

Евдокимов Е.Ю.<sup>1</sup>, Смирнова Л.М.<sup>2</sup>, Голубев М.А.<sup>3</sup>

## ПСОРИАЗОФОРМНЫЙ САРКОИДОЗ КОЖИ

<sup>1</sup>ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, 111123, г. Москва, Россия;

<sup>2</sup>Кафедра кожных венерических болезней ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), 119991, г. Москва, Россия;

<sup>3</sup>Корпорация «Медицинские электронные данные», 107045, Москва, Россия.

*Псориазоформный саркоидоз кожи относят к атипичным формам заболевания саркоидозом. В статье представлено описание клинического случая, имеющего характерную клиническую манифестацию заболевания и проявляющееся образованием неказеифицирующих гранулём и специфической гистологической картиной на кожных участках, ассоциированных с вульгарным псориазом. Несмотря на относительную распространённость кожных форм саркоидоза, клиническое распознавание заболевания порой представляет определённые трудности и требует пристального внимания клиницистов.*

**Ключевые слова:** кожные проявления саркоидоза; неказеифицирующие гранулы.

**Для цитирования:** Евдокимов Е.Ю., Смирнова Л.М., Голубев М.А. Псориазоформный саркоидоз кожи. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2019; 22(1–2): 11–14.

*Финансирование.* Исследование не имело спонсорской поддержки.  
*Конфликт интересов.* Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.  
Поступила 21.07.2019  
Принята к печати 27.07.2019

**Evdokimov E. Yu. <sup>1</sup>, Smirnova L. M. <sup>2</sup>, Golubev M. A. <sup>3</sup>**

## PSORIASIFORM CUTANEOUS SARCOIDOSIS

<sup>1</sup>Central Research Institute of Epidemiology, Moscow, 111123, Russian Federation;

<sup>2</sup>Department of skin and venereal diseases of I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), 119435, Moscow, Russian Federation;

<sup>3</sup>Corporation “Medical Electronic Data”, Moscow, 107045, Russian Federation

*Psoriasisiform cutaneous sarcoidosis relates to atypical forms of sarcoidosis. The clinical case with a typical manifestation and the formation of noncaseating granulomas and a specific histological pattern associated with vulgar psoriasis is described. Despite the relative prevalence of cutaneous forms of sarcoidosis, clinical recognition of the disease sometimes presents certain difficulties and requires close attention of clinicians.*

**Key words:** cutaneous manifestations of sarcoidosis; noncaseating granulomas.

**For citation:** Evdokimov E. Yu., Smirnova L. M., Golubev M. A. Psoriasisiform cutaneous sarcoidosis. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases.* 2019; 22(1–2): 11–14. (in Russian)

*Acknowledgments.* The study had no sponsorship.  
*Conflict of interest.* The authors declare no conflict of interest.  
Received 21 July 2019  
Accepted 27 July 2019

Саркоидоз (*син.*: Бенъе–Бека–Шауманна) – системное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся образованием в различных тканях специфических неказеифицирующих эпителиоидноклеточных гранулём, сопровождающимся активацией Т-лимфоцитов, мононуклеарных фагоцитов и высвобождением цитокинов в зоне воспаления [1].

Саркоидоз может поражать любые органы и ткани. Для заболевания характерно вовлечение в процесс лимфатических узлов различной локализации, паренхиматозных органов – печени, лёгких, селезёнки, слюнных желёз, а также кожи и др. Возникает заболевание в любом возрасте, чаще болеют женщины [2].

### Для корреспонденции:

Евдокимов Евгений Юрьевич, кандидат медицинских наук, научный сотрудник клинического отдела НИИЭ Роспотребнадзора, 111123, г. Москва, Россия. E-mail: evdokimovevg@yandex.ru

### For correspondence:

Evdokimov Evgeny Yu., MD, PhD, researcher of clinical department Central Research Institute of Epidemiology, Moscow, 111123, Russian Federation. E-mail: evdokimovevg@yandex.ru

### Information about the authors:

Evdokimov E. Yu., <http://orcid.org/0000-0003-2694-8900>.

Отдельно выделяют синдром Лёфгрена, связанный с поражением внутригрудных лимфатических узлов, узловой эритемой, лихорадкой, поражением суставов, и синдром Хеерфорда–Вальденстрёма, проявляющийся воспалением сосудистой оболочки глаза, лихорадкой и поражением слюнных желёз. Помимо этого отдельно отмечают локальную саркоидозную реакцию, гистологически схожую с саркоидозом, но возникающую вследствие реакции на наличие инородного тела (импланты), на некоторые медикаменты (интерферон), вследствие паразитарных болезней и т. д. [3].

Эпидемиология. По оценке В. Erdal и соавт. [4], распространённость саркоидоза составляет от 1 до 40 случаев на 100 тыс. населения, при этом у женщин саркоидоз отмечают чаще, чем у мужчин, а у чернокожих женщин саркоидоз выявляют чаще, чем у белых (доверительный интервал ДИ 95%, 2,87–9,55, отношение шансов ОШ 5,24) [5].

### Клинические проявления саркоидоза

По классификации МКБ-10 саркоидоз относят к классу III «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» и делят на:

- D86. Саркоидоз
- D86.0. Саркоидоз лёгких
- D86.1. Саркоидоз лимфатических узлов
- D86.2. Саркоидоз лёгких с саркоидозом лимфатических узлов
- D86.3. Саркоидоз кожи
- D86.8. Саркоидоз других уточнённых и комбинированных локализаций (саркоидозная артропатия M14.8\*, саркоидозный миокардит I41.8\*, саркоидозный миозит M63.3\*)
- D86.9. Саркоидоз неуточнённый.

Наиболее часто саркоидоз поражает лимфатические узлы и паренхиматозные органы. Поражения лёгких при саркоидозе выявляют у 20–80% больных, поражение лимфатических узлов отмечается с аналогичной частотой [6, 7].

Изменения кожи наблюдаются у 30–50% больных саркоидозом [8]. При этом проявления заболевания весьма разнообразны. Выделяют типичные и атипичные формы саркоидоза.

К типичным формам относят: саркоид Бека, ознобленную волчанку Бенье–Теннессона, ангиолюпоид Брока–Потрие, подкожный саркоид Дарье–Русси.

Атипичными формами считают: псориазоподобный саркоид, саркоид кожи типа себорейной экземы и пятнистый лихеноидный тип.

Кожные проявления заболевания характеризуются стойкими доброкачественными высыпаниями на коже головы, шеи и конечностей, реже отмечается вовлечение в процесс других участков кожи и слизистых. Как правило, субъективные ощущения при этом больными не отмечены.

Течение саркоидоза может быть различным, зачастую отмечается подострое или хроническое, с последующим регрессом кожных поражений в течение нескольких месяцев, а иногда и лет.

Саркоид Бека (варианты: крупноузловатый, мелкоузловатый, диффузно-инfiltrативный).

Для крупноузловатого варианта характерно наличие единичных плоских или полушаровидных очагов от 0,5 до 3 см, плотно-эластичной консистенции, синюшно-

розового или красновато-коричневого цвета. При диаскопии узлов отмечается феномен «пылинок» (наличие мелких жёлто-бурых пятнышек).

При мелкоузловатом варианте очаги чаще множественные, симметричные, размером от 1 мм до 0,5 см, полушаровидной формы, цвет варьирует от бледно-розового до бурого. Феномен «пылинок» при диаскопии – положительный.

Диффузно-инfiltrативный вариант встречается реже, для него характерны симптомы первых двух и размер бляшек 5–6 см, иногда более.

Ознобленная волчанка Бенье–Теннессона является сочетанием проявлений крупноузловатого и диффузно-инfiltrативных вариантов заболевания. Проявляется на лице, реже на пальцах конечностей и других участках. Характерно наличие крупных, синюшно-красного или фиолетового цвета бляшек, разной плотности при пальпации, с гладкой поверхностью. Феномен мелких жёлто-бурых пятнышек при диаскопии положительный.

Ангиолюпоид Брока–Потрие считают телеангиэктатическим вариантом саркоида Бека. Кожные изменения носят единичный характер, бляшки размером 2–3 см обычного цвета, имеющие гладкую поверхность и покрыты множественными телеангиэктазиями. Поражаются, как правило, крылья носа.

Подкожный саркоид Дарье–Русси – редкая патология кожи. Предположительно является глубокой формой саркоида Бека, характеризуется наличием в подкожной клетчатке туловища и верхней трети бёдер крупных, относительно безболезненных узлов размером от 1 до 5 см. Общая симптоматика такая же, как и при других типичных формах саркоидоза.

Атипичные варианты кожных форм саркоидоза встречаются относительно редко, они напоминают дерматоз, с локализацией проявлений которого и ассоциируют заболевание.

Характерным гистологическим признаком саркоидоза является неказеозный эпителиоидноклеточный бугорок, состоящий из эпителиоидных клеток с наличием гистиоцитов, лимфоцитов и крупных белых отростчатых эпидермоцитов.

### Клиническое наблюдение

Больная К., 51 год, жительница г. Москвы, обратилась 23.04.2018 г. в филиал «Мединцентр» Глав УпрДК при МИД России с жалобами на высыпания на разгибательной поверхности кожи плеч, предплечий, голени, кистей и стоп.

Больной себя считает с марта 2015 г., когда впервые появились небольшие (до 1 см) высыпания на коже в области левого локтевого сустава и голеностопных суставов обеих ног. Появление высыпаний связывает с частыми стрессами профессионального характера. До настоящего момента за медицинской помощью не обращалась, использовала местно увлажняющие кремы. Клинический диагноз: параспориоз, прогрессирующая стадия. От предложенной биопсии кожи больная отказалась.

Со слов больной, увеличение количества высыпаний происходило медленно, общей симптоматики – недомогания, озноба и др. за этот период не отмечала.

Наследственность не отягощена. Туберкулёз, венерические болезни отрицает. Перенесённые заболевания: ветряная оспа, краснуха. Аллергологический анамнез спокойный.



Рис. 1. Больная К. Клинические проявления псориазоформного саркоидоза кожи.  
а – в области предплечий и локтевых суставов; б – в области голеней и голеностопных суставов.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост 179 см, масса тела 87 кг.

Status localis: патологический процесс носит распространённый характер, локализован в области наружной поверхности локтевых сгибов, задненаружной поверхности предплечий (рис. 1, а), тыльной поверхности кистей, задней поверхности кожи бёдер, передненаружной поверхности голеней, на коже голеностопных суставов, наружной поверхности стоп (рис. 1, б). Представлен бляшками красновато-коричневого цвета, овальной формы, сливающимися между собой, размером 1–8,5 см. При диаскопии определяются феномен мелких жёлто-бурых пятнышек.

При обследовании: комплекс серологических реакций на сифилис отрицательный.

Общий анализ крови: гемоглобин 13,7 г/дл, эритроциты  $4,4 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $6,0 \times 10^9/л$ , тромбоциты  $228 \times 10^9/л$ , лимфоциты 36%, палочкоядерные 1%, сегментоядерные 54%, моноциты 7%, эозинофилы 1%; СОЭ 7 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: белок общий 78,2 г/л, альбумин 44,6 г/л, триглицериды 3,19 ммоль/л, холестерин общий 6,8 г/л, глюкоза 5,64 ммоль/л, амилаза 75 ЕД/л, креатенин 86 мкмоль/л, общий билирубин 15,6 мкмоль/л, аспартатаминотрансфераза 47 ЕД/л, АЛТ 90 ЕД/л, щелочная фосфатаза 52 ЕД/л, фибриноген А 3,8 г/л. Анализ крови HBs-Ag и anti-HCV, ВИЧ отрицательные.

Общий анализ мочи: удельный вес 1019, лейкоциты единичные, белок и глюкоза отрицательные. Кал на скрытую кровь отрицательный.

При УЗИ органов брюшной полости: эхографическая картина деформации желчного пузыря, диффузных изменений структуры поджелудочной железы.

При рентгенографии органов грудной клетки очаговых и инфильтративных теней не выявлено; лёгочный рисунок не изменён; корни структурны, обычно расположены, не расширены; контуры диафрагмы ровные, чёткие.

При фиброгастродуоденоскопии – в пищеводе без патологии; хронический поверхностный гастрит со слабовыраженным обострением; в луковице эрозии 0,3–0,5 см, покрытые фибрином.

Проконсультирована гастроэнтерологом, который назначил нексиум 40 мг в сутки в течение 4 нед, Де-Нол 240 мг 2 раза в сутки перед едой в течение 12 дней.

Проконсультирована пульмонологом – данных о хронической патологии лёгких нет.

Проконсультирована фтизиатром: реакция Манту отрицательная, данных за туберкулёз нет.

Проконсультирована эндокринологом: без патологии.

Гистологическое обследование биоптата кожи: участок кожи с наличием в дерме эпителиоидно-клеточных гранулём, окружённых лимфоцитами и многоядерными клетками Лангханса (рис. 2, а). В клетках Лангханса

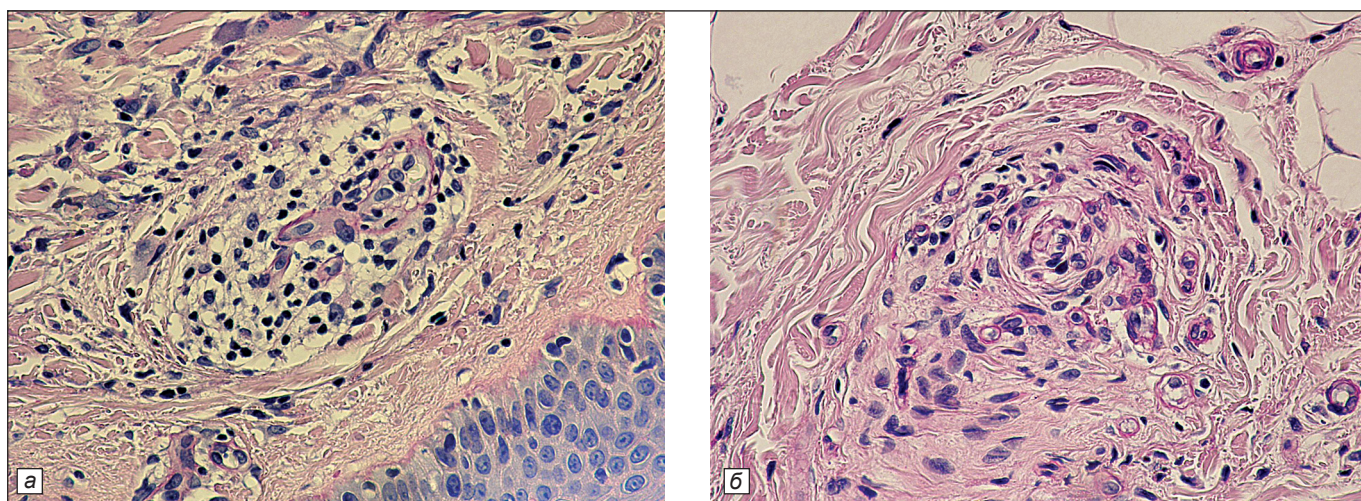


Рис. 2. Та же больная. Гистологическая картина биоптата кожи.

Хроническое неспецифическое продуктивное гранулематозное воспаление кожи с наличием гранулем саркоидного типа.

*а* – участок кожи с наличием в дерме эпителиоидно-клеточных гранулем, окруженных лимфоцитами и многоядерными клетками Лангханса; *б* – в клетках Лангханса отмечается наличие в цитоплазме Шифф-позитивных мелко-гранулярных скоплений Шаумана и астероидных включений Лёвера–Фреймана; утолщение стенок капилляров, и периваскулярная лимфоидная инфильтрация.

Окраска гематоксилином и эозином, а также с помощью PAS-reaction. Ув. 400.

отмечается наличие в цитоплазме Шифф-позитивных мелко-гранулярных скоплений Шаумана и астероидных включений Лёвера–Фреймана. Отмечаются утолщение стенок капилляров и периваскулярная лимфоидная инфильтрация (рис. 2, б). Эпидермис и придатки кожи не изменены.

Морфологическая картина хронического неспецифического продуктивного гранулематозного воспаления кожи с наличием гранулём саркоидного типа.

Было проведено комплексное лечение, которое включало 2 сеанса плазмофереза. Внутрь: фолиевая кислота

6 мг/сут, Де-Нол, нексимум. На фоне проводимого лечения отмечается разрешение высыпаний.

Представленный клинический случай демонстрирует необходимость пристального внимания врачей к разносторонним клиническим проявлениям патологического процесса для своевременного правильного установления диагноза, поскольку, несмотря на значительную распространённость гранулематозных дерматозов, клиническое распознавание псориазоподобного саркоида порой представляет определённые трудности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Визель А.А., Визель И.Ю. Саркоидоз: что нужно знать врачу общей практики. *Эффективная фармакотерапия. Пульмонология и оториноларингология*. 2015; 1: 32–7.
2. Визель А.А., ред. *Саркоидоз: от гипотезы к практике*. Казань: ФЭН; 2004: 255–66.
3. Терпигорев С.П., Эль Зейн Б.А., Верещагина В.М., Палеев Н.Р. Саркоидоз и проблемы его классификации. *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2012; 67(5): 30–7.
4. Erdal B.S., Clymer B.D., Yildiz V.O., Julian M.W., Crouser E.D. Unexpectedly high prevalence of sarcoidosis in a representative U.S. Metropolitan population. *Respir. Med.* 2012; 106(6): 893–9.
5. Dumas O., Abramovitz L., Wiley A.S., Cozier Y.C., Camargo C.A.Jr. Epidemiology of sarcoidosis in a prospective cohort study of U.S. women. *Ann. Am. Thorac. Soc.* 2016; 13(1): 67–71.
6. Bonham C.A., Strek M.E., Patterson K.C. From granuloma to fibrosis: sarcoidosis associated pulmonary fibrosis. *Curr. Opin. Pulm. Med.* 2016; 22(5): 484–91.
7. A-Jahdali H., Rajiah P., Koteyar S.S., Allen C., Khan A.N. Atypical radiological manifestations of thoracic sarcoidosis: A review and pictorial essay. *Ann. Thorac. Med.* 2013; 8(4): 186–96.
8. Rao D.A., Dellaripa P.F. Extrapulmonary manifestations of sarcoidosis. *Rheum. Dis. Clin. N. Am.* 2013; 39(2): 277–97.

## REFERENCES

1. Vigel A.A., Vigel I.Yu. Sarcoidosis: what general practitioner should know. *Effective pharmacotherapy. Pulmonology and otorhinolaryngology. Russian Journal* (). 2015; 1: 32–7. (in Russian)
2. Viesel A.A., ed. *Sarcoidosis: from hypothesis to practice*. Kazan: FEN; 2004: 255–66. (in Russian)
3. Terpigorev S.A., El-Zein B.A., Vereshchagina V.M., Paleev N.R. Sarcoidosis: problems in classification. *Annals of the Russian Academy of Medical Sciences. Russian Journal (Vestnik Rossiiskoi akademii meditsinskikh nauk)*. 2012; 67(5): 30–7. (in Russian)
4. Erdal B.S., Clymer B.D., Yildiz V.O., Julian M.W., Crouser E.D. Unexpectedly high prevalence of sarcoidosis in a representative U.S. Metropolitan population. *Respir. Med.* 2012; 106(6): 893–9.
5. Dumas O., Abramovitz L., Wiley A.S., Cozier Y.C., Camargo C.A.Jr. Epidemiology of sarcoidosis in a prospective cohort study of U.S. women. *Ann. Am. Thorac. Soc.* 2016; 13(1): 67–71.
6. Bonham C.A., Strek M.E., Patterson K.C. From granuloma to fibrosis: sarcoidosis associated pulmonary fibrosis. *Curr. Opin. Pulm. Med.* 2016; 22(5): 484–91.
7. A-Jahdali H., Rajiah P., Koteyar S.S., Allen C., Khan A.N. Atypical radiological manifestations of thoracic sarcoidosis: A review and pictorial essay. *Ann. Thorac. Med.* 2013; 8(4): 186–96.
8. Rao D.A., Dellaripa P.F. Extrapulmonary manifestations of sarcoidosis. *Rheum. Dis. Clin. N. Am.* 2013; 39(2): 277–97.