

<https://doi.org/10.25208/0042-4609-2018-94-6-37-41>

# Актинический ретикулоид: случай из практики

Соколовский Е. В., Михеев Г. Н., Демидова Е. И.\*

Первый Санкт-Петербургский государственный университет им. академика И. П. Павлова  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
197022, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

Описан случай актинического ретикулоида — редкого дерматоза, напоминающего по клиническим проявлениям атопический дерматит и Т-клеточную лимфому. У пациента достигнуто значительное клиническое улучшение при длительных циклах (2 цикла по 3 месяца) препаратом гидроксихлорохин, на фоне фотопротективной терапии никотиновой кислотой, наружными средствами SPF 50 и специально подобранной одеждой, закрывающей от солнечного излучения, без применения глюкокортикостероидов и цитостатической терапии.

Ключевые слова: **фотодерматит, актинический ретикулоид, псевдолимфома, фотопротекция, гидроксихлорохин**

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Для цитирования: Соколовский Е. В., Михеев Г. Н., Демидова Е. И. Актинический ретикулоид: случай из практики. Вестник дерматологии и венерологии. 2018;94(6):37–41. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2018-94-6-37-41>



# Actinic reticuloid: case report

Evgeny V. Sokolovskiy, Georgy N. Mikheev, Ekaterina I. Demidova\*

---

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation  
L'va Tolstogo str., 6–8, Saint Petersburg, 197022, Russian Federation

This article is about the case of actinic reticuloid — the rare dermatosis which clinical presentation is similar to atopic dermatitis, T-cell lymphoma. Good treatment effect was obtained by long cycles (2 cycles for 3 months) of hydroxychloroquine and sun protective therapy included sunscreens SPF 50, nicotinic acid, sun-safe clothes which blocked ultraviolet radiation without any glucocorticosteroid drugs and cytostatic treatment.

**Keywords:** photodermatosis, actinic reticuloid, pseudolymphoma, sun protective therapy, hydroxychloroquine

**Conflict of interest:** the authors state that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

**For citation:** Sokolovskiy E. V., Mikheev G. N., Demidova E. I. Actinic reticuloid: case report. Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2018;94(6):37–41. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2018-94-6-37-41>

---

■ Актинический ретикулоид — редкий дерматоз, который является хроническим фотодерматитом, обусловленным высокой фоточувствительностью к ультрафиолетовому излучению спектра А и В, а также видимому свету.

Этиология и патогенез заболевания окончательно не установлены. Большинство дерматологов считают, что актинический ретикулоид является проявлением фотоаллергического дерматита в результате персистирующей реакции на весь спектр солнечного излучения (от УФ до видимого), также часто имеется сенсibilизация к растительным веществам, особенно комбинированным [1–5]. Клинические проявления весьма напоминают atopический дерматит, грибковый микоз, синдром Сезари, позднюю кожную порфирию.

Болеют чаще мужчины старше 50 лет. Как правило, дебют заболевания наблюдается в весенне-летний период. В связи с повышенной фоточувствительностью поражается в основном кожа открытых участков тела, наиболее подверженная воздействию солнечного излучения: лицо, шея, верхние конечности, верхняя часть груди и спины. Высыпания обычно представлены сильно зудящими застойно-красного цвета пятнами и мелкими папулами, сливающимися в бляшки с выраженной инфильтрацией и четкими границами. Со временем инфильтрация бляшек нарастает, и они сливаются между собой. В связи с выраженным зудом наблюдаются лихенизация кожи, многочисленные экскориации и геморрагические корочки. Лимфатические узлы не увеличены, но иногда отмечают генерализованную лимфаденопатию. Кожа лица отечна, утолщена, с подчеркнутыми естественными складками, иногда напоминает *facies leonina*. Высыпания могут распространиться и на кожу закрытых участков тела, изредка возможна генерализация кожного процесса вплоть до эритродермии [6–8]. Патоморфологические изменения пораженной кожи не имеют характерных только для актинического ретикулоида изменений, поэтому для диагностики этого дерматоза используют не только доводы в пользу актинического ретикулоида, но также проводят последовательное исключение сходных по клиническим проявлениям дерматозов и в дальнейшем оценивают результаты проводимой терапии. Без рационального лечения течение актинического ретикулоида длительное, хроническое, с обострениями в весенне-летний период, проявляющимися усилением клинических проявлений [9].

Представляем пациента с актиническим ретикулоидом, у которого удалось добиться положительного эффекта при лечении гидроксихлорохином без применения глюкокортикостероидов и цитостатической терапии.

Пациент М., 61 год, повторно поступил 15.03.2016 в клинику дерматовенерологии ПСПбГМУ им. И. П. Павлова с диагнозом «актинический ретикулоид» в связи с сезонным обострением заболевания. Из анамнеза известно, что более 10 лет назад впервые появились зудящие высыпания на коже волосистой части головы, шеи, верхней части спины, предплечий, голеней. До 2014 года неоднократно лечился в КВД по месту жительства в связи с «обострением atopического дерматита». Пациент отмечает ухудшение течения кожного процесса в летний период. Семейный анамнез неотягощен. Аллергические реакции на лекарственные

препараты и продукты питания отрицает. Одеколонов и других фотосенсибилизаторов не использовал. Получал дезинтоксикационную, десенсибилизирующую терапию, топические глюкокортикостероиды, а также UVB 311 нм N. 15 — с ухудшением заболевания: усилением зуда, клинических проявлений. В апреле 2015 года в связи с выраженным обострением дерматоза после амбулаторного лечения был госпитализирован в кожное отделение клиники дерматовенерологии ПСПбГМУ им. И. П. Павлова. Впервые был диагностирован «актинический ретикулоид», диагноз подтвержден гистологически.

Получал терапию: гидроксихлорохин 200 мг по 1 таб./сут в течение трех месяцев (стационарно и амбулаторно), крем Унны, наружные средства SPF 50; носил специально подобранную одежду, закрывающую от солнечного света.

При повторном поступлении в клинику в марте 2016 года пациент предъявлял жалобы на частично сохранившиеся высыпания преимущественно на открытых участках кожи, умеренно выраженный зуд.

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное. В клиническом анализе крови определяется эозинофилия: относительные значения — 21,8 %, абсолютные значения —  $1,657 \times 10^9/\text{л}$ , остальные показатели без особенностей. Общий анализ мочи, биохимический анализ крови (билирубин общий, прямой, непрямой, глюкоза натощак, АЛТ, холестерин общий, креатинин, общий белок) — без отклонений от нормы.

Посев мазков из зева и носа на флору и чувствительность к антибиотикам: смыв из носовых пазух — *Staphylococcus aureus* умеренный рост, *Staphylococcus epidermidis* скудный рост, мазок из зева — *Streptococcus viridans* обильный рост.

Со стороны внутренних органов: атрофический гиперпластический гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, резекция 2/3 желудка (по поводу прободной язвы в 1973 году), недостаточность кардиального жома, рубцовая деформация пилоробульбарной зоны с формированием стеноза, хроническая рубцующаяся язва луковицы 12-перстной кишки, хронический ринит, хронический тонзиллофарингит, вне обострения, стафилококконосительство.

Иммунологическое исследование крови: ПСА общий — 5,570 нг/мл, ПСА свободный — 1,170 нг/мл. Соотношение ПСА свободный / ПСА общий — 21,01 %. Заключение уролога: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы? Рак предстательной железы? Необходимо провести биопсию простаты в плановом порядке.

При осмотре поражение кожи имело распространенный характер. Локализовано на коже волосистой части головы, лица, шеи, ушных раковин, разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей. Высыпания были представлены тесно расположенными лихенидными папулами застойно-красного цвета, с четкими границами, диаметром до 4 мм, местами слившимися в сплошные очаги, с мелкопластинчатым шелушением поверхности, расположенными на эритематозном и умеренно инфильтрированном фоне кожи. Отмечены единичные точечные и линейные экскориации, геморрагические корочки (рис. 1). Следует отметить, что кожные проявления при повторной госпитализации



Рис. 1. Актинический ретикулоид. Сливное поражение открытых участков кожи: кожа застойно-красного цвета с многочисленными утрированными складками  
 Fig. 1. Actinic reticuloid. Coalescing open skin lesion: stagnant red-colour skin with numerous exaggerated folds

значительно менее выражены, чем при первом поступлении пациента в клинику.

С целью уточнения основного диагноза была проведена диагностическая биопсия кожи левого плеча: гиперкератоз, очаговый паракератоз, умеренный акантоз, папилломатоз. В подлежащей дерме отек и периваскулярные инфильтраты, состоящие преимущественно из мелких лимфоцитов. Встречаются гистиоциты, единичные эозинофилы, плазматические клетки, фибробласты. Сосуды расширены.

Заключение: патоморфологические изменения не противоречат клиническому диагнозу «актинический ретикулоид».

Иммуногистохимическое исследование не проводилось, так как диагноз не вызывал сомнения.

Проведено комплексное лечение, включающее: таб. Hydroxuchloroquini 200 mg по 1 таб. в сут — перорально, внутримышечные инъекции Sol. Acidi Nicotinic 1% 1 ml — 1 р. в сут, N. 15, наружно: фотопротективные средства SPF 50, крем Унны; больной носил специально подобранную одежду, закрывающую от солнечных лучей.

Больной был представлен на очередном (№ 1029) заседании Санкт-Петербургского научного общества дерматовенерологов им. В. М. Тарновского, которое состоялось 29 марта 2016 года на базе кафедры дерматовенерологии ПСПбГМУ им. И. П. Павлова.

Пациент выписан со значительным клиническим улучшением. Рекомендовано: наблюдение у дерматолога по месту жительства, противорецидивное лечение весной (таб. Hydroxuchloroquini 200 mg 1 раз в сут — ежедневно, курс 3 месяца), фотозащитные средства SPF 50, одежда и головной убор, закрывающие от солнечного излучения, плановое обследование и лечение у уролога.

Анализ литературы показал, что причины заболевания часто остаются неизвестными. Клинические проявления актинического ретикулоида, атопического дерма-

тита, грибовидного микоза, поздней кожной порфирии сходны, поэтому необходимо подробное обследование больных и исключение каждого похожего дерматоза.

Для актинического ретикулоида характерно:

- дебют заболевания у мужчин старше 50 лет;
- начало заболевания, а также ухудшение клинических проявлений в весенне-летний период;
- первоначальное поражение преимущественно открытых участков кожи, сопровождающееся выраженным зудом;
- высыпания представлены тесно расположенными лихеноидными папулами розово-красного цвета, с четкими границами, сливающимися в сплошной очаг, расположенными на эритематозной, инфильтрированной коже [10];
- ухудшение клинических проявлений при нерациональной терапии, обусловленной неправильной постановкой диагноза (УФ-облучение и др.);
- патоморфологические изменения в биоптате кожи не являются специфическими, поэтому для диагностики этого дерматоза используют не только доводы в пользу актинического ретикулоида, но также проводят последовательное исключение сходных по клиническим проявлениям дерматозов с последующей оценкой результатов проводимой терапии.

Описанный клинический случай представляет интерес для практикующих врачей, поскольку актинический ретикулоид — редкий дерматоз, напоминающий по клиническим проявлениям атопический дерматит, Т-клеточную лимфому и другие фотодерматозы. При необходимости для исключения грибовидного микоза проводят гистологическое исследование кожи, а также иммуногистохимическое исследование. Патоморфологическое сходство инфильтратов привело к тому, что актинический ретикулоид отнесли к псевдолимфомам кожи. Удалось достичь хорошего терапевтического эффекта от двух длительных курсов (2 цикла по 3 месяца) препаратом гидроксихлорохин. ■

## Литература/References

1. Горячкина М. В., Белоусова Т. А. Кожа и солнце: клинические проявления и современная профилактика фотодерматозов. *Consilium Medicum. Дерматология (Прил.)*. 2015;(2):12–17. [Goriachkina M. V., Belousova T. A. Skin and sun: clinical manifestations and modern prevention photodermatoses. *Consilium Medicum. Dermatology (Suppl.)*. 2015;(2):12–17. (In Russ.)]
2. Акимов В. Г. Биологические эффекты ультрафиолетового облучения кожи. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2008;(3):81–84. [Akimov V. G. Biological skin effects caused by ultraviolet irradiation. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2008;(3):81–84. (In Russ.)]
3. Потекаев Н. С., Олисова О. Ю., Виноградова Ю. Э., Игнатьев Д. В. Актинический ретикулоид. *Рос журн кожн и венерич болезней*. 2013;(4):14–18. [Potekaev N. S., Olisova O. Yu., Vinogradova Yu. E., Ignatyev D. V. Actinic reticuloid. *Ros J Skin and Venereal Diseases*. 2013;(4):14–18. (In Russ.)]
4. Родин А. Ю., Фокина Е. А., Сердюкова Е. А. и др. Актинический ретикулоид. *Рос журн кожн и венерич болезней*. 2012;(1):16–18. [Rodin A. U., Fokina E. A., Serdyukova E. A. et al. Actinic reticuloid. *Ros J Skin and Venereal Diseases*. 2012;(1):16–18. (In Russ.)]
5. Дегтярев О. В., Сазыкина У. А., Умнова З. Г. Случай актинического ретикулоида в практике врача-дерматовенеролога. *Рос журн кожн и венерич болезней*. 2012;(1):19–20. [Degtyarev O. V., Sazykina W. A., Umnova Z. G. Case of actinic reticuloid in practice of dermatovenereologists. *Ros J Skin and Venereal Diseases*. 2012;(1):19–20. (In Russ.)]
6. Тлиш М. М., Катханова О. А., Наатыж Ж. Ю., Поповская Е. Б., Сычева Н. Л. Актинический ретикулоид: клиническое наблюдение. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2014;(3):105–109. [Tlish M. M., Katkhanova O. A., Naatij J. Y., Popovskay E. B., Sicheva N. L. Actinic reticuloid: case study. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2014;(3):105–109. (In Russ.)]
7. Олисова О. Ю., Савельева С. В., Ситникова Е. А. Актинический ретикулоид. *Рос журн кожн и венерич болезней*. 1999;(3):32–35. [Olisova O. U., Savelieva S. V., Sitnikova E. A. Actinic reticuloid. *Ros J Skin and Venereal Diseases*. 1999;(3):32–35. (In Russ.)]
8. Bilslan D., Crombie I. K., Ferguson J. The photosensitivity dermatitis and actinic reticuloid syndrome: no association with lymphoreticular malignancy. *Br J Dermatol*. 1994;131(2):209–214.
9. Потекаев Н. С., Сергеев Ю. В. Псевдолимфомы. В кн.: Скрипкин Ю. К. (ред.) *Кожные и венерические болезни*. М.: Медицина; 1996. С. 106–112. [Potekaev N. S., Sergeev Y. V. Pseudolymphoma. In: Skripkin Yu. K. (ed.) *Skin and venereal diseases*. Moscow: Medicine; 1996. P. 106–112. (In Russ.)]
10. Акимов В. Г. Фотодерматозы. В кн.: Скрипкин Ю. К. (ред.) *Кожные и венерические болезни*. М.: Медицина; 1995. С. 341–364. [Akimov V. G. Photodermatosis. In: Skripkin Yu. K. (ed.) *Skin and venereal diseases*. Moscow: Medicine; 1995. P. 341–364. (In Russ.)]

**Информация об авторах**

**Евгений Владиславович Соколовский** — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного университета им. академика И. П. Павлова Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Георгий Николаевич Михеев** — к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного университета им. академика И. П. Павлова Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Екатерина Игоревна Демидова\*** — врач-интерн клиники дерматовенерологии Первого Санкт-Петербургского государственного университета им. академика И. П. Павлова Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: katerina\_demidova91@mail.ru

**Information about the authors**

**Evgeny V. Sokolovsky** — Dr. Sci. (Med.), Prof., Head of Department, Department of Dermatovenereology with a Hospital, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation

**Georgy N. Mikheev** — Cand. Sci. (Med.), Ass. Prof., Department of Dermatovenereology with a Hospital, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation

**Ekaterina I. Demidova\*** — intern, Department of dermatovenereology Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation; e-mail: katerina\_demidova91@mail.ru