

<https://doi.org/10.29296/25877305-2020-09-10>

## О смешанном заболевании соединительной ткани и системной красной волчанкой с синдромом Роуэлла

А.А. Марусина

Ярославский государственный медицинский университет

E-mail: marusina.anastasiya@yandex.ru

*Представлена клинико-иммунологическая характеристика больной, развитие болезни у которой по клиническим синдромам можно отнести к смешанному заболеванию соединительной ткани (Класс XIII М.35.1.) из группы иммуновоспалительных ревматических заболеваний или трактовать как системную красную волчанку с перекрестным синдромом Роуэлла.*

**Ключевые слова:** смешанное заболевание соединительной ткани, системная красная волчанка, синдром Роуэлла, серологические биомаркеры.

**Для цитирования:** Марусина А.А. О смешанном заболевании соединительной ткани и системной красной волчанкой с синдромом Роуэлла. Врач. 2020; 31 (9): 58–62. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-09-10>

В настоящее время ревматические болезни рассматриваются как иммуновоспалительные заболевания (ИВЗ), которые в зависимости от преобладающих механизмов активации иммунитета подразделяются на аутоиммунные (АИЗ) и аутовоспалительные (АВЗ) заболевания. Патогенез АИЗ связан с антиген-индуцированным синтезом антител или активацией Т-лимфоцитов [1–3].

Смешанное заболевание соединительной ткани (СЗСТ) описано в 1972 г G.G. Sharp и соавт. [4] как перекрестный синдром различных ревматических заболеваний. СЗСТ (синдром Шарпа) рассматривается как клинико-иммунологический синдром системного поражения соединительной ткани, который характеризуется сочетанием признаков системной склеродермии (ССД), системной красной волчанки (СКВ) и дерматополимиозита (ДМ). В то же время в клинической картине могут доминировать и другие синдромы, в частности кожные проявления, что было описано как синдром Роуэлла (1963) при анализе группы пациентов с дискоидной красной волчанкой [5].

До настоящего времени требуют уточнения понятия «переходные» формы СЗСТ, overlap syndrome или синдром Шарпа. По МКБ-10 эти формы относятся к XIII классу и имеют шифр М30.8. «Другие состояния, связанные с узелковым полиартериитом, полиангиит, перекрестный синдром». J.T. Lie [6] включил в классификацию overlap-синдром, хотя Е.Н. Семенкова [7]

исключила из своей классификации смешанные, недифференцированные или, как их еще называют, неклассифицируемые формы системных васкулитов.

Синдром Роуэлла [5, 8, 9] – комплексная патология, включающая проявления красной волчанки (дискоидной или системной) и многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ): диффузную алопецию, диссеминированные отечные эритематозные пятна, положительные пробы на ревматоидный фактор (РФ) и ядерные антитела, лабораторную картину эритематоза (острофазовые неспецифические маркеры воспаления), имеющие стойкий рецидивирующий характер.

В дебюте синдром Роуэлла часто принимается за МЭЭ. О.Л. Иванов и соавт. [10] считают, что синдром Роуэлла – самостоятельный симптомокомплекс, характеризующийся проявлениями токсикоаллергического синдрома на фоне лабораторно подтвержденной СКВ.

Для данного синдрома характерно одновременное сочетание кожных проявлений по типу МЭЭ (экссудативные эритематозно-папулезные элементы с резкими и правильными границами, тип «мишени» до нескольких сантиметров в диаметре) и наличия лабораторных маркеров (антиядерных факторов, РФ, антител к Ro (SS-A)- и La (SS-B)-антигенам, увеличение СОЭ). Типичны также везикулы, эрозии и кровоизлияния, локализованные на ладонных и подошвенных поверхностях, некротические изменения элементов с последующим рубцеванием. Кожные симптомы при синдроме Роуэлла отличаются от проявлений МЭЭ – высыпания далеко не всегда ограничиваются дистальными отделами, не во всех случаях можно проследить связь с провоцирующим фактором (применением лекарственных препаратов, вирусом герпеса или другой инфекцией).

Основным серологическим маркером СЗСТ является наличие в сыворотке крови высоких титров антител (АТ) к ядерному рибонуклеопротеину (РНП), что позволило обсуждать вопрос о нозологической самостоятельности синдрома Шарпа. Характерно также и повышение антиядерного фактора (АНФ). При этом отсутствуют другие аутоантитела (ААТ) типа анти-Sm, анти-SS-A, анти-SS-B антитела, АТ к двуспиральной ДНК, анти-Scl-70.

Типичные клинические признаки СЗСТ включают синдром Рейно, отечность кистей, артралгии (артрит), миалгии, лимфаденопатия, полиморфные кожные сыпи, синдром Шегрена. Возможны поражения внутренних органов, глаз, нервной системы.

По данным О.В. Синяченко, при СКВ наиболее часто диагностируются поражения кожи (75,8%), артриты и (или) артралгии (76,8%), лихорадка (60%), алопеция (51,6%), поражения слизистой оболочки (50%) [11]. Классическая МЭЭ ставится на основании дебюта – острого начала заболевания, наличия характерных кожных проявлений (островоспалительные пятна ярко-красного цвета с центробежным ростом), симметричности и стабильности локализации (разгибатель-

ные поверхности конечностей) кожных элементов, иногда наличия поражения слизистых оболочек [11].

В настоящее время разработаны новые классификационные критерии СКВ, отличием которых является выделение «позитивности» по АНФ в качестве основного критерия. При отсутствии этого критерия заболевание не может быть классифицировано как СКВ [12].

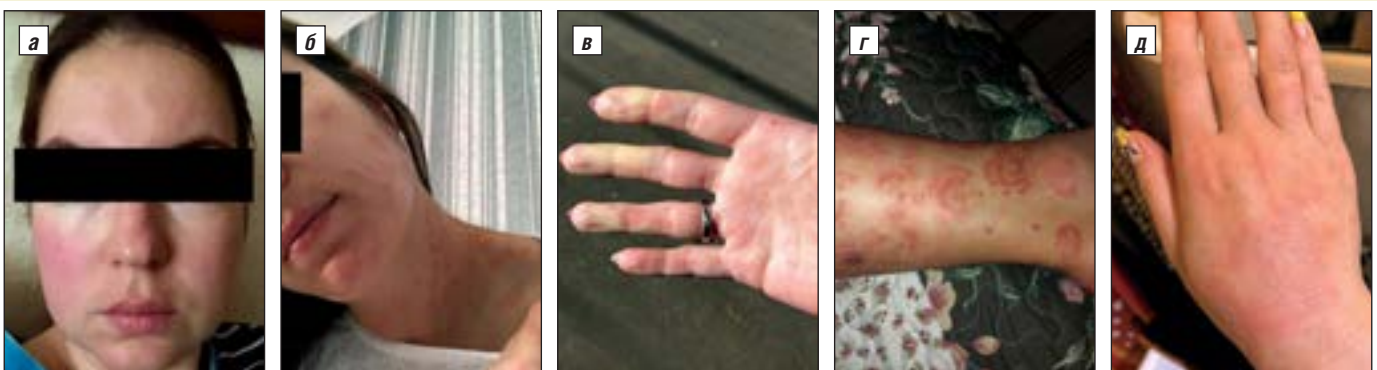
Редкие синдромы часто вызывают затруднения при их диагностике и подборе терапии, поэтому пациенты с синдромом Роуэлла с яркой типичной клиникой требует обязательного специального лабораторного исследования.

Приводим клиническое наблюдение больной с СКВ с рецидивирующим характером кожного синдрома, диагноз которого формулировался двояко – то как смешанное заболевание соединительной ткани, то как СКВ с синдромом Роуэлла.

**Пациентка Д.**, 1986 года рождения, русская, считает себя больной с января 2019 г., когда стала отмечать чередующуюся болезненную припухлость верхних и нижних век обоих глаз, появление прикорневого кариеса на 2 зубах. В июле 2019 г. перенесла острую респираторную вирусную инфекцию, в этом же месяце отметила появление онемения, побеления пальцев кистей на холоде. В августе 2019 г. после инсоляции отметила появление розовых выпуклых высыпаний округлой формы на коже кистей, груди, бедер. Консультирована дерматологом, диагноз: многоформная эритема. Проводилось лечение – внутривенно инъекции натрия тиосульфата №10 – 10 мл 1 раз в день. В конце августа 2019 г. впервые отметила появление утренней скованности до 6 ч, летучих болей в локтевых, плечевых, коленных, тазобедренных суставах, артритов височно-нижнечелюстных, лучезапястных, локтевых, коленных, плечевых суставов. С этого же времени

периодически стала появляться припухлость корня языка, выпуклые округлые образования на боковой поверхности языка, онемение кончика языка. После инсоляции снова появились эритематозно-папулезные высыпания на коже лица (лоб, скулы, подбородок), шеи, верхних конечностей, груди, живота, спины, нижних конечностей, геморрагические высыпания на коже голени, везикулярные элементы на коже кистей (см. рисунок). Дерматологом по месту жительства назначен местно циндол – без эффекта. С сентября 2019 г. отметила появление сухости во рту, была вынуждена запивать водой пищу, с этого же времени впервые стали периодически беспокоить боли в икроножных мышцах и мышцах бедер, присоединился конъюнктивит попеременно обоих глаз и их сухость, лечилась раствором хило-комод. Одновременно появились отек кистей, сухой кашель, периодически с отхождением мокроты белого цвета, осиплость голоса, увеличение и болезненность в области шейных и задних ушных лимфатических узлов справа. 12.09.2019 госпитализирована в кожно-венерологическое отделение с диагнозом «Васкулит, ограниченный кожей, неуточненный». При обследовании: в общем анализе крови – л. –  $4,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , СОЭ – 40–35 мм/ч; СРБ – 2,79 мг/л; в общем анализе мочи – эр. – 15–20 в поле зрения; в анализе мочи по Нечипоренко – эритроциты 3000 в 1 мл. Консультирована ревматологом: СКВ, подострое течение, с поражением кожи, слизистых, легких (?). Назначен перорально дексаметазон 2,5 мг/сут.

23.09.2019 госпитализирована в ревматологическое отделение, на основании жалоб, анамнестических данных и осмотра выставлен диагноз «Смешанное соединительнотканное заболевание (M35.1) с кожным (фотосенсибилизация, эритематозно-папулезные, геморрагические, везикуляр-



Пациентка С.: а – фиксированная эритема на скулах «эритематозная бабочка»; б – эритематозно-папулезные дискоидные высыпания; в – проявления синдрома Рейно – бледность кожных покровов II–IV пальцев кисти (первая фаза); г – эксудативная многоформная эритема с эксудативным, геморрагическим и некротическим компонентом; д – эритематозно-папулезная сыпь и отек кожи пальцев кисти  
Patient S.: а – malar rash (butterfly rash); б – erythematous papular discoid rashes; в – manifestations of Raynaud's syndrome: pallor of the second–fourth fingers (the first phase); г – exudative erythema multiforme with an exudative, hemorrhagic and necrotic component; д – erythematous papular rash and swelling of the digital skin

ные высыпания) суставным (полиартрит), мышечным (миалгии) синдромами, сухим синдромом, синдромом Рейно».

При обследовании: л. —  $11,9 \cdot 10^9/\text{л}$ , СОЭ — 42 мм/ч, СРБ — 27,1 мг/л, РФ — 97 МЕ/мл, АНФ — 1:5120 (крупногранулярный тип, точки в ядре), антитела к ДНК — отрицательно, к миелопероксидазе IgG — 2,51 ( $N < 20$ ), к протеиназе 3 IgG — 7,15 ( $N < 20$ ). УЗИ слюнных желез: эхографическая картина внутрижелезистой лимфоаденопатии. Рентгенограмма кистей, стоп — признаки артрита. Рентгенограмма органов грудной клетки от 27.09.19 — без патологии, ультразвуковая доплерография пальцевых артерий — артериальный кровоток сохранен. Эхокардиография — без патологии.

Проводилось лечение — отменен дексаметазон, пульс-терапия медролом 1250 мг суммарно, назначен метилпреднизолон 20 мг/сут, метотрексат 7,5 мг в неделю с эффектом в виде уменьшения артралгий, артритов, утренней скованности в суставах, миалгий, высыпаний, отека кистей. После выписки постепенно на фоне снижения дозы глюкокортикостероидов (ГКС) вновь рецидивировали высыпания. В октябре 2019 г. впервые периодически стали появляться язвочки на губах.

Проводилось дообследование: АНА IgG иммуноблот: SS-A/Ro-52 +++, SS-A(60 кДа) +++, SS-B +, PM-Scl +, AMA-M2 +; Jol, Sm, RNP/Sm, PCNA, CENTB, dsDNA, Histones, Nucleosomes, Rib. Pprotein, Scl 70 — отрицательно.

С ноября 2019 г. появилось ощущение «песка в глазах», сухость глаз, в анализе крови от 15.11.2019: СОЭ — 6 мм/час, СРБ — 0,7 мг/л, волчаночный антикоагулянт — 54 с (норма 25,6–41,80 с), D-димер — 560 мг/л (норма — до 200 мг/л). Рентгенограмма органов грудной клетки от 28.11.19: органической патологии не определяется. В декабре 2019 г. на дозе метилпреднизолона 16 мг/сут вновь возникли боли в мышцах всего тела, в связи с этим самостоятельно увеличила дозу ГКС до 18 мг/сут с положительным эффектом. Консультирована ревматологом, рекомендовано дальнейшее медленное снижение дозы ГКС, с конца декабря 2019 г. принимала метипред 16 мг/сут с сохранением высыпаний на коже, периодических болей в суставах, мышцах, одышки при умеренной физической нагрузке, сухости глаз, слабости. Нетрудоспособна. 21.01.2020 госпитализирована в клинику ревматологии, нефрологии и профпатологии им. Е.М. Тареева в ревматологическое отделение с жалобами на высыпания на коже, периодические боли в мышцах и суставах, сухой кашель, одышку при умеренной физической нагрузке, сухость глаз, тремор кистей, слабость с диагнозом: СКВ (АНФ+), рецидивирующе-ре-

миттирующее течение, умеренной активности (SELENA-SLEDAI — 10 баллов), с поражением кожи и слизистых оболочек, суставов, мышечной и лимфатической системы, синдромом Рейно, вторичным синдромом Шегрена (анти-SS-A/Ro-52+, РФ+) криоглобулинемией; осложнения: медикаментозный гиперкортицизм.

#### Результаты первичного осмотра в отделении.

Состояние средней тяжести, медикаментозный синдром Иценко—Кушинга. Рост 172 см, масса тела 70 кг, индекс массы тела (ИМТ) 23,6 кг/м<sup>2</sup>. Отеков нет. Дыхание через нос свободное. Частота дыхания 16 в минуту. Язвочки на наружной поверхности нижней губы, на коже щек, носа, руках, груди, животе, спине, ногах, многочисленные бледные и яркие папулезные, эритематозные высыпания, в области кистей везикулярные высыпания, на нижних конечностях — геморрагические высыпания, костно-мышечная система без видимых деформаций, активные и пассивные движения не ограничены. В легких дыхание везикулярное, хрипов и крепитации нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений (ЧСС) — 88 в минуту, пульс — 88 в минуту, АД — 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, не вздут, безболезненный во всех отделах. Признаков раздражения брюшины нет. Размеры печени по Курлову — 9×8×7 см. Селезенка не пальпируется. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области безболезненный с обеих сторон. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Диурез нормальный.

**Данные лабораторных исследований.** Коагулограмма от 22.01.2020 — без особенностей. Общий анализ крови от 22.01.2020: Hb — 125 г/л; среднее содержание Hb в эритроците — 29,8 пг; средняя концентрация Hb в эритроците — 328 гл; средний объем эритроцитов — 90,8 фл; тромбоциты —  $228 \cdot 10^9/\text{л}$ ; эритроциты —  $4,19 \cdot 10^{12}/\text{л}$ ; лейкоциты —  $6,1 \cdot 10^9/\text{л}$ ; лимфоциты —  $1,3 \cdot 10^9/\text{л}$ ; моноциты —  $0,2 \cdot 10^9/\text{л}$ ; нейтрофилы —  $4,5 \cdot 10^9/\text{л}$ ; СОЭ по Вестергрену — 12 мм/ч.

Биохимический анализ крови от 22.01.2020: альбумин — 40,2 г/л; белок общий — 71,3 г/л; глюкоза — 4,6 ммоль/л; азот мочевины — 4,3 ммоль/л; аланинаминотрансфераза (АЛТ) — 10 Ед/л; аспаратаминотрансфераза — 19 Ед/л; билирубин общий — 10,5 мкмоль/л; гамма-глутамилтранспептидаза — 9 ед/л; железо — 20,8 мкмоль/л; калий — 3,8 ммоль/л; креатинин — 82,6 мкмоль/л; КФК — 30 ед/л; лактатдегидрогеназа — 272 ед/л; нарий — 142 ммоль/л; РФ — 32,3 МЕд/мл; СРБ — 7 г/л; триглицериды — 1,21 ммоль/л; холестерин — 4,71 ммоль/л; щелочная фосфатаза — 87 ед/л.

В общем анализе крови изменений не обнаружено, в биохимическом анализе крови повышение маркеров воспаления (РФ, СРБ).



Общий анализ крови от 03.02.2020: снижение гемоглобина (119 г/л), замедление СОЭ (16 мм/ч). Биохимический анализ крови от 03.02.2020: снижение АЛТ (9 Ед/л); повышение креатинина (88,32 мкмоль/л).

Иммунологическое исследование от 29.01.2020: криоглобулины — положительно 1+.

Иммунологический анализ крови от 31.01.2020: АТ к  $\beta_2$ -гликопротеину (IgA/IgG/IgM) — 2,6 Ед/мл (0–10,0); АТ к кардиолипину (IgA/IgG/IgM) — 1,2 Ед/мл.

Иммунологический анализ крови от 22.01.2020: компонент комплемента С3 — 0,51 г/л, С4 — 0,05 г/л

Обнаружены криоглобулины, снижены фракции комплемента С3, С4.

Показатели гемостаза от 29.01.2020: определение волчаночного антикоагулянта 30 с.

Общий анализ мочи от 22.01.2020: белок — 0,05 г/л, лейкоциты — 10–15 в поле зрения, эритроциты — 8–10 в поле зрения, цилиндры гиалиновые, зернистые, соли аморфные фосфаты — большое количество, бактерии — большое количество.

Анализ мочи по Нечипоренко от 22.10.2020: лейкоциты — 3000/мл, эритроциты — 2750/мл, цилиндры — нет.

Суточная протеинурия от 27.01.2020 — 0,16 г.

**Данные диагностических обследований.** Автоматизированная спирография на основе регистрации пневмотахограммы и кривой «поток-объем» от 22.01.2020: вентиляционные показатели в пределах нормы.

Компьютерная томография 1 анатомической области у взрослых (без контрастирования) от 27.01.2020: внутريدольковый интерстиций незначительно утолщен, уплотнен.

УЗИ органов гепатобилиарной системы (печень, желчный пузырь и желчные протоки, поджелудочная железа) от 22.01.2020: незначительные диффузные изменения экоструктуры поджелудочной железы.

ЭКГ (в 12 отведениях) 6-канальным неавтоматизированным электрокардиографом от 22.01.2020: ЧСС — 92 в минуту; интервал PQ — 0,14 с. Интервал QRS — 0,08 с. электрическая ось сердца не отклонена. Заключение: синусовая тахикардия. Нерезко выраженные изменения миокарда.

Консультация врача-физиотерапевта в стационаре от 28.01.2020: для уменьшения выраженности проявлений синдрома Рейно и болевого суставного синдрома назначен фонофорез гидрокортизона на кисти, запястные суставы 4 поля №5.

Консультация врача-офтальмолога от 27.01.2020: тест Ширмера OU 1 мм << М. OU-осмотр б/я линзой: тяжелая степень унетения слезообразования. Периферия без особенностей.

Задняя отслойка стекловидного тела. Заключение: ксерофтальмия. Рекомендации: массаж шейно-воротниковой зоны и лечебная физкультура (ЛФК).

На основании жалоб при поступлении, анамнеза, осмотра и дополнительных методов обследования выставлен диагноз: СКВ (АНФ+), рецидивирующе-ремиттирующее течение, умеренной активности (SELENA-SLEDAI 10 баллов), с поражением кожи и слизистых оболочек (синдром Роуэлла, фотосенсибилизация, хейлит, эритематозно-папулезные, геморрагические, везикулярные высыпания), суставов (мигрирующий полиартрит анамнестически), мышечной системы (миалгии анамнестически — указаны в жалобах), лимфатической системы (лимфаденопатия анамнестически), периферических сосудов (синдром Рейно), почек (мочевой синдром), конституциональный синдром (слабость), вторичный синдром Шегрена (анти-SS-A/Ro-52+, РФ+, сухой конъюнктивит, ксеростомия), вторичная криоглобулинемия, обострение, лечение ГКС, в том числе в сверхвысоких дозах, гидроксихлорохином, метотрексатом.

Осложнения: медикаментозный гиперкортицизм.

По результатам проведенного обследования констатирована СКВ (дискоидные высыпания, фотосенсибилизация, артрит, АНФ+) с синдромом Шегрена (ксерофтальмия, ксеростомия, РФ+, выявлены АТ к SS-A/Ro-52, проба Ширмера OU Им), с синдромом Роуэлла. Обращает на себя внимание впервые выявленный минимальный мочевой синдром (протеинурия, лейкоцитурия, микрогематурия, цилиндурия), который требует дальнейшего наблюдения. При обследовании в стационаре данные за вторичный антифосфолипидный синдром не выявлены (отсутствие тромбозов анамнестически, антител к  $\beta_2$ -гликопротеину, кардиолипину, волчаночный антикоагулянт — в пределах нормы).

**Проведено лечение:** преднизолон внутрь 20 мг/сут, метотрексат внутрь 10 мг в неделю; с 30.01.2020 — 15 мг в неделю, бисопролол внутрь 5 мг/сут, гидроксихлорохин 400 мг/сут, фолиевая кислота внутрь 1 мг/сут 6 дней в неделю, омега-3 жирные кислоты внутрь 40 мг/сут, физиотерапевтическое лечение (фонофорез), ЛФК.

В связи с сохранением активности основного заболевания принято решение об усилении лечения — начат прием гидроксихлорохина в дозе 400 мг/сут, увеличена доза метотрексата до 15 мг в неделю, рекомендовано повысить дозу до 20–30 мг в неделю под контролем переносимости. Дозу ГКС оставить прежней, обсуждать повышение до 40–60 мг/сут по преднизолону при персистировании активности кожного процесса. Необходимо постоянное динамическое врачеб-

ное наблюдение — регулярный контроль анализов, амбулаторное наблюдение, стационарное лечение.

Иммунологическая панель у пациентки С. больше характерна для волчаночной природы патогенеза. Высокие титры АНФ, анти-SS-A, анти-SS-B антител принято считать маркерами процессов, протекающих при СКВ и синдроме Шегрена. В то же время обращает внимание сочетание СКВ с целым рядом синдромов: Рейно, Шегрена, кожным синдромом по типу МЭЭ или синдрома Роуэлла, а также положительные пробы на РФ и высокий АНФ в титре 1:5120 (крупногранулярный тип, точки в ядре), гипокомплементемия. Отсутствие RNP/Sm нетипично для СЗСТ. Процент выявления RNP/Sm при СЗСТ, по данным ряда исследователей, колеблется от 80 до 100% [13].

Ведущим в клинической картине является тяжелое поражение кожи по типу синдрома Роуэлла (язвочки на наружной поверхности нижней губы, многочисленные бледные и яркие папулезные, эритематозные высыпания, в области кистей — везикулярные высыпания, на нижних конечностях геморрагические высыпания; РФ+ анти-SS-A/Ro-52+, стойкий рецидивирующий характер кожного синдрома в анамнезе), что требует активной иммуносупрессивной терапии.

Спустя 2 мес после выписки из стационара на фоне проводимого лечения нормализовались лабораторные показатели крови и мочи, но продолжает рецидивировать кожная симптоматика. Рассматривается возможность альтернативной цитостатической терапии. Больная находится под наблюдением ревматолога и дерматолога с проведением дифференциальной диагностики указанных заболеваний, хотя принципы их терапии совпадают.

Сообщение имеет целью привлечь внимание к терминологии и трактовкам диагностики СЗСТ. Вероятно, биомаркеры могут быть использованы в качестве «терапевтических мишеней» для генноинженерных биологических препаратов — моноклональных антител и гибридных белковых молекул.

\*\*\*

Авторы подтверждают отсутствие финансовых и иных конфликтных интересов.

## Литература/Reference

1. Насонов Е.Л. Новые возможности фармакотерапии иммуновоспалительных ревматических заболеваний: фокус на ингибиторы интерлейкина 17. *Научно-практическая ревматология*. 2017; 55 (1): 68–86 [Nasonov E.L. New possibilities of pharmacotherapy for immunoinflammatory rheumatic diseases: a focus on inhibitors of interleukin-17. *Rheumatology Science and Practice*. 2017; 55 (1): 68–86 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2017-68-86>

2. Насонов Е.Л., Елисеев М.С. Роль интерлейкина 1 в развитии заболеваний человека. *Научно-практическая ревматология*. 2016; 54 (1): 60–77 [Nasonov E.L., Eliseev M.S. Role of interleukin 1 in the development of human diseases. *Rheumatology Science and Practice*. 2016; 54 (1): 60–77 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2016-60-77>

3. Garlanda C., Dinarello C.A., Mantovani A. The interleukin-1 family: back to the future. *Immunity*. 2013; 39: 1003–18. DOI: 10.1016/j.immuni.2013.11.010

4. Sharp G.G. et al. Mixet connective tissue disease syndrome associated with a specific antibody to extractable nuclear antigen (ENA). *Am J Med*. 1972; 52: 148–59. DOI: 10.1016/0002-9343(72)90064-2

5. Rowell N.R., Beck J.S., Anderson J.R. Lupus erythematosus and erythema multiforme-like lesions. A syndrome with characteristic immunological abnormalities. *Arch Dermatol*. 1963; 88: 176–80. DOI: 10.1001/archderm.1963.01590200064012

6. Lie J.T. Pathology aspects of systemic vasculitis. *Rev Esp Rheum*. 1993; 20 (1): WS 82:207–208.

7. Семенкова Е.Н. Этиология системных васкулитов и перспективы лечения. *Врач*. 2000; 5: 4–5 [Semenkova E.N. Etiologiya sistemnykh vaskulitov i perspektivy lecheniya. *Vrach*. 2000; 5: 4–5 (in Russ.)].

8. Галлямова Ю.А. Синдром Роуэлла в практике дерматолога. *Лечащий врач*. 2011; 10: 22 [Gallyamova Yu.A. Sindrom Rouella v praktike dermatologa. *Lechashchii vrach*. 2011; 10: 22 (in Russ.)].

9. Таганов А.В., Тамразова О.Б., Гуреева М.А. Синдром Роуэлла в дерматологической практике (клиническое наблюдение). *Альманах клинической медицины*. 2019; 47 (5): 470–6 [Taganov A.V., Tamrazova O.B., Gureeva M.A. Rowell syndrome in dermatological practice (a clinical case). *Almanac of Clinical Medicine*. 2019; 47 (5): 470–6 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.18786/2072-0505-2019-47-049>

10. Иванов О.Л., Халдин А.А., Заборова В.А. и др. Современный взгляд на синдром Роуэлла. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2003; 1: 20–2 [Ivanov O.L., Khaldin A.A., Zaborova V.A. et al. A recent understanding of Rowell's syndrome. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2003; 1: 20–2 (in Russ.)].

11. Синяченко О.В., Барабадзе И.В., Чурилов А.В. Половые и гонадотропные гормоны при патологии мочеполовых органов у больных системной красной волчанкой. *Український терапевтичний журнал*. 2005; 4: 62–5 [Sinyachenko O.B., Barabadze I.V., Churilov A.V. Sex and gonadotropin hormones in urogenital system diseases in patients with systemic lupus erythematosus. *Ukrainian Therapeutical Journal*. 2005; 4: 62–5 (in Russ.)].

12. Соловьев С.К., Асеева Е.А., Попкова Т.В. и др. Системная красная волчанка: новые горизонты диагностики и терапии. *Научно-практическая ревматология*. 2020; 58 (1): 5–14 [Solovyev S.K., Aseeva E.A., Popkova T.V. et al. Systemic lupus erythematosus: new horizons for diagnosis and therapy. *Rheumatology Science and Practice*. 2020; 58 (1): 5–14 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2020-5-14>

13. Мазуров В.И., Онущенко И.А. Смешанное заболевание соединительной ткани (синдром Шарпа). В кн. *Клиническая ревматология*. СПб: Фолиант, 2005; с. 301–9 [Mazurov V.I., Onushchenko I.A. Smeshannoe zaboolevanie soedinitel'noi tkani (sindrom Sharpa). V kn. *Klinicheskaya revmatologiya*. SPb: Foliant, 2005; s. 301–9 (in Russ.)].

## ABOUT MIXET CONNECTIVE TISSUE DISEASE AND SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS WITH THE ROWELL SYNDROME

A. Marusina

Yaroslavl State Medical University

*Is represented the clinico-immunological characteristic of patient, which the development of disease on the clinical syndromes can be attributed to the mixed connective tissue disease (Class XIII. M.35.1.) from the group of immunoinflammatory rheumatic diseases or to consider as systemic lupus erythematosus with the Rowell syndrome.*

**Key words:** mixed connective tissue disease, systemic lupus erythematosus, Rowell syndrome, serologic biomarkers.

**For citation:** Marusina A. About mixet connective tissue disease and systemic lupus erythematosus with the Rowell syndrome. *Vrach*. 2020; 31 (9): 58–62. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-09-10>