

**ФОТОЗАДАЧА**

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.5-031:611.971-002.191

Кольцевидные элементы на коже верхних конечностей

Тарасенко Г.Н.^{1,2}, Химушкина Е.В.², Гребенюк Д.В.², Тарасенко Ю.Г.³

¹ФГБУ 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого (нач. – д.м.н. А.В.Есипов) Минобороны России, Красногорск, Московская область;
²Кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии (зав. – проф. В.В. Гладыко). МИУВ ФГБОУ ВПО Московского государственного университета пищевых производств, Москва; ³Клинико-диагностический центр (гл. врач – к.м.н. О.П. Эмирвелиева) ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

Б о л ь н а я Ж., 42 лет, предъявляла жалобы на появ- поражения, сопровождающиеся незначительным зудом ление на коже верхних конечностей кольцевидных очагов (рис. 1), гистологическая картина представлена на рис. 2.



Рис. 1

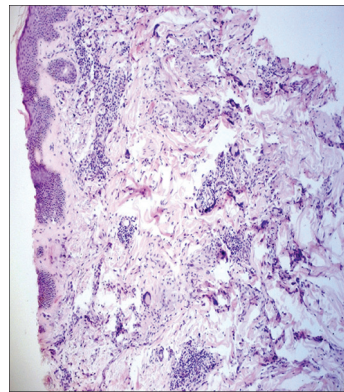


Рис. 2

Сведения об авторах:

Тарасенко Григорий Николаевич – кандидат мед. наук, доцент (drtarasenko@yandex.ru); Химушкина Екатерина Владимировна – клинический ординатор (ekhimushkina@mail.ru); Гребенюк Дарья Владимировна – клинический ординатор (d.grebenyuk197@gmail.ru); Тарасенко Юлия Григорьевна – канд. мед. наук, врач-дерматовенеролог (ygtarasenko@mail.ru).

Corresponding author:

Tarasenko Grigoriy, MD, PhD, docent (drtarasenko@yandex.ru).

Диагноз: кольцевидная гранулема, локализованный тип.

Патогистология. Очаги некробиоза в средней части дермы с отложением мучины, окруженные инфильтратом из палисადобразно расположенных гистиоцитов, а также лимфоцитов, плазматических клеток, нейтрофилов, фибробластов.

Общие сведения. Кольцевидная гранулема (КГ) – распространенный дерматоз, характеризующийся кольцевидно расположенными узелковыми высыпаниями, в основе формирования которых лежит гранулематозная воспалительная реакция, в центре которой располагается очаг некробиоза (деструкции) коллагена [1, 2]. Кольцевидная гранулема – приобретенное воспалительное заболевание неизвестного происхождения. Заболевание может разрешиться самостоятельно или персистировать в течение многих лет [1, 3]. Предполагают, что гранулематозные изменения кожи возникают как реакция иммунной системы на туберкулезную инфекцию (БЦЖ-вакцинация, постановку туберкулиновой пробы), аутоиммунный тиреоидит, сахарный диабет, злокачественные новообразования. КГ может развиваться на местах травм, а также укусов насекомых, татуировок, рубцов [1–4]. Большое значение в развитии процесса придается аллергической реакции и иммунологическим нарушениям, проявляющимся в отложении IgM и C3-компонента комплемента в стенках мелких сосудов и некротических участках очагов поражения, в повышении активности Т-хелперов, которые выявляют в большом количестве в воспалительном инфильтрате [4]. Одним из предполагаемых патогенетических механизмов КГ является реакция гиперчувствительности замедленного типа в результате Th1-лимфоцитарной дифференциации макрофагов [5].

Клиническая картина характеризуется появлением мелких плотных гладких, полушаровидных блестящих узелков розового или телесного цвета, расположенных обычно кольцевидно или группами в виде полукруга на тыльной поверхности кистей, стоп, разгибательной поверхности голеней, предплечий. Диаметр таких кольцевидных элементов постепенно увеличивается, составляя 1–5 см и более. В центральном очаге кожа нормальная или слегка синюшная, напоминающая атрофичную. Периферический край очага составляет соприкасающиеся друг с другом узелки. Субъективные ощущения часто отсутствуют [1–5]. Хотя классическим проявлением кольцевидной гранулемы являются кольцевидные очаги, кольца не всегда бывают завершенными – полными или замкнутыми. Чаще наблюдается локализованный тип, встречающийся у 75% пациентов [1, 3]. В типичных случаях поражаются тыльные поверхности конечностей, особенно кистей и стоп [1, 3].

Дифференциальный диагноз проводят с грибковой инфекцией, нумулярной экземой, центробежной кольцевидной эритемой и др. [1–3]. Грибковая инфекция гладкой кожи проявляется воспалительными пятнами с возвышенными и шелушащимися краями, которые могут появляться

на любых участках поверхности тела. При микроскопическом исследовании выявляют мицелий патогенного гриба [1]. Нумулярная экзема, как правило развивается на конечностях, но всегда ассоциируется с шелушащимися бляшками и интенсивным зудом. Центробежная кольцевидная эритема обычно развивается на бедрах и голенях. Диаметр очагов может увеличиваться от 2 мм до 5 см в диаметре, в пределах расширяющегося очага может наблюдаться шелушение. Биопсия помогает дифференцировать это заболевание от кольцевидной гранулемы [5].

Лечение. Эффективны топические стероиды 4-го поколения, которые применяют ежедневно с 2–4-недельными интервалами. Топические стероиды слабой силы можно применять под окклюзионную повязку на короткие периоды времени. Применяют рассасывающие средства: 5% борно-дегтярная паста, 10% ихтиоловая мазь, 10% мазь с нафтаганской нефтью и др. Эффективны инъекции триаинолона ацетонида в дозе 2,5–5 мг/мл, которые проводят в приподнятую границу очага [3]. Возможно разрешение ограниченного очага кольцевидной гранулемы после несения насечек или биопсии [1, 2]

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов О.Л., ред. Кожные и венерические болезни: Справочник. М.: Медицина; 1997.
2. Скрипкин Ю.К., Бутова Ю.С., ред. Клиническая дерматовенерология. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009. Т.1.
3. Хэбиф Т.П. Кожные болезни: диагностика и лечение. Пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ; 2008.
4. Чеботарев В.В., Тамразова О.Б., Чеботарёва Н.В., Одинец А.В. Дерматовенерология: учебник для студентов высших учебных заведений. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013.
5. Усатине Р.П., Смит М.А., Мэйе Э. Дж., Шамли Х., Тайсингер Дж. Атлас-справочник практикующего врача. Пер. с англ. М.: Бином; 2012: 336–42.

Получила 24.10.14

REFERENCES

1. Ivanov O.L., ed. *Skin and venereal diseases*. Moscow: Medicine; 1997. (in Russian)
2. Scripkin Yu.K., Butov Yu.S., eds. *Clinical dermatovenereology*. Moscow: GEOTAR-Media; 2009. Vol.1: 275–6. (in Russian)
3. Habif T.P. *Skin disease diagnosis and treatment*. Transl. from Engl. Moscow: MedPress-inform; 2008.
4. Chebotarev V.V., Tamrazova O.B., Chebotareva N.V., Odinets O.V. *Dermatology: a textbook for students of higher educational institutions*. Moscow: GEOTAR-Media; 2013. (in Russian)
5. Usatine R. P., Smith M.A., Mayeaux E.J., Chumley H., Tysinger J., eds. *The color atlas of family medicine*. Transl. from Engl. Moscow: BINOM; 2012. (in Russian)

Received 24.10.14