

# ХРОНИЧЕСКИЙ ЛУЧЕВОЙ ДЕРМАТИТ

## ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Д.м.н. Николаева Т.В.

К.м.н. Пострелко М.Д

Д.м.н. Воронина Л.Г.

Вознесенская Н.В.

Кафедра дерматовенерологии

Россия, Оренбург, 2022 г.

**Аннотация.** В статье представлен клинический случай хронического лучевого дерматита, возникшего спустя пять лет после окончания лучевой терапии по поводу рака молочной железы. Клиническая картина поражений локализовалась в проекции воздействия ионизирующего излучения. Высыпания были представлены эритематозными участками, очагами атрофии, множественными телеангиэктазиями трещинами, шелушением, единичной язвой. диаметром до 0,8 см, покрытая серозно-геморрагической корочкой. При дерматоскопии наблюдались участки атрофии кожи беловатого и восковидного цвета, телеангиэктазиями, гиперпигментации, шелушение, единичный язвенный дефект, покрытый корок. Длительность периода от момента воздействия этиологического фактора до возникновения поражений кожи затрудняет диагностику данного заболевания. Своевременное установление диагноза возможно при учете совокупности анамнестических и объективных данных и знание клинических особенностей лучевых повреждений кожи.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** лучевой дерматит, клинические особенности, диагностика

## A CHRONIC RADIATION DERMATITIS

**ORENBURG STATE  
MEDICAL UNIVERSITY**

**MD Nikolaeva T.V.**

**PhD Postrelko M.D.**

**MD Voronina L.G.**

**Voznesenskaya N.V.**

**Department of Dermatovenereology**

**Russia, Orenburg, 2022**

**Abstract.** The article presents a clinical case of chronic radiation dermatitis that occurred five years after the end of radiation therapy for breast cancer. The clinical picture of lesions was localized in the projection of exposure to ionizing radiation. The rashes were represented by erythematous areas, foci of atrophy, multiple telangiectasias, cracks, peeling, and a single ulcer. Dermoscopy revealed areas of whitish and waxy skin atrophy, telangiectasias, hyperpigmentation, peeling, a single ulcerative defect, covered with crusts. The duration of the period from the moment of exposure to the etiological factor until the onset of skin lesions makes it difficult to diagnose this disease. Timely diagnosis is possible when taking into account the totality of anamnestic and objective data and knowledge of the clinical features of radiation damage to the skin.

**KEY WORDS:** radiation dermatitis, clinical features, diagnosis

Лучевая терапия используется в лечении широкого спектра онкологических заболеваний. Использование этого метода в ряде случаев осложняется радиационно-индуцированными изменениями кожи. Последние классифицируют на острые и хронические лучевые дерматиты. Острый

лучевой дерматит возникает как правило в течение девяноста дней от начала терапии. Клинически они характеризуются возникновением преходящей эритемы, разрешающейся в течение нескольких суток, кроме этого может наблюдаться возникновение стойкой эритемы. Появление эритематозных очагов может сопровождаться сухостью кожи, шелушением, выпадением волос, очаговыми нарушениями пигментации. Более тяжелые клинические проявления возникают в случае, когда общая доза облучения кожи составляет 40 Гр и более [1]. Они заключаются в появлении очагов влажного шелушения, отека, экссудации, пузырей, язв вследствие некроза эпидермиса [2].

Особенностью хронических лучевых поражений кожи являются поздние сроки клинической манифестации, часто через несколько лет, после завершения курса лучевой терапии [3]. Кожный патологический процесс включает атрофию кожи, появление телеангиэктазий, отека и прогрессирующей индурации кожи, фиброза, дисхромий, очагового некроза [4, 5].

Приводим собственное наблюдение.

На кафедру дерматовенерологии ОрГМУ с диагностической целью была направлена пациентка 54 лет с предварительным диагнозом микробная экзема. Высыпания на коже груди, не сопровождавшиеся субъективными ощущениями, появились без видимой причины около полугода назад. С жалобами на высыпания пациентка обратилась к дерматологу по месту жительства, в ходе наблюдения выставлялись диагнозы контактный дерматит, микробная экзема, токсидермия, по поводу которых назначалось общее и наружное лечение, не приведшее к клиническому улучшению. Из анамнеза известно, что в 2017 г. пациентке была проведена секторальная резекция молочной железы с последующей лучевой терапией. Проведение лучевой терапии не сопровождалось какими-либо осложнениями.

*Status localis.* Кожный патологический процесс с локализацией преимущественно на коже молочных желез. На коже правой молочной железы

наблюдается нормотрофический рубец (после проведенной секторальной резекции молочной железы). Очаги поражения имеют четкие границы. Кожа в очагах поражения сухая, уплотненная на ощупь, местами выглядит стянутой. В пределах очагов поражения наблюдаются эритематозные участки, чередующиеся с очагами атрофии, на фоне которых имеются множественные телеангиэктазии красного и синюшно-красного цвета, мелкие поверхностные трещины, шелушение, на коже правой груди единичная имеется неглубокая язва диаметром до 0,8 см, покрытая серозно-геморрагической корочкой. Дерматоскопически эпидермис выглядит пергаментоподобным, отмечаются чередующиеся участки атрофии кожи беловатого и восковидного цвета, окаймленные телеангиэктазиями, очажки гиперпигментации, шелушение.

С учетом жалоб пациентки на высыпания, без выраженных субъективных ощущений, анамнестических данных о предшествующей за несколько лет до манифестации поражений кожи лучевой терапии и данных объективного осмотра, а именно высыпания в проекции воздействия ионизирующего излучения, был выставлен диагноз хронический лучевой дерматит.

Пациентка была направлена на лечение и последующее наблюдение в онкологический диспансер.

В представленном наблюдении хронический лучевой дерматит развился спустя пять лет после окончания лучевой терапии. Длительность периода от момента воздействия этиологического фактора до возникновения поражений кожи затрудняет диагностику данного заболевания. Своевременное установление диагноза возможно при учете совокупности анамнестических и объективных данных и знание клинических особенностей лучевых повреждений кожи.

***Использованные источники:***

1. McQuestion M. Evidence-based skin care management in radiation therapy: clinical update. *Semin Oncol Nurs* 2011; 27: e1–17.
2. Mendelsohn FA, Divino CM, Reis ED, et al. Wound care after radiation therapy. *Adv Skin Wound Care* 2002; 15: 216–224.
3. Harper JL, Franklin LE, Jenrette JM, et al. Skin toxicity during breast irradiation: pathophysiology and management. *South Med J* 2004; 97: 989–993.
4. Wong RK, Bensadoun RJ, Boers-Doets CB, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of acute and late radiation reactions from the MASCC Skin Toxicity Study Group. *Support Care Cancer* 2013; 21: 2933–2948.
5. Leventhal J, Young MR. Radiation Dermatitis: Recognition, Prevention, and Management. *Oncology (Williston Park)*. 2017 Dec 15;31(12):885-7, 894-9.