

Л.В. Рощенюк¹, А.С. Владика², В.М. Воронцов¹

¹КЗОЗ «Обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер № 1», Харків

²Одеський національний медичний університет

Еритема кільцеподібна відцентрова (хвороба Дар'є): класифікація та диференційна діагностика

У статті-огляді наведено спостереження 12 хворих з варіантами еритеми кільцеподібної відцентрової (хвороба Дар'є). Розглянуто диференційну діагностику цього дерматозу з основними шкірними та венеричними хворобами.

Ключові слова

Еритема кільцеподібна відцентрова (хвороба Дар'є), власні спостереження, диференційна діагностика, лікування.

Еритеми посідають значні розділи в посібниках та атласах зі шкірних і венеричних хвороб [1, 5, 7, 9, 14, 16, 17]. У цих джерелах є відповідні розділи: «Еритеми» [7], «Розеолезно-еритематозні дерматози» [9, 14, 16] та інші.

МКХ-10 включає (L53.1) еритему кільцеподібну відцентрову, (L53.2) еритему маргінальну, (L53.3) іншу хронічну візерунчасту еритему, (L53.8) інші уточнені еритематозні стани, (L53.9) еритематозні стани неуточнені, (L54) еритему при хворобах, класифікованих в інших рубриках, (L59.0) еритему опікову, (L95.1) еритему піднесену стійку.

З наведених уражень шкіри автори спостерігали 12 випадків кільцеподібної відцентрової еритеми (хвороби Дар'є) (L53.1) [*erythema annulare centrifugum Darier*, 1916; *erythema papulocircine migrateur chronique Darier*, 1916; *erythema multiannulare centrifugum* A. Touraine, 1956].

Фотографії відповідних хворих на еритему кільцеподібну відцентрову видано в атласах [16, 17].

У болгарській дерматовенерологічній літературі цей дерматоз розглянуто в історичному плані [3].

Erythema anulare centrifugum (Degos, 1963) (назва різних дерматозів, що мають лише спільне кільцеподібне розташування та ексцентричне поширення). *Syn.* *E. anulare*, *E. figuratum*, *E. gyratum*. 1. *E. a. c. acutum* = *E. infectiosum et toxi-*

medicamentosum: 1) *E. a. rheumaticum*; 2) *E. circinatum grippale*; 3) *Megalerythema infectiosum*; 4) *E. sericum*: при сироватковій хворобі. 2. *E. a. c. chronicum* = *E. perstans*: 1) *E. a. centrifugum Darier*; 2) *E. chronicum migrans*; 3) *E. circinatum persistens* (Hallopeau-Leredde 1900); *E. figuratum perstans* (Wende, 1908): різновиди *e. a. c. Darier*; 4) *E. gyratum perstans* (C. Fox, 1881): генодерматоз (?); 5) *E. exsudativum perstans* (Sachs, 1901); *E. marginatum perstans* (Finny, 1903); *E. circinatum recidivans* (Bloch, 1907); *E. microgyratum persistens* (Strepell, 1922); *E. simplex gyratum* (Jadassohn, 1928) = *E. gyratum aestivale recidivans* (Stuhmer, 1936): окремі і не досить визначені випадки. 6) *E. dyschromicum perstans*; 7) *E. gyratum repens*; 8) *E. elevatum diutinum*.

Назва еритеми кільцеподібної відцентрової (ЕКВ) пояснюється тим, що елементи висипки на шкірі швидко збільшуються до кількох міліметрів протягом дня, зокрема спостерігається відцентровий ріст. Частота ЕКВ — приблизно 1 хворий на 2 тисячі первинних дерматологічних звернень [7].

Етіологія дерматозу залишається нез'ясованою. Водночас є повідомлення про зв'язок ЕКВ з грибковою інфекцією стоп, кандидозом, карциномою (як паранеопластичний процес), непереносністю медикаментів, імунними порушеннями. Іноді ЕКВ асоціюється з мієлопроліфератив-

ними захворюваннями. Помічено також, що ЕКВ частіше виникає після інфекційного захворювання або інтоксикації [5, 7].

ЕКВ розвивається гостро, але може тривати багато місяців, якщо з'являються нові елементи висипки [1, 5]. Спочатку це набряклі плями жовтувато-рожевого або червоного кольору без лусочок. Далі процес виявляється безліччю еритематозних елементів кільцеподібної форми з уртикарним краєм і блідим центром. Центральна частина еритеми регресує і дещо пігментується. В результаті периферичного росту елементи досягають діаметра 15 см і більше (рис. 2). Розриви кільця утворюють дуги та фестончасті елементи, деякі з них розпадаються на окремі елементи зі своїм циклом розвитку [1, 5, 9, 14]. Вогнища дерматозу можуть бути поодинокими, але частіше вони множинні (рис. 1). У центральній частині можуть з'являтися нові висипання — «кільце в кільці» (рис. 3).

Тривалість існування фестончатих елементів висипу становить 2–3 тижні, після чого вони зникають, залишаючи застійно-буру пігментацію [7, 10, 13, 15]. Однак невдовзі поруч з'являються нові кільцеподібні елементи або в центрі старих — нові висипання. Форма елементів кругла, овальна або у вигляді фігур, спостерігається також їх злиття з фігурними контурами (див. рис. 3). Суб'єктивних розладів немає. Зрідка виявляються сквамозний і бульозний різновиди ЕКВ, які складно відрізнити від герпетиформного дерматиту [5, 7, 14].

Перебіг захворювання нападаподібний: на зміну одним висипанням, що зникають безслідно, через 2–3 тиж, як зазначалося вище, з'являються інші. Через кілька місяців або років може настати спонтанна ремісія. Еритема часто рецидивує.

Атиповими різновидами ЕКВ є: луската форма еритеми Дар'є (*erythema annulare centrifugum squamosum*), що вирізняється лущенням зовнішнього краю вогнищ ураження у вигляді тонкої білої облямівки; везикулярна форма (*erythema annulare centrifugum vesiculatum*), що характеризується періодичною появою швидкоминучих везикул по краях елементів висипки [14].

До варіантів ЕКВ (див. рис. 2, 3) належить також проста гірляндоподібна еритема Ядассона (*erythema simplex gyratum Jadassohn*), що відрізняється від типової кільцеподібної еритеми короткими термінами існування плям (від кількох годин до кількох днів), та стійка мікрогірляндоподібна еритема (*erythema microgyratum persistans*) з розмірами елементів до 1 см у діаметрі (див. рис. 1) [9, 14].

Під спостереженням перебувала хвора К., 33 роки, з ураженням шкіри тривалістю 2 роки

[16, 17]. Комісійно встановлено діагноз: стійка мікрогірляндоподібна еритема верхніх кінцівок як варіант кільцеподібної відцентрової еритеми Дар'є (див. рис. 1). Об'єктивно: на верхніх кінцівках розкидані елементи еритеми у вигляді кільця з легкою пігментацією буруватого кольору в центральній частині. Еритема дещо піднята у вигляді периферичного валика, щільнуватої консистенції. Елементи розмірами до 1–2 см у діаметрі. Суб'єктивних розладів немає.

Хвора С., 52 роки, звернулася з висипаннями на шкірі тулуба, верхніх і нижніх кінцівок (див. рис. 2, 3). Хворіє тиждень. На шкірі тулуба елементи кільцеподібної еритеми до 25 см у діаметрі овальної форми. Центральна частина пігментована — елементи «кільце в кільці». На шкірі стегон безліч елементів кільцеподібної еритеми круглої форми, а також «кільце в кільці», але інтенсивність їх забарвлення більше виражена і контрастна. Спостерігаються також злиті елементи еритеми з фігурними контурами. Комісійно встановлено діагноз: проста гірляндоподібна еритема Ядассона як варіант кільцеподібної відцентрової еритеми Дар'є [14].

У КЗОЗ «Обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер № 1», який є клінічною базою Харківської медичної академії післядипломної освіти, спостерігалися 12 хворих з кільцеподібною відцентровою еритемою Дар'є. Проведено клінічний розгляд кожного випадку захворювання.

Диференційну діагностику хвороби Дар'є проведено з 19 найбільш поширеними і важливими з діагностичної точки зору шкірними та венеричними захворюваннями.

Захворювання слід відрізнити від багатформної еритеми, генералізованої ексфолиативної еритродермії Вільсона—Брока, герпетиформного дерматиту Дюринга, гірляндоподібною мігруючою еритемою Гаммела, кільцеподібною гранульоми, кільцеподібною ревматичною еритемою Лендорффа—Лейнера, лінійного мігруючого міазу, рожевого лишая Жиберера (хронічної форми), саркоїдозу, себорейної екземи, системного червоного вовчака, скарлатиноформної десквамативної рецидивуючої еритеми Фереоля—Бенне, стійкої фігурної еритеми Венде, третинної сифілітичної розеоли (третинної розеоли Фурньє), туберулоїдного типу лепри, фіксованої сульфаніламідної еритеми (хвороба Шанберга), хронічної кропив'янки та хронічної мігруючої еритеми Афцелюса—Ліпшютца.

Генералізована ексфолиативна еритродермія Вільсона—Брока (*dermatitis exfoliativa generalisata subacuta Wilson—Brocq*) [14] є дифузним ураженням шкіри, що супроводжується загаль-

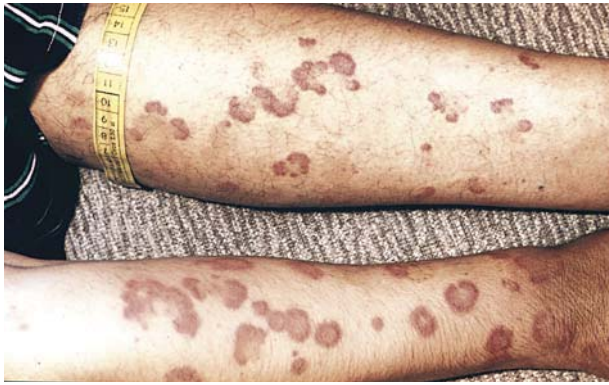


Рис. 1. Сійка мікрогірлядоподібна еритема (варіант еритеми кільцеподібної відцентрової Дар'є). *Erythema microgyratum persistans*



Рис. 3. Проста гірлядоподібна еритема Ядасона (варіант еритеми кільцеподібної відцентрової Дар'є). *Erythema simplex gyratum Jadassohn*



Рис. 2. Проста гірлядоподібна еритема Ядасона (варіант еритеми кільцеподібної відцентрової Дар'є). *Erythema simplex gyratum Jadassohn*



Рис. 4. Еритема кільцеподібна відцентрова Дар'є *Erythema annulare centrifugum Darier*

ними симптомами. Виникає після інтоксикації, охолоджень, нервово-психічних травм. Виявляється яскраво-червоними плямистими висипаннями у складках шкіри, що супроводжуються сильним свербіжем. Зі збільшенням висипань (за кількістю та площею) через 5–10 днів розвивається еритродермія з великопластинчастим лущенням. Можливі ускладнення: кон'юнктивіт, стоматит, підвищення температури тіла. Через 3–4 міс після 2–3 спалахів може настати одужання [14].

Герпетиформний дерматит Дюринга (*dermatitis herpetiformis Daring*) — еозинофілія у крові

та вмісті пухирців, поліморфізм елементів висипань, підвищена чутливість до йодистого калію, негативний симптом Нікольського, суб'єктивні відчуття у вигляді свербіжу, печіння. Пухирці мають герпетиформне розташування. Деякі автори вказують на можливість трансформації атипового різновиду еритеми Дар'є (*erythema annulare centrifugum vesiculum*) у герпетиформний дерматит Дюринга [5, 9, 11, 14].

Гірлядоподібна мігруюча еритема Гаммела [9] (*erythema gyratum repens-Gammel* — еритема звивиста повзуча Гаммела [7], повзуча гірлядна еритема [6]) становить собою генералізоване

висипання, що складається з неправильної форми рухливих еритематозних висипань, розташованих у вигляді гірлянд, що нагадують зріз дерева, дещо лущаться і піднімаються над поверхнею шкіри, швидко ростуть і переміщуються на 1 см за добу. Гірляндоподібна мігруюча еритема Гаммела також спостерігається в онкохворих [6, 7, 9] з ураженням різних органів: аденокарциномою молочної залози, шлунка, легені, мозку, саркомою, множинною мієломою статевих органів.

Кільцеподібна гранульома (*granuloma annularis*) — висипання локалізуються в дистальних відділах кінцівок, ділянці суглобів. Такий швидкий ексцентричний ріст і виражений запальний характер, як при ЕКВ, не характерні. Периферійна зона елемента представлена окремими блискучими круглими рожевого кольору вузликами. Перебіг тривалий, без суб'єктивних розладів. Після зворотного розвитку може залишатися пігментація. Остаточна діагностика — патогістологічне дослідження шкіри [1, 5, 14, 16].

Кільцеподібна ревматична еритема Лендорффа—Лайнера (*erythema annulare rheumaticum Lehdorff—Leiner*) — спостерігається у хворих на ревматизм у фазі загострення процесу, про що свідчать ревматоїдні проби. Спостерігаються множинні поверхневі кільцеподібні та півкільцеподібні нелускаті еритематозні плями різного розміру, розташовані на шкірі тулуба, кінцівок, рідше — обличчя. Висипання не характеризуються відцентровим ростом, спостерігається також швидке зникнення окремих елементів [5, 7, 14].

Лінійний мігруючий міаз (*larva migrans, myiasis linearis* — волосатик, личинка мігруюча). Дерматоз спричинюють личинки гедзів або черв'яків (гельмінтів) класу нематода, які проникають в епідерміс через найдрібніші дефекти шкіри і мігрують у ній ходами від кількох міліметрів до 2—4 см на добу, що відображається на шкірі валикоподібною звивистою лінією рожевого кольору. В кінці ходу черв'яка можна вилючити. Личинки можуть зберігатися місяцями. Внаслідок розчісування можуть розвиватися дерматити, екзематизація і вторинна підермія. Захворювання триває 1—2 міс [1, 7, 14, 18].

Багатоформна еритема (*erythema exudativum multiforme*) — елементи багатоформної еритеми не вирізняються таким швидким ексцентричним ростом, як при ЕКВ. На шкірі та її слизових оболонках спостерігається поліморфізм елементів. Еритематозні елементи мають тенденцію до злиття. В центральній частині — пухирці, бульбашки і пустули, які згодом регресують — формуються лілово-синюшні плями з яскравою набряклою гіперемованою облямівкою. Бульбашки

з геморагічним вмістом у центральній частині зовні нагадують пташине око (*iris*). На слизових оболонках губ, рота та в ділянці статевих органів утворюються множинні ерозії, геморагічні виразки з шаруватими серозно-геморагічними кірками. Спостерігається циклічність висипань зі схильністю до рецидивів, переважно навесні та восени. За тяжкістю клінічних виявів розрізняють три форми: просту, везикуло-бульозну та тяжку бульозну [1, 7, 8, 11, 12, 14—16].

Рожевий лишай Жиберга, хронічна форма (*pityriasis rosea Gibert*). Висловлюють припущення про інфекційну природу цього дерматозу [14]. Після перенесених ангіни та ГРВІ з'являється материнська бляшка, а через 7—10 днів спостерігається поширення висипань. Плями рожевого кольору, овальних обрисів, у центрі яких легке лущення. Далі виникають множинні плямисті або плямисто-папульозні, а іноді плямисто-уртикарні елементи, що розташовуються симетрично на шкірі тулуба і кінцівок по лінії Лангера. Шкіра обличчя, волосистої частини голови, кистей і стоп зазвичай не уражується. Перебіг дерматозу в середньому становить 5—6 тиж, у разі нераціональної місцевої терапії — до 2—3 міс [1, 11, 14, 16]. Спостерігаються також атипові різновиди рожевого лишая: уртикарний, везикульозний, папульозний [14].

Саркоїдоз (*sarcoidosis*) — системне захворювання, що характеризується розвитком гранульом, не схильних до казеозного розпаду. Найчастіше залучаються в патологічний процес легені, шкіра (25 %). Шкірні вияви характеризуються груповим висипанням вузликів, бляшок, а також висипанням типу ангіолопоїда або ознобленого вовчачка. Вузликові елементи напівкулеподібні, конічної форми, коричнево-фіолетового або коричнево-жовтуватого кольору, з гладенькою воскоподібною поверхнею, іноді з телеангіектазіями і незначним лущенням. Існують багато місяців або років. Діагностика саркоїдозу ґрунтується на даних дослідження крові, рентгенографії легень, кісток [1].

Себорейна екзема (*eczema seborrhoicum*) локалізується у так званих себорейних ділянках шкіри. В процес залучається шкіра обличчя (біля крил носа, на лобі, в носогубних складках), волосистої частини голови, грудей, спини. Лусочки зазвичай сальні, плями і вузлики жовтуватого кольору зі схильністю до периферичного росту і злиття в суцільні нелускаті осередки, нерідко фігурної конфігурації. Висипанню може передувати свербіж. Шкіра волосистої частини голови суха, гіперемована з сірими висівкоподібними лусочками, в разі ексудації утворюються серозні або серозно-гнійні кірки. На тулубі та

кінцівках чітко обмежені жовтувато-рожеві елементи, лускаті плями з дрібновузликковими висипаннями в центрі [1, 3, 14]. На шкірі обличчя, грудей, спини — осередки себорейної екземи нерідко поєднуються з вуграми.

Системний червоний вовчак (*lupus erythematosus syst.*). Шкірні вияви типу відцентрової еритеми Біетта мають такі особливості: відцентровий ріст вогнища, локалізація на обличчі у вигляді метелика. Дані загального обстеження, виявлення LE-клітин у крові сприяють правильній діагностиці [8, 11, 12, 14]. Зрідка системний червоний вовчак може перебігати без видимих уражень шкіри, але з виявами у внутрішніх органах [5].

Скарлатиноформна десквамативна рецидивуюча еритема Фереоля—Беньє (*erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans Fereol—Besnier*) починається раптово, нерідко розвивається після інтоксикації ліками, переохолодження, ГРВІ. Супроводжується підвищенням температури тіла протягом 2—3 днів. Висипання монотипні, яскраво-червоні плями, схильні до злиття. Через 2—3 дні висип (екзантема) починає зникати, регресуючи в великопластинчасте лущення по всій шкірі, найбільш виражена на долонях і підшвах. Захворювання може рецидивувати протягом кількох років. Перший напад може тривати 2—4 тиж [7, 9, 14]. При скарлатині — на обличчі «трикутник», висипання на шиї, обличчі, тулубі, кінцівках, у великих складках — петехії (симптом Пастія).

Стійка фігурна еритема Венде (*erythema perstans figurata Wende*). На шкірі тулуба або кінцівок з'являються поодинокі еритематозні плями. Розвиваються повільно, набуваючи кільцеподібної або цирцинарної форми, діаметр — 5—10 см, неінфільтрована. Далі в центральній частині елементів спостерігаються пігментація та лущення. Вогнища існують тривало, роками. Свербежу немає [5, 6, 9].

Третинна сифілітична розеола (*sypilis tertiaria maculosa, Roseola tertiaria*), або третинна розеола Фурньє. Еритематозні елементи висипки складаються з великих кілець, дуг, півмісяців блідо-червоного кольору і нерідко характеризуються поодинокими елементами без ексцентричного росту (не лущаться). Можливе їх одночасне існування з іншими виявами сифілісу (горбики, гуми), що в поєднанні з позитивними серологічними реакціями дає підстави встановити правильний діагноз [3, 9, 14]. Луската сифілітична розеола зустрічається вкрай рідко [9].

Туберкулоїдний тип лепри (*lepra tuberculoides*). Розрізняють три основних клінічних типи лепри:

- лепроматозний (*l. lepromatosa*);
- туберкулоїдний (*l. tuberculoides*);
- недиференційований (*l. indeterminata*).

Туберкулоїдний тип лепри є доброякісною за перебігом формою лепри, при якій спостерігається переважно ураження шкіри та периферичної нервової системи. Виявляється захворювання утворенням дрібних горбиків червонувато-синюшного кольору. Чітко відмежовані краї виступають над рівнем шкіри, утворюючи з окремих папул «бордюр». Вогнища збільшуються за рахунок периферійного росту. Водночас у центрі інфільтрація зменшується, виникають кільцеподібні, поліциклічні елементи, спостерігається гіпопігментація. У вогнищах ураження та на прилеглих ділянках — анестезія (розлади чутливості), відсутність потовиділення, випадання волосся. Ураження периферичних нервів призводить до рухових і трофічних порушень. Л.Д. Калюжна та співавт. (2004) описали випадок лепроматозного типу лепри в Україні з ураженням шкіри, слизових оболонок, верхніх дихальних шляхів, периферичних нервів у стадії прогресування з виявленням мікобактерій лепри у зскрібках зі слизової оболонки носа і тканинної рідини.

Специфічні зміни чутливості шкіри у вогнищах ураження і виявлення мікобактерії Ганзена дає підстави не сумніватися в діагнозі [3, 5, 14].

Фіксована сульфаниламідна еритема (*erythema sulfanilamidis perstans*) характеризується повторними висипаннями на одних і тих же ділянках при кожному новому прийомі сульфаниламідних препаратів. Частіше розвиваються еритематозні, скарлатиноформні висипання. Можуть локалізуватися на слизовій оболонці порожнини рота, на шкірі тулуба (можливий свербіж), кінцівок, статевих органів. Плями рожево-синюшного кольору округлих обрисів з чіткими межами, від 2 до 7 см у діаметрі. Зрідка спостерігається перехресна чутливість до близьких за хімічною структурою речовин. Атиповими різновидами цієї еритеми є пелагроїдна, екземоподібна і подібна до вузлуватої еритеми [7, 14, 16].

Хвороба Шамберга (*morbus Shamberg, dermatosis progressive pigmentosa*) характеризується раптовою непомітною появою і повільним прогресом згрупованих петехій на кінцівках з поступовим поширенням на тулуб і шию. Свіжі висипання червоні, але поступово вогнище стає строкатим з плямами червоного, коричневого і жовтого кольору. Вогнища плоскі, але іноді ліхеніфікований епідерміс дещо піднятий над рівнем прилеглої шкіри. Згруповані петехії утворюють овальні або круглі ділянки (спочат-

ку однобічні), які з часом стають симетричними. Можуть з'являтися кільцеподібні елементи. Спонтанна ремісія настає через 1–2 роки. Причина невідома [4].

Хронічна кропив'янка (*urticaria chronicum*). Уртикарні елементи ефемерні, кільцеподібної форми. Суб'єктивно: печіння та інтенсивний свербіж [1, 5, 11, 12, 14, 16, 17].

Хронічна мігруюча еритема Афцеліуса—Ліпшютца (*erythema chronicum migrans Afzelius—Lipschütz*) [1, 4, 5, 7, 9, 13, 14, 17, 18] становить собою анулярний дерматоз, що виникає після укусу кліща *Ixodes ricinus*. Цю еритему потрібно розглядати як основний клінічний маркер Лайм-бореліозу. На місці укусу кліща через 1–32 дні (в середньому 7–10 днів) з'являється червона пляма, що відповідає інкубаційному періоду Лайм-бореліозу. Еритема може збільшуватися до 3–70 см у діаметрі. Далі центральна частина блідне, набуває синюшного відтінку, утворюється форма кільця, звідки і походить назва. При Лайм-бореліозі клінічні ознаки з переважним ураженням будь-якого органа або системи органів зазвичай розвиваються через 4–6 тиж хвороби. Без лікування захворювання триває місяцями. Для підтвердження Лайм-бореліозу досліджуються антитіла IgG, IgM і ДНК до *Borrelia burgdorferi*. Діагноз хронічної мігруючої еритеми Афцеліуса—Ліпшютца зазвичай не утруднений, ґрунтується на типовій клінічній картині у вигляді еритеми, що поступово збільшується в розмірі на місці укусу кліща з регресією вогнища в центральній частині та утворенням запальної безперервної обля-

мівки. У центрі вогнища зберігається слід від укусу кліща [1, 4, 7, 9, 12–14, 16].

Лікування

Хворим призначається гіпоалергенна дієта, десенсибілізуючі засоби, місцево — кортикостероїдні препарати.

Виявляють патологію внутрішніх органів шляхом всебічного клініко-лабораторного обстеження хворих та призначають відповідне лікування [1, 7, 9–11, 14].

Таким чином, у статті описано клінічні вияви класичної форми ЕКВ. Звернуто увагу на атипові різновиди хвороби Дар'є, зокрема лускату та везикулярну форми. Також вміщено фотографії хворих на ЕКВ — з короткими термінами існування елементів висипу та стійкою мікрогірлянодоподібною формами. Автори статті керувалися ідеєю розширити відомості та поглибити знання не лише дерматовенерологів, а й лікарів інших спеціальностей, зокрема лікарів загальної практики — сімейної медицини.

Висновки

1. Під час курсу спеціалізації та підвищення кваліфікації лікарів загальної практики — сімейної медицини потрібно більше приділяти уваги питанням ранньої діагностики соматичних захворювань, зокрема й інфекційних, при яких первинними симптомами є висипання на шкірі та слизових оболонках.

2. Наведений перелік захворювань, що підлягають диференційній діагностиці з ЕКВ, у подальшому може бути розширено.

Список літератури

1. Владыка А.С., Рыжко П.П., Воронцов В.М. и др. К вопросу лечения синдрома Лайелла: вопросы дискуссионного характера / Зб. наукових праць. Вип. 6. «Сучасні проблеми дерматовенерологічної і косметологічної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я». Додаток до Вісника ХНУ імені В.Н. Каразіна. Серія «Медицина». — Х.: Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, 2009. — С. 81–85.
2. Воронцова В.К., Владыка А.С., Воронцов В.М., Варжаїнова Т.М. Шкірні прояви хвороби Лайма (іксодового кліщового бореліозу) / Зб. наукових праць. Вип. 6. «Сучасні проблеми дерматовенерологічної і косметологічної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я». Додаток до Вісника ХНУ імені В.Н. Каразіна. — Серія «Медицина». — Х.: «Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна», 2009. — С. 151–154.
3. Ганчев Б. Дерматовенерологическая терминология. — София: Медицина и физкультура, 1968. — 396 с.
4. Калюжная Л.Д. Мелкие красные пятна на передних поверхностях голеней // Клін. імунол., алергол., інфектол. — 2011. — № 8 (47) — С. 26–27.
5. Носатенко В.Е., Гуцу Н.В. Цветной атлас кожных болезней. — Х.: Константа, 2002. — 432 с.
6. Попов И.С. Атлас кожных и венерических болезней. — К.: Здоров'я, 1964. — 428 с.
7. Попов Л.Х. Синтетическая дерматология. Изд. 2. — София: Медицина и физкультура, 1963. — 360 с.
8. Потекаев Н.С., Кочергин Н.Г. Эритемы // Кожные и венерические болезни: руководство для врачей в 4 томах / Под ред. Ю.К. Скрипкина. Т. 2. — М.: Медицина, 1995. — С. 102–119.
9. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.05.2009 № 312.
10. Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.12.2002 № 507.
11. Про затвердження тимчасових нормативів надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.12.2002 № 502.
12. Рижко П.П., Владыка А.С., Воронцов В.М. та ін. Інтенсивна терапія в дерматовенерології / Під ред. П.П. Рижка. — Х.: Прапор, 2006. — 265 с.
13. Романенко Г.Ф., Кряжева С.С. Розеолезно-эритематозные дерматозы. Дифференциальная диагностика кожных

- болезней: руководство для врачей / Под ред. А.А. Студницина.— М.: Медицина, 1983.— С. 76—100.
14. Романенко Г.Ф., Кряжева С.С. Розеолезно-эритематозные дерматозы. Дифференциальная диагностика кожных болезней: руководство для врачей / Под ред. Б.А. Беренбейна, А.А. Студницина. 2-е изд., перераб. и доп.— М.: Медицина, 1989.— С. 77—104.
 15. Рощенюк Л.В., Владика А.С., Воронцов В.М. Профілактика Лайм-бореліозу // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2014.— № 2 (53).— С. 86—88.
 16. Рыжко П.П., Владыка А.С., Воронцов В.М. Инфузионная терапия в дерматовенерологии / Под ред. А.С. Владыки.— Х.: Магда, 2010.— 150 с.
 17. Рыжко П.П., Кутасевич Я.Ф., Воронцов В.М. Атлас кожных и венерических болезней / Под ред. Рыжко П.П.— Х.: Прапор, 2008.— 208 с.
 18. Рыжко П.П., Кутасевич Я.Ф., Воронцов В.М. Синтетическая дерматовенерология: Атлас / Под ред. П.П. Рыжко.— Х.: Оберіг, 2010.— 272 с.

Л.В. Рощенюк¹, А.С. Владика², В.М. Воронцов¹

¹КЗОЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер № 1», Харьков

²Одесский национальный медицинский университет

Эритема кольцевидная центробежная (болезнь Дарье): классификация и дифференциальная диагностика

В статье-обзоре приведены случаи наблюдения 12 больных с вариантами эритемы кольцевидной центробежной (болезнь Дарье). Рассмотрены вопросы дифференциальной диагностики этого дерматоза с основными кожными и венерическими заболеваниями.

Ключевые слова: эритема кольцевидная центробежная (болезнь Дарье), собственные наблюдения, дифференциальная диагностика, лечение.

L.V. Roschenyuk¹, A.S. Vladyka², V.M. Vorontsov¹

¹Regional clinical dermatovenerologic dispensary N1, Kharkiv

²Odesa National Medical University

Centrifugal erythema annulare (Darier's disease): classification and differential diagnosis

This survey presents cases of observation of 12 patients with variants of centrifugal erythema annulare (Darier's disease). Problems of differential diagnosis of basic skin and venereal diseases are discussed.

Key words: centrifugal erythema annulare (Darier's disease), personal observations, differential diagnosis, treatment.

Дані про авторів:

Рощенюк Лариса Вадимівна, к. мед. н., гол. лікар КЗОЗ «Обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер № 1», гол. позаштатний спеціаліст за фахом «Дерматовенерологія» Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації

61052, м. Харків, вул. К. Маркса, 17. Тел./факс (057) 712-21-51. E-mail: okkvd1@gmail.com

Владика Анатолій Степанович, д. мед. н., проф. кафедри анестезіології та інтенсивної терапії з післядипломної підготовки Одеського національного медичного університету, засл. лікар України

Воронцов Віталій Михайлович, к. мед. н., лікар-дерматовенеролог КЗОЗ «Обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер № 1», Харків