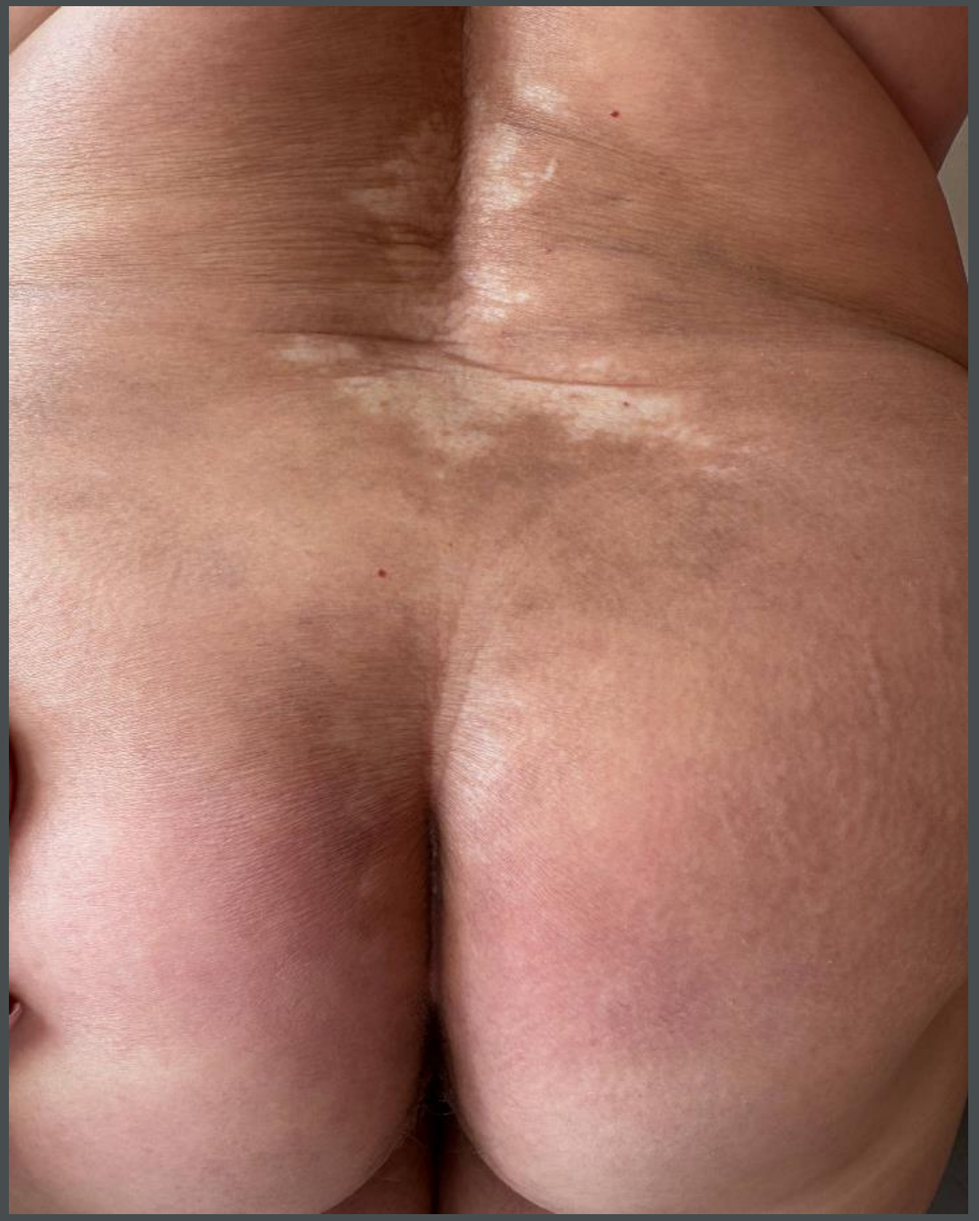
Locus morbi

Патологический процесс носит распространенный, симметричный характер и локализуется на коже подмышечных и субмаммарных складок, верхних и нижних конечностей, живота, спины, паховых складок, перианальной области. Высыпания представлены обширными, неправильной формы очагами атрофии коричневатого и цвета «слоновой кости», склонными к слиянию.

На коже поясничной области имеется обширный очаг атрофии до 15,0-20,0 см в диаметре, цвета «слоновой кости», кожа в очаге собирается в складки по типу «смятой папиросной бумаги».

Пациентка в процессе лечения





Пациентка в процессе лечения







Общеклинические анализы

Параметр	Результат	Ед. изм.	Диапазон
WBC	6,94	10^9/L	4.00-10.00
Neu	3,86	10^9/L	2.00-8.00
Lym*	2,29	10^9/L	0.80-4.00
Mon*	0,63	10^9/L	0.12-1.2
Eos*	**0,14**	10^9/L	0.20-0.8
Bas	0,02	10^9/L	0.00-0.10
Neu%	55,6	%	50-70
Lym%	33,0	%	20.0-60.0
Mon%	9,0	%	31.0-12.0
Eos%	2,1	%	0,5-5,0
Bas%	0,3	%	0,0-1,0
RBC	4,94	10^12/L	4.00-5.00
HGB	138	g/l	120-160
HCT	42,5	%	40.0-54.0
MCV	86,1	fL	80.0-100.0
MCH	28,0	pg	27.0-34.0
MCHC	325	g/l	320-360
RDW-CV	13,6	%	11.0-16.0
RDW-SD	44,6	fL	35.0-56.0
PLT	285	10^9/L	100-300
MPV	10,6	fL	6.5-12.0
PDW	15,7	fL	9.0-17.0
PCT	**0,302**	%	0.108-0.282
P-LCC	90	10^9/L	30-90
P-LCR	31,5	%	11.0-45.0

Дата исследований	**15/09/26**
ALT	27,0
AST	21,6
ALP	106,8
UREA	4,18
CREA	74,2
Glu	6,85
T-bil	6,97
D-bil	2,56
Y-GT	18,6

Параметр	**Результат исследования**
Фибриноген	2,26
АЧТВ	31,7
Протромбиновый тест	1,11

Консультация смежных специалистов

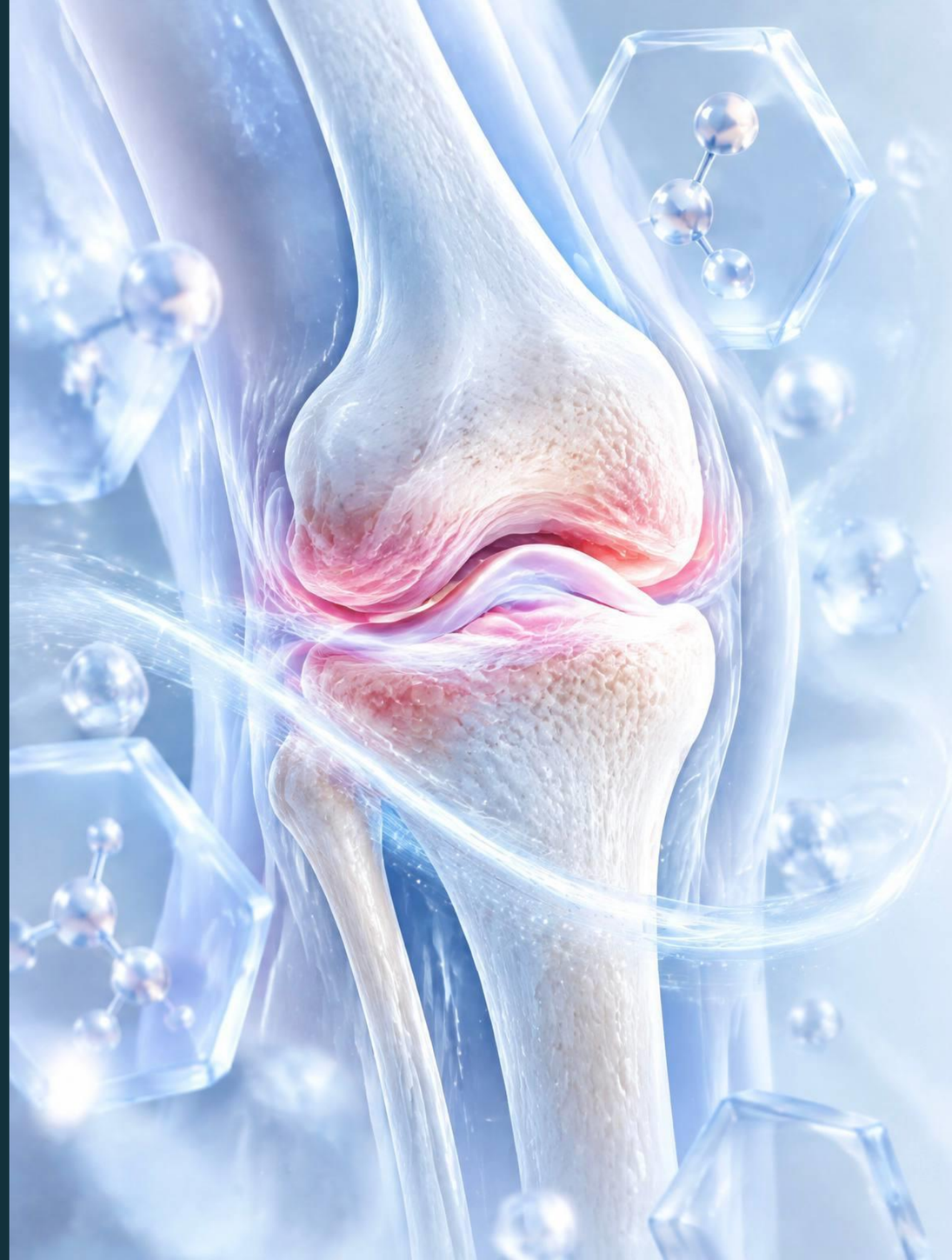
Ревматолог, кардиолог

Установлен диагноз: деформирующий остеоартроз (ДОА) с вовлечением преимущественно коленных и правого плечевого сустава, МФС1.

Сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2 типа, для которого определён целевой уровень HbA1c <6,5%; артериальная гипертензия 2 степени - целевые значения артериального давления достигнуты, сердечно-сосудистый риск высокий.

Гинеколог-онколог

Патологии не выявлено.



Иммунология 2026

ANA-screen и конверсия Scl-70

ANA-screen: в реакции иммунофлюоресценции наблюдается ядрышковое гомогенное свечение ядра (АС-8*) слабой интенсивности (титр 1:160). что может свидетельствовать о наличии аутоантител к ядерным антигенам.

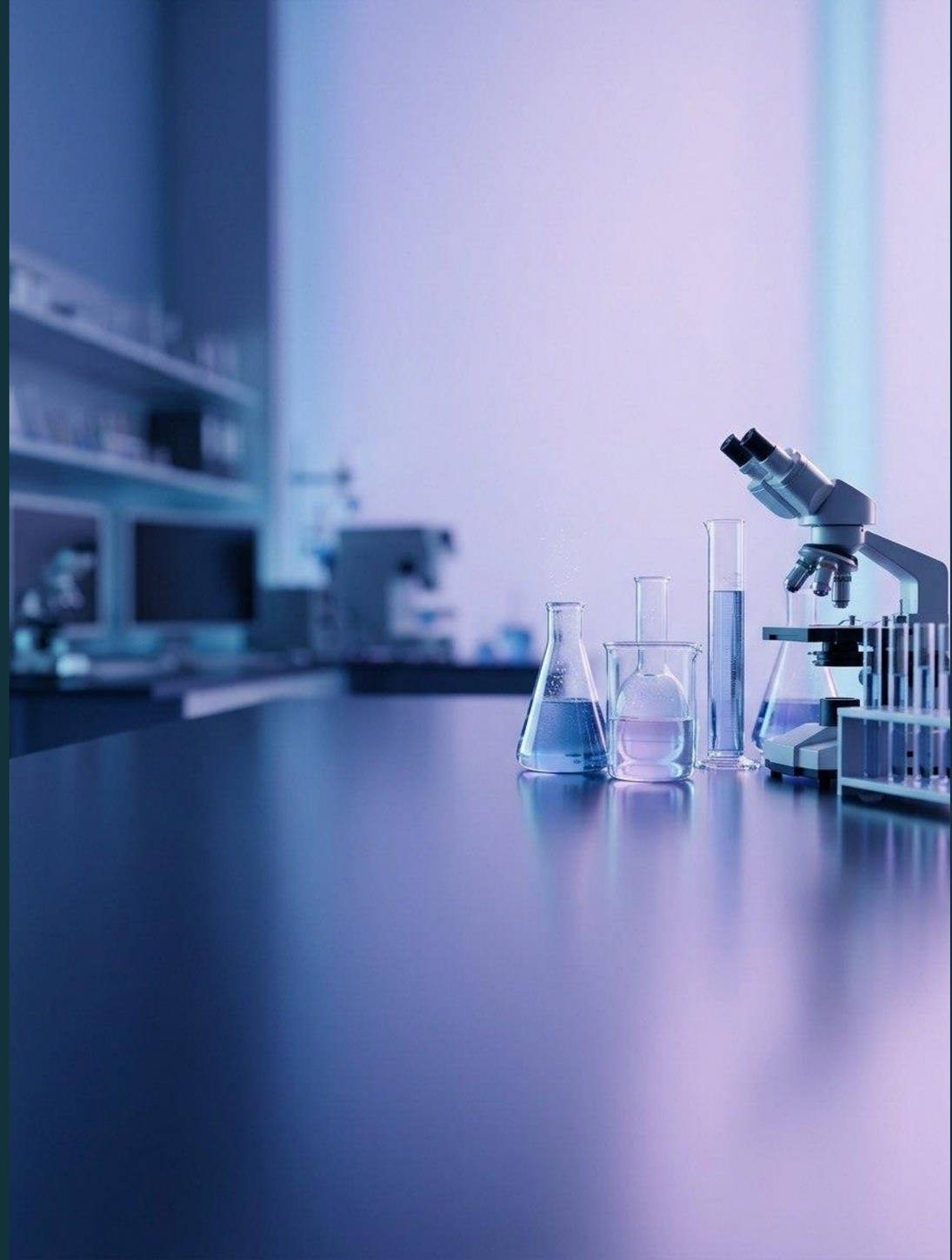
Scl-70 — 32,3 МЕ/мл

2024г.: 4,3 — отрицательный,

2026г.: 32,3 — положительный.

(**референс:** менее 15 — отрицательный, 15–25 — сомнительный, более 25 — положительный)

После получения положительных результатов ANA-screen и Scl-70 – повторно направлена на консультацию к ревматологу с целью исключения системности процесса.



Лечение 2026 года

Системно:

- Плаквенил по 200мг/сут. 5-дневными циклами с 2-х дневными перерывами №2, после выписки рекомендовано продолжить прием плаквенила до 3-х месяцев
- Витамин В12 500γ в/м ч/д №10
- Пиридоксин 1,0 в/м ч/д №10
- Экстракт Алоэ 1,0 в/м ч/д №10

Наружно:

- такролимус 0,1% вечером;
- траумель (после физиопроцедур).

Физиотерапия:

- UVB-311нм фототерапия №16.
- МИЛТ №10 на очаги в пояснично-крестцовой области

Выводы

Несмотря на неоднократные курсы терапии и достижение клинического улучшения, заболевание характеризуется повторными обострениями, что подчёркивает сложность контроля кожного процесса и необходимость длительного динамического наблюдения.

Особого внимания заслуживает изменение иммунологического профиля: выявление положительного Scl-70 в 2026 году после отрицательного результата в 2024 году, что требует дальнейшей клинической оценки и исключения системного поражения соединительной ткани.

Представленный клинический случай демонстрирует длительное, рецидивирующее течение распространённого склероатрофического лихена и подчёркивает важность и необходимость комплексного подхода к ведению пациентов с хроническими аутоиммунными дерматозами.

Спасибо за внимание!