



Оригинальная статья

Перекрестные аутоиммунные синдромы в практике врача-дерматовенеролога. Анализ ситуации

Е.В. Задюонченко^{✉1}, Е.В. Денисова², Д.Р. Морозова¹, Е.Е. Радионина², Е.Н. Малиаренко²¹ ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия;² Клиника им. В.Г. Короленко – филиал ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

✉z777kat@inbox.ru

Аннотация

Лечение заболеваний аутоиммунного характера является прерогативой не только для врачей-ревматологов, но последние годы стало весьма актуальным для других медицинских специальностей. По данным многих исследовательских групп, наблюдается значительный рост заболеваемости аутоиммунными болезнями. В том числе и врачи-дерматологи отмечают выраженный рост числа пациентов с поражением кожных покровов и слизистых оболочек аутоиммунной природы. Особое внимание обращают на себя те, у кого одновременно присутствуют признаки нескольких аутоиммунных болезней. Для врачей-дерматологов данная категория больных представляет особый интерес. Сочетание нескольких аутоиммунных заболеваний в литературе получило название «перекрестные аутоиммунные синдромы», или «overlap-синдром». В статье представлен краткий литературный обзор по этой группе заболеваний с акцентом на дерматологическую практику. Приводятся данные по нескольким наиболее интересным клиническим случаям пациентов с перекрестными аутоиммунными синдромами в дерматологическом отделении круглосуточного стационара Клиники им. В.Г. Короленко.

Ключевые слова: аутоиммунные заболевания, перекрестный аутоиммунный синдром, overlap-синдром, множественный аутоиммунный синдром, витилиго, псориаз, красная волчанка, лабораторные маркеры.

Для цитирования: Задюонченко Е.В., Денисова Е.В., Морозова Д.Р., Радионина Е.Е., Малиаренко Е.Н. Перекрестные аутоиммунные синдромы в практике врача дерматовенеролога. Анализ ситуации. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (6): 104–109.

DOI: 10.47407/kr2026.7.06.00p4567

Original Article

Cross-autoimmune syndromes in the practice of a dermatovenerologist. Analysis of the situation

Ekaterina V. Zadionchenko^{✉1}, Elena V. Denisova², Darya R. Morozova¹, Ekaterina E. Radionova², Evgeniy N. Malyarenko²¹ Russian University of Medicine, Moscow, Russia;² Korolenko Clinic – branch of Moscow Scientific and Practical Center for Dermatology and Cosmetology, Moscow, Russia

✉z777kat@inbox.ru

Abstract

Autoimmune diseases are not only the preserve of rheumatologists have also become a pressing concern for other medical specialties. According to numerous research groups, there has been a significant increase in the incidence of autoimmune diseases in the population. Dermatologists, in particular, have noted an increasing number of patients with autoimmune skin and mucous membrane lesions. Of particular concern are those who simultaneously exhibit signs of several autoimmune diseases. This category of patients is of particular interest to physicians in various fields, including dermatologists, as the care of such patients presents a specific set of challenges related to diagnosis, treatment, and prevention. The combination of several autoimmune diseases has been termed overlap autoimmune syndromes in the literature. This article presents a brief literature review of overlap autoimmune diseases encountered in dermatological practice. The article presents data on the incidence of autoimmune diseases in the dermatology hospital of the Korolenko Clinic, and describes the most interesting clinical cases of patients with overlapping autoimmune syndromes.

Keywords: autoimmune diseases, comorbidities, overlap syndrome, multiple autoimmune syndrome, vitiligo, psoriasis, lupus erythematosus, laboratory markers.

For citation: Zadionchenko E.V., Denisova E.V., Morozova D.R., Radionova E.E., Malyarenko E.N. Cross-autoimmune syndromes in the practice of a dermatovenerologist. Analysis of the situation. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (6): 104–109 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.06.00p4567

Введение

Согласно статистике, приведенной Центром молекулярной медицины Минздрава России за 2023 г., каждый 10-й человек в мире страдает каким-либо видом аутоиммунной патологии [1]. По данным зарубежных и отечественных исследователей, наблюдается значимый рост заболеваемости аутоиммунными заболеваниями (АЗ), особенно после эпидемии COVID-19 и вакцинации от него [2–4]. По наблюдениям врачей стационара Клиники им. В.Г. Короленко, имеется устойчивая тенденция к росту АЗ с поражением кожи и слизистых оболочек (СО). Кроме того, в дерматологической практике все чаще стали появляться сочетанные случаи аутоиммунных дерматозов и других системных АЗ, что побуждает нас разобраться в спектре клинических, диагностических и терапевтических проблем этой группы пациентов [5].

Что же это такое – перекрестный аутоиммунный синдром (ПАС)? Данный термин сформировался в медицинской сфере как описание состояния пациента с изменениями в организме и клинической картиной, характерными одновременно для нескольких аутоиммунных патологий.

Что же это такое – перекрестный аутоиммунный синдром (ПАС)? Данный термин сформировался в медицинской сфере как описание состояния пациента с изменениями в организме и клинической картиной, характерными одновременно для нескольких аутоиммунных патологий.

Дерматологические признаки и лабораторные маркеры АЗ с преимущественным поражением кожи <i>Dermatological signs and laboratory markers of autoimmune disorders predominantly affecting skin</i>		
Заболевание	Дерматологические клинические признаки	Лабораторные маркеры
Пузырчатка вульгарная	Болезненная охриплость, быстро вскрывающиеся пузыри, длительно не заживающие эрозии полости рта и кожи, гнилостный запах изо рта. Положительные симптомы Никольского (отслойка эпидермиса при трении шпателем) и Асбо–Хансена	Акантолитические клетки в мазках-отпечатках. Прямая иммунофлуоресценция: линейное свечение IgG по всей толще эпидермиса. Непрямая иммунофлуоресценция: циркулирующие антитела IgG против десмоглеинов (главным образом десмоглеина-3). Иммуноферментный анализ: количественное определение антител к десмоглеинам в сыворотке
Псориаз	Розовые папулы/бляшки, обильно покрытые легко отторгающимися чешуйками на разгибательных поверхностях конечностей и туловища, ногти по типу «наперстка», онихогрифоз, «масляное пятно» на ногтях, симптомы «стеаринового пятна», «кровавой росы», скованность и деформация суставов	Специфических лабораторных признаков нет. Гистологические признаки: акантоз, паракератоз с микроабсцессами Мунро, папилломатоз, лимфогистиоцитарный инфильтрат в дерме. К неспецифическим относят повышенный СОЭ, С-реактивный белок, ревматоидный фактор
Витилиго	Молочно-белые, разного калибра пятна с четкими границами на коже и волосистой части головы	Лабораторные маркеры не являются специфичными, диагноз ставится клинически (осмотр, лампа Вуда – голубовато-белое свечение). Анализы назначают для исключения сопутствующих АЗ
Герпетиформный дерматит Дюринга	Поражение кожи, иногда СО полости рта, характеризуется истинным полиморфизмом высыпаний и склонностью к группировке (волдыри, пятна, пузырьки, пузыри, эрозии), выраженный зуд	Прямая иммунофлуоресценция: зернистые отложения IgA в верхушках сосочков дермы. Серологические тесты (связь с целиакией): антитела к тканевой транслугтаминазе IgA. Антитела к эндомизию IgA и IgG – высокая специфичность. Клинический анализ крови: эозинофилия. Исследование содержимого пузырей (цитология): повышенное количество эозинофилов и нейтрофилов
СКВ	«Волчаночная бабочка» на коже лица, васкулиты на дистальных участках конечностей, эрозивные изменения на СО полости рта	Антинуклеарный фактор Нер-2, LE-клетки – лейкоциты, разрушенные особым видом Ig человека, антитела к двухцепочечной ДНК, антитела к Ro/SSA и La/SSB. Наименее специфичные: признаки гломерулонефрита, лейкопения, С-реактивный белок, повышенное СОЭ, анемия
Системная склеродермия	Участки атрофии кожи и подкожно-жировой клетчатки, истончение пальцев рук – «пальцы мадонны» или «птичьи лапки», заостренные черты лица – «лицо эльфа», «кисетный рот», симптом Тибержа–Вейссенбаха (кальциноз мягких тканей)	Склеродерма-специфические антитела (SSA) – анти-Scl-70, антицентромерные антитела. Менее специфичные антитела: склеродермия-ассоциированные антитела (SAA) – анти-U1-RNP, анти-PM/Scl, натрийуретический пептид В-типа, С-реактивный белок, повышенная СОЭ
Дерматомиозит	Гелиотропная сыпь (симптом «очков»), над костными выступами папулы Готтрона – пятна или фиолетовые папулы, особенно на разгибательных (дорсальных) сторонах пястно-фаланговых и межфаланговых суставов, пойкилодермия, изменения в области ногтей, поражение волосистой части головы и кальциноз кожи	Специфичные: миозит-специфические антитела (Анти-Mi-2, Анти-Jo-1, MDA5, SAE1), миозит-ассоциированные антитела (Анти-Ro/SSA, Анти-PM/Scl, Анти-U1-RNP). Неспецифичные: креатинфосфокиназа-MB, лактатдегидрогеназа-5, альдолаза, миоглобин, С-реактивный белок, креатинин
РА	Ревматоидные узелки, сыпь на коже в виде красных пятен и папул, признаки васкулита, также проявления синдрома Шегрена (сухость кожи и СО)	Специфичные: ревматоидный фактор, антицитруллиновые антитела (антифлагрины), а также антикератиновые антитела, антиперинуклеарный фактор, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду и антитела к модифицированному цитруллинированному виментину. Неспецифичные: С-реактивный белок, повышенный СОЭ, признаки анемии
Примечание. Ig – иммуноглобулин.		

логий. Впервые его использовали гепатологи G. Klöppel и соавт. для описания смешанного заболевания с признаками хронического активного гепатита и первичного билиарного цирроза в 1977 г. [6]. В 1985 г. в работах доктора D. Flenley появился новый термин «overlap-синдром» [7]. В 1988 г. в литературе появился термин «множественный аутоиммунный синдром», когда у одного пациента было описано три и более АЗ [8]. С 1994–1995 гг. термин стал активно использоваться в медицинской литературе среди разных специалистов [9, 10].

Ученые обычно классифицируют АЗ в зависимости от иммуноотропности антигенов к органам-мишеням и си-

стемам организма человека. В то же время, несмотря на активное изучение и повышенный интерес к этой проблеме, не удается выделить конкретных диагностических критериев, по которым можно определить или классифицировать тип/вид ПАС. Подобный диагноз ставится на основании лабораторных и клинических данных, которые соответствуют одному из АЗ, обладающему своим уникальным клиническим фенотипом и течением, но не исключают наличие другого. Для того чтобы ориентироваться в диагностике подобных ситуаций, необходимо знание маркеров, определяющих то или иное АЗ [11].

В дерматологии наиболее распространенными болезнями с аутоиммунными механизмами поражения кожи и других систем являются псориаз, витилиго, красная волчанка, пузырчатка, склеродермия, пемфигоид, герпетиформный дерматит Дюринга, дерматомиозит, пузырчатка, IgA-дерматоз и др.

Лабораторные маркеры и клинические особенности наиболее распространенных АЗ с вовлечением кожи и СО, с которыми работают врачи-дерматологи, приведены в таблице [12]. Надо помнить, что в дерматологическом поле зрения, а соответственно и на лечении в стационаре, врачи работают с такими нозологиями, как различные виды пузырчатки, болезни группы пемфигоида, герпетиформный дерматит Дюринга, псориаз, хронические формы красной волчанки, склеродермия и др. Такими нозологиями, как ревматоидный артрит (РА), дерматомиозит, системные формы волчанки и склеродермии, занимаются ревматологи. Однако в рамках клинической картины этих болезней могут возникать видимые изменения кожных покровов и СО.

Анализ международных и отечественных публикаций показал, что наиболее частыми комбинациями АЗ с поражением кожных покровов являются следующие [13–16]:

- диссеминированная кожная волчанка/склеродермия/полимиозит + РА;
- дерматомиозит/полимиозит;
- системная склеродермия + дермато/полимиозит;
- системная склеродермия + РА;
- системная склеродермия + системная красная волчанка (СКВ);
- синдром Шегрена, СКВ + склеродермия;
- СКВ + псориаз;
- СКВ + синдром Шегрена;
- псориаз + витилиго.

Исследователи сообщают, что подобные сочетания аутоиммунных нарушений основаны на схожих иммунных механизмах патогенеза и наличии нескольких генетических факторов и генетических вариантов, сцепленных с определенными человеческими лейкоцитарными антигенами (HLA). Особенно тщательно этот вопрос исследуется у пациентов с псориазом, витилиго и аутоиммунным тиреоидитом [17–19].

Целью нашей работы стало изучение вариативного ряда перекрестной аутоиммунной патологии в рамках дерматологического стационара, а также выявление наиболее важных проблем, связанных с диагностикой и лечением таких пациентов.

Материалы и методы

Проведен анализ 250 историй болезней пациентов, проходивших лечение в дерматологическом отделении круглосуточного стационара Клиника им. В.Г. Короленко – филиала Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии за период с 2020 по 2025 г. Критерием включения было наличие одного или нескольких АЗ.

Было проведено анкетирование пациентов и врачей на предмет выявления спектра проблемных моментов, связанных с наличием одного и более АЗ.

Результаты и обсуждение

Возраст пациентов составил от 19,7 года до 76 лет (средний возраст составил 37,5 года) Распределение по

полу было практически одинаковым с некоторым преобладанием женщин, что отражает общие тенденции, характерные для АЗ. В ходе анализа структуры заболеваемости было определено, что 95,8% пациентов имели моноаутоиммунную патологию, а 3,2% из них страдали двумя и более аутоиммунными патологиями, в том числе с поражением кожных покровов.

В ходе работы у пациентов были выявлены наиболее частые сочетания АЗ:

- псориаз + витилиго + аутоиммунный тиреоидит (9 пациентов);
- псориаз + неспецифический язвенный колит (5 пациентов);
- склеродермия + РА (2 пациента);
- склеродермия + псориаз (3 пациента);
- вульгарная пузырчатка + рассеянный склероз (1 пациент);
- вульгарная пузырчатка + РА (1 пациент);
- листовидная пузырчатка + рассеянный склероз (1 пациент);
- IgA-пузырчатка + ювенильный РА (1 пациент);
- диссеминированная кожная волчанка + дерматомиозит + аутоиммунный тиреоидит (1 пациент);
- герпетиформный дерматит Дюринга + неспецифический язвенный колит (1 пациент);
- псориаз + буллезный пемфигоид (1 пациент).

Характерными пациентами для дерматологического стационара являются пациенты с псориазом, склеродермией, хронической формой красной волчанки, буллезными дерматозами (пузырчатка, буллезный пемфигоид) и др.

Обращает на себя внимание частое сочетание псориаза и витилиго у одного человека, иногда еще с наличием третьего заболевания – аутоиммунного тиреоидита. Некоторые пациенты с псориазом отмечают развитие неспецифического язвенного колита через несколько лет после дебюта псориаза либо возникновение псориазических высыпаний на фоне очагов витилиго. Подобные наблюдения описывают и зарубежные специалисты [18, 19]. Кроме того, под нашим наблюдением были такие тяжелые коморбидности, как рассеянный склероз и пузырчатка, РА и пузырчатка и др.

Наличие более одного АЗ требует от врача-дерматолога глубокой ориентированности в современной клинической и лабораторной диагностике для своевременного исключения тяжелых и системных форм аутоиммунной патологии и назначения качественной терапии. Специалисту важно уметь подобрать лечение с минимальными побочными явлениями для пациента, так как часто такие больные уже находятся на системной терапии по поводу ранее выявленного заболевания.

Не менее важным является и тот факт, что и пациент в свою очередь может столкнуться с рядом проблем, связанных с наличием overlap-синдрома. На момент верификации окончательного дерматологического диагноза у него уже могут сформироваться осложнения заболевания и/или побочные эффекты от проведенной ранее терапии. А также возможно развитие гетерогенных нозогенных психологических расстройств [20]. И поэтому совокупность данных обстоятельств может существенно осложнить терапевтическую задачу.

Основываясь на данных проведенного анкетирования, среди респондентов с overlap-синдромами, а также

их лечащих врачей удалось выделить несколько ведущих проблем, с которыми могут столкнуться и те, и другие.

- Сложность интерпретации заболевания. В 8,6% случаев наши дерматологи сталкиваются с такой проблемой. Нозологические формы болезни могут быть схожи по клиническим проявлениям или по неспецифическим лабораторным показателям. Например, костно-суставные поражения (болевые ощущения, отек и деформации суставов конечностей) при склеродермии, артропатическом псориазе или эриматозно-сквамозные и/или васкулоподобные поражения кожи при красной волчанке, дерматомиозите и прочих дерматозах [21]. А некоторые иммунологические маркеры (антиядерный фактор, С-реактивный белок) могут обнаруживаться даже у здоровых людей и иметь низкую лабораторную специфичность [22]. Решить задачу помогают патоморфологические исследования и время, за которое могут измениться лабораторные показатели (иногда уровни специфических маркеров повышаются отсроченно).

- Появление новых симптомов на фоне ранее установленного АЗ может расцениваться как обострение старого, особенно при поражении кожи, наличии миалгии, артралгии, анемии и других симптомов, и уводить врача в сторону от диагностики новой нозологической единицы. У наших пациентов это наблюдалось в 12,5% случаев.

- В мире описано более 100 вариантов АЗ, около 13 из них регулярно встречается в медицинской практике, поэтому практикующие врачи имеют настороженность по отношению к ним. А вот редко встречающиеся АЗ, такие как синдром Шарпа, болезнь Стила, дерматомиозит, IgA-пузырчатка, рубцующий пемфигиод и др., могут обуславливать медленный дифференциально-диагностический поиск и приводить к формированию клинически запущенных состояний [23]. В анамнезе у 7,5% пациентов был длительный путь к правильному диагнозу, что привело к тяжелому состоянию.

- Необходимо междисциплинарное взаимодействие со смежными специалистами. Важно работать вместе с ревматологами, терапевтами, офтальмологами и другими специалистами для комплексного подхода к лечению и динамическому наблюдению таких пациентов. И это отметили 11,2% респондентов.

- Важно проводить полное обследование для более точной постановки диагноза каждого из состояний, определение их взаимосвязи и степени активности, регулярное выполнение анализов на наличие антител, показателей воспаления и функций органов, динамическое мониторирование данных показателей на фоне лечения, однако это не всегда возможно из-за спектра организационных, личностных и социальных проблем.

- Немаловажным и отягчающим обстоятельством для дерматолога при ведении таких пациентов является ранее назначенная цитостатическая, гормональная и/или биологическая терапия. У достаточно большого числа пациентов (30,5%) при поступлении в стационар уже имелись побочные эффекты от ранее назначенной системной терапии (избыточная масса тела или ее дефицит, анемия, остеопороз, отклонения показателей гепато- и нефротоксического характера, сердечно-сосудистые нарушения) – все это существенно осложняло дер-

матологу подбор схем лечения АЗ и требовало обсуждения с лечащими врачами-ревматологами. Чаще всего это были лица, страдавшие первично артропатическим псориазом, красной волчанкой. В литературе появляются данные о том, что некоторые биологические препараты, применяемые для лечения АЗ, могут спровоцировать развитие других иммунных и аутоиммунных реакций [24].

- Прогноз для жизни и психологическое состояние. В ходе анкетирования многие пациенты (45,5%) отмечали, что испытывают психологический дискомфорт, который связан с неопределенностью своего состояния, внешними проявлениями заболевания, информацией о бесперспективности лечебной терапии в средствах массовой информации (поисковые структуры интернета, форумы больных). Отсутствие быстрого положительного эффекта после лечебных мероприятий, наличие частых обострений, ожидание очередного обострения, побочные эффекты лекарств неблагоприятно влияют на качество жизни и эмоциональный фон. Эти факторы повышают риск возникновения психических заболеваний и состояний, таких как депрессия, биполярное аффективное расстройство, тревожное расстройство.

- В отношении прогноза течения заболевания печальным остается тот факт, что большинство пациентов с АЗ имеет молодой возраст от 18 до 25 лет и на момент достижения активных лет часть из них уже имеют инвалидность. На прогноз жизни конечно же влияют вид АЗ, наличие принадлежности к определенному HLA-комплексу, коморбидность, вовремя подобранное лечение и ответ на него, возможность использования современных препаратов и многое другое. К сожалению, встречаются и ранние летальные исходы [25].

Из современных научных источников удалось понять, что, несмотря на последние достижения фармакотерапии, специфических стандартизированных методов лечения именно для ПАС до сих пор нет. Лечебная стратегия выстраивается с учетом лабораторных и диагностических данных, возрастных особенностей, наличия побочных эффектов от предыдущей терапии и переносимости лечения и наличия сопутствующих заболеваний [26]. Глюкокортикостероиды и цитостатики остаются базовыми терапевтическими оружием, но все большую популярность приобретают биологические препараты, такие как ритуксимаб (анти-CD20), ингибиторы фактора некроза опухоли, одобренные национальными институтами здравоохранения, и экспериментальная CAR-T-клеточная терапия наряду с иммуносупрессантами [26, 27].

Таким образом, настоящая работа подтверждает актуальность проблем, касающихся ведения пациентов с множественной аутоиммунной патологией (overlap-синдромами), демонстрирует нестандартные клинические ситуации и показывает необходимость знаний врача любой специальности, в том числе дерматолога, в области современной лабораторной и клинической диагностики. Хочется отметить, что, несомненно, важным в работе врача является время, уделенное информированию и обучению пациента о его состоянии, возможных осложнениях, необходимости соблюдения режима лечения, регулярного обследования, участия пациента в группах поддержки для лиц с АЗ. Все это в совокупно-

сти будет не только нивелировать симптомы, но улучшать качество жизни и психологическое состояние пациента.

В заключение приводим ряд наиболее ярких клинических примеров пациентов дерматологического стационара с ПАС.

Клинический случай 1

Пациент У., 21 год (рис. 1). Жалобы на высыпания на коже волосистой части головы, туловища эритематозно-сквамозного характера, слабость при ходьбе, затруднения при проглатывании пищи. При сборе анамнеза пациент не активен, несколько подавлен. Неоднократно был осмотрен врачом-дерматологом, терапевтом, данных в пользу системности не выявлено. Иммуноблотинг на системные заболевания – тест Ana Profile (RNP-70, RNP-A, RNP-C), лот del_AP5. Аутоантитела класса IgG к высокоочищенным ядерным антигенам не обнаружены. Длительное время амбулаторно наблюдался у дерматолога с диагнозом «дерматит, недифференцированная пурпура, васкулит». В разных лечебных учреждениях неоднократно проводили патоморфологическое исследование. В дерматологическом стационаре был предположен диагноз подострой кожной волчанки и дерматомиозита. Гистологически: выраженный фолликулярный гиперкератоз, умеренная вакуолярная дегенерация клеток базального слоя, массивный лимфоцитарный инфильтрат в дермальном слое. Было рекомендовано пройти скрининг на специфические маркеры СКВ и дерматомиозит, однако пациент отказался. В дальнейшем при электромиографии выявлены нарушения, характерные для дерматомиозита. Через полгода стало известно, что у пациента все-таки были зарегистрированы отклонения специфических маркеров по системной волчанке и дерматомиозиту.

Клинический случай 2

Пациентка О., 25 лет (рис. 2). С 13 лет ювенильный РА, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду – положительно, системная терапия курсами –

метотрексат. Поступила с жалобами на высыпания на СО полости рта, туловище, лобковой области, которые сопровождались умеренным зудом. На момент поступления активных жалоб со стороны суставов не предъявляла. Амбулаторно была консультирована стоматологом – был поставлен диагноз «герпетический стоматит» и назначено лечение противовирусными средствами; у оториноларинголога наблюдалась с диагнозом «тонзиллит», у гинеколога – с диагнозом «вульвовагинит», проходила лечение без положительного эффекта. После обследования у дерматолога заподозрена пузырчатка. Пациентка была госпитализирована в стационар. Проведены соответствующие исследования, на основании результатов которых выставлен диагноз вульгарной пузырчатки. В ходе обследования выявлены: выраженная анемия, узловой зоб, значительный дефицит массы тела. Назначены глюкокортикостероиды (преднизолон) в дозе 100 мг/сут, но при лечении отмечалась торпидность процесса. Добавлен азатиоприн в дозе 50 мг/сут. Больная плохо переносила лечение, слабая положительная динамика. После выписки из стационара после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции был зарегистрирован рецидив. Была повторно госпитализирована, проведена повторная диагностика. При непрямой и прямой иммунофлуоресценции были обнаружены IgA в сыворотке крови и отчетливая фиксация IgA в межклеточных промежутках всех слоев эпидермиса – межклеточное свечение, акантолитические клетки. Диагноз скорректирован на IgA-пузырчатку. Изменена схема терапии с применением дапсона 100 мг 2 раза в сутки, после чего появилась отчетливая положительная динамика.

Клинический случай 3

Пациентка К., 55 лет (рис. 3). Жалобы на высыпания на коже. Витилиго с 32 лет (индекс тяжести витилиго VIMAN 323 балла), проходила лечение узкополосной средневолновой УФ-терапией с длиной волны 311 нм и наружными средствами с положительным эффектом. Аутоиммунный тиреоидит с 43 лет подтвержден

Рис. 1. Пациент У., 21 год. Высыпания эритематозно-сквамозного характера, застойного цвета, с инфильтрацией, единичными участками атрофии, преимущественно локализирующиеся на открытых участках кожи рук, лица, зоны декольте.

Fig. 1. Patient U., 21 years. Rash of erythematous squamous nature, stagnant-colored, with infiltration, single areas of atrophy localized mainly on exposed skin of the hands, face, and décolleté.



Рис. 2. Больная О., 25 лет. На коже внутренней поверхности предплечий, в складках, на коже живота имеются немногочисленные некрупные, от 0,1 до 0,5 см в диаметре, с эритематозным венчиком эрозии с тенденцией к группировке. Часть высыпаний покрыта геморрагическими корочками, некоторые находятся в стадии эпителизации.

Fig. 2. Patient O., 25 years. A few small (from 0.1 to 0.5 cm in diameter) erosions with erythematous rims showing tendency to grouping on the skin of the inner surfaces of forearms, in folds, on the skin of the abdomen. Rashes are partially covered with hemorrhagic crusts, some of which are in the epithelization phase.



Рис. 3. Пациентка К., 55 лет. На разгибательной поверхности руки имеется очаг размером 3×6 см овальной формы, лишенный пигмента, с четкими границами. В центре очага несколько бляшек разного размера розового цвета, с умеренной инфильтрацией, плотноэластической консистенции. На поверхности бляшек имеются легко отторгающиеся полупрозрачные белесоватые чешуйки.

Fig. 3. Patient K., 55 years. Oval focus sized 3×6 cm, unpigmented, with clear margins. In the center of the focus several pink plaques of varying size, moderate infiltration, dense elastic consistency. On the plaque surface there are easily detached translucent whitish scales. Positive psoriatic triad.



лабораторно (антитела к тиреопероксидазе 689 Ед/л, антитела к тиреоглобулину 159 МЕ/мл). Псориаз вульгарный с 55 лет с характерными папуло-сквамозными высыпаниями с локализацией на разгибательных поверхностях конечностей на фоне очагов с депигментацией. При граттаже определяется псориагическая триада. Наблюдались у эндокринолога. На момент консультации лечение не получала. В настоящее время не проходит никакого лечения по поводу витилиго, имеет

противопоказания к УФ-терапии. Амбулаторно 2 раза в год по поводу псориаза получает детоксикационную терапию, гепатопротекторы, использует комбинированные гормональные наружные средства и уход эмолен-тами.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interests.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>
The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Задонченко Екатерина Владимировна – канд. мед. наук, ассистент каф. кожных и венерических болезней, Научно-образовательный институт клинической медицины им. Н.А. Семашко ФГБОУ ВО «Российский университет медицины». E-mail: z777kat@inbox.ru; ORCID: 0000-0001-9295-5178

Денисова Елена Валерьевна – канд. мед. наук, врач-дерматовенеролог, зам. зав. по медицинской части (по организации стационарной помощи) Клиники им. В.Г. Короленко – филиала ГБУЗ МНПЦДК. E-mail: evdenissova@rambler.ru; ORCID: 0000-0002-4887-284X

Морозова Дарья Романовна – студентка 6-го курса Научно-образовательного института клинической медицины им. Н.А. Семашко ФГБОУ ВО «Российский университет медицины». E-mail: darya.morozova0221@mail.ru; ORCID: 0009-0005-8230-9734

Радионова Екатерина Евгеньевна – канд. мед. наук, врач-дерматовенеролог, зав. дерматовенерологическим отделением Клиники им. В.Г. Короленко – филиала ГБУЗ МНПЦДК ORCID: 0000-0002-2642-9126

Маляренко Евгений Николаевич – канд. мед. наук, врач-дерматовенеролог, зав. Клиникой им. В.Г. Короленко – филиалом ГБУЗ МНПЦДК. E-mail: men2579@mail.ru; ORCID: 0000-0002-4887-284X

Поступила в редакцию: 11.02.2026
Поступила после рецензирования: 20.02.2026
Принята к публикации: 26.02.2026

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Ekatereina V. Zadionchenko – Cand. Sci. (Med.), Assistant, Semashko National Research Institute of Russian University of Medicine. E-mail: z777kat@inbox.ru; ORCID: 0000-0001-9295-5178

Elena V. Denisova – Cand. Sci. (Med.), Korolenko Clinic – branch of Moscow Scientific and Practical Center for Dermatology and Cosmetology. E-mail: evdenissova@rambler.ru; ORCID: 0000-0002-4887-284X

Darya R. Morozova – student, Semashko National Research Institute of Russian University of Medicine. E-mail: darya.morozova0221@mail.ru; ORCID: 0009-0005-8230-9734

Ekatereina E. Radionova – Cand. Sci. (Med.), Korolenko Clinic – branch of Moscow Scientific and Practical Center for Dermatology and Cosmetology ORCID 0000-0002-2642-9126

Evgeniy N. Malyarenko – Cand. Sci. (Med.), Head of Korolenko Clinic – branch of Moscow Scientific and Practical Center for Dermatology and Cosmetology. E-mail: men2579@mail.ru; ORCID: 0000-0002-4887-284X

Received: 11.02.2026
Revised: 20.02.2026
Accepted: 26.02.2026