

Н.Р. Левченко¹, Н.В. Меньщикова¹, К.А. Туфанов²

КЛИНИЧЕСКИЕ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЛЕСТЯЩЕЙ ГРАНУЛЁМЫ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

¹Амурская государственная медицинская академия,
675000, ул. Горького, 95, тел. 8-(4162)-31-90-20, г. Благовещенск;

²Константиновская больница, 676980, ул. Советская, 15, тел. 8-(41639)-91-1-98,
с. Константиновка, Амурская область, Константиновский район

Резюме

Представлен редкий случай заболевания кожи – блестящей гранулемы, верифицированной в результате проведения микроскопического исследования кожного биоптата.

Ключевые слова: дерматит, блестящая гранулема, биопсия, микроскопическое исследование.

N.R. Levchenko¹, N.V. Menshikova¹, K.A. Tufanov²

CLINICAL AND HISTOLOGICAL ASPECTS OF BRILLIANT GRANULOMA (CLINICAL OBSERVATION)

¹Amur State Medical Academy, Blagoveshchensk;

²Konstantinovskaya Hospital, Amur region

Abstract

A rare case of skin disease – shiny granuloma, verified by a microscopic examination of skin biopsy, is presented.

Key words: dermatitis, shiny granuloma, biopsy, microscopic examination.

Блестящий лишай, он же блестящая гранулёма (L44.1 по МКБ-X) – дерматоз, характеризующийся наличием на коже мелких папул, напоминающих высыпания при красном плоском лишае, в основе развития, которых лежит гранулематозная реакция. Несмотря на трудности в изучении этиопатогенеза многих дерматозов, в последнее время накапливаются данные об общности патологических процессов, протекающих во внутренних органах и в коже, лежащих в основе явления коморбидности. Описаны случаи блестящей гранулёмы, ассоциированные с красным плоским лишаём, болезнью Крона, атопическим дерматитом, синдромом Дауна, ВИЧ-инфекцией, ювенильным хроническим артритом, врождённым мегаколоном.

Редкость данного дерматоза, особенно у взрослых, своеобразная гистологическая картина, обоснованно отражающая споры о его нозологической сущности, побудили нас изучить частоту его встречаемости в Амурской области и контингент больных блестящим лишаём – дети и подростки. Дифференциальный диагноз блестящего лишая проводится с широким спектром нозологий: фолликулярным муцинозом, лихеноидным туберкулёзом кожи, красным плоским лишаём, папулёзными проявлениями сифилиса [1, 2]. Сыпь может встречаться на любом участке кожного покрова, но наиболее часто – на коже полового члена. Папулы при блестящем лишае мелкие (1-2 мм), плоские, с гладкой поверхностью, округлыми или полигональными очертаниями, как правило, множественные и не сливаются [2, 6]. В активной стадии болезни встречается феномен Кёбнера – появление элементов дерматоза на месте царапин или других повреждённой кожи. Зуд обычно не беспокоит, и в 2/3 случаев

дерматоз проходит без лечения в течение 12 месяцев. Встречается и длительное течение, порой достигающее 15-20 лет. Между тем не всегда в практической деятельности могут встретиться типичные случаи болезни. При расположении поражений на коже ладоней и подошв возникает гиперкератоз, шелушение и трещины. Возможно поражение слизистых оболочек и ногтей. В литературе описаны везикулёзные, геморрагические, перфорирующие формы блестящего лишая [4, 7]. В этой связи, для диагностики болезни, несомненно, важен накопленный практический опыт у специалиста-дерматолога.

В затруднительных случаях установить диагноз позволяет гистологическое исследование. Микроскопическая картина биоптата при блестящем лишае позволяет полагать о первичности имеющихся изменений. Часть авторов считает его самостоятельной нозологией, указывая на особенность его гистологической картины – наличие массивной паракератотической пробки в центре папулы, что никогда не встречается при красном плоском лишае, а также на патогномичный признак – удлинение эпидермальных выростов в краевой зоне дермального инфильтрата, окружающих его в виде «клешней» [3]. Однако формирование признаков гранулёмы с образованием в дермальном инфильтрате, тесно примыкающем к эпидермису, эпителиоидных клеток и клеток Лангханса, а также возможность образования субэпидермальной щели (пространства Макса-Джозефа), как исход нарушенного апоптоза базальных кератиноцитов позволяют рассматривать блестящий лишай как лихеноидную реакцию на те или иные эндогенные и экзогенные факторы. Обнаружение в единичных случаях блестящего лишая

отложений IgG в зоне дермо-эпидермального соединения предполагает аллергический компонент в гистогенезе патологических изменений в коже.

По данным обращаемости населения в поликлинику АОКВД в 2014–2019 гг., за год регистрировалось от 3 до 7 случаев данного заболевания как впервые выявленного, так и ранее известного. У взрослых заболевание встречалось в 3 раза реже, чем у детей. Так, в 2018 году из 3 человек с данной патологией, кому был выставлен диагноз L44.1, только один был взрослым, а за 2019 год, по данным статистических талонов, все пациенты были лицами до 15 лет. Нами изучены амбулаторные карты пациентов (как правило, детей), которым был выставлен диагноз блестящего лишая. По нашему мнению, в описательной части Status localis во многих случаях достоверно судить о наличии именно этого дерматоза врачу-эксперту невозможно: описываются проявления фолликулярного кератоза, не указывается характерный блеск элементов и их форма, отсутствует описание ногтей и слизистых оболочек, ладоней и подошв. При этом гистологическое подтверждение диагноза отсутствовало у всех пациентов детского возраста и имелось только у 2 взрослых. По данным анализа первичной документации в Амурской области за 2014–2019 гг. среднее значение первичной заболеваемости составило 0,25 на 100 000 населения.

Приводим случай типичной формы блестящего лишая, подтверждённый гистологическим исследованием. Больной Ш., 1978 г. р. обратился к дерматологу с жалобами на высыпания на коже живота и полового члена, появившиеся 3 недели назад. Связать их появление пациент ни с чем не мог, и самолечение отрицал. Хронические заболевания внутренних органов в анамнезе отрицал, общее состояние больного при этом не страдало. При осмотре на голених обнаружены проявления хронической пигментной пурпуры (болезнь Шамберга), которые, по его словам, появились 3 года назад. Геморрагическим пятнам больной значения не придавал и к врачу не обращался.

Патологический процесс представлен очагами из сгруппированных мелких, блестящих, неправильно-округлой формы папул, диаметром до 0,1 см, напоминающих фолликулярные. Локализация: сгибательная поверхность левого локтевого сустава, область живота, в том числе – у рёберной дуги слева; дорсальная поверхность ствола полового члена (рис. 1). При гистологическом исследовании кожи (биопсия с очага на животе) (рис. 2): на большем протяжении биоптата эпидермис тонкий, с признаками небольшого гиперкератоза, шелушения, с отёком клеток базального слоя. В дерме – небольшой отёк, расширенные сосуды, воспалительные изменения минимальны. На этом фоне встречаются воспалительные гранулёмы из эпителиоидных, лимфоидных клеток, клеток Пирогова – Лангханса. Частые гребни эпидермиса вытянуты и окружают инфильтрат-гранулёму. Эти гранулёмы в контакте с эпидермисом размыывают его нижнюю границу, формируя щелевидные полости под эпидермисом

(пространства Макса-Джозефа). Заключение: достоверные гистологические признаки блестящего лишая. Назначенные наружно «Лоринден А» и резорциново (2,4 %) – салициловая (1 %) мазь-паста в комплексе с таблетками «Цитофлавина» привело к разрешению патологического процесса уже через месяц лечения. К сожалению, нам не известны результаты исследования пациента по поводу имеющихся отклонений в анализах, а, следовательно, сложно судить о коморбидности этого редкого дерматоза в данном случае.



Рис. 1. Патологический очаг в области рёберной дуги слева (А), на сгибателе локтевого сустава (Б), на дорсальной поверхности ствола полового члена (В), в области живота (Г)

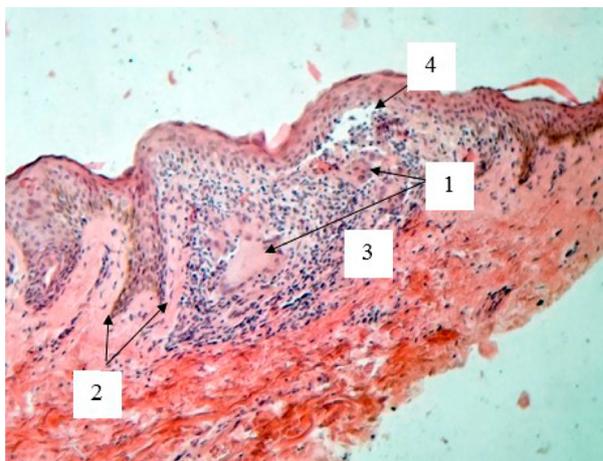


Рис. 2. Микропрепарат биоптата кожи.
1 – Клетки Пирогова-Лангханса. 2 – Гребни эпидермиса.
3 – гранулемы. 4 – щелевидные полости.
Окраска гематоксилин – эозин. Увеличение 10×40

Таким образом, блестящий лишай, являющийся довольно редким патологическим состоянием кожи, имеет определённые гистологические характеристики. При этом облегчить постановку диагноза и провести дифференциальную диагностику позволяет проведение биопсии и гистологическое исследование. Поскольку данный дерматоз может быть ассоциирован с разными заболеваниями, патогенетические общности которых ещё только предстоит изучить, целесообразно проведение общеклинических исследований пациентов с данным диагнозом.

Литература

1. Беренбейн Б.А., Студницина А.А. Дифференциальная диагностика кожных болезней. – М.: Медицина, 1989. – 672 с.
2. Бутов Ю.С., Васенова В.Ю., Анисимова Т.В. Лихены / Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова // Клиническая дерматовенерология. – М., 2009. – С. 184-211.
3. Вулф К., Джонсон Р., Сюрмонд Д. Дерматология по Томасу Фицпатрику. 2-е рус. изд. – М.: Практика, 2007. – 1248 с.
4. Потекаев Н.Н., Жукова О.В. Блестящий лишай (Lichennitidus) // Клиническая дерматология и венерология. – 2008. – Т. 6, № 6. – С. 40-43.
5. Цветкова Г.М., Мордовцева В.В., Вавилов А.М., Мордовцев В.Н. Патоморфология болезней кожи. – М.: Медицина, 2003. – 496 с.
6. Albayrak H., Yanik M.E., Erfan G., Oznur M., Kulac M. Lichen nitidus presenting with trachyonychia // Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol. – 2017. – Vol. 83 (4). – P. 516. doi: 10.4103/0378-6323.196316. PMID: 28004647.
7. Ho J.D., Al-Haseni A., Rosenbaum M.T., Goldberg L.J. Hyperkeratosis and hypertrophic lichen nitidus // Dermatol. Online J. – 2017. – Vol. 23 (10). Pii: 13030/qt5t28j781. PMID: 29469791.

Literature

1. Berenbeyn B.A., Studnitsina A.A. // Differential diagnosis of skin diseases. – M.: Medicine, 1989. – 672 p.
2. Butov Yu.S., Vasenova V.Yu., Anisimova T.V. Likheny // Clinical dermatovenerology. Ed. by Yu.K. Skripkin, Yu.S. Butov. – M., 2009. – P. 184-211.
3. Wolf K., Johnson R., Suymond D. // Thomas Fitzpatrick's Dermatology. 2nd Russian edition. – M.: Praktika, 2007. – 1248 p.
4. Potekaev N.N., Zhukova O.V. Pinkus disease (lichen nitidus) Clinical Dermatology and Venereology. – 2008. – Vol. 6, № 6. – P. 40-43.
5. Tsvetkova G.M., Mordovtseva V.V., Vavilov A.M., Mordovtsev V.N. Pathomorphology of skin diseases. – M.: Medicine, 2003. – 496 p.
6. Albayrak H., Yanik M.E., Erfan G., Oznur M., Kulac M. // Lichen nitidus presenting with trachyonychia Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol. – 2017. – Vol. 83 (4). – P. 516. doi: 10.4103/0378-6323.196316. PMID: 28004647.
7. Ho J.D., Al-Hasan A., Rosenbaum M.T., Goldberg L.J. // Hyperkeratosis and hypertrophic lichen nitidus // Dermatol. Online J. – 2017. – Vol. 23 (10). Pi: 130/qt5t28j781. PMID: 29469791.

Координаты для связи с авторами: Левченко Николай Романович – канд. мед. наук, ассистент кафедры патологической анатомии с курсом судебной медицины АМГМА, тел. +7-962-283-05-15, e-mail: levnic118@mail.ru; Меньщикова Наталья Валерьевна – канд. мед. наук, доцент кафедры патологической анатомии с курсом судебной медицины АМГМА, тел. +7-924-678-69-44, e-mail: mennatalia@mail.ru; Туфанов Константин Альбертович – врач-дерматовенеролог ГАУЗ АО «Константиновская больница», e-mail: koenigsalbers@mail.ru, тел.+7-962-295-89-74.



<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2021-1-95-98>

УДК 616-005.6

М.А. Пеганова¹, В.М. Коваленко¹, А.И. Пеганов², Е.А. Полукарова¹

СЛУЧАЙ В₁₂ ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ, ФУНИКУЛЯРНОГО МИЕЛОЗА И АЛЛЕРГИИ НА ЦИАНКОБАЛАМИН

¹Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, 654006, пр-т Строителей, 5, тел. 8-(3843)-45-48-73, e-mail: postmaster@ngiuv.ru, г. Новокузнецк;

²Кузбасский клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша, 650002, Сосновый бульвар, 6, тел. 8-(3842)-64-33-08, г. Кемерово

Резюме

Представлено наблюдение редкого сочетания В₁₂ дефицитной анемии, аллергии на витамин В₁₂ и фуникулярного миелоза у женщины 49 лет. Поражение нервной системы при фуникулярном миелозе связано с токсическим действием метилмалоновой кислоты. Купирование витамином В₁₂ неврологических проявлений фуникулярного миелоза происходит в течение двух недель. При позднем начале лечения и в более тяжелых случаях требуется боль-