

УДК 616.5'002.525.2+616.5'002.192'079.4]:617.52

С.Г. Ленкин

## К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАПУЛО- БУГОРКОВЫХ ДЕРМАТОЗОВ ЛИЦА

Владивостокский государственный медицинский университет

*Ключевые слова:* милиарная диссеминированная волчанка лица, мелкоузелковый саркоид, дифференциальная диагностика дерматозов.

В последние годы в медицинской литературе появились сообщения о резком увеличении количества больных туберкулезом в России, в том числе лиц с туберкулезом кожи [1]. Подобную динамику заболеваемости объясняют неблагоприятной социально-экономической обстановкой и резким падением уровня жизни населения, снижением качества лечебно-профилактической помощи больным туберкулезом [2]. По данным Д. Фицпатрика, 90-95% людей в течение жизни страдают угревидными сыпями лица, связь которых с туберкулезом до сих пор дискутируется [4].

Причиной такой путаницы является морфологическая сущность рассматриваемых болезней — гранулематозное воспаление, взгляды на причины которого за последнее время коренным образом изменились. Если ранее гранулематозное воспаление относили к морфологическим признакам туберкулеза [3], то в настоящее время установлено, что причиной образования гранул могут быть несколько десятков агентов [4].

Среди дерматозов лица, протекающих с образованием эпителиоидноклеточных гранул, особое место занимает описанный в 1905 г. С. Воеск мелкоузелковый саркоид [6]. До настоящего времени этиология данного заболевания неизвестна, а дифференциальная диагностика с ранее рассматриваемыми нозологическими единицами представляется сложной из-за схожести клиники и гистологической картины. По мнению А.В. Самцова [2] и W. Lever и G. Schamburg-Lever [7], наиболее трудна дифференциация мелкоузелкового саркоида и милиарной диссеминированной волчанки лица. Р. Verbis, Y. Privat [5] считали милиарную диссеминированную волчанку лица формой мелкоузелкового саркоида.

По мнению А.В. Самцова дифференциальная диагностика этих заболеваний основана на следующих критериях: 1) наличие при саркоиде эпителиоидноклеточного бугорка, очерченного более или менее выраженным валом лимфоцитов, 2) отсутствие казеоза (фибриноидный некроз может встречаться), 3) наличие гигантских клеток обоих типов, число которых варьирует, и они не определяют морфологическую картину, 4) вид «голового» бугорка при

саркоиде, в то время как при милиарной диссеминированной волчанке лица воспалительная реакция локализуется вокруг и внутри гранулемы, 5) при милиарной диссеминированной волчанке лица инфильтрат располагается близко к эпидермису.

Милиарная диссеминированная волчанка лица (*Lupus miliaris disseminatus faciei*) была впервые описана в журнале *The Lancet* в 1878 г. F. Tilbury под названием «Disseminated follicular lupus, симулирующий аспе» [8]. Характерным было отсутствие реакции на терапию, проводимую при вульгарных угрях и оставление при разрешении процесса маленького оспенновидного рубчика. В отечественной литературе милиарная диссеминированная волчанка лица бесспорно относится к туберкулезу кожи. Основанием для подобной трактовки являются данные клинической картины — первичным морфологическим элементом кожной сыпи является бугорок со всеми присущими туберкулезу характеристиками (мягкая консистенция, желтовато-бурый цвет, феномен «яблочного желе» при диаскопии, участки некроза в центре бугорка и заживление его с формированием рубчика).

Обследовано 16 человек с милиарной диссеминированной волчанкой лица и 15 человек с мелкоузловым саркоидозом кожи лица. Диагностика основывалась на клинической картине, результатах гистологического исследования, обследования внутренних органов.

У 14 больных волчанкой высыпания локализовались на щеках, у 8 — на лбу, у 6 — на подбородке, у 4 — на носу, в области верхней и нижней губ и носогубных складок. Сыпь состояла из полушаровидных узелков диаметром 0,2-0,3 см, выступавших над уровнем кожи. У всех пациентов при диаскопии отмечался положительный симптом яблочного желе. У 9 человек выявлялись более или менее выраженные телеангиэктазии, у 7 пациентов — пустулизация отдельных папул, у 6 — мелкие атрофические рубчики. Длительность болезни составляла от 6 месяцев до 4 лет. У 9 больных при обследовании были обнаружены различные воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта. 5 человек длительного времени применяли кортикостероидные мази.

При гистологическом исследовании элементов сыпи во всех случаях было выявлено истончение и местами неравномерное утолщение эпидермиса. В верхней части дермы перифолликулярно либо между волосяными фолликулами, реже без всякой связи с ними располагались бугорки. Они содержали в центре казеозный некроз, окруженный эпителиоидными и единичными гигантскими клетками, лимфоцитами и нейтрофилами (последние располагались преимущественно по периферии бугорков в виде более или менее отчетливого вала). Кроме того, отмечалась выраженная периваскулярная инфильтрация, состоящая из лимфоцитов и гистиоцитов.

Реакция Манту была отрицательной у 7 из 12 обследованных. Окраска фуксином по Цилю-Нильсону на микобактерии туберкулеза, проведенная 5 пациентам, дала отрицательный результат. При культивировании биоптатов 4 случаях роста микобактерий не обнаружено.

При обследовании внутренних органов на предмет туберкулезной инфекции и тщательном сборе анамнеза было выяснено, что в 1 случае был контакт с больным туберкулезом на работе. У всех остальных пациентов этой группы не было выявлено туберкулезных поражений внутренних органов при самом тщательном обследовании и отрицались таковые в анамнезе, так же как и тесный контакт с туберкулезными больными.

Учитывая противовоспалительное действие, 8 пациентам был назначен дапсона (по 0,05 г в день). Поражения претерпели следующую динамику: до начала лечения основным элементом сыпи были красно-коричневые папулы, которые спустя 10-14 дней потемнели, через 15-21 день от начала приема дапсона у большинства папул появились желтовато-белые центры, а в некоторых и кратерообразная ямка в центре. Постепенно высыпания покрылись чешуйками, похожими на питириазиформные. После 10-15 недель от начала лечения почти все папулы исчезли, оставив после себя маленькие вогнутые рубчики. На этом этапе доза дапсона была уменьшена до 0,025 г в день, и лечение продолжалось еще 4-6 недель. Было интересно отметить, что все вышеописанные изменения произошли одновременно практически на всех папулах у лечившихся пациентов, в то время как до лечения у них можно было обнаружить папулы на разных стадиях развития.

Семь больных милиарной диссеминированной волчанкой лица получали фтивазид по одной таблетке три раза в день. Уплотнение и оседание бугорков, иногда их рубцевание, уменьшение эритемы отмечалось после 40-50 дней применения этого препарата в сочетании с сосудистыми и десенсибилизирующими средствами. Полное клиническое выздоровление наступало после приема 160-200 г фтивазида.

#### Клинический пример.

Больной П. 26 лет. Около года назад на лбу и веках проявились узелки. В течение нескольких месяцев процесс распространился на нос и подбородок. Отмечал ухудшение заболевания в зимнее время. Лечение ампициллином, резорциновым спиртом не дало эффекта. При обследовании внутренних органов выявлен хронический гиперацидный гастрит. Дерматологический статус: поражена кожа подбородка, носа, щек, век, на этих участках видны полушаровидные узелки 2-3 мм в диаметре, розоватого цвета; отдельные узелки располагались близко друг к другу, однако полного слияния не наблюдалось; при диаскопии обнаруживался положительный симптом яблочного желе, некоторые разрешившиеся папулы оставляли вдавленные оспенновидные рубчики (рис. 1, а). В чешуйках лица *Demodex folliculorum* не найден. Реак-

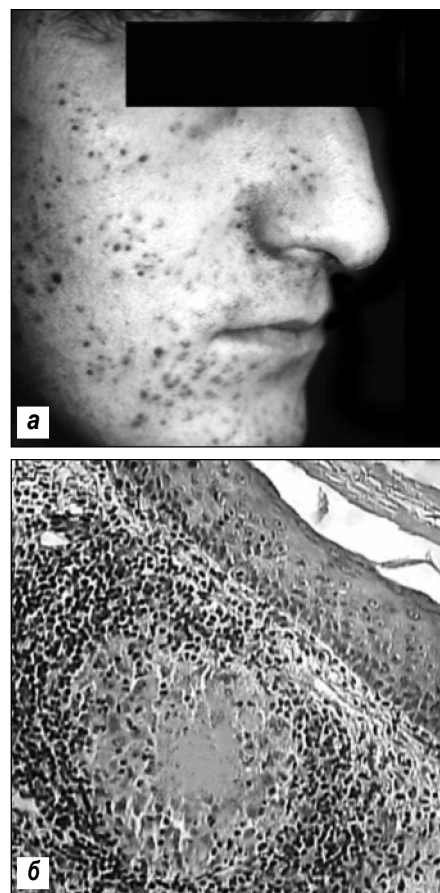


Рис. 1. Милиарная диссеминированная волчанка лица. а — внешний вид больного; б — биоптат кожи: гранулематозный инфильтрат с центральным казеозным некрозом; окраска гематоксилином и эозином,  $\times 100$ .

ция Манту положительная. При обследовании внутренних органов туберкулеза не выявлено, пациент контакт с больными туберкулезом отрицал. При гистологическом исследовании обнаружен перифолликулярно расположенный инфильтрат, состоящий из центрального казеозного некроза, окруженного эпителиоидными клетками и периферическим валом из лимфоцитов (рис. 1, б).

Диагноз: милиарная диссеминированная волчанка лица. Лечение: фтивазид, аутогемотерапия, глюконат кальция, доксиум. Полное клиническое выздоровление.

У больных мелкоузловым саркоидозом сыпь состояла из полушаровидных узелков розоватого цвета. Длительность болезни варьировала от нескольких месяцев до 5 лет. При гистологическом исследовании у 12 человек обнаружены четко отграниченные бугорки, состоявшие исключительно из эпителиоидных клеток, с небольшим количеством гигантских клеток типа Лангханса. У 3 больных с неспецифической гистологической картиной в диагностике решающими оказались данные рентгенологического обследования — обнаружение кистоподобных оститов Морозова-Юнглинга и саркоидного поражения медиастинальных лимфатических узлов.

Преднизолон был назначен 3 больным в дозе 50 мг в сутки. Клинический эффект был отмечен во всех случаях. Оседание отдельных бугорков и появление

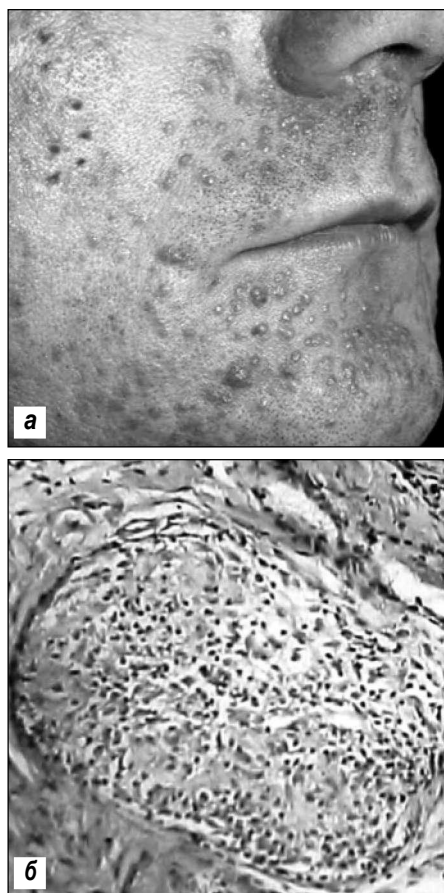


Рис. 1. Мелкоузелковый саркоид кожи лица.

а — внешний вид больного; б — биоптат кожи: саркоидная гранулема из эпителиоидных клеток; окраска гематоксилином и эозином,  $\times 200$ .

отрубевидного шелушения, можно было наблюдать через 4-6 недель. Полное выздоровление зарегистрировано через 3 месяца после начала терапии.

Комбинированную терапию в виде сочетания преднизолона (30 мг в сутки) с цитостатиком проспирином (100 мг в сутки) получало 12 больных. Положительный эффект (оседание бугорков) был отмечен через 3-3,5 недели. Клиническое выздоровление наступило через 1,5-2 месяца. Пробное лечение фтивазидом в сочетании с сосудистыми препаратами, проведенное в трех наблюдениях, результатов не дало.

#### Клинический пример.

Больной М. 36 лет. Заболевание началось около 9 месяцев назад, когда в области подбородка на фоне легкой эритемы появились узелки, через 3 месяца аналогичные высыпания распространились на носогубные складки, верхнюю губу, щеки. Лечился в течение нескольких дней мазью «Элоком», без эффекта. При обследовании внутренних органов выявлен гипертрофический гастрит. Реакция Манту отрицательная. В соскобе с кожи лица *Demodex folliculorum* не обнаружен. Дерматологический статус: поражена кожа подбородка, верхней губы, носогубных складок, щек, на этих участках на фоне незначительной эритемы определялись полушаровидные и слегка уплощенные узелки 2-3 мм в диаметре розового цвета с желтым оттенком, в области щек отмечались атрофические рубчики; при диаскопии папул выявлялись желтовато-бурые пятнышки (рис. 2, а). Биопсия: эпидермис

истончен, его отростки сглажены. В верхней части дермы между фолликулами и перифолликулярно обнаруживались четко отграниченные очаги из эпителиоидных клеток (рис. 2, б).

Диагноз: мелкоузелковый саркоид кожи лица. Лечение: кортикостероиды, проспирин, сосудистые препараты, местная терапия. Полное клиническое выздоровление.

Таким образом, сравнение больных мелкоузелковым саркоидом и милиарной диссеминированной волчанкой лица по клинической картине, началу и развитию заболевания, особенностям его течения, иногда даже по гистологической картине, свидетельствует о трудности их дифференциальной диагностики. Диагноз мелкоузелкового саркоида при изолированном поражении кожи можно поставить только при обнаружении пролифератов, состоящих из эпителиоидных клеток. Если при гистологическом исследовании наряду с эпителиоидными клетками обнаруживаются лимфоциты, то для подтверждения диагноза необходимо найти поражение внутренних органов. Гистологические отличия, поражение внутренних органов при мелкоузелковом саркоиде, отсутствие эффекта от монотерапии фтивазидом говорят о том, что милиарная диссеминированная волчанка лица и мелкоузелковый саркоид являются различными заболеваниями.

#### Литература

1. Иванов О.Л., Потеев Н.С., Молочков В.А. *Кожные и венерические болезни*. — М.: Медицина, 1997.
2. Самцов А.В. *Клиникоморфологические критерии дифференциальной диагностики угревидных сыпей лица*: Автореф. дис... канд. мед. наук. — Л., 1982.
3. Струков А.И., Кауфман О.Я. *Гранулематозное воспаление и гранулематозные болезни*. — М.: Медицина, 1989.
4. Фицпатрик Д.Е., Эллинг Д.Л. // *Секреты дерматологии*. — СПб., 1999. — С.100-172.
5. Berbis P., Privat Y. // *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1987. — Vol. 16, No. 6. — P. 1271-1272.
6. Boeck C. // *Arch. Dermatol. Syph.* — 1905. — Bd. 73. — S.71-86, 301-332.
7. Lever W., Schaumburg-Lever G. *Histopathology of the skin*. — 7th Ed. — Philadelphia: JB Lippincott., 1990.
8. Tilbury F. // *The Lancet*. — 1878. — N 2863. — P.35.

Поступила в редакцию 30.11.02.

#### ON DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF PAPULONODULAR DERMATOSIS OF FACE

S.G. Lenkin

Vladivostok State Medical University

Summary — The author is engaged in studying of differential diagnostics of miliary disseminated face lupus and small nodular sarcoid. On comparing the examination and medical treatment results, as well as the clinicopathologic picture of 15 patients suffering from small nodular sarcoid and 16 patients with miliary disseminated lupus of face, the physician discusses the detected clinical, morphologic and therapeutic differences of the diseases.

*Pacific Medical Journal*, 2003, No. 4, p. 42-44.