

11. Morice-Picard F., Boralevi F., Lepreux S., Labrèze C., Lacombe D., Taïeb A. Severe linear form of granuloma annulare along Blaschko's lines preceding the onset of a classical form of granuloma annulare in a child. *Br. J. Dermatol.* 2007; 157(5): 1056–8.
12. Müller C.S., Schmaltz R., Vogt T., Pföhler C. Lichen striatus and blaschkitis: reappraisal of the concept of blaschkolinear dermatoses. *Br. J. Dermatol.* 2011; 164(2): 257–62. doi: 10.1111/j.1365-2133.2010.10053.x.
13. Gupta S., Gupta S., Thomas M., Mahendra A. Unilateral lichen planus along the lines of Blaschko: a rare clinical presentation. *Acta Med. Indones.* 2012; 44(2): 163–4.
14. Li W., Man X.Y. Linear psoriasis. *Canadian Med. Assoc. J.* 2012; 184(7): 789. doi:10.1503/cmaj.110866.
15. Edouard M. Grosshans. Acquired Blaschkolinear dermatoses. *Am. J. Med. Genet.* 1999; 85(4): 334–7.
16. Horowitz M.R., Vidal M.L., Resende M.O., Teixeira M.A., Cavalcanti S.M., Alencar E.R. Linear lichen planus in children – a case report. *An. Bras. Dermatol.* 2013; 88(6, Suppl. 1): 139–42. doi: 10.1590/abd1806-4841.20131971.
17. Atherton D.J., Kahana M., Russell-Jones R. Naevoid psoriasis. *Br. J. Dermatol.* 1989; 120(6): 837–41.
18. Фараджев З.Г. Клинические формы, патогенез и терапия линейных и унилатеральных дерматозов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 1985.
- [Faradzhiev Z.G. *Clinical forms, pathogenesis and therapy of linear and unilateral dermatoses.* Dis. Moscow; 1985]. (in Russian)
19. Каламкарян А.А., Фролов Е.П., Акимов В.Г., Красников Ю.А. О так называемых унилатеральных и линейных дерматозах. *Вестник дерматологии и венерологии.* 1980; 10: 18–23.
- [Kalamkaryan A.A., Frolov E.P., Akimov V.G., Krasnikov Yu.A. *So-called unilateral and linear dermatoses. Vestnik dermatologii i venerologii.* 1980; 10: 18–23]. (in Russian)
20. Paller A.S., Syder A.J., Chan Y.M., Yu Q.C., Hutton E., Tadini G., et al. Genetic and clinical mosaicism in a type of epidermal nevus. *N. Engl. J. Med.* 1994; 331(21): 1408–15.
21. Munro C.S., Wilkie A.O. Epidermal mosaicism producing localised acne: Somatic mutation in FGFR2. *Lancet.* 1998; 352(9129): 704–5.
22. Tinschert S., Naumann I., Stegmann E., Buske A., Kaufmann D., Thiel G., et al. Segmental neurofibromatosis is caused by somatic mutations of neurofibromatosis type 1 (NF1) gene. *Eur. J. Hum. Genet.* 2000; 8(6): 455–9.
23. Sakuntabhai A., Dhitavat J., Burge S., Hovnanian A. Mosaicism for ATP2A2 mutations causes segmental Darier's disease. *J. Invest. Dermatol.* 2000; 115(6): 1144–7.

Поступила 30.09.14
Received 30.09.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.5-007.281-036.1

Коллоид милиум

Иванова И.Н., Сердюкова Е.А., Чучунова Т.К.

Кафедра дерматовенерологии ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет

Описан редко встречающийся дерматоз коллоид милиум. Приведены современные представления об этиологии, патогенезе, клинической картине, гистологических особенностях, а также данные об эффективности различных методов терапии данного заболевания. Представлен клинический случай коллоид милиум у женщины 60 лет, развившегося на фоне инсоляции.

Ключевые слова: коллоид милиум; коллоидальный псевдомилиум; гиалома; коллоидный конгломератный эластоз.

COLLOID MILIUM

Ivanova I.N., Serdyukova E.A., Chuchunova T.K.

Volgograd State Medical University, 400120, Volgograd, Russia

A rare dermatosis – colloid milium – is described. Modern data on the etiology and pathogenesis, clinical picture, histology, and efficiency of modern therapies are presented. A case with colloid milium is described: a woman aged 60 years developed the dermatosis under conditions of insolation.

Key words: colloid milium; colloidal pseudomilium; hyaloma; colloid conglomerate elastosis.

Коллоид милиум (colloid milium) – редко встречающееся заболевание кожи. В различных источниках литературы можно встретить такие синонимы заболевания, как коллоидальный псевдомилиум

Сведения об авторах:

Иванова Ирина Николаевна, канд. мед. наук, ассистент кафедры дерматовенерологии Волгоградского государственного медицинского университета, Сердюкова Елена Анатольевна, канд. мед. наук, ассистент кафедры дерматовенерологии Волгоградского государственного медицинского университета (eas171@yandex.ru), Чучунова Татьяна Константиновна, канд. мед. наук, ассистент кафедры дерматовенерологии Волгоградского государственного медицинского университета.

Corresponding author:

Serdyukova Elena, MD, PhD (eas171@yandex.ru).

(pseudomilium colloidalе), гиалома (hyaloma), коллоидный конгломератный эластоз (elastosis colloidalis conglomerate).

Заболевание впервые было описано E. Wagner (1866) [1]. Чаще коллоид милиум развивается у мужчин среднего и пожилого возраста [2, 3], однако встречается и в молодом возрасте как ювенильный семейный вариант [3, 4]. Высыпания на коже формируются постепенно в течение 2–3 лет, а затем длительно существуют без изменений [4].

Этиология коллоид милиума неизвестна. По мнению В. Brust [5], заболевание развивается вследствие дегенеративных изменений волокнистых структур дермы с последующим отложением вокруг поврежденных волокон материала сосудистого происхождения. Позднее К. Hashimoto и соавт. [4, 6] пред-



Рис. 1. Б о л ь н а я А. Мелкие узелки телесного цвета в области лба, подбородка, щек.



Рис. 2. Б о л ь н а я А. Поражение кожи в области груди.

ставили данные о том, что в основе коллоид милиум лежит накопление аморфного вещества – коллоида, которое синтезируется активированными инсоляцией фибробластами, и лишь его незначительная часть является результатом дегенеративных изменений коллагеновых волокон. Дальнейшими исследованиями с использованием методов электронной микроскопии и иммунофлюоресценции было доказано, что коллоидное вещество образуется вследствие дегенерации эластических волокон [7, 8]. Ряд авторов [9, 10] показали, что, несмотря на сходство клинической картины у детей и взрослых, имеется различие в патологических процессах. Так, если у взрослых отложение коллоидного вещества наблюдается в верхней и средней части дермы [7], то у детей имеется фотоиндуцированная дегенерация кератиноцитов [9, 10], при этом отложение коллоидного вещества фиксируется в области десмосом и щелевых контактов [9]. В патогенезе заболевания большую роль играет актиническое повреждение кожи [2, 4] у лиц, длительно пребывающих на открытом воздухе, особенно при контакте с нефтью [3, 4].

Клиническая картина коллоид милиума характеризуется появлением на коже множественных восковидных, четко очерченных мелких – от 1 до 5 мм в диаметре – папул, при прокалывании которых выделяется гомогенная желеобразная жидкость. Кожа в очагах поражения огрубевает, утолщается, иногда формируются бляшки до 5 см в диаметре, на их поверхности появляются борозды. Высыпания локализуются на открытых участках кожного покрова (щеки, лоб, шея, реже тыл кистей). Субъективные ощущения отсутствуют.

Эффективных методов лечения нет. Имеются публикации [11, 12], посвященные разным методикам терапии коллоид милиума. Сообщается об успешном применении дермобразии. В 2002 г. С. Ammirati и соавт. [13] описали клиническое наблюдение коллоид милиума у 41-летнего мужчины с эффективным лечением методом лазеротерапии, а в 2006 г. R.Dummer и соавт. [14], диагностировав у 50-летней женщины коллоид милиум, проводили лечение топическими ретиноидами. Ранее рекомендовалось использование солнцезащитных средств [4].

В отечественных источниках литературы последних лет мы не встретили клинических описаний коллоид милиума. При этом в доступных нам зарубежных изданиях имеются лишь немногочислен-

ные сообщения о данном заболевании, большая часть которых опубликованы в середине XX века [5, 11, 12, 15–20] и лишь единичные в последние годы [13, 14, 21].

В связи с редкостью данной патологии мы приводим клиническое наблюдение случая коллоид милиума.

Больная А., 60 лет, жительница Волгоградской области, пенсионерка, в прошлом почталыон. Заболела год назад летом, когда впервые появились высыпания в области лица и зоны декольте. Обратилась к дерматовенерологу по месту жительства, получала местную кортикостероидную терапию (адвантан, элоком). Лечение не дало эффекта, отмечалось распространение патологического процесса на окружающие участки здоровой кожи, в связи с чем пациентка была направлена в Областную клиническую больницу №1 (Волгоград).

При осмотре наблюдалось поражение лица и груди (зона декольте). Высыпания носили сливной характер и были представлены множественными телесного цвета прозрачными мелкими милиарными узелками (рис. 1, 2). При прокалывании узелков отмечалось выделение желеобразного желтоватого вещества. Кожа в области высыпаний была грубой, малоподвижной с гипертрофированным кожным рисунком. Субъективные ощущения отсутствовали.

Общий анализ крови: Нб 132 г/л, эр. $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, тр. $247 \cdot 10^9$ /л, л. $6,3 \cdot 10^9$ /л, п. 8%, с. 59%, э. 3%, лимф. 20%, мон. 10%; СОЭ 21 мм/ч. Общий анализ мочи: удельный вес 1016; белок не обнаружен, лейкоциты единичные в поле зрения, АЛТ 21,3 ЕД/л, АСТ 27,2 ЕД/л, билирубин общий 8,5 мкмоль/л, тимоловая проба 2,3 ед., глюкоза крови 5,2 ммоль/л, результат иммуноферментного анализа крови на сифилис отрицательный.

Гистологическое исследование кожи груди: в эпидермисе – гиперкератоз, атрофия шиповатого и базального слоев, в дерме – скопление гомогенных коллоидных масс, окруженных слоем грубоволокнистой ткани и утолщенных эластических волокон.

Было рекомендовано лечение: местная фотозащитная терапия, радевит, авит по 1 капсуле 2 раза в день в течение 1 мес, криомассаж.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Wagner E. Das colloid-milium der haut. *Arch. Heilkunde.* 1866; 7: 463–4.
2. Туранова Н.М., Студницын А.Д., Смелова Н.С. *Кожные и венерические болезни. Атлас.* М.: Медицина; 1976: 154–6.
3. [Turanova N.M., Studnitsyn A.D., Smelova N.S. *Skin and venereal disease. Atlas.* Moscow: Meditsina; 1976: 154–6]. (in Russian)
4. Скрипкин Ю.К., ред. *Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей.* в 4 томах. М.: Медицина; 1995. т. 2: 423–4.
5. [Skripkin Yu.K., red. *Skin and venereal disease. Manual for doctors.* Moscow: Meditsina; 1995; vol. 2: 423–4]. (in Russian)
6. Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. *Клиническая дерматология. Редкие и атипичные дерматозы.* Ереван: Айастан; 1989: 223–5.
7. [Kalamkaryan A.A., Mordovtsev V.N., Trofimova L.Ya. *Clinical dermatology. Rare and atypical dermatitis.* Erevan: Ayastan; 1989: 223–5]. (in Russian)
8. Brust B. Pseudomilium colloidalе. *Dermatol. Monatsschr.* 1977; 163(6): 484–9.
9. Hashimoto K., Katzman R.L., Kang A.H., Kanzaki T. Electron microscopical and biochemical analysis of colloid milium. *Arch. Dermatol.* 1975; 111(1):49–59.
10. Kobayashi H., Hashimoto K. Colloid and elastic fibre: ultrastructural study on the histogenesis of colloid milium. *J. Cutan. Pathol.* 1983; 10(2): 111–22.
11. Hashimoto K., Black M. Colloid milium: a final degeneration product of actinic elastoid. *J. Cutaneous Pathol.* 1985; 12(2): 147–56.
12. Hashimoto K., Nakayama H., Chimenti S., Carlesimo O.A., Calvieri S., Iacobelli D., Bianchi L. Juvenile colloid milium. Immunohistochemical and ultrastructural studies. *J. Cutan. Pathol.* 1989; 16(3): 164–74.
13. Handfield-Jones S.E., Atherton D.J., Black M.M., Hashimoto K., McKee P.H. Juvenile colloid milium: clinical, histological and ultrastructural features. *J. Cutan. Pathol.* 1992; 19(5):434–8.
14. Apfelberg D.B., Druker D., Spence B., Maser M.R., Lash H. Treatment of colloid milium of the hand by dermabrasion. *J. Hand Surg. Am.* 1978; 3(1): 98–100.
15. Netscher D.T., Sharma S., Kinner B.M., Lyos A., Griego R.D.. Adult-type colloid milium of hands and face successfully treated with dermabrasion. *South. Med. J.* 1996; 89(10): 1004–7.
16. Ammirati C.T., Giancola J.M., Hruza G.J. Adult-onset facial colloid milium successfully treated with the long-pulsed Er:YAG laser. *Dermatol. Surg.* 2002; 28(3): 215–9.
17. Dummer R., Laetsch B., Stutz S., Schärer L. Elastosis colloidalis conglomerata (adult colloid milium, paracolloid of the skin): a maximal manifestation of actinic elastosis? *Eur. J. Dermatol.* 2006; 16(2): 163–6.
18. Miedzinski F., Kozakiewicz J., Szarmach H. On the clinical aspects of pseudomilium colloidalе. *Dermatol. Wochenschr.* 1960; 142(20): 927–33.
19. Zaun H. Pseudomilium colloidalе. Colloidmilium; elastosis colloidalis conglomerata. *Arch. Klin. Exp. Dermatol.* 1966; 224(4): 408–15.
20. Szodoray L. A case of Wagner-Pellizari pseudomilium colloidalе (Ferreira-Marques elastosis colloidalis conglomerata) in a 41-year old man. *Borgyogy Venerol. Sz.* 1958; 12(1–2): 77–9.
21. Dupre A., Bonafe J.F., Pieraggi M.T., Perrot H. Paracolloid of the skin. *J. Cutaneous Pathol.* 1979; 6(4): 304–9.
22. Ferreira-Marques J., van Uden N. Elastosis colloidalis conglomerata; a contribution on colloid milium in general and its histogenesis in particular, with observations on the pathology of elastic tissue. *Arch. Dermatol. Syph.* 1950; 192(1): 2–60.
23. Nödl F. On the histology of pseudomilium colloidalе. *Arch. Klin. Exp. Dermatol.* 1967; 229(4): 429–40.
24. Hashimoto K., Su W.P., Wang P.W., Eto H. Late onset hyalinosis cutis et mucosae. *J. Dermatol.* 2000; 27(7): 425–33.

Поступила 04.04.14
Received 04.04.14

© ЗАВАДСКИЙ В.Н., 2014
УДК 616.5-092:612.017.1]-085

Пульсовая мезотерапия иммунозависимых дерматозов

Завадский В.Н.

Кафедра кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия Минздрава России, 150000, Ярославль

Описана иммуномодулирующая пульсовая мезотерапия (ИПМТ). Суспензию глюкокортикоида пролонгированного действия в мини-дозе (бетаметазон 7 мг в месяц или триамцинолон 40 мг/мес) разводят физиологическим раствором натрия хлорида и вводят внутривенно в очаги поражения 1 раз в месяц. Показана эффективность ИПМТ при иммунозависимых хронических дерматозах: атопическом дерматите, экземе, псориазе, хронической крапивнице -- у взрослых, подростков и детей. ИПМТ – удобная альтернатива местным кортикостероидам, а при нетяжелом течении названных дерматозов – достаточное патогенетическое лечение. Преимущества ИПМТ: лечение проводится не чаще 1 раза в месяц, одномоментно; эффект проявляется с первых дней, устойчивый; рецидивы становятся реже и слабее; суммарная доза глюкокортикоида при ИПМТ не больше (даже меньше), чем требуется при наружной кортикостероидной терапии; безопасность ИПМТ обеспечивается допустимой фиксированной дозой препарата и ее надежным естественным снижением. Качество жизни улучшается (сервис и менеджмент выше): устранена «мазевая зависимость», процедуры редкие, необременительные; временная нетрудоспособность сокращается, госпитализация не требуется. Имеется экономическая выгода.

Ключевые слова: иммуномодулирующая пульсовая мезотерапия; мини-доза глюкокортикоида; атопический дерматит, экзема, псориаз, хроническая крапивница; качество жизни.