



Множественная лейомиома гладкой кожи, синдром Рида и псевдопелада Брока. Клинический случай и краткий литературный обзор

И.В. Звездина¹✉, Е.В. Задюченко¹, И.Ю. Донченко², Е.Е. Радионова², Е.В. Денисова²

¹ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия;

²Клиника им. В.Г. Короленко – филиал ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

✉zvezdinhome@mail.ru

Аннотация

В статье описывается беспрецедентный клинический случай сочетания двух редких заболеваний: синдрома Рида (множественной лейомиомы) и псевдопелады Брока. Освещаются основные аспекты классификации, клинической картины и методов исследования данных нозологий, а также нюансы дифференциальной диагностики с учетом результатов гистологии и трихоскопии (дерматоскопии). Представленный случай демонстрирует невероятно широкую вариабельность ассоциации различных дерматологических заболеваний и подчеркивает значимость пристального внимания и индивидуального подхода к пациентам.

Ключевые слова: синдром Рида, лейомиома, пилолейомиома, псевдопелада Брока, рубцовая алопеция, гладкомышечная опухоль кожи.

Для цитирования: Звездина И.В., Задюченко Е.В., Донченко И.Ю., Радионова Е.Е., Денисова Е.В. Множественная лейомиома гладкой кожи, синдром Рида и псевдопелада Брока. Клинический случай и краткий литературный обзор. *Клинический разбор в общей медицине*. 2024; 5 (12): 72–79. DOI: 10.47407/kr2024.5.12.00540

Multiple leiomyoma of smooth skin, Reed's syndrome and Broca's pseudopelade. Clinical case and brief review

Irina V. Zvezdina¹✉, Ekaterina V. Zadionchenko¹, Irina Yu. Donchenko², Ekaterina E. Radionova², Elena V. Denisova²

¹Russian University of Medicine, Moscow, Russia;

²Korolenko Clinic – branch of Moscow Research and Practical Center of Dermatology and Cosmetology, Moscow, Russia

✉zvezdinhome@mail.ru

Abstract

The article describes an unprecedented clinical case combining two rare diseases: Reed's syndrome (multiple leiomyomas) and Broca's pseudopelade. The main aspects of classification, clinical presentation, and diagnostic methods of these conditions are discussed, along with the nuances of differential diagnosis based on histology and trichoscopy (dermatoscopy) results. The presented case demonstrates an incredibly wide variability in the association of different dermatological diseases and emphasizes the importance of careful attention and an individualized approach to patients.

Keywords: Reed's syndrome, leiomyoma, piloleiomyoma, Broca's pseudopelade, scarring alopecia, smooth muscle tumor of the skin.

For citation: Zvezdina I.V., Zadionchenko E.V., Donchenko I.Yu., Radionova E.E., Denisova E.V. Multiple leiomyoma of smooth skin, Reed's syndrome and Broca's pseudopelade. Clinical case and brief review. *Clinical review for general practice*. 2024; 5 (12): 72–79 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2024.5.12.00540

Введение

В последнее время у пациентов дерматологического профиля все чаще встречаются сочетания нескольких заболеваний разного этиопатогенетического и клинического характера, которые заставляют врача дерматолога окунуться в глубокий дифференциально-диагностический поиск.

Вниманию клиницистов представляется довольно интересное клиническое наблюдение пациентки 53 лет, проходившей лечение в дерматологическом стационаре в апреле 2024 г. со множественными папулезными высыпаниями на гладкой коже туловища и атрофическими очагами на волосистой части головы. При поступлении у пациентки были предположены следующие диагнозы: Красный плоский лишай? Саркоидоз? Нейрофиброматоз? В ходе изучения анамнеза, клини-

ческого наблюдения за течением болезни и анализа лабораторных методов обследования окончательный диагноз был сформулирован по-другому: Синдром Рида. Множественная лейомиома кожи. Псевдопелада Брока.

В 1854 г. Р. Вирхов впервые описал лейомиому кожи (leiomyoma cutis) как доброкачественное новообразование с локализацией в дермальном слое, происходящее из гладких мышц [1]. Данная опухоль имеет возможный аутосомно-доминантный тип наследования [2]. В патогенезе развития лежит гетерозиготная мутация герминативной линии в гене хромосомы 1q42.3-q43, кодирующем фумарат-гидратазу и являющимся онкосупрессором [2].

По частоте встречаемости лейомиомы кожи стоят на втором месте после лейомиом матки (75% от общего числа внematочных лейомиом) [3].

В изученной нами литературе достоверных статистических данных о количестве больных в популяции с синдромом Рида, множественной лейомиомой кожи, псевдопеладой Брока нет, а большинство авторов, периодически описывающих данные нозологии, утверждают, что они относятся к достаточно редким патологиям [4]. Возможно, это связано с тем, что подобные пациенты наблюдаются у разных специалистов: урологов, онкологов, дерматологов и трихологов.

Что же нам известно об этих двух редких заболеваниях?

Лейомиома

Лейомиомы чаще всего появляются у пациентов обоего пола в возрасте 20 или 40 лет в виде множественных или единичных узелковых высыпаний, локализуемых практически на любом участке туловища, с тенденцией к периферическому росту и появлению новых элементов [5].

Дерматологи и онкологи в зависимости от гистохимического происхождения выделяют 3 основных типа лейомиом, в отдельных источниках указывается на наличие 5 типов [6]. Каждый из них несколько отличается друг от друга локализацией, внешним видом, цветом, размером и субъективными проявлениями.

I тип – пилолейомиома (развивается из мышц, поднимающих волос) [7]. Представляет собой блестящие, некрупные, размером от 0,1 до 1 см плотно-эластичные узелки полушаровидной формы, застойно-красного цвета иногда с синюшным оттенком. Располагаются они на туловище, разгибательных поверхностях конечностей, боковых поверхностях шеи. Элементы могут носить изолированный характер или иметь склонность к группировке [3, 8].

Для этих высыпаний характерен болевой синдром различной интенсивности в зависимости от раздражающего фактора (трение одеждой, давление или прикосновение, охлаждение).

II тип – дартоидная или генитальная лейомиома и соска молочной железы (развивается из tunica dartos мышечных волокон, расположенных радиально в дерме). Узелки достаточно плотные при пальпации, могут быть как маленького размера (до 1 см) с поверхностным расположением, так и крупные до 3–10 см и даже более) залегающие глубоко в дерме. Для этого типа лейомиом болевой симптом не характерен [9].

III тип – ангиолейомиома (формируется из мышечных элементов стенок мелких сосудов [10]. Чаще это одиночные крупные элементы до 4 см в диаметре, округло-овальной формы, с четкими границами, плотные и болезненные при пальпации, розового или темно-красного цвета. Как правило, расположены в области крупных (коленных, голеностопных) суставов [11, 12].

Отдельно выделяют солитарный тип лейомиом из мышц, поднимающих волос (они гораздо крупнее множественных), и лейомиомы с дополнительными мезенхимальными элементами [6].

Возникновение пилолейомиом свойственно лицам обоего пола и выявляются они довольно часто, тогда как появление ангиолейомиом более редкое явление [13], характерное преимущественно для женщин. Генитальная лейомиома – тоже относится к редким новообразованиям и обнаруживается чаще у лиц мужского пола [14–16].

Большая подверженность женщин развитию лейомиом, скорее всего, зависит от гормональных колебаний, этот факт подтверждается частым сочетанным поражением кожи и матки [17]. Е.И. Фадеева (2002) предлагает рассматривать множественную лейомиому кожи как маркер высокого риска развития лейомиомы матки [18].

Кожные лейомиомы сами по себе не склонны к озлокачествлению. Однако врачи должны проявлять повышенную онконастороженность к пациентам с множественной формой лейомиом, так как у них повышен риск развития злокачественных опухолей, и в первую очередь – рака почек (примерно 15% случаев) [19, 20].

В литературе описано сочетание симптомов: множественные кожные лейомиомы кожи и матки плюс рак почек, которое получило название синдрома Рида (Reed's syndrome), или наследственного лейомиоматоза и почечно-клеточного рака (HLRCC, Hereditary Leiomyomatosis and Renal Cell Carcinoma) [21].

Для диагноза синдрома Рида, согласно современным представлениям, существуют следующие диагностические критерии:

- большой критерий (единственный): наличие множественных гистологически подтвержденных лейомиом из мышц, поднимающей волос;
- малые критерии: хирургическое вмешательство по поводу миомы матки до 40-летнего возраста, рак почки до 40-летнего возраста и наличие одного из этих критериев у родственника первой линии родства.

В случае выявления у пациента большого диагностического критерия или двух из трех малых, вероятность наличия синдрома Рида весьма высока [22].

Для гистологической картины лейомиомы из мышц, поднимающих волос, характерно наличие опухолевого узла, отграниченного от окружающей дермы и состоящего из переплетенных между собой (нередко под прямым углом) пучков гладкомышечных волокон, между которыми лежат узкие прослойки соединительной ткани. Большая часть мышечных волокон располагается по диагонали к эпидермису, а в дерме между опухолевым узлом и эпидермисом располагается множество расширенных кровеносных и лимфатических сосудов [23]. Для гладкомышечных волокон характерна эозинофильная цитоплазма и типичная сигароподобная форма ядра. При окраске по методу Ван-Гизона в желтый цвет окрашиваются мышечные пучки, а соединительная ткань – в красный. Иммуногистохимическое исследование с антителами к десмину и гладкомышечному альфа-актину дает положительный ответ [24].

Наличие множественных мелких, разного размера блестящих узелков, узлов на коже пациента позволяет думать не только о множественной лейомиоме, но и о

таких заболеваниях, как красный плоский лишай, дерматофиброма, дерматологическая манифестация гломусной опухоли, нейролеммома (шваннома), нейрофиброма. Поэтому в некоторых случаях клиническая картина не всегда дает основания для правильного диагноза и заставляет специалистов проводить тщательный дифференциальный диагноз и опираться на результаты гистологического исследования.

Как же различать все эти новообразования между собой?

Невринома (шваннома, неврилеммома) – представляет собой некрупное узелковое образование, формирующееся по ходу нервных стволов, чаще наблюдающееся у женщин. По мере роста элемента возникает болезненность, интенсивность которой увеличивается с течением времени. При секции, ткани опухоли имеют бледно-серый цвет, местами желтый, ржавый оттенок за счет жировых отложений. В структуре можно часто обнаружить кисты различных размеров, заполненные бурокоричневой жидкостью. Гистологическая картина представлена наличием веретенообразных клеток с палочкоподобными ядрами, образующими «палисадные» структуры (ядерные палисады, тельца Верокаи) [25].

Дерматофибромы – это доброкачественная соединительнотканная опухоль кожи, для которой свойственен медленный рост. При сдавлении узелка по бокам выявляется характерное углубление – «симптом ямочки», при этом болезненность отсутствует. Чаще дерматофибромы единичные, в редких случаях их количество может достигать нескольких десятков. Патоморфологические изменения характеризуются скоплением фибробластов, фиброцитов и коллагеновых волокон [6].

Нейрофиброма (нейрофиброматоз) – первичные проявления заболевания появляются в раннем детском возрасте, практически сразу же после рождения. Клиническая картина представлена множественными, мелкими узлами по ходу нервных стволов, а также множественными пятнами цвета «кофе с молоком» и пигментными гамартомами радужки (узелками Лиша). Подобные изменения могут возникать не только на коже, но и на слизистых оболочках. У больных кроме поражения кожи слизистых выявляют неврологические, психические и гормональные нарушения, а также изменения в костях. Гистологически опухолевидное образование не имеет капсулы, расположено в дерме и в верхней части подкожной жировой клетчатки, состоит из веретенообразных и округлых клеток и содержит много тканевых базофилов. Строма представлена рыхло расположенными эозинофильными коллагеновыми волокнами, пучки которых переплетаются и идут в разных направлениях, а также тонкостенными сосудами [6, 11].

Красный плоский лишай – достаточно частое заболевание в дерматологической практике. Его типичная форма представлена множественными плоскими узелками полигональной формы фиолетово-розового цвета, с блестящей поверхностью, имеющих склонность к слиянию и образованию бляшек. На некоторых эле-

ментах можно увидеть пупковидное вдавление и белесоватую сеточку (сетку Уикхема). При бородавчатой форме элементы формируют темно-коричневые ноздреватые бородавчатые очаги на передней поверхности голени, плотной консистенции. Для высыпаний характерен сильный зуд, поэтому в патологических очагах присутствуют множественные эскориации. Гистологическая картина заболевания представлена ортогиперкератозом, клиновидным гипергранулезом в зоне интраэпидермальных компонентов потовых желез и волосяных фолликулов (клинически представлен сеткой Уикхема). Акантоз напоминает «зубья пилы». Имеет место вакуолизация цитоплазмы и апоптоз клеток базального слоя; в верхних отделах дермы – определяется полосовидный лимфогистиоцитарный инфильтрат, меланофаги, коллоидные тельца [26].

Саркоидоз кожи – представлен гранулематозным поражением кожного покрова. Саркоидные элементы могут проявляться как узелками, бляшками, так и язвами. Кроме того, у больных могут возникать очаги алопеции, гипо- и гиперпигментированные пятна, узловатая эритема, возможно и вовлечение ногтевых пластин [27].

Псевдопелада Брока. Встречается преимущественно у представительниц женского пола европеоидной расы в возрасте старше 35–40 лет. Дебют часто остается незамеченным из-за отсутствия субъективных ощущений. Процесс обычно локализуется в лобно-теменной и затылочной областях, и в начале заболевания представлен мелкими (до сантиметра в диаметре), круглыми или овальными, изолированными друг от друга участками алопеции, склонными к периферическому росту и слиянию в более крупные очаги неправильных очертаний с четкими границами. Кожа в зоне облысения бледно-розового или восковидного цвета, гладкая, нежная, атрофичная. Устья волосяных фолликулов в участках выпадения волос отсутствуют. По периферии очагов волосы и кожа не изменены. В центре очагов поражения могут сохраняться единичные здоровые волосы или визуализироваться несколько стержней волос, растущих из одного волосяного фолликула. По краю очагов поражения волосы легко эпилируются; при этом их корневая часть окутана стекловидной муфтой. Корень эпилированного волоса имеет вид обгорелой спички – отмечается атрофия корня волоса, волосяная луковица окаймлена бороздой. Процесс постепенно прогрессирует, поражая новые фолликулы. Вновь пораженные волосы окружены венчиком неяркой гиперемии. По мере прогрессирования заболевания кожа в очагах поражения атрофируется. Участки атрофии располагаются рассеянно или группами. На белых атрофических рубцах отсутствуют корки и шелушение. При боковом освещении наблюдается сглаженность и блеск поверхности. Постепенно разрозненные очаги сливаются и образуют участки облысения причудливой формы с резкими границами. Зоны облысения при псевдопеладе имеют необычное асимметричное расположение, что послужило поводом для их

сравнения со следами на снегу, очагами пламени, листком клевера. В литературе описаны три клинических модели псевдопеллады: множественные мелкие рассеянные очаги, большие бляшки и комбинация обеих морфологий. Течение дерматоза носит хронический, медленно прогрессирующий характер. У большинства больных до полной утраты волос может пройти более 15 лет. Однако известны случаи и мгновенного развития псевдопеллады, когда от появления первых очагов до тотальной алопеции проходит всего 2 года. Не исключена и самопроизвольная остановка процесса [28–30].

По версии Североамериканского общества исследования волос (NAHRS) псевдопеллада Брока относится к первичным рубцовым алопециям с лимфоцитарным инфильтратом. Большая часть исследователей, занимающихся этой проблематикой, считают, что псевдопеллада не является самостоятельным заболеванием, а представляет собой терминальную стадию других воспалительных дерматозов волосистой части головы, а именно фолликулярной формы красного плоского лишая (ФКПЛ) и дискоидной красной волчанки (ДКВ). Однако при идиопатической псевдопелладе есть ряд трихоскопических, гистопатологических и клинических отличий.

Трихоскопические признаки варьируют в зависимости от стадии заболевания и степени активности [31, 32].

Ранние трихоскопические признаки ДКВ включают в себя:

- желтые точки заметно больше из-за закупорки фолликулов;
- толстые ветвящиеся сосуды;
- крапчатая коричневая пигментация и сине-серые точки, соответствующие недержанию меланина при гистопатологии;
- перипиллярный белый ореол;
- фолликулярные красные точки считаются хорошим прогностическим фактором возобновления роста волос.

Для поздней стадии характерны:

- большие желтые точки;
- отсутствие фолликулярных отверстий;
- бесструктурные молочно-красные или белые участки фиброза;
- также могут присутствовать ветвящиеся сосуды;
- может наблюдаться значительное увеличение блестящих белых структур, т.е. кристаллических и розеточных.

К трихоскопическим особенностям ФКПЛ в активной стадии относят:

- перифолликулярный гиперкератоз;
- перитубулярные цилиндры;
- удлиненные линейные кровеносные сосуды;
- фиолетовые участки;
- сине-серые точки;
- фолликулярную и перифолликулярную эритему.

В неактивной и поздней стадии чаще наблюдаются:

- белые точки большие и неправильной формы;
- потеря фолликулярного устья;

- белые фиброзные и молочно-красные участки;
- тафтинговые волосы;
- сломанные волосы.

Основным трихоскопическим признаком псевдопеллады Брока, встречающимся у 100% пациентов, является утрата устьев волосяных фолликулов, как правило, на фоне отсутствия каких-либо других проявлений, характерных для воспалительных дерматозов. Однако не исключено наличие белых точек, белых пятен, перифолликулярного шелушения, желтых точек, перифолликулярной эритемы, ячеистого пигментного рисунка, сломанных волос и черных точек, но эти признаки встречаются гораздо реже и не являются патогномоничными [33–35].

При проведении гистологического исследования на ранних стадиях ДКВ выявляют: отек дермы, недержание пигмента и атрофию сальных желез.

Поздние типичные гистологические признаки включают: фолликулярный гиперкератоз, истончение эпидермиса, вакуольную дегенерацию с апоптотическими кератиноцитами вдоль базального слоя волосяного фолликула и на дермально-эпидермальном соединении между фолликулами. Лимфоцитарный инфильтрат, затрагивающий как поверхностную, так и глубокую дерму, простираясь вдоль кровеносных сосудов и придаточной структуры. Утолщение базальной мембраны. Наличие муцина и инфильтрата из плазматических клеток в периваскулярном или периаднексальном пространстве [36–38].

Для ФКПЛ морфологически характерны: V-образное утолщение зернистого слоя; гипергранулез фолликулярных устьев; акантоз с межсосочковыми клиньями эпидермиса в форме зубьев пилы. Субэпидермальный полосовидный (лихеноидный), преимущественно лимфоцитарный, воспалительный инфильтрат не типичен для ФКПЛ в отличие от классического красного плоского лишая. Воспалительная инфильтрация зачастую носит очаговый характер на фоне пограничного паттерна в базальных отделах (вакуольная дистрофия базальных кератиноцитов, цитоидные тельца) с явлениями «недержания» пигмента. Аналогичные изменения возникают и в фолликулярном эпителии с перифолликулярной очаговой лимфоцитарной воспалительной инфильтрацией и пограничными изменениями. На поздних стадиях отмечается пластинчатый перифолликулярный фиброз с характерным муцинозом вокруг волосяных фолликулов, при этом нет отложения дермального муцина, наблюдающегося при ДКВ [39–41].

Псевдопеллада Брока с гистопатологической точки зрения характеризуется отсутствием дерматита в дермо-эпидермальной зоне. Ранние поражения представляют собой скудный или умеренный перифолликулярный лимфоцитарный инфильтрат, который преобладает в периинфундибулярной области. Сальные железы разрушаются на ранней стадии процесса. По мере прогрессирования заболевания вокруг фолликулярной воронки появляется пластинчатая фибропла-

зия, что приводит к полному разрушению сально-волосяной единицы с появлением на ее месте фиброзных тяжей. Мышца, поднимающая волос, остается неповрежденной, а вокруг стержней волос можно наблюдать гранулемы инородного тела [42].

При этом необходимо отметить, что информативность рутинного гистологического исследования с окраской гематоксилин-эозином в терминальной стадии дерматозов, приводящих к развитию рубцовых алопеций, не велика, поскольку активное воспаление в очагах поражения минимальное или отсутствует вовсе. В данной ситуации более достоверным диагностическим методом является окрашивание эластических волокон по Верхофф–Ван Гизону, поскольку при различных формах первичных рубцовых алопеций отмечаются различные закономерности потери эластина [43].

Так, окрашивание эластина при ФКПЛ обычно показывает клиновидную зону потери сети эластических волокон в месте разрушенного волосяного фолликула [44].

Для ДКВ характерно диффузное разрушение эластических волокон в папиллярном и сетчатом слоях дермы [40].

При Псевдопелладе Брока окрашивание на наличие эластических волокон показывает, что эти структуры заметно утолщены как в адвентициальной, так и в сетчатой дерме [42].

ДКВ чаще возникает у взрослых женщин. Заболевание обычно начинается между 20 и 40 годами. Характерные поражения представляют собой резко очерченные, эритематозные бляшки с незначительной инфильтрацией, прикрытые плотно сидящими гиперкератотическими чешуйками серовато-белого цвета, при поскабливании которых отмечается болезненность (симптом Бенъе–Мещерского). Бляшки медленно увеличиваются по периферии и имеют «дискоидный» вид. С течением заболевания бляшки становятся атрофичными и рубцуются с центральной депигментацией и периферической гиперпигментацией. Волосяные фолликулы необратимо повреждаются, а на участках с волосами, таких как кожа головы, брови и область роста бороды, развивается рубцовая алопеция [45–47].

ФКПЛ обычно поражает женщин в возрасте от 40 до 60 лет. Клинически заболевание характеризуется мелкими, фолликулярными, коническими, сгруппированными или расположенными точно папулами фиолетово-коричневого цвета с роговыми пробками в центре, которые в острой фазе часто сопровождаются зудом, жжением, болезненностью и повышенной чувствительностью кожи. Волосяные фолликулы по краям участков алопеции окружены перифолликулярной эритемой с ливидным оттенком и перифолликулярными чешуйками, в отличие от ДКВ, при которой фолликулярная окклюзия акцентируется преимущественно в центре очага поражения. Течение ФКПЛ может быть скрытым или молниеносным, а картина сильно варьируется. Очаги атрофии и рубцовой алопеции могут быть единичными или множественными, локальными или диффузными и возникать в любом месте на коже головы.

Типичные папулы КПЛ встречаются редко. Началом заболевания может быть ониходистрофия. Характерными являются дорсальный птериgium и трахионихия [48–50].

Клинический случай

В дерматовенерологическом отделении филиала Клиники им. В.Г. Короленко под нашим наблюдением находилась пациентка М., 53 лет, с жалобами на множественные высыпания на коже туловища, болезненные при пальпации и очаговое выпадение волос.

Считает себя больной около 10 лет, когда впервые на фоне психоэмоциональных нагрузок отметила появление высыпаний на коже нижних конечностей в виде плотных узелков. Не лечилась, не обращалась к дерматологу. Со слов пациентки, в 2019 г. впервые появились высыпания в виде «язв» на коже волосистой части головы и очаги выпадения волос, в связи с чем она впервые обратилась к дерматологу по месту жительства, где был диагностирован «красный плоский лишай». Лечилась стационарно в г. Хабаровск, объем проводимой терапии уточнить затрудняется, после выписки принимала препарат метотрексат 1 раз в неделю в течение полугода (дозировку уточнить затрудняется), с положительным эффектом. На момент осмотра на коже волосистой части головы преимущественно в теменной, затылочной и височной областях визуализировались участки выпадения волос с гладкой блестящей атрофичной поверхностью от 1 до 5 см в диаметре, сливающиеся в более крупные ассиметричные очаги полициклических очертаний с четкими границами, в пределах которых наблюдались единичные здоровые волосы (рис. 1, 2). По периферии очагов кожа была визуально не изменена, однако при проведении дерматоскопии выявлялось незначительное перифолликулярное шелушение и перифолликулярная эритема с сиреневым оттенком, а в центральной части отмечалось отсутствие устьев волосяных фолликулов, участки пигментации и белые пятна (рис. 3). При проведении гистологического исследования описывается вертикально ориентированный фраг-

Рис. 1. Очаги рубцовой алопеции напоминающие «лист клевера» или «следы на снегу».

Fig. 1. Cicatricial alopecia foci looking like a «clover leaf» or «footprints in the snow».



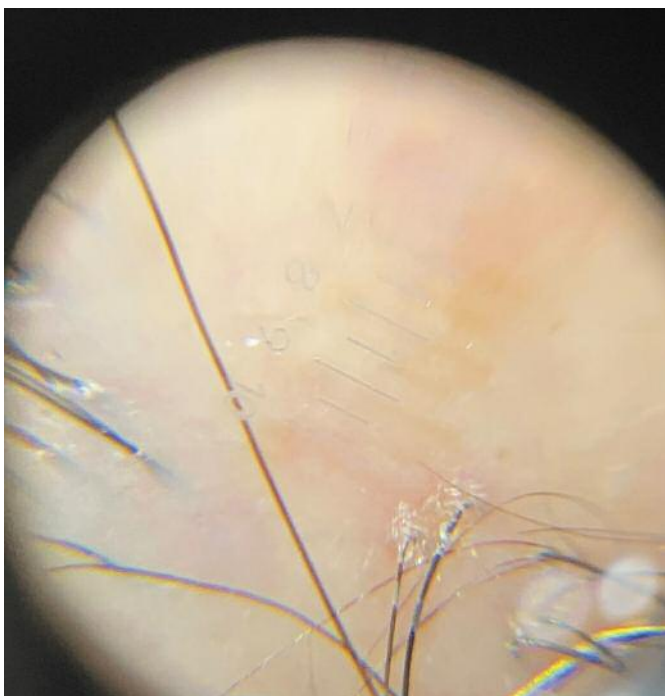
Рис. 2. Участки выпадения волос с гладкой блестящей атрофичной поверхностью и единичными сохранившимися волосами.

Fig. 2. Areas of hair loss with the smooth shiny atrophic surface and sporadic remaining hairs.



Рис. 3. Дерматоскопическая картина.

Fig. 3. Dermatoscopic pattern.



мент кожи с небольшим участком подкожной жировой клетчатки, выстланный эпидермисом обычной толщины со слабым рыхлым кератозом. В сетчатом слое дермы присутствуют 9 фрагментов волосяных фолликулов без признаков перифокального фиброза и воспаления. Вокруг сосудов поверхностного сплетения скудные

Рис. 4. Узелковые элементы на коже плеча различного размера, характерные для множественной лейомиомы.

Fig. 4. Nodular elements of various sizes on the skin of the shoulder that are typical for multiple leiomyomas.



скопления лимфоцитов и гистиоцитов. В пределах предоставленного материала признаков красного плоского лишая не обнаружено, патологические изменения не обладают нозологической специфичностью. С учетом жалоб, анамнеза заболевания, клинической картины, результатов диагностической биопсии кожи был установлен клинический диагноз: псевдопелада Брока.

Помимо рубцовых изменений кожи волосистой части головы у пациентки на коже шеи, туловища, ягодиц, верхних и нижних конечностей наблюдались плотноватые на ощупь, полушаровидные узелки буроватого цвета, до 2–3 см в диаметре с гладкой поверхностью, болезненные при надавливании, инъецированные сосудами (рис. 4, 5). Видимые слизистые, ногтевые пластины интактны. Не лечилась, не обращалась к дерматологу. В сентябре 2022 г. проведена диагностическая биопсия кожи высыпаний на туловище, заключение: «доброкачественная опухоль гладких мышц со строением лейомиомы». В последнее время кожный процесс носил непрерывно рецидивирующий характер, в связи с чем при очередном обращении к дерматологу по месту жительства была направлена на стационарное лечение в МНПЦДК филиал «Клиника им. В.Г. Короленко».

Из анамнеза также известно, что в 1993 г. пациентка была дважды прооперирована по поводу множественных лейомиом матки и с этого же времени у нее установлена хирургическая менопауза.

Исследование биопсийного (операционного) материала: фрагмент кожи без подкожной жировой клетчатки. Эпидермис обычной толщины. В дерме присутствует узелок, образованный хаотично ориентированными гладкомышечными пучками без признаков атипии, которые при дополнительной окраске по Ван Гизону окрашиваются в зеленовато-желтый цвет. Патоло-

гические изменения соответствуют структуре лейомиомы.

Клинический, биохимический анализы крови и общий анализ мочи без клинически значимых отклонений. Анализы на ВИЧ и вирусные гепатиты отрицательные.

В ходе консультаций других специалистов (терапевта, гинеколога) данных по новым патологическим состояниям не выявлено.

В отделении пациентка получала медикаментозное лечение антигистаминными (клемастин), дезинтоксикационными (тиосульфат натрия) препаратами, а также, учитывая положительный эффект от предыдущей терапии метотрексатом в анамнезе, возобновлены туры метотрексата в дозе 15 мг/нед в сочетании с фолиевой кислотой. Резюмируя полученные результаты обследований, наблюдения за кожным процессом и наличием анамнестических данных по гинекологическому статусу (удаленные лейомиомы матки), пациентка выписана без выраженной динамики под наблюдением дерматолога, гинеколога, невролога, терапевта и уролога по месту жительства с окончательным диагнозом: L30.8 Синдром Рида. Псевдопелада Брока.

Литература / References

- Virchow R. Ueber Makroglossie und pathologische Neubildung quergestreifter Muskelfasern. *Virchows Arch Pathol Anat* 1854;7:126-38.
- Badeloe S, Frank J. Clinical and molecular genetic aspects of hereditary multiple cutaneous leiomyomatosis. *Eur J Dermatol* 2009;19(6):545-51.
- Kohler S. Tumors of smooth muscle. In: Bologna J, Rapini R, Jorizzo J, editors. *Dermatology*. 2nd ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2008. Pp. 1831-5.
- Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. Клиническая дерматология. Редкие и атипичные дерматозы. Ереван: Айастан, 1989. Kalamkarian A.A., Mordovtsev V.N., Trofimova L.Ya. *Clinical dermatology. Rare and atypical dermatoses*. Yerevan: Hayastan, 1989 (in Russian).
- Marcovel J, Llobera-Ris C, Moreno-Vílchez C, Penín RM. Cutaneous Leiomyoma: A Clinical Study of 152 Patients. *Dermatology* 2022;238(3):587-93. DOI: 10.1159/000518542
- Дерматоонкология. Под ред. Г.А. Галил-Оглы, В.А. Молочкова, Ю.В. Сергеева. М.: Медицина для всех, 2005. Dermatoooncology. Edited by G.A. Galil-Ogly, V.A. Molochkov, Yu.V. Sergeev. Moscow: Medicine for all, 2005 (in Russian).
- Parreira LML, Sípoli JMS, Mercante AMC, Orfali RL. Caso para diagnóstico. Píloleiomioma múltiplo unilateral. *An Bras Dermatol* 2009;84:197-9.
- White LE, Levy RM, Alam M. Leiomyoma. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ ed. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 7th ed. New York: McGraw-Hill, 2008. P. 1172-3.
- Jiménez Aristu JJ, Pinós Paul MÁ, De Pablo Cárdenas Á et al. Leiomioma de escroto: aportación de un caso. *Actas Urológicas Españolas* 2003;27(10):822-4.
- Дубенский В.В., Редько Р.В., Гармонов А.А. Новообразования кожи в практике дерматовенеролога. Под ред. В.В. Дубенского. Тверь: Триада, 2002. Dubensky V.V., Redko R.V., Harmonov A.A. *Skin neoplasms in the practice of a dermatovenerologist*. Ed. V.V. Dubensky. Tver: Triad, 2002 (in Russian).
- Иванов О.Л., Львов А.Н. Справочник дерматовенеролога. М., 2001. Ivanov O.L., Lvov A.N. *Handbook of dermatovenerologist*. Moscow, 2001 (in Russian).
- Holst VA, Junkins-Hopkins JM, Elenitsas R. Cutaneous smooth muscle neoplasms: clinical features, histologic findings, and treatment options. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:477-90.
- Fitzpatrick JE et al. Cutaneous angiolipoleiomyoma. *Journal of the American Academy of Dermatology* 1990;23(6):1093-8.
- Kulkarni MR, Dutta I, Dutta DK. Clinicopathological Study of Uterine Leiomyomas: A Multicentric Study in Rural Population. *J Obstet Gynaecol India* 2016;(Suppl 1):412-6.
- Панкратов В. Г., Панкратов О. В., Градова С. В., Жуковец А. Г. Множественная пилолейомиома кожи: клинический случай. *Медицинские новости*. 2014;(12):24-6. Pankratov V. G., Pankratov O. V., Gradova S. V., Zhukovets A. G. Multiple piloleiomyoma of the skin: a clinical case. *Medical news*. 2014;(12):24-6 (in Russian).
- Куклин И.А., Кохан М.М., Сафонова Г.Д., Сорокина Н.Д. Множественные узелки на коже спины. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2016;19(4):257-8. Kuklin I.A., Kohan M.M., Safonova G.D., Sorokina N.D. Multiple nodules on the skin of the back. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2016;19(4):257-8 (in Russian).
- Duhing JJ, Ayer JP. *Arch Path* 1959;689:4.
- Фадеева Е.И. Множественная лейомиома кожи: клинико-морфологические особенности. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2002. Fadeeva E.I. Multiple leiomyoma of the skin: clinical and morphological features. The author's abstract. Dissertation of the Candidate of Medical Sciences, Moscow, 2002 (in Russian).
- De la Torre-Gomar FJ, Gimeno-Castillo J, Pérez-Valencia C, Sáenz-Aguirre A. Hereditary Leiomyomatosis and Renal Cell Cancer, when the skin warns us. *Medical Reports* 2024;(5):100057. ISSN: 2949-9186.
- Popa LG, Lutuc RS, Mihai MM et al. Hereditary leiomyomatosis and renal cell cancer syndrome – case report and review of the literature. *Rom J Morphol Embryol* 2020;61(2):569-75.
- Reed WB, Walker R, Horowitz R. Cutaneous leiomyomata with uterine leiomyomata. *Acta Derm Venereol* 1973;53(5):409-16.
- Garrido-Colmenero C, Ruiz-Villaverde R, García-Durá E, Aneiros-Fernández J. Reed's syndrome, a diagnosis not to forget. *J Obstet Gynaecol* 2016;36(7):879-80.
- Holst VA et al. Cutaneous smooth muscle neoplasms: Clinical features, histologic findings, and treatment options *Journal of the American Academy of Dermatology* 2002;46(4):477-94.
- Zhang X, Wang C, Shen D. The use of Clinicopathological, immunohistochemistry and molecular detection in the diagnosis of fumarate hydratase-deficient uterine leiomyomas. *Pathol Res Pract* 2024;253:154916. DOI: 10.1016/j.prp.2023.154916
- Баранова И.Б., Славнова Е.Н., Петров А.Н. Цитологическая диагностика шванномы: 3 клинических наблюдения. *Новости клинической цитологии России*. 2023;27(2):25-29. DOI: 10.24412/1562-4943-2023-2-0004

Заключение

Уникальность данного клинического случая заключается в том, что в дерматологическом стационаре впервые выявлен пациент с редким сочетанием нозологий: псевдопелады Брока, множественной лейомиомой кожи, в рамках синдрома Рида. При работе над статьей ни в зарубежной, ни в отечественной литературе описания аналогичного клинического наблюдения не найдено. Первоначально мы предполагали, что рубцовые изменения кожи волосистой части головы могут быть последствием изъязвления очагов лейомиомы, поскольку лейомиомы могут локализоваться на любом участке кожного покрова, включая волосистую часть головы, и могут изъязвляться. Однако информация от пациентки, клиническая симптоматика, данные инструментальных методов исследования опровергают подобные предположения, как и другие предполагаемые ранее диагнозы.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

- Baranova I.B., Slavnova E.N., Petrov A.N. Cytological diagnosis of schwannoma: 3 clinical observations. *News of clinical cytology in Russia*. 2023;27(2):25-29. DOI: 10.24412/1562-4943-2023-2-0004 (in Russian).
26. Молочкова Ю.В., Хлебникова А.Н. Клинико-патоморфологические ассоциации красного плоского лишая. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2016; 19(5):286-90. DOI: 10.18821/1560-9588-2016-19-5-286-290
Molochkova Yu.V., Khlebnikova A.N. Clinical and pathomorphological associations of lichen planus. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2016; 19(5):286-90. DOI: 10.18821/1560-9588-2016-19-5-286-290 (in Russian).
 27. Потекаев Н.С., Теплюк Н.П., Беричекидзе Т.Т. и др. Клинические варианты саркоидоза кожи. *Клиническая дерматология и венерология*. 2012;10(6):88-94.
Potekaev N.S., Teplyuk N.P., Berechikidze T.T., etc. Clinical variants of sarcoidosis of the skin. *Clinical dermatology and venereology*. 2012;10(6):88-94 (in Russian).
 28. Верхогляд И.В. и др. Рубцовая алопеция: случаи псевдопелады Брока. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2009;(2):84-7.
Verkhoglyad I.V. et al. Scar alopecia: cases of Broca's pseudopelada. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2009;(2):84-7 (in Russian).
 29. Михнёва Е.Н., Гаврилюк А.В. Диагностика псевдопелады Брока и дискоидной красной волчанки волосистой части головы при помощи дерматоскопии. *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология*. 2011;(1-4):212-4.
Mikheeva E.N., Gavrilyuk A.V. Diagnosis of Broca's pseudopelada and discoid lupus erythematosus of the scalp using dermatoscopy. *Dermatovenerology. Cosmetology. Sexopathology*. 2011;(1-4):212-4 (in Russian).
 30. Manwar P et al. Brock's Pseudopelade: a caricature of nest alopecia. *Med Rep Case Study* 2021;6(S5):23-4.
 31. Gomez-Quispe et al. Trichoscopic findings of discoid lupus erythematosus alopecia: a cross-sectional study. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2020;S0190-9622(20):31021-5. DOI: 10.1016/j.jaad.2020.05.144
 32. Mathur M, Acharya P. Trichoscopy of primary cicatricial alopecias: an updated review. *J Euro Acad Dermatol Venereol* 2020;34(3):473-84.
 33. Saqib NU, Bhat YJ, Shah IH et al. Assessment, reliability, and validity of trichoscopy in the evaluation of alopecia in women. *Int J Womens Dermatol* 2021;7(4):458-65. DOI: 10.1016/j.ijwd.2021.02.002
 34. Khare S, Behera B, Ding DD et al. Dermoscopy of Hair and Scalp Disorders (Trichoscopy) in Skin of Color – A Systematic Review by the International Dermoscopy Society «Imaging in Skin of Color» Task Force. *Dermatol Pract Concept* 2023;13(4 S1):e2023310S. DOI: 10.5826/dpc.1304S1a310S
 35. Gowda SK, Errichetti E, Thakur V et al. Trichoscopic Features of Scalp Discoid Lupus Erythematosus versus Lichen Planopilaris: A Systematic Review. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2024;17:805-27. DOI: 10.2147/CCID.S460742
 36. Goyal M, Khandpur S, Ramam M et al. A Study of the Histopathological Features of Alopecias on Transverse Sections of Scalp Biopsies. *Indian J Dermatol* 2019;64(1):47-54. DOI: 10.4103/ijd.IJD_477_17
 37. Cummins DM, Chaudhry IH, Harries M. Scarring Alopecias: Pathology and an Update on Digital Developments. *Biomedicine* 2021;9(12):1755. DOI: 10.3390/biomedicine9121755
 38. Hashmi AA, Rashid K, Ali , et al. Clinicopathological Features of Alopecia With an Emphasis on Etiology and Histopathological Characteristics of Scarring Alopecia. *Cureus* 2022;14(8):e27661. DOI: 10.7759/cureus.27661
 39. Karina L. Morais, Cintia F. Martins, Alessandra Anzai, Neusa Y.S. Valente, Ricardo Romiti; Lichen Planopilaris with Pustules: A Diagnostic Challenge. *Skin Appendage Disord* 2018;4(2):61-6. DOI: 10.1159/000478268
 40. Клименкова Н.В., Левончук Е.А., Бич Т.А., Крумкачев В.В. Рубцовые алопеции. Некоторые вопросы дифференциальной диагностики. *Клиническая дерматология и венерология*. 2021;20(3):102-14.
Klimenkova N.V., Levonchuk E.A., Beach T.A., Krumkachev V.V. Scar alopecia. Some issues of differential diagnosis. *Clinical dermatology and venereology* 2021;20(3):102-14 (in Russian).
 41. Pinedo-Moraleda F, Tristán-Martín B, Dradi GG. Alopecias: Practical Tips for the Management of Biopsies and Main Diagnostic Clues for General Pathologists and Dermatopathologists. *J Clin Med* 2023;12:5004. DOI: 10.3390/jcm12155004
 42. Bernárdez C, Molina-Ruiz AM, Requena L. Histologic Features of Alopecias: Part II: Scarring Alopecias. *Actas Dermo-Sifiligráficas* (English Edition) 2015;106(4):260-70. DOI: 10.1016/j.adengl.2015.03.002
 43. Vishwanath T, Dhurat RCross-sectional study to evaluate the utility of elastic tissue staining in primary cicatricial alopecia. *Journal of Clinical Pathology Published Online First* 2023; 8 August. DOI: 10.1136/jcp-2022-208745
 44. Elston DM, McCollough ML, Warschaw KE, Bergfeld WF. Elastic tissue in scars and alopecia. *J Cutan Pathol* 2000;27:147-52. DOI: 10.1034/j.1600-0560.2000.027003147.x
 45. Kuhn A, Sticherling M, Bonsmann G. Clinical manifestations of cutaneous lupus erythematosus. *J Dtsch Dermatol Ges* 2007 Dec;5(12):1124-37. DOI: 10.1111/j.1610-0387.2007.06554.x
 46. Udompanich S, Chanprapaph K, Suchonwanit P. Hair and Scalp Changes in Cutaneous and Systemic Lupus Erythematosus. *Am J Clin Dermatol* 2018;19(5):679-94. DOI: 10.1007/s40257-018-0363-8
 47. Fijałkowska A, Kaździela M, Zebrowska A. The Spectrum of Cutaneous Manifestations in Lupus Erythematosus: A Comprehensive Review. *Journal of Clinical Medicine* 2024;13(8):2419. DOI: 10.3390/jcm13082419
 48. Naeini FF, Saber M, Faghili G. Lichen planopilaris: A review of evaluation methods. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2021;87(3):442-5. DOI: 10.25259/IJDVL_775_18
 49. Xie F, Lehman JS. Lichen Planopilaris. *Mayo Clin Proc* 2022;97(2):208-9. DOI: 10.1016/j.mayocp.2021.11.030
 50. Lepe K, Nasserredin A, Syed HA et al. Lichen Planopilaris. [Updated 2024 May 1]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470325/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Звездина Ирина Владимировна – канд. мед. наук, ассистент каф. кожных и венерических болезней, ФГБОУ ВО «Российский университет медицины». E-mail: zvezdinhom@mail.ru; ORCID: 0000-0002-5532-0672

Задюченко Екатерина Владимировна – канд. мед. наук, ассистент каф. кожных и венерических болезней, ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России. E-mail: z777kat@inbox.ru; ORCID: 0000-0001-9295-5178

Донченко Ирина Юрьевна – врач-дерматовенеролог, Клиника им. В.Г. Короленко, ДВО №2. ORCID:0009-0002-9476-1259

Радионова Екатерина Евгеньевна – зав. дерматологическим отделением, врач-дерматовенеролог, Клиника им. В.Г. Короленко, ДВО №2. ORCID: 0000-0002-2642-9126

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

Поступила в редакцию: 25.11.2024

Поступила после рецензирования: 03.12.2024

Принята к публикации: 05.12.2024

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Irina V. Zvezdina – Cand. Sci. (Med.), Russian University of Medicine. E-mail: zvezdinhom@mail.ru; ORCID: 0000-0002-5532-0672

Ekaterina V. Zadiuchenko – Cand. Sci. (Med.), Russian University of Medicine. E-mail: z777kat@inbox.ru; ORCID: 0000-0001-9295-5178

Irina Yu. Donchenko – Dermatovenerologist, Korolenko Clinic. ORCID: 0009-0002-9476-1259

Ekaterina E. Radionova – Dermatovenerologist, Head of the Dermatological Department, Korolenko Clinic. ORCID: 0000-0002-2642-9126

Elena V. Denisova – Cand. Sci. (Med.), Dermatovenerologist, Korolenko Clinic. E-mail: evdenissova@rambler.ru; ORCID: 0000-0002-4887-284X

Received: 25.11.2024

Revised: 03.12.2024

Accepted: 05.12.2024