

Дифференциальная диагностика хронических рецидивирующих дерматозов кожи лица

А.В. Добровольская

Клиника «Ренессанс-Медикал»

Резюме

Работа посвящена анализу основных дифференциально-диагностических критериев хронических рецидивирующих дерматозов кожи лица с учетом клинических особенностей заболевания. Разработан диагностический алгоритм акнеподобных заболеваний кожи лица, требующих индивидуальных дифференциально-диагностических подходов.

Ключевые слова: дифференциальная диагностика, акне, розацеа, дискоидная красная волчанка, себорейный дерматит, atopический дерматит, экзема лица.

Введение

В настоящее время проблема поражений кожи лица чрезвычайно актуальна. Многие авторы сообщают о росте заболеваний, сопровождающихся экссудативным и пролиферативным поражением кожи лица, таких как розацеа, акне, эритематодез, себорейный дерматит, экзема, atopический дерматит, лимфоцитарная инфильтрация Иснера – Канофа. Несвоевременная диагностика и нерациональная терапия таких дерматозов значительно усугубляет их течение, а иногда приводит к серьезным осложнениям и хронизации процесса. Некоторые дерматозы протекают сочетано с другими патологиями, и их проявления становятся нетипичными, что требует индивидуальных дифференциально-диагностических подходов. Таким образом, поиск клинических и морфологических особенностей дерматозов пролиферативного и экссудативного характера является актуальной задачей современной дерматологии [1, 9, 11, 12].

Цель работы: анализ и систематизация основных дифференциально-диагностических признаков

акнеподобных дерматозов с устойчивым поражением кожи лица.

Материалы и методы исследования

В группу наблюдения входили 100 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с устойчивыми поражениями кожи лица и длительностью заболевания более 2 мес. Для дифференциальной диагностики выделили заболевания, с высокой частотой поражающие кожу лица: акне, розацеа, дискоидная красная волчанка, себорейный дерматит, atopический дерматит, лимфоцитарная инфильтрация Иснера – Канофа, экзема. Несмотря на этиопатогенетические различия большинства дерматозов, клинические особенности ряда заболеваний были схожи и проявлялись сочетанной гиперемией, стойкой эритемой, экссудацией, папулезными высыпаниями, в некоторых случаях – атрофией кожи.

Результаты и их обсуждение

В группе пациентов, находившихся под нашим наблюдением, наиболее часто встречались больные

с акне – 33 пациента (33 %), средний возраст заболевших – 21,7 года, мужчин – 16, женщин – 17. *Acne vulgaris* – хроническое воспалительное заболевание сально-волосяных фолликулов, проявляющееся закрытыми или открытыми комедонами, воспалительными поражениями кожи в виде папул, пустул, узлов. В патогенезе акне ведущую роль играет генетически обусловленная гиперандрогения. В группе пациентов с акне, находившихся под нашим наблюдением, воспалительный процесс в сальных железах часто приводил к формированию пустул, кист, узлов. Поражались, как правило, зоны с большим количеством себорейных участков: лицо, верхняя часть груди, спины [2, 7, 13].

Из общего числа пациентов группы наблюдения розацеа была выявлена у 26 (26 %), средний возраст больных – 34,8 года, мужчин – 11, женщин – 15. Розацеа имела устойчивое, рецидивирующее течение с преимущественным поражением кожи лица, клинически заболевание проявлялось эритемой, папуло-пустулами, телеангиэктазиями. У большинства пациентов начало заболевания характеризовалось ливидной приливной эритемой. В дальнейшем на месте гиперемии появлялась умеренная инфильтрация, телеангиэктазии. Пустулизация в большинстве случаев формировалась за счет клеточного опосредованного иммунного ответа с диффузией большого количества нейтрофильных гранулоцитов в ответ на наличие *Demodex folliculorum*. В дальнейшем, вследствие хронического прогрессирующего течения, патологический процесс сопровождался формированием воспалительных узлов, инфильтратов, опухолевых разрастаний за счет прогрессирующей гиперплазии соединительной ткани, сальных желез и стойкого расширения сосудов. В более тяжелых случаях развивалась гипертрофия, у 3 пациентов в области носа сформировалась ринофима [3, 5].

Дискоидная красная волчанка (ДКВ) была выявлена у 6 пациентов (6 %) из группы наблюдения, средний возраст заболевших – 41,9 года, мужчин – 2, женщин – 4. ДКВ – аутоиммунное заболевание, характеризующееся системным поражением соединительной ткани, выраженной фоточувствительностью, эритематозными, папулезными, атрофическими высыпаниями на коже и слизистых.

Среди пациентов, находившихся под нашим наблюдением, эритематодез чаще проявлялся ограниченными очагами поражения с обострением в весенне-летний период, после инсоляции. Дерматоз преимущественно располагался на открытых участках тела, включая лицо, шею, красную кайму губ, волосистую часть головы, кисти. Наиболее часто поражались выступающие участки лица: скуловые части щек, спинка носа, области лба и подбородок. Характерной была триада симптомов: эритема, гиперкератоз, атрофия. Очаги слегка шелушились и при дальнейшем прогрессировании превращались в эритематозно-инфильтративные бляшки,

покрытые плотно сидящими чешуйками. По периферии дискоидных бляшек часто обнаруживались телеангиэктазии, зоны пигментации, депигментации. При удалении чешуек на их нижней поверхности отчетливо выделялись роговые шипики, при нажатии или соскабливании чешуек отмечалась болезненность за счет раздражения нервных окончаний фолликулов (положительный симптом Бенье – Мещерского). После разрешения воспаления в центре очагов часто формировалась рубцовая атрофия. В результате рубцовой атрофии на волосистой части головы оставалось стойкое облысение [4, 8, 12, 14, 15].

Из общего количества больных с себорейным дерматитом (СД) было выявлено 23 пациента (23 %), из них мужчин – 14, женщин – 9, средний возраст – 39 лет. СД – хроническое воспалительное заболевание кожи, богатой сальными железами (волосистая часть головы, брови, ресницы, носогубные складки, уши, заушное пространство, грудь, крупные складки кожи), характеризующееся нарушением функции сальных желез, количественным, качественным изменением кожного сала. Основное патогенетическое значение имеет нарушение физиологического равновесия между андрогенами и эстрогенами в сторону относительного увеличения содержания андрогенов. Качественные изменения кожного сала при себорее связаны с уменьшением концентрации свободных жирных кислот и увеличением количества триглицеридов и холестерина. При СД у пациентов группы наблюдения клинические проявления появлялись на лице в области щек, лба, волосистой части головы, реже – в области груди и верхней трети спины. Заболевание проявлялось зудом, гиперемией в местах поражения, эритематозно-сквамозными очагами без выраженной инфильтрации, образованием чешуек, корок. У большинства пациентов 17 (73,9 %) наблюдался гиперсекреторный тип себореи [2, 10].

Общее количество пациентов с экземой кожи лица составило 10 человек (10 %). Для экзематозного процесса в области лица характерен эволюционный полиморфизм высыпаний – разные стадии созревания морфологических элементов. У пациентов группы наблюдения преимущественно на щеках, лбу, подбородке формировались эритема, папулы, микровезикулы, пустулы, импетинозно-кровянистые корочки. Позже образовывались точечные эрозии, «серозные колодцы», выделялся экссудат. Серозная жидкость постепенно подсыхала с формированием желтых корок. При хронизации процесса формировалась инфильтрация, лихенификация, стойкая эритема. Течение процесса в большинстве случаев было волнообразное, ремиссии сменялись рецидивами [6, 7].

Лимфоцитарная инфильтрация Иснера – Канофа (ЛИИК) была выявлена у 2 пациентов (2 %) из группы наблюдения. Многие авторы рассматривают ЛИИК как вариант псевдолимфомы кожи, характеризующийся Т-лимфоцитарной инфильтрацией дермы без образования фолликулов. Чаще

всего поражается кожа лица, реже – конечности, спина, грудь. Процесс характеризуется устойчивым доброкачественным течением, иногда с сезонным обострением, может разрешаться самостоятельно. У пациентов, находившихся под нашим наблюдением, ЛИИК проявлялась плоскими инфильтративными бляшками, которые, увеличивались за счет периферического роста, постепенно сливались, уплотнялись, приобретали кольцевидную или дугообразную конфигурацию с гладкой или слегка шелушащейся поверхностью, синюшно-розового цвета. Вследствие периферического роста бляшки достигали 3–4 см в диаметре. Разрешение очагов происходило с центральной части, появлялись западения, что придавало очагам кольцевидный характер. Субъективные проявления, как правило, отсутствовали, изредка беспокоил незначительный зуд [6, 10].

Анализ клинических особенностей устойчивых дерматозов кожи лица позволяет выделить основные дифференциально-диагностические критерии и объединить их в виде таблицы. Таким образом, преобладающие особенности дерматозов представлены симптомокомплексами, удобными для использования в клинической практике (см. таблицу).

Выводы

1. Разработан дифференциально-диагностический алгоритм акнеподобных и хронических рецидивирующих дерматозов кожи лица.
2. Для улучшения диагностики хронических рецидивирующих дерматозов кожи лица целесообразно определять клиническую принадлежность процесса на ранних стадиях заболевания с установлением выраженности эритемы, экссудации, пролиферации, атрофии и др. проявлений заболевания.
3. Использование дифференциально-диагностического алгоритма при хронических рецидивирующих

Таблица Дифференциально-диагностические особенности дерматозов, поражающих кожу лица						
	Розацеа	ДКВ	СД	Экзема	ЛИИК	Акне
Телеангиэктазии	+	+	+-	-	-	-
Эритема стойкая	+	+	+-	+-	+	+-
Папулизация	+	+	+-	+-	+	+
Пустулизация	+	-	+-	+-	-	+
Везикуляция	-	-	-	+	-	-
С. Бенъе – Мещерского	-	+	-	-	-	-
Устойчивое течение > 3 мес	+	+	+-	+-	+	+-
Фоточувствительность	+	+	-	-	+	-
Атрофия	+-	+	-	-	+	-
Гиперкератоз	-	+	-	-	+	-
Инфильтративный периферический рост	-	+-	-	-	+	-
Ферментопатия	+	+-	+	+-	+	+-
Рубцы	-	+	-	-	+-	+-
Гиперсекреция сальных желез	-	-	+	-	+-	+

Примечание: «-» – никогда, «+-» – иногда, «+» – часто.

заболеваниях кожи лица значительно ускоряет постановку диагноза и выбор правильной терапевтической тактики.

Список литературы

1. Адашкевич В.П. Акне и розацеа [Текст] / В.П. Адашкевич. – М.: Медицина, 2000. – С. 26–32.
2. Адашкевич В.П. Акне вульгарные и розовые [Текст] / В.П. Адашкевич. – М.: Медицина, 2005. – С. 60–116.
3. Айзятуллов Р.Ф. Клиническая дерматология [Текст] / Р.Ф. Айзятуллов. – Донецк: Донецчина, 2002. – С. 9–11, 284–299.
4. Красная волчанка [Текст] / Л.А. Юсупова, Г.И. Мавлютова, Е.И. Юнусова, З.Ш. Гараева // Лечащий врач. – 2015. – № 2. – С. 12–19.
5. Кубанова А.А. Комплекс неинвазивных методов исследования патфизиологических процессов в коже больных розацеа [Текст] / А.А. Кубанова, Ю.Б. Махакова, А.И. Крупаткин // Вестник дерматологии и венерологии. – 2015. – № 3. – С. 75–86.
6. Самцов А.В. Лимфоцитарная инфильтрация Джесснера–Канофа: клиника, диагностика и лечение [Текст] / А.В. Самцов // Материалы 32 научно-практической конференции дерматовенерологов С.Петербурга. – СПб., 1997. – 50 с.
7. Свиришевская Е.В. Новые аспекты в патогенезе и терапии акне [Текст] / Е.В. Свиришевская, Е.В. Матушевская // Совр. пробл. дерматовенерол., иммунол. и врач. косметол. – 2011. – № 2. – С. 89–91.
8. Скрипкин Ю.К. Поражения кожи при болезнях соединительной ткани [Текст] / Ю.К. Скрипкин, Ю.С. Бутова, И.В. Хамаганова // В кн.: Клиническая дерматовенерология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 234–277.
9. Скрипкин Ю.К. Дерматология: Национальное руководство [Текст] / Ю.К. Скрипкин, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванов. – М., 2011. – С. 839–853.
10. Снарская Е.С. Лимфоцитарная инфильтрация Джесснера–Канофа [Текст] / Е.С. Снарская // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2015. – № 4. – С. 17–20.
11. Фицпатрик Т. Дерматология. Атлас-справочник [Текст] / Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вулф. – М.: Практика, 1999. – С. 68–75.
12. Clinical features, treatment and follow-ups of childhood systemic lupus erythematosus [Text] / C. Li, B. Wang, J. Zhang, X. Tan // Zhonghua Yi Xue Za Zhi. – 2014. – Vol. 94 (41). – P. 3259–3261.

References

1. Adaskevich VP. Akne i rosacea (Acne and rosacea). Moscow, 2000. P. 26-32.
2. Adaskevich VP. Akne vulgarie i rozovie (Acne vulgaris and pink). Moscow, 2005. P. 60-116.
3. Aiziatulov RF. Klinicheskaya dermatologia (Clinical dermatology). Donetsk: Donechina, 2002. P. 9-11, 284-299.
4. Jusupova LA, Mavlyitova GI, Junusova EI, Garaeva ZSh. Krasnaia volchanka (Red lupus). Lechashii vrach. 2015;2:2-19.
5. Kubanova AA, Mahakova JB, Krupatkin AI. Komplex neinvazivnih metodov issledovaniya patofiziologicheskikh processov v koje bolnih rosacea (A complex of univasion methods of research of physiopathology processes in the skin of patients of rosacea). Vestnik dermatologii i venerologii. 2015;3:75-86.
6. Samcov AV. Limfocitarnaia infiltracia Djessnera-Kanofa: klinika, diagnostika i lechenie (Limphocytting infiltration of Djessnera-Kanofa: clinic, diagnostics and treatment). Material 32 naychno-prakticheskoi konferenzii dermatovenerologov S. Peterburga. SPB, 1997. 50 p.
7. Svirishevskaya EV, Matushevskaya EV. Novie aspekti v patogeneze i terapii acne (New aspects are in pathogeny and therapy of acne). Sovr. probl. dermatovenerol., immune. i vrach. kosmetol. 2011;2:89-91.
8. Skripkin JK, Butov JS, Hagmanova IV. Porajenia koji pro bolezniakh soedenitelnoi tkani (Defeats of skin at illnesses of connecting of skin). Klinicheskaja dermatologia. M.: GEOTAR-Media, 2009. P. 234-277.
9. Skripkin JK, Butova JS, Ivanov OL. Dermatologia: Natsionalnoe rukovodstvo (Dermatology: National guidance). Moscow, 2011. P. 839-853.
10. Snarskaia ES. Limfocitarnaia infiltracia Djessnera-Kanofa (Limphocytting infiltration of Djessnera-Kanofa). Rossiiskii jurnal kojnih i venericheskikh boleznei. 2015;4:89-91.
11. Fitzpatrick T, Djonson R, Vulf K. Dermatologia. Atlas-spravochnik (Dermatology: Reference Atlas-book). Moscow: Praktika, 1999. P. 68-75.
12. Li C, Wang B, Zhang J, Tan X. Clinical features, treatment and follow-ups of childhood systemic lupus erythematosus. Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2014;94(41):3259-3261.

13. Propionibacterium acnes strain populations in the human skin microbiome associated with acne [Text] / S. Fitz-Gibbon, S. Tomida, B.H. Chiu, L. Nguyen, C. Du, M. Liu et al. // J Invest Dermatol. – 2013. – Vol. 133 (9):21. – P. 52–60.
14. Syste-mischer Lupus erythematodes bei Kindern und Jugendlichen [Text] / S. Sallmann, B. Fiebig, C.M. Hedrich, G. Heubner, M. Gahr // Z Rheumatol. – 2006. – Vol. 65. – P. 576–578.
15. Winkelmann R.R., Kim G.K., Del Rosso J.Q. Treatment of cutaneous lupus erythematosus. Review and assessment of treatment benefits based on Oxford centre for evidence-based medicine criteria [Text] / R.R. Winkelmann, G.K. Kim, J.Q. Del Rosso // J Clin Aesthet Dermatol. – 2013. – Vol. 6 (1). – P. 27–38.

13. Fitz-Gibbon S, Tomida S, Chiu BH, Nguyen L, Du C, Liu M, et al. Propionibacterium acnes strain populations in the human skin microbiome associated with acne. J Invest Dermatol. 2013;133(9):21-52-60.
14. Sallmann S, Fiebig B, Hedrich CM, Heubner G, Gahr M. Syste-mischer Lupus erythematodes bei Kindern und Jugendlichen. Z Rheumatol. 2006;65:576-578.
15. Winkelmann RR, Kim GK, Del Rosso JQ. Treatment of cutaneous lupus erythematosus. Review and assessment of treatment benefits based on Oxford centre for evidence-based medicine criteria. J Clin Aesthet Dermatol. 2013;6(1):27-38.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНИХ РЕЦИДИВНИХ ДЕРМАТОЗІВ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ

А.В. Добровольська

Клініка «Ренесанс-Медикал»

Резюме

Робота присвячена аналізу основних диференційно-діагностичних критеріїв хронічних рецидивуючих дерматозів шкіри з урахуванням клінічних особливостей захворювання. Розроблений діагностичний алгоритм акнеподібних дерматозів та інших захворювань шкіри у осіб, що потребують індивідуальних диференційно-діагностичних підходів.

Ключові слова: диференційна діагностика, акне, розацеа, дискоїдний червоний вовчак, себорейний дерматит, atopічний дерматит, екзема.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF CHRONIC RECRUDESCENT DERMATOSES OF FACE SKIN

A. V. Dobrovol'ska

Clinic «Renessans-Medical»

Abstract

The review of differential diagnostic criteria of acneform dermatoses with persistent exudative and erythematous facial skin lesions. A differential diagnostic algorithm for exudative acneform dermatoses has been developed. The use of differential diagnostic algorithms greatly accelerates the establishment of the diagnosis and the initiation of specific therapy.

Key words: differential diagnosis, rosacea, discoid lupus erythematosus, seborrheic dermatitis, lymphocytic infiltration of Isner – Canof, eczema.

Сведения об авторе:

Добровольская Анастасия Вячеславовна – врач-дерматовенеролог, клиника «Ренессанс-Медикал», г. Одесса.
E-mail: nasika31@gmail.com