



УДК 616.53-002.282-079.4:616.5-002.5

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РОЗАЦЕА И ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ****Арипова М.Л., Хардикова С.А.***Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск***РЕЗЮМЕ**

В статье на примере клинического наблюдения пациента с розацеа и пациентки с плоской формой туберкулезной волчанки представлена дифференциальная клиническая диагностика туберкулезной волчанки.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** дифференциальная диагностика, розацеа, туберкулезная волчанка.

Большой интерес представляет изучение особенностей клиники и диагностики дерматозов лица. Поражения кожи лица в структуре дерматологических диагнозов составляют весомый процент, который имеет тенденцию к повышению [2, 7, 8].

Следует подчеркнуть и социальное значение дерматозов лица, поскольку заболевание поражает людей трудоспособного возраста, а представление о собственной непривлекательности пагубно влияет на психику пациентов, приводя к тревоге и депрессии [1, 3, 4, 6, 9, 10].

Поражения кожи лица чаще всего являются фрагментом общего поражения кожи, слизистых оболочек, а иногда и внутренних органов. Это требует от врача-дерматовенеролога тщательного общего осмотра пациента и соблюдения всех правил постановки дерматологического диагноза: тщательный осмотр кожи лица и шеи, определение высыпных элементов, общий осмотр всего кожного покрова и видимых слизистых оболочек, определение высыпных элементов, сравнение высыпаний с элементами в области лица, пальпация лимфатических узлов. При затруднении в визуальном определении первичных высыпных элементов применяются методы дополнительного клинического исследования (пальпация, диаскопия, послойное поскабливание, симптомы зонда и пр.), лабораторной диагностики в некоторых случаях и гистологическое исследование [7].

**Наблюдение 1.** Больной П., 42 года, 04.12.2013 г. госпитализирован в кожную клинику Сибирского государственного медицинского университета (СибГМУ) с жалобами на высыпания на коже носа, покраснение. Субъективно высыпания сопровождаются незначительным чувством жжения.

*Anamnesis morbi.* Считает себя больным с октября 2011 г. Появление сыпи ни с чем не связывает. Первые высыпания появились на коже носа в виде эритемы с нечеткими границами. На фоне эритемы отмечались единичные папулезные высыпания на коже крыльев носа и телеангиоэктазии. Папулы мелкие, розового цвета, эластической консистенции. По этому поводу обращался к дерматовенерологу по месту жительства, где был установлен диагноз «аллергический дерматит» и назначено лечение – десенсибилизирующая терапия и топические глюкокортикостероиды. Отмечает незначительный эффект от назначенной терапии. В течении двух лет самостоятельно в период обострения процесса применял топические глюкокортикостероиды. В связи с очередным обострением и неэффективностью местной терапии в 2013 г. госпитализирован в кожную клинику.

*Status praesens.* Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Питание удовлетворительное. Лимфатические узлы не пальпируются. Костно-мышечный аппарат без патологии. Суставы не деформированы. Язык чистый, влажный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Печень и селезенка не увеличены. В позе Ромберга устойчив. Артериальное давление –

✉ Арипова Мукаддам Лутфилловна, тел. 8-923-420-4272;  
e-mail: aripova.m@yandex.ru

120/80 мм рт. ст., пульс – 70 ударов в минуту, температура тела – 36,6 °С.

*Anamnesis vitae.* Больной рос и развивался в удовлетворительных условиях. Перенесенные заболевания: ОРВИ, корь. Условия труда удовлетворительные. Вредных привычек не имеет. Половое созревание в 14 лет. Женат, имеет двух детей.

Аллергоанамнез не отягощен. Наследственных и венерических болезней не отмечает.

*Status localis.* Ограниченный хронический воспалительный процесс локализован на коже носа, представлен разлитым застойно-гиперемированным очагом эритемы красновато-синюшного цвета преимущественно кончика носа с переходом на кожу крыльев носа. Отмечается легкое шелушение в области крыльев носа. Очаг с мелким шелушением, имеются единичные геморрагические корки. На фоне эритемы видны единичные мелкие папулы розового цвета, эластической консистенции. На коже крыльев носа наблюдаются единичные телеангиэктазии. При диаскопии эритема незначительно бледнеет (рис. 1). Дермографизм смешанный. Субъективно беспокоит незначительное чувство жжения.

*Данные лабораторного обследования.* Реакция микропреципитации (РМП) с сывороткой крови типа ВДРА – отрицательная; реакция иммобилизации трепонем (РИБТ) – отрицательная; реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) отрицательная. ИФА: аНСV не обнаружен; антитела к ВИЧ отсутствуют (07.12.13). Анализ кала на яйца гельминтов: обнаружены *O. felinus*. В клинических анализах крови (7.12.13) показатели в пределах нормы, кроме незначительной эозинофилии (до 6%). Клинические анализы мочи в норме. Из биохимических показателей крови в пределах нормы: холестерин (6,9 ммоль/л).

*Проба Манту, диаскинтест:*  $d = 5$  мм.

*Рентгенография грудной клетки:* патологий не выявлено.

*Заключение специалистов.* ЛОР: при осмотре серные пробки справа (вымыты). Слизистые оболочки носа проходимы, чистые, розового цвета. Инфекционист: рекомендована после стихания обострения дегельминтизация в плановом порядке.

Больной проконсультирован профессорами кафедры дерматовенерологии и косметологии СибГМУ С.А. Хардиновой и П.Н. Пестеревым. Учитывая данные анамнеза, клиническую картину, результаты проведенного обследования и лечения, был выставлен диагноз «Розацеа. Ринофима». Назначено лечение: метронидазол 0,25 мг по 1 аблетке 3 раза в день на протяжении 28 дней, кларитин 1 таблетка 1 раз в день № 10, тиосульфат натрия 30% № 10 внутривенно. Наружно: 5%-я серная мазь 2 раза в день утром и вечером на чистое лицо в течении 3 дней, затем 10%-я серная мазь 2 раза в день утром и вечером на чистое лицо в течении 3 дней, после чего 20%-я серная мазь 10 дней по 2 раза в день утром и вечером на чистое лицо. Затем гель 15%-я азелаиновая кислота – 2 раза в день на сухое чистое лицо утром и вечером в течении 3–4 мес. В качестве профилактики продолжать нанесение 1 раз в день утром еще 3–4 мес. За время лечения пациент применял средство ухода «Сетафил» (Dermacontrol): пенку для умывания – 2 раза в день (утром и вечером); увлажняющее средство для лица SPF30 – 1 раз в день утром после умывания пенкой или через 40–60 мин после нанесения лекарственного препарата. На фоне терапии отмечалась положительная динамика: папулезные элементы разрешились, эритема побледнела (рис. 2).



Рис. 1. Больной П. с розацеа, формирующаяся ринофима



Рис. 2. Больной П. с розацеа после терапии

**Наблюдение 2.** Больная Х., 47 лет, 06.09.2014 г. госпитализирована в кожную клинику СибГМУ с направляющим диагнозом «Розацеа. Ринофима», жалобами на высыпания на коже носа, покраснение. Субъективно беспокоит незначительное чувство жжения.

*Anamnesis morbi.* Считает себя больной с августа 2013 г. Впервые высыпания появились на коже в виде локальной эритемы на кончике носа. По этому поводу обращалась к дерматовенерологу по месту жительства, поставлен диагноз «Розацеа» и назначено лечение: десенсибилизирующая терапия, местно 0,1%-й гель метранидазол, внутрь метранидазол по 1 таблетке 3 раза в день на протяжении трех недель. Пациентка от терапии эффекта не отмечала. При повторном обращении была направлена с подозрением на базальноклеточный рак кожи в Томский областной онкологический диспансер. Там был проведен соскоб с элементов на коже кончика носа. В материале обнаружены многоядерные макрофаги.

Пациентка направлена к дерматовенерологу, где был поставлен диагноз «Розацеа. Ринофима» и рекомендована госпитализация.

*Status praesens.* Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Питание удовлетворительное. Лимфатические узлы не пальпируются. Костно-мышечный аппарат без патологии. Суставы не деформированы. Язык чистый, влажный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Печень и селезенка не увеличены. В позе Ромберга устойчива. Артериальное давление – 110/70 мм рт. ст.; пульс – 68 ударов в минуту; температура тела – 36,6 °С.

*Anamnesis vitae.* Пациентка росла и развивалась в удовлетворительных условиях. Перенесенные заболевания: ОРВИ, корь, ветрянка. В 1997 г. – кесарево

сечение. В 2009 г. плановая геморроидэктомия. Половое созревание в 13 лет, три беременности и трое родов. Условия труда удовлетворительные. Вредных привычек не имеет. Аллергоанамнез неотягощен. Наследственных и венерических болезней не отмечает.

*Status localis.* Патологический процесс локализован на коже носа, представлен эритемой с нечеткими границами. На кончике носа эритема имеет желтоватый оттенок, отмечается легкое шелушение. Справа видны единичные мелкие папулы. В центре кончика носа – геморрагическая корочка, места сбора материала на цитологическое исследование. На коже правой щеки наблюдаются единичные телеангиэктазии (рис. 3). Дермографизм смешанный. Субъективно беспокоит незначительное чувство жжения.

Феномен «яблочного желе» – положительный при диаскопии (рис. 4). Симптом «зонда» – положительный.

*Данные лабораторного обследования.* РМП с сывороткой крови типа ВДРА – отрицательная; РИБТ – отрицательная; РПГА – отрицательная. ИФА: аНСV – положительный, антитела к ВИЧ не обнаружены (7.12.13). Анализ кала на яйца гельминтов: не обнаружены. В клинических анализах крови (7.12.12) показатели в пределах нормы. Клинические анализы мочи в норме. Биохимические показатели крови в пределах нормы. *LE феномен:* отрицательный.

*Проба Манту, диаскинтест:* гиперэргическая реакция (рис. 5). Повышение температуры тела до 40 °С.

*Рентгенография грудной клетки:* отмечаются петрификат прикорневых лимфатических узлов и очаг во втором сегменте легкого справа.

*Заключение специалистов.* ЛОР: слизистые оболочки носа проходимы, чистые, розового цвета. Онколог: онкопатологии нет.



Рис. 3. Больная туберкулезной волчанкой



Рис. 4. Диаскопия, положительный симптом «яблочного желе»

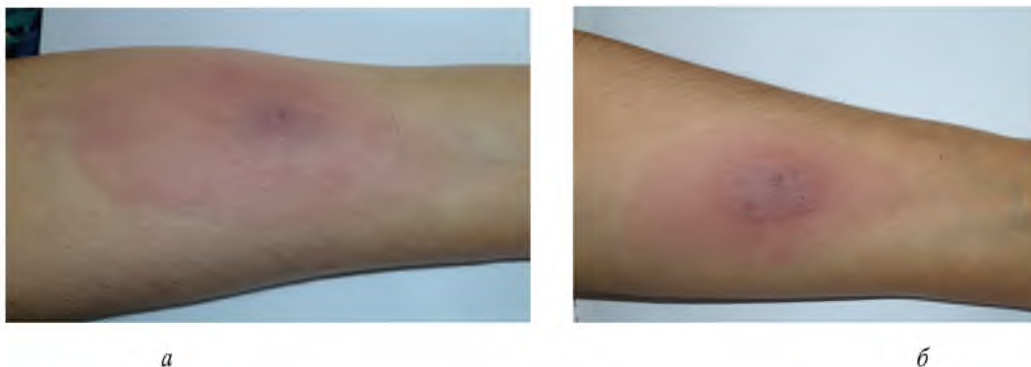


Рис. 5. Резко положительные диаскинтест (а) и проба Манту (б)

Больная проконсультирована профессорами кафедры дерматовенерологии и косметологии СибГМУ С.А. Хардиновой и П.Н. Пестеревым. Учитывая торпидное течение процесса, клиническую картину, результаты проведенного обследования, резко положительные пробы Манту и диаскинтест, был выставлен диагноз «Туберкулезная волчанка. Плоская форма».

Больная переведена в Томскую областную туберкулезную больницу для проведения специфической

терапии. В ходе лечения отмечается уменьшение эритемы, разрешение папул.

Туберкулез кожи на сегодняшний день является редкой патологией и отличается выраженным клиническим полиморфизмом, что значительно усложняет диагностику данной патологии [5]. Среди клинических разновидностей туберкулеза кожи самая распространенная форма – туберкулезная волчанка. В структуре заболеваемости в различных странах она занимает от

55,5% (Индия), 41,2% (Пакистан) до 12,8% (Великобритания), 21,5% (Корея) [2]. Несмотря на данные показатели и в связи с разнообразием клинических вариантов отмечаются сложности в своевременной диагностике туберкулеза кожи клиницистами различных специальностей. Клиническое наблюдение показывает, что длительное малосимптомное течение туберкулеза кожи имитирует клиническое течение «неспецифических» хронических дерматозов. Необходимо повышение внимания дерматологов, аллергологов, врачей общей практики к туберкулезу кожи, так как от ранней диагностики и начала этиотропного лечения зависит прогноз заболевания, что имеет немаловажное значение при локализации процесса на коже лица.

#### Литература

1. Адашкевич В.П. Акне вульгарные и розовые. Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2005. 160 с.
2. Барабанов А.Г., Музыченко А.П. Дифференциальная диагностика акнеформных дерматозов // ARC. MEDICA. 2010. № 8. С. 8–11.
3. Иванько С.А., Сергеев Ю.В., Борисов С.Е. Туберкулез кожи: потерянная болезнь? // Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2005. № 4. С. 71.
4. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М. Дерматологическое качество жизни как психосоматический симптом дерматоза // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2006. № 4. С. 11–15.
5. Потекаев Н.Н. Розацеа. М.: Бином, 2007. 144 с.
6. Потекаев Н.Н. и др. Базально-клеточная карцинома в призме дифференциальной диагностики с туберкулезной волчанкой и бугорковым сифилидом // Клиническая дерматология и венерология. 2013. Т. 11, № 1. С. 46–51.
7. Третьякова Н.Н. Дифференциальная диагностика и принципы терапии основных эритематосквамозных поражений кожи лица (клиническая лекция) // Klin. Dermatol. Venerol. 2010. № 2.
8. Утц С.Р., Моррисон А.В., Давыдова А.В. Оценка психосоматических изменений и изучение состояния вегетативной нервной системы у больных розацеа // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 664–667.
9. Юцковская Я.А., Кусая Н.В., Ключник С.Б. Обоснование патогенетической терапии при акнеподобных дерматозах, осложненных клещевой инвазией *Demodex folliculorum* // Клиническая дерматология и венерология. 2010. № 3. С. 60–63.
10. Scheinfeld N.S. Rosacea // Skin. Med. 2006. 5 (4). P. 191–194.
11. Wilkin J., Dabl M., Detmar M. et al. Standart classification of rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the classification and Staging of Rosacea // J. Am. Acad. Dermatol. 2002. V. 46, № 4. P. 584–587.
12. Tang Ngee, Anthony Abdullah. The effect of Pulsed Dye Laser on the Dermatology Life Index in eritematotelangiectatic rosacea patient // J. Clinical and Aesthetic Dermatology. 2013. V. (4).

Поступила в редакцию 03.10.2014 г.

Утверждена к печати 09.10.2014 г.

Арипова Мукаддам Лутфилоевна (✉) – аспирантка кафедры дерматовенерологии и косметологии СибГМУ (г. Томск).

Хардикова Светлана Анатольевна – д-р мед. наук, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии СибГМУ (г. Томск).

✉ Арипова Мукаддам Лутфилоевна, тел. 8-923-420-4272; e-mail: aripova.m@yandex.ru

## DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ROSACEA AND SKIN TUBERCULOSIS AS AN EXAMPLE OF A CLINICAL CASE

Aripova M.L., Khardikova S.A.

Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation

#### ABSTRACT

In this paper for a clinical observation of a patient with rosacea, and patients with a flat form of lupus tuberculosis presented a differential clinical diagnosis of tuberculosis of the skin.

**KEY WORDS:** differential diagnosis, rosacea, tuberculous lupus.

*Bulletin of Siberian Medicine*, 2014, vol. 13, no. 5, pp. 203–208

## References

1. Adaskevich V.P. *Akne vulgarnye i rozovye* [Acne vulgar and pink]. Nizhny Novgorod, N. Novgorod State Medical Academy Publ., 2005. 160 p.
2. Barabanov L.G., Muzychenko A.P. Differentsialnaya diagnostika akneformnykh dermatozov. *ARC. MEDICA*, 2010, no. 8, pp. 8–11.
3. Ivanko S.A., Sergeev Yu.V., Borisov S.Ye. Tuberkulez kozhi: poteryannaya bolezn? [Skin tuberculosis: lost disease?]. *Immunopatologiya, Allergologiya, Infektologiya – Immunopathology, Allergology, Infectology*, 2005, no. 4, p. 71.
4. Kochergin N.G., Smirnova L.M. Dermatologicheskoye kachestvo zhizni kak psichosomatichesky symptom dermatozov [Dermatological quality of life as a psychosomatic symptom of dermatosis]. *Rossysky zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney – Russian Journal of Skin and Sexually Transmitted Diseases*, 2006, no. 4, pp. 11–15.
5. Potekayev N.N. *Rozatsea* [Rosacea]. Moscow, Binom Publ., 2007. 144 p.
6. Potekayev N.N. et al. Bazalno-kletochnaya kartsinoma v prizme differentsialnoy diagnostiki s tuberkuleznoy volchankoy i bugorkovym sifilidom [Basal-cell carcinoma in the prism for differential diagnosis with tuberculosis lupus and papulose syphilid]. *Klin. dermatol. i venerol. – Clin. Dermatology and Venerology*, 2013, vol. 11, no. 1, pp. 46–51.
7. Tretyakova N. N. Differentsialnaya diagnostika i printsiy terapii osnovnykh eritematoskvamoznykh porazheny kozhi litsa (klinicheskaya lektsiya) [Differential diagnosis and principles of treatment of skin major erythematosquamous lesions (clinical lecture)]. *Klin. dermatol. i venerol. – Clin. Dermatology and Venerology*, 2010, no. 2.
8. Utts S.R., Morrison A.V., Davydova A.V. Otsenka psichosomaticheskikh izmeneniy i izucheniye sostoyaniya vegetativnoy nervnoy sistemy u bolnykh rozatsea [Assessment of psychosomatic changes and study of the autonomic nervous system state in patients with rosacea]. *Saratovskiy nauchno-meditsinsky zhurnal – Saratov Scientific Medical Journal*, 2012, vol. 8, no. 2, pp. 664–667.
9. Yutskovskaya Ya.A., Kusaya N.V., Klyuchnik S.B. Obosnovaniye patogeneticheskoy terapii pri aknepodobnykh dermatozakh, oslozhnyonnykh kleshchevoy invaziyey *Demodex folliculorum* [Rationale of pathogenetic therapy in acceptably dermatoses complicated tick infestation of *Demodex folliculorum*]. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya – Clin. Dermatology and Venerology*, 2010, no. 3, pp. 60–63.
10. Scheinfeld N.S. Rosacea. *Skin. Med.*, 2006, 5 (4), pp. 191–194.
11. Wilkin J., Dahl M., Detmar M. et al. Standart classification of rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the classification and Staging of Rosacea. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2002, vol. 46, no. 4, pp. 584–587.
12. Tang Ngee, Anthony Abdullah. The effect of Pulsed Dye Laser on the Dermatology Life Index in eritematotelangiectatic rosacea patient. *J. Clinical and Aesthetic Dermatology*, 2013, vol. (4).

Aripova Mukkadam L. (✉), Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Khardikova Svetlana A., Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

✉ Aripova Mukkadam L., Ph. 8-923-420-4272; e-mail: aripova.m@yandex.ru