

Гордейкин М.И.

РЕДКИЕ ПЕРВИЧНЫЕ МУЦИНОЗЫ КОЖИ: СЛУЧАИ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Институт пластической хирургии «Виртус», г. Одесса, Украина

Цель – показать отличительные клинические и гистологические признаки при редкой дерматологической патологии для проведения дифференциального диагноза с рядом часто встречающихся дерматозов.

Приводим случаи клинических наблюдений.

П а ц и е н т к а Ж., 43 года, обратилась на прием 01.03.16 с жалобами на высыпания в области спины без субъективных ощущений. Из анамнеза известно, что первый очаг поражения появился в правой надлопаточной области в 1998 г. после беременности. Обращалась к дерматологу в 2000 г., диагноз не установлен, назначали мазь с флуоцинолона ацетонидом, после использования которой отмечала частичное побледнение очага, однако полного регресса не было. Очаг продолжал увеличиваться в размере. В 2014 г. отметила появление еще 3 очагов поражения в области спины. Наследственность не отягощена. Родственники кожными заболеваниями не страдают.

Дерматологический статус: на коже спины имеются 4 очага поражения неправильной округлых очертаний от 2 до 8 см в диаметре, в которых на фоне неяркой эритемы имеются сгруппированные милиарные ярко-розовые папулы, создающие очагам сетчатый вид.

Клинические показатели крови и мочи, а также печеночные, ревмопробы и антинуклеарные антитела в норме. На УЗИ паренхиматозных органов патологических отклонений не выявлено.

Проводили дифференциальный диагноз с красной волчанкой, себорейной экземой, амилоидозом кожи, грибковидным микозом и параспориозом.

При гистологическом исследовании выявлено: в панч-биоптате кусочек кожи, покрытый эпидермисом со слабым акантозом и слабым гиперкератозом, очаговым умеренным паракератозом и диффузным слабым спонгиозом с наличием лимфоцитов. В подлежащей дерме определяются очаговые лимфоцитарные инфильтраты, расположенные преимущественно вокруг сосудов и волосяных фолликулов. Есть признаки слабого экзоцитоза. При окраске на ШИК-реакцию и альциановый синий в папиллярном слое дермы и вокруг волосяных фолликулов определяется скопление муцина.

На основании клинико-анамнестических и гистологических данных установлен диагноз ретикулярного эритематозного муциноза.

Лечение: назначена системная терапия хлорохином по 250 мг 2 раза в сутки и нанесение на очаги 0,1% мази с такролимусом. Через 2 нед наступил регресс высыпаний. Однако через 2 мес отмечен рецидив заболевания и был назначен гидроксихлорохин по 200 мг 2 раза в день в течение 2 мес в сочетании с прежней топической терапией (получает в настоящее время).

П а ц и е н т к а С., 32 года, обратилась на прием 08.08.15 с жалобами на зудящие высыпания в области лица. Из анамнеза известно, что болеет с апреля 2010 г., когда впервые после инсоляции отметила покраснение кожи груди и тыла кистей. С диагнозом «фотодерматит» получала лечение топическими ГКС с незначительным эффектом. С 2011 г. отметила постепенное появление высыпаний на коже лица. Неоднократно по поводу «розовых угрей» принимала метронидазол, антигистаминные препараты, топическую терапию, без эффекта. В течение последних 6 мес наносила крем с преднизкарбатом на очаги. Наследственность не отягощена. Родственники кожными заболеваниями не страдают.

Дерматологический статус: на коже лица в области на фоне багрово-красной эритемы с телеангиоэктазиями обилие тесно прилегающих друг к другу розовых папул до 2 мм в диаметре и единичные папуло-пустулы до 8 мм в диаметре.

При лабораторном обследовании: повышение СОЭ в общем анализе крови до 26 мм/ч, однократно повышение показателей уро- и копропорфиринов (2011 г.), антинуклеарные антитела – пограничный результат, антитела к нДНК – сомнительный результат (август 2015 г.). Неоднократно обследована (ревматолог, гематолог), патологии не выявлено.

Проводили дифференциальный диагноз с красной волчанкой, люпус-розацеа, саркоидозом, полиморфным фотодерматитом.

При гистологическом исследовании выявлено: эпидермис со слабой атрофией, в центральной части биоптата определяется волосяной фолликул с признаками фолликулярного муциноза: около бульбарной части определяется отложение муцина, которое хорошо визуализируется при окраске на ШИК-реакцию и альциановый синий. В дерме определяются очень слабые очаговые периваскулярные воспалительные инфильтраты, состоящие из лимфоцитов.

На основании клинико-анамнестических и гистологических данных установлен диагноз идиопатического фолликулярного муциноза кожи лица, осложненный стероидной формой розацеа. Сопутствующий диагноз – фотодерматит.

Лечение: назначена системная терапия хлорохином по 250 мг 2 раза в сутки на протяжении 9 мес и нанесение на очаги утром фотозащитного крема, вечером 0,1% мази с такролимусом.

Таким образом, знание клинических особенностей муцинозов кожи необходимо для проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями и составления компетентного плана лечебно-диагностических мероприятий для пациентов с данной патологией.