

Трудности дифференциальной диагностики себорейного дерматита и бляшечного псориаза на примере конкретного больного

А.В. Самцов

Problems with differential diagnostics of seborrheic dermatitis and plaque psoriasis by the example of a particular case study

A.V. SAMTSOV

об авторе:

А.В. Самцов — д.м.н., профессор, начальник кафедры кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Представлен клинический случай псориаза с поражением волосистой части головы и подмышечных областей. Дифференциальный диагноз проводился между псориазом и себорейным дерматитом. Гистологически был подтвержден диагноз псориаза. В качестве топической терапии в интертригинозных областях (подмышечные впадины) был выбран мометазона фуруат в форме лосьона, позволивший добиться купирования симптомов после недели применения препарата. По причине выраженного шелушения для терапии волосистой части головы был выбран лосьон бетаметазона с салициловой кислотой, приведший к значительному улучшению симптоматики после 14 дней лечения. Данный случай является примером важности выбора лекарственной формы, в частности кортикостероидного лекарственного средства, — мометазона фуруата с учетом характера и локализации воспалительного процесса.

Ключевые слова: **псориаз, себорейный дерматит, топические стероиды, мометазона фуруат, бетаметазон с салициловой кислотой, лосьон.**

A clinical case of psoriasis with involvement of scalp and armpits areas is presented. Differential diagnosis was made between psoriasis and seborrheic dermatitis. The diagnosis of psoriasis was confirmed morphologically. Mometasone furoate lotion was selected for topical therapy of intertriginous areas (armpits), and the symptoms were eliminated after one week of treatment. For the reason of extensive scaling, betametason plus salicylic acid lotion was administered to the scalp area, with significant symptoms improvement by 14th day of treatment. This case illustrates the importance of proper choice of the form of therapy, namely, topical steroid — mometasone furoate, with proper consideration of the characteristics and localization of inflammatory process.

Key words: **psoriasis, seborrheic dermatitis, topical steroids, mometasone furoate, betametason with salicylic acid, lotion.**

■ Под нашим наблюдением находился больной П., 46 лет, предъявлявший жалобы на распространенное поражение кожи. Считает себя больным в течение 6 мес. Поражение кожи началось с волосистой части головы, когда на фоне гиперемии развилось обильное шелушение. Больной обратился к дерматологу в кожно-венерологический диспансер, был поставлен диагноз «перхоть» и назначено лечение различными шампунями, однако эффекта отмечено не было. Появились очаги поражения в виде покраснения и не-

значительного шелушения в подмышечных областях. По этому поводу больной обратился в клинику кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии и был госпитализирован.

При поступлении в клинику пациент предъявлял жалобы на высыпания на коже волосистой части головы и подмышечных складок, периодически сопровождавшиеся незначительным зудом.

Дерматологический статус. Поражение кожи носит распространенный характер с вовлечением волоси-

стой части головы и подмышечных областей. Отмечается диффузное поражение кожи волосистой части головы, не выходящее за пределы границы роста волос, представленное отечной эритемой, на фоне которой выявляется умеренно выраженное мелкопластинчатое шелушение, местами не достигающее границ эритемы, местами полностью ее покрывающее. В подмышечных областях отмечаются эритематозные, слегка возвышающиеся очаги поражения округлой формы с четкими очертаниями, без шелушения (см. рисунок). Точно определить первичный элемент кожной сыпи (бляшку или пятно) визуальным или пальпаторно не представляется возможным.

Хорошо известно, что в основе диагностики дерматозов лежит определение морфологических элементов кожной сыпи, при этом наиболее информативны первичные, менее — вторичные, представляющие собой результат эволюции или повреждения первичных элементов. В тех случаях, когда четко установить элементы не представляется возможным, следует учитывать тот факт, что многие дерматозы локализуются преимущественно в определенных областях. В частности, эритематосквамозные, папуло-сквамозные поражения кожи волосистой части головы наблюдаются при следующих заболеваниях: перхоти, себорейном дерматите, псориазе, *tinea amiantacea*, отрубевидном лишае.

Диагнозы «перхоть» и «отрубевидный лишай» были исключены в связи с наличием воспалительной реакции (при перхоти паракератотические чешуйки первичны, при отрубевидном лишае воспаление отсутствует).

Таким образом, дифференциальную диагностику поражений кожи волосистой части головы у нашего пациента мы проводили между тремя дерматозами, наиболее часто локализующимися в этой области: псориазом, себорейным дерматитом и асбестовидным лишаем (*pitiriasis amiantacea*, *tinea amiantacea*).

Асбестовидный лишай представляет собой своеобразную реакцию кожи волосистой части головы у лиц любого возраста на неизвестную причину.

Большинство авторов рассматривают это заболевание как форму стрептодермии, некоторые — как осложнение атопического дерматита, ограниченного нейродермита, псориаза. Для клинической картины асбестовидного лишая характерны незначительное воспаление или его отсутствие, сухие крупные асбестовидные чешуйки, тесно прилегающие друг к другу и при отторжении длительно удерживающиеся в волосах; рубцевание, атрофия, алопеция не встречаются [1—3]. Учитывая выраженность явлений воспаления и мелкопластинчатый характер шелушения, а также локализацию очагов поражения на коже подмышечных ямок, что не встречается при *tinea amiantacea*, диагноз асбестовидного лишая был исключен клинически.

Таким образом, в дальнейшем дифференциальная диагностика проводилась между себорейным дерматитом и бляшечным псориазом в связи с тем, что оба



Рис. Очаг поражения на коже в области подмышечной ямки

дерматоза могут локализоваться как на волосистой части головы, так и в складках.

У пациента отсутствовали четко определимые первичные элементы кожной сыпи. Было неясно, является ли очаг поражения пятном (в этих случаях иногда применяют не совсем корректный термин «отечное пятно», так как пятно характеризуется только изменением окраски кожи без изменения ее рельефа и консистенции), папулой или бляшкой. В данной ситуации указанные выше два дерматоза различить исключительно сложно, и нередко клинический диагноз носит весьма субъективный характер. В этих случаях некоторые авторы применяют термин «себопсориаз», объединяющий такие диагнозы, как псориазиформный себорейный дерматит и себорейный псориаз [2, 4]. Кроме того, следует учитывать тот факт, что при локализации в складках повышенное потоотделение способствует исчезновению такого признака, как шелушение, изменяя клиническую картину дерматоза.

Выявление с помощью лабораторных методов исследования *Malassezia* (в настоящее время доказано, что как минимум 5 видов играют важную роль в развитии себорейного дерматита) также не информативно, поскольку на себорейных участках этот возбудитель с большой вероятностью может быть обнаружен и при псориазе [5, 6].

Микроскопическое и культуральное исследование в области складок на дерматофиты, дрожжеподобные грибы и коринебактерии дали отрицательные результаты.

В связи с вышеизложенным были проведены биопсии из очагов поражения на границе роста волос на коже волосистой части головы и в периферической зоне очага поражения в подмышечной области.

Патогистологическое исследование. В препарате из очага поражения на коже подмышечной области

эпидермис несколько акантоцитен, зернистый слой отсутствует, незначительно выражен паракератоз, очаговый спонгиоз, количество митотических фигур увеличено; некоторые сосочки дермы удлинены, в них обнаруживаются расширенные и извитые капилляры, вокруг сосудов — слабовыраженные инфильтраты, состоящие из лимфоцитов и небольшого количества нейтрофилов, отдельные из которых проникают в эпидермис.

Данные патогистологического исследования препарата из очага поражения, расположенного на коже волосистой части головы, отличались лишь большей выраженностью таких симптомов, как паракератоз, расширение сосудов и инфильтрация, отек сосочковой дермы, количество нейтрофилов в эпидермисе.

Заключение

Обнаруженные патогистологические изменения соответствуют диагнозу «псориаз».

Таким образом, с учетом данных клинической картины, отрицательных результатов микроскопического и культурального методов исследования, а также патогистологических изменений был поставлен окончательный диагноз «бляшечный псориаз».

Эффективность местного лечения кожных болезней во многом зависит от правильного выбора лекарственной формы и фармакологического средства. При применении наружной терапии прежде всего необходимо выбрать лекарственную форму, а затем — действующее вещество. Поскольку сама по себе лекарственная форма способна влиять на течение воспалительного процесса, то ее неправильный выбор может привести к резкому обострению заболевания.

Выбор лекарственной формы определяется только характером воспалительного процесса и не зависит от этиологии и диагноза заболевания. Следует также учитывать локализацию очагов поражения, в частности, при воспалительных процессах в складках и на коже волосистой части головы рекомендуется в качестве лекарственной формы раствор (лосьон).

Форма лосьона является уникальной, она позволяет пациентам с поражением волосистых покровов использовать ее в амбулаторном режиме и не изменять привычный образ жизни: лосьон легко распределяется по поверхности кожи без склеивания и высушивания

волос, не оставляя видимых следов, применяется на участки с мокнутием и экссудацией, на лицо, шею, волосистую часть головы.

Известно, что для наружной терапии псориаза используются преимущественно следующие группы препаратов: глюкокортикостероиды, витамин D₃, ретиноиды, дитранол, деготь. Следует отметить, что глюкокортикостероиды занимают ведущее место в лечении псориаза, поскольку оказывают по сравнению с другими препаратами наиболее быстрое и выраженное противовоспалительное, противомитозное, антиаллергическое и противозудное действие. Чрескожная абсорбция топических глюкокортикостероидов на участках с большим количеством волосистых фолликулов более высокая, чем на других участках кожного покрова, поэтому крайне важно назначать на указанные области основы с меньшими параметрами пенетрации и не обладающие окклюзивными свойствами.

В связи с вышеизложенным лечение псориаза в подмышечных складках мы проводили препаратом элоком в форме лосьона, поскольку, согласно Европейской классификации топических глюкокортикостероидов, это средство по активности действия относится к 3-му классу, а по безопасности идентично гидрокортизону и давно зарекомендовало себя как высокоэффективное и безопасное. Риск развития атрофии кожи при применении элокома практически отсутствует благодаря минимальной системной абсорбции. На кожу волосистой части головы с учетом выраженности шелушения был назначен бетаметазон с салициловой кислотой также в форме лосьона.

В результате проведенной терапии очаги поражения в подмышечных областях разрешились полностью через неделю, на коже волосистой части головы через 14 дней отмечалась слабовыраженная эритема, ничем не беспокоившая больного.

Приведенное наблюдение свидетельствует о том, что при определенных локализациях и незначительной выраженности первичных элементов кожной сыпи диагностика псориаза бывает весьма затруднена. Что касается терапии заболевания, то данный случай иллюстрирует важность подбора лекарственной формы, в частности кортикостероидного лекарственного средства — мометазона фууроата (Элоком), с учетом характера и локализации воспалительного процесса. ■

Литература

- Pandya A. Seborrheic dermatitis or tinea capitis: don't be fooled. *Int J Dermatol* 1998; 37: 827—828.
- Plewig G, Jansen Th. Seborrheic dermatitis In *Dermatology in General Medicine* 5th ed, Ed Fitzpatrick McGraw-Hill 1999; 1: 1482—1489.
- Hay R, Ashbee H. Mycology In *Rook's Textbook of Dermatology* 8th ed, Ed Burns et al Blackwell Publishing Ltd 2010; 2: 36.1—36.27.
- Nakayama J. Four cases of seborrheic dermatitis or seborrheic dermatitis of the face and scalp successfully treated with 1a-24 (tacalcitol) cream. *Eur J Dermatol* 2000; 10: 528—532.
- Faergemann J, Jones T, Hettler D et al. Pityrosporum ovale (*Malassezia furfur*) as the causative agent of seborrheic dermatitis: new treatment options. *Br J Dermatol* 1996; 134 (Suppl. 46): 12—15.
- Berth-Jones J. Seborrheic dermatitis In *Rook's Textbook of Dermatology* 8th ed, Ed Burns et al Blackwell Publishing Ltd 2010; 1: 23.29—23—34.