

клинический случай представляет интерес для врачей-дерматовенерологов, ревматологов, хирургов по причине редкой встречаемости заболевания и постепенного формирования клинической картины у пациентов с ЛДС, что позволит диагностировать данное заболевание на более ранних стадиях и рекомендовать адекватную терапию.

**Конфликт интересов** не заявляется.

#### References (Список источников)

1. Egorova ON, Belov BS, Gluhova SI, et al. Lipodermatosclerosis as a type of lobular panniculitis: clinical features. *Clinician*. 2015; 9 (4): 28–34. (In Russ.) Егорова О.Н., Белов Б.С., Глухова С.И. и др. Липодерматосклероз как разновидность лобулярного панникулита: клинические особенности. *Клиницист*. 2015; 9 (4): 28–34. DOI: 10.17650/1818-8338-2015-9-4-28-34.
2. Savushkina NM, Egorova ON, Gluhova SI, et al. Lipodermatosclerosis as a variant of lobular panniculitis: course and outcomes. *Modern Rheumatology*. 2016; 10 (4): 41–6. (In Russ.) Савушкина Н.М., Егорова О.Н., Глухова С.И. и др. Липодерматосклероз как вариант лобулярного панникулита: течение и исходы. *Современная ревматология*. 2016; 10 (4): 41–6. DOI: 10.14412/1996-7012-2016-4.
3. Eklöf B, Rutherford RB, Bergan JJ, et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus

statement. *J Vasc Surg*. 2004; 40 (6): 1248–52. DOI: 10.1016/j.jvs.2004.09.027.

4. Bruce AJ, Bennett DD, Lohse CM, et al. Lipodermatosclerosis: review of cases evaluated at Mayo Clinic. *J Am Acad Dermatol*. 2002; 46 (2): 187–92. DOI: 10.1067/mjd.2002.119101.

5. Requena C, Sanmartin O, Requena L. Sclerosing panniculitis. *Dermatol Clin*. 2008; 26 (4): 501–4. DOI: 10.1016/j.det.2008.06.001.

6. Savushkina NM, Egorova ON, Gluhova SI, et al. Panniculitis in rheumatology: features of the course and outcomes. *Therapeutic Archive*. 2018; 90 (5): 55–60. (In Russ.) Савушкина Н.М., Егорова О.Н., Глухова С.И. и др. Панникулиты в ревматологии: особенности течения и исходов. *Терапевтический архив*. 2018; 90 (5): 55–60.

7. Kirsner RS, Pardes JB, Eaglstein WH, Falanga V. The clinical spectrum of lipodermatosclerosis. *J Am Acad Dermatol*. 1993; 28 (4): 623–7. DOI: 10.1016/0190-9622(93)70085-8.

8. Miteva M, Romanelli P, Kirsner RS. Lipodermatosclerosis. *Dermatologic Therapy*. 2010; 23 (4): 375–88. DOI: 10.1111/j.1529-8019.2010.01338.x.

9. Walsh SN, Santa Cruz DJ. Lipodermatosclerosis: a clinicopathological study of 25 cases. *J Am Acad Dermatol*. 2010; 62 (6): 1005–12. DOI: 10.1016/j.jaad.2009.08.006.

10. Bergan JJ, Schmid-Schönbein GW, Smith PD, et al. Chronic venous disease. *N Engl J Med*. 2006; (355): 488–98. DOI: 10.1056/NEJMra055289.

Статья поступила в редакцию 10.10.2022; одобрена после рецензирования 03.11.2022; принята к публикации 18.11.2022. The article was submitted 10.10.2022; approved after reviewing 03.11.2022; accepted for publication 18.11.2022.

#### Информация об авторе:

**Светлана Николаевна Щава** — заведующая кафедрой дерматовенерологии, доцент, кандидат медицинских наук.

#### Information about the author:

**Svetlana N. Shchava** — Head of the Department of Dermatovenereology, Associate Professor, PhD.

УДК 616.5–022  
EDN RWYFQG

Клинический случай

### МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА, ДИАГНОСТИРОВАННАЯ КАК СИНДРОМ СТИВЕНСА – ДЖОНСОНА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

**С. Н. Щава, Е. А. Сердюкова, И. Н. Иванова**

ФГБОУ ВО «Волгоградский ГМУ» Минздрава России, Волгоград, Россия

### MULTIFORM EXUDATIVE ERYTHEMA DIAGNOSED AS STEVENS – JOHNSON SYNDROME (CLINICAL CASE)

**S. N. Shchava, E. A. Serdyukova, I. N. Ivanova**

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Для цитирования: Щава С.Н., Сердюкова Е.А., Иванова И.Н. Многоформная экссудативная эритема, диагностированная как синдром Стивенса — Джонсона. *Саратовский научно-медицинский журнал. Приложение: Дерматовенерология*. 2022; 18 (4): 742–744. EDN: RWYFQG.

**Аннотация.** В статье представлен клинический случай буллезной формы многоформной экссудативной эритемы, которая была ошибочно диагностирована как синдром Стивенса — Джонсона. Данное наблюдение демонстрирует сложности, возникающие при дифференциальной диагностике дерматозов, имеющих сходный этиопатогенез и отдельные клинические проявления. Авторы публикации, представляя клинический случай, акцентируют внимание на тех симптомах, которые позволяют при проведении диагностического поиска исключить наиболее тяжелое кожное заболевание — синдром Стивенса — Джонсона. Знание данных особенностей позволит практикующим врачам избежать лечебно-диагностических и тактических ошибок.

**Ключевые слова:** многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса — Джонсона, дифференциальная диагностика дерматозов

For citation: Shchava SN, Serdyukova EA, Ivanova IN. Multiform exudative erythema diagnosed as Stevens — Johnson syndrome. *Saratov Journal of Medical Scientific Research. Supplement: Dermatovenereology*. 2022; 18 (4): 742–744. EDN: RWYFQG.

**Abstract.** The article presents a case of the development of a bullous form of exudative erythema multiforme, which was erroneously diagnosed as Stevens — Johnson syndrome. This observation demonstrates the difficulties encountered in the differential diagnosis of dermatoses having the similar etiopathogenesis and identification of manifestations.

The authors presenting a clinical case focus on those symptoms that allow, in the event of a diagnostic examination, to exclude the most severe skin disease — Stevens — Johnson syndrome. The knowledge of the data will prevent practising physicians from medical diagnostic and tactical errors.

**Keywords:** erythema multiforme exudative, Stevens — Johnson syndrome, differential diagnosis of dermatoses

**Введение.** Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) — полиэтиологическое, иммуноопосредованное острое заболевание с поражением кожи и слизистых оболочек в виде полиморфных высыпаний, представленных эритематозными пятнами, пузырями, папулами, везикулами, с формированием мишенеподобных очагов, имеющее склонность к рецидивированию и саморазрешению [1–3]. Дерматоз чаще встречается в молодом возрасте, при этом соотношение мужчин и женщин составляет 3:2 [3, 4]. Причинами развития МЭЭ также могут быть различные инфекционные агенты, чаще всего это герпесвирусные инфекции, вирусы гепатитов В и С, Эпштейна — Барр, реже — различные микроорганизмы бактериальной и грибковой природы [3–5]. В этом случае отмечается сезонность рецидивов заболевания [6]. Причиной развития МЭЭ также могут быть медикаменты (антибактериальные средства, барбитураты, генно-инженерные препараты для биологической терапии и др.) [7–9]. Впервые МЭЭ описана в 1860 г. австрийским дерматологом Фердинандом фон Гебра, а через 90 лет американский дерматолог Бернард Томас выделил две формы заболевания: малую с легким течением, с отсутствием поражения слизистых оболочек и нарушения общего состояния, и большую с тяжелым течением, при котором отмечаются распространенные высыпания, в том числе на слизистых оболочках, и недоомогание [3, 4]. Данная градация выраженности симптоматики сохраняет актуальность до настоящего момента. Для развития МЭЭ свойственно острое начало, характеризующееся повышением температуры, появлением полиморфных высыпаний в виде пузырей с зоной эритемы по периферии, отежных эритематозных округлых очагов поражения с западением в центре, напоминающих мишень или «бычий глаз». При наличии буллезных элементов симптом Никольского — отрицательный, акантолитические клетки в мазках-отпечатках отсутствуют [10]. Развитие буллезной формы МЭЭ иногда приводит к трудностям диагностики, так как в настоящее время имеются разногласия по поводу дифференциально-диагностических критериев тяжелой (большой) формы МЭЭ и синдрома Стивенса — Джонсона (ССД) [4]. Так, при ССД не характерны возвышающиеся мишенеподобные элементы сыпи, отмечается поражение слизистой оболочки сразу нескольких областей (глаз, рта, ануса), высыпания начинаются с лица и быстро распространяются на другие участки кожного покрова, пузыри располагаются на поверхности пятен, захватывая всю их поверхность, может быть положительным симптом Никольского [4]. В связи с этим представляется интересным демонстрация клинического случая пациентки с МЭЭ, которой был выставлен диагноз: «Синдром Стивенса — Джонсона».

**Цель** — на примере клинического случая показать важность дифференциально-диагностических критериев МЭЭ и ССД.

Получено информированное согласие пациентки на публикацию данных из истории болезни.

**Описание клинического случая.** Пациентка М. 53 лет поступила в кожное отделение областной клинической больницы г. Волгограда с диагнозом: «Синдром Стивенса — Джонсона». Заболела остро, когда после приема препарата «Колдрекс» по поводу простудного заболевания появились высыпания по всему кожному покрову — на туловище, конечностях, включая ладони и подошвы, на лице и в полости рта, лихорадка 39–40°C, озноб. При осмотре наблюдались многочисленные эритематозные и геморрагические пятна, отежные папулы разных размеров: от небольших до крупных. Очертания элементов были округлые и овальные, большинство из них возвышались над уровнем кожи. В центральной части пятен и папул наблюдались мелкие пузыри, эрозии, серозно-геморрагические корки, элементы напоминали мишени (симптом «бычьего глаза»). Симптом Никольского — отрицательный. В полости рта и на красной кайме губ отмечались эрозии, серозно-геморрагические корки (рисунки). Слизистые глаз, гениталий, ануса не поражены. Общие анализы крови, мочи, биохимические показатели крови были в пределах нормы. Выставлен диагноз: «Многоформная экссудативная эритема, большая форма». Проводилось лечение: раствор дексаметазона по 16 мг в/м с постепенным снижением дозы до полной отмены; цефтриаксон по 1,0 г в/м 2 раза в день; глюконат кальция 10%-й 10,0 в/в капельно с 400,0 физиологического раствора; омепразол 20 мг вечером; местно: 2%-й водный раствор метиленового синего, гель «Солкосерил». Была выписана в состоянии, близком к клиническому выздоровлению, эрозии в полости рта эпителизировались, на коже остались вторичные гиперпигментированные пятна.

**Обсуждение.** При проведении дифференциальной диагностики МЭЭ и ССД часто у врачей возникают трудности в связи с терминологической несогласованностью [11]. Длительное время считалось, что ССД является тяжелой формой МЭЭ. В настоящее время имеются разные мнения на предмет таксономии данных дерматозов. Отдельные авторы рассматривают МЭЭ и ССД как разные заболевания, при этом другие считают их стадиями одного токсико-инфекционного процесса или проявлениями токсикодермии [4,



Патологические изменения на коже, красной кайме губ и в полости рта у пациентки М. 53 лет

11, 12]. Вместе с тем наряду с общими признаками у данных заболеваний имеются некоторые этиологические, клинические и прогностические особенности. Оба дерматоза имеют острое начало, однако ССД разрешается, МЭЭ в дальнейшем может приобретать рецидивирующий характер течения [3, 12]. Причинами развития МЭЭ, так же как и ССД, могут быть различные инфекционные агенты и лекарственные препараты, однако если в первом случае преобладают микроорганизмы вирусной и бактериальной природы, то во втором — это различные медикаменты [4, 12]. Клиническая картина МЭЭ характеризуется появлением преимущественно в дистальных отделах конечностей (тыл кистей, разгибательная поверхность предплечий) с прогрессией в проксимальном направлении типичных мишенеподобных элементов, атипичных возвышающихся мишенеподобных элементов при отсутствии эритематозных пятен, в 30% случаев возможно поражение слизистой полости рта, процент поражения кожи не превышает 10%, симптом Никольского — отрицательный [6, 11, 12]. При ССД высыпания носят распространенный характер с одновременным поражением слизистых оболочек нескольких органов, при этом высыпания вначале появляются в области лица, туловища, прогрессируя в дистальном направлении [4, 12]. Клинические проявления ССД характеризуются выраженными симптомами интоксикации, появлением эритемы, плоских атипичных мишенеподобных элементов и пузырей, при этом типичные мишенеподобные элементы сыпи отсутствуют, процент поражения кожи может превышать 10%, при этом определяется положительный симптом Никольского и Асбо-Хансена [4, 12]. Имеются также определенные дифференциальные признаки биоптата кожи (некроз кератиноцитов и отек дермы при МЭЭ и субэпидермальный пузырь и некроз всего эпидермиса с его отслойкой от дермы — при ССД) [4, 12]. В приведенном клиническом наблюдении у пациентки были эритематозные и геморрагические пятна, папулы с четкими границами овальных и округлых очертаний, пузыри с серозным и геморрагическим содержимым, которые формировали типичные мишенеподобные и атипичные возвышающиеся мишенеподобные элементы сыпи. В полости рта и на красной кайме губ имелись пузыри с геморрагическим содержимым, геморрагические корки, при этом слизистые оболочки глаз, ануса были интактны, количество пузырей было незначительным, симптом Никольского был отрицательным, общее состояние пациентки — удовлетворительным. В связи с этим первоначальный диагноз: «Синдром Стивенса — Джонсона» — был пересмотрен на диагноз: «Многоформная экссудативная эритема».

**Заключение.** В описанном наблюдении показана важность учета всех клинических признаков при дифференциальной диагностике МЭЭ и ССД. Использование представленных признаков и симптомов двух дерматозов при проведении диагностического поиска позволит практикующим врачам избежать диагностических и лечебно-тактических ошибок.

Статья поступила в редакцию 10.10.2022; одобрена после рецензирования 14.11.2022; принята к публикации 18.11.2022. The article was submitted 10.10.2022; approved after reviewing 14.11.2022; accepted for publication 18.11.2022.

#### Информация об авторах:

**Светлана Николаевна Щава** — заведующая кафедрой дерматовенерологии, доцент, кандидат медицинских наук; **Елена Анатольевна Сердюкова** — доцент кафедры дерматовенерологии, кандидат медицинских наук, **Ирина Николаевна Иванова** — доцент кафедры дерматовенерологии, кандидат медицинских наук.

#### Information about the authors:

**Svetlana N. Shchava** — Head of the Department of Dermatovenereology, Associate Professor, PhD; **Elena A. Serdyukova** — Assistant Professor of the Department of Dermatovenereology, PhD, **Irina N. Ivanova** — Assistant Professor of the Department of Dermatovenereology, PhD.

**Конфликт интересов** отсутствует.

#### References (Список источников)

1. Bulgakova AI, Hismatullina ZR, Zatschina MV, Kudryavtseva JA. On the clinical course of multiforme exudative erythema of the oral cavity (literature review). *Parodontologiya*. 2020; 25 (1): 71–4. (In Russ.) Булгакова А. И., Хисматуллина З. Р., Затекина М. В., Кудрявцева Ю. А. О клиническом течении многоформной экссудативной эритемы полости рта (обзор литературы). *Пародонтология*. 2020; 25 (1): 71–4. DOI: 10.33925/1683-3759-2020-25-1-71-74.
2. Shwe S, Kraus CN, Linden KG, et al. Erythema multiforme in a child with Kawasaki disease. *JAAD Case Rep*. 2019; 5 (4): 386–8. DOI: 10.1016/j.jdcrr.2019.02.013.
3. Federal clinical guidelines. Dermatovenereology 2015: Skin diseases. Sexually transmitted infections. 5th ed., revised. and additional. Moscow: Business Express, 2016; 768 p. (In Russ.) Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология — 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс, 2016; 768 с.
4. Grigorev DV. Erythema multiforme exudative, Stevens — Johnson syndrome and Lyell's syndrome — a modern interpretation of the problem. *Russian Medical Journal. Dermatology*. 2013; (22): 1073–83. (In Russ.) Григорьев Д. В. Многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса — Джонсона и синдрома Лайелла — современная трактовка проблемы. *РМЖ. Дерматология*. 2013; (22): 1073–83.
5. Olteanu C, Shear NH, Chew HF, et al. Severe physical complications among survivors of Stevens — Johnson and toxic epidermal necrolysis. *Drug Safety*. 2018; 41 (3): 277–84. DOI: 10.1007/s40264-017-0608-0.
6. Shchava SN, Serdyukova EA. Features of the course and treatment of erythema multiforme exudative at the present stage. *Medicinal Herald*. 2016; 4 (64): 41–3. (In Russ.) Щава С. Н., Сердюкова Е. А. Особенности течения и лечения многоформной экссудативной эритемы на современном этапе. *Лекарственный вестник*. 2016; 4 (64): 41–3.
7. Fujimura T, Kambayashi Y, Hidaka T, et al. Severe erythema exudative multiforme developing from advanced melanoma treated with dabrafenib and trametinib followed by nivolumab. *J Dermatol*. 2018; 45 (2): e35–6. DOI: 10.1111/1346-8138.14085.
8. Brito FJF, Rodriguez R. Exudative erythema multiforme due to cyclobenzaprine. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2016; 26 (4): 265–6. DOI: 10.18176/jiaci.0064.
9. Dalipi ZS, Dragidella F, Dragidella DK. Oral manifestations of exudative erythema multiforme in a patient with COVID-19. *Case Rep Dent*. 2021; (2021): 1148945. DOI: 10.1155/2021/1148945.
10. Khamaganova IV, Malyarenko EN, Denisova EV, et al. Mistakes of diagnostics in pemphigus vulgaris: case report. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2017; 20 (1): 30–3. (In Russ.) Хамаганова И. В., Малайренко Е. Н., Денисова Е. В. и др. Ошибка в диагностике вульгарной пузырчатки: клинический случай. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2017; 20 (1): 30–3. DOI: 10.18821/1560-9588-2017-20-1-30-33.
11. Karachyova YuV, Prohorenkov VI, Gajdash AA, et al. Bullous skin lesions: problems of nosology and differential diagnosis. *Siberian Medical Review*. 2007; (3): 10–5. (In Russ.) Карачёва Ю. В., Прохоренков В. И., Гайдаш А. А. и др. Буллезные поражения кожи: проблемы нозологии и дифференциальной диагностики. *Сибирское медицинское обозрение*. 2007; (3): 10–5.
12. Dyubkova TP, Zhernosek VF. Differential diagnosis of Stevens — Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis and erythema multiforme in children. *Meditinskiye novosti*. 2014; (2): 43–7. (In Russ.) Дюбкова Т. П., Жерносек В. Ф. Дифференциальный диагноз синдрома Стивенса — Джонсона — токсического эпидермального некролиза и многоформной экссудативной эритемы у детей. *Медицинские новости*. 2014; (2): 43–7.