

DOI: 10.25208/0042-4609-2017-93-6-86-90

К вопросу о *pyoderma faciale*

Горбунов Ю. Г.¹, Чепуштанова К. О.¹, Рубинс С.², Самцов А. В.¹

¹ Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации
194044, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

² Латвийский университет
LV-1586, Латвия, г. Рига, бульвар Райниса, д. 19

В статье приводится клиническое наблюдение пациентки с редким дерматозом — *pyoderma faciale*. Показана эффективность применения системных глюкокортикостероидов с постепенной отменой в комбинации с системными ароматическими ретиноидами. Приведены данные литературы о клинических особенностях этого редкого дерматоза.

Ключевые слова: ***pyoderma faciale*, системные глюкокортикостероиды, изотретиноин**

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Для цитирования: Горбунов Ю. Г., Чепуштанова К. О., Рубинс С., Самцов А. В. К вопросу о *pyoderma faciale*. Вестник дерматологии и венерологии. 2017;(6):86–90. DOI: 10.25208/0042-4609-2017-93-6-86-90

Pyoderma Faciale — from Clinical Practice

Jurij G. Gorbunov¹, Ksenija O. Chepushtanova¹, Sil'vestrs Rubins², Aleksej V. Samcov¹

¹ Military Medical Academy of S. M. Kirov, Ministry of Defense of the Russian Federation
Akademika Lebedeva str., 6, Saint Petersburg, 194044, Russian Federation

² University of Latvia
Raina blvd, 19, Riga, LV-1586, Latvia

This article considers the clinical observation of the patient with rare and severe form of dermatosis — pyoderma faciale. The effectiveness of systemic corticosteroids with the gradual addition of the oral isotretinoin has been shown. Data on clinical features of this atypical form is provided.

Keywords: **pyoderma faciale, system corticosteroids, isotretinoin**

Conflict of interest: the authors state that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

For citation: Gorbunov Ju. G., Chepushtanova K. O., Rubins S., Samtsov A. V. Pyoderma Faciale — from Clinical Practice. Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2017;(6):86–90. DOI: 10.25208/0042-4609-2017-93-6-86-90

Введение

В 1940 г. P. A. O'Leary и R. R. Kierland опубликовали обзор 1600 наблюдений акне у женщин, 13 из которых имели особые клинические проявления в виде узлов и инфильтратов в центральной части лица. Авторы впервые ввели термин *pyoderma faciale* для этих случаев [1]. В 1992 г. G. Plewig и соавт. описали 20 аналогичных случаев у молодых женщин и предложили переименовать данное заболевание в *rosacea fulminans* [2].

Pyoderma faciale — редкий дерматоз, характеризующийся диффузным покраснением кожи лица с формированием выраженных абсцессов, узлов, кист, инфильтратов и полостей, сообщающихся между собой, часто сопровождающийся субфебрильной лихорадкой, миалгиями и лейкоцитозом. Комедоны обычно отсутствуют [3, 4]. Наиболее часто поражаются лоб, переносица, область носогубного треугольника, подбородок. В 15% случаев могут вовлекаться шея, плечи, верхняя часть туловища. Продромальные явления наблюдаются редко [5].

Заболевание отличается внезапным острым началом в течение нескольких часов и наблюдается преимущественно у женщин в возрасте 20–30 лет, большинство из которых имеют в анамнезе розацеа. В литературе описаны случаи развития этого состояния и в более старшем возрасте [6].

В последнее время T. G. Kim и соавт. сообщили о ряде случаев *rosacea fulminans* у мужчин с глазным и папулопустулезным подтипами розацеа. Однако не все пациенты с *rosacea fulminans* имели в анамнезе розацеа [7].

Клинический случай

Больная К. 24 лет обратилась в клинику кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова в сентябре 2015 г. с жалобами на высыпания на коже лица. Считает себя больной в течение 3 нед, когда отметила внезапное появление на лице крупных воспалительных элементов в области подбородка, болезненных при пальпации. Элементы были представлены узлами синюшно-красного цвета размерами от 8 до 15 мм. На поверхности некоторых узлов в течение нескольких дней формировались пустулы, которые вскрывались самостоятельно с отхождением небольшого количества гнойного отделяемого. В течение 2 нед на коже подбородка сформировался инфильтрат, на поверхности которого постоянно образовывались пустулезные элементы, вскрывающиеся с образованием корок желтого цвета.

Пациентка обратилась за медицинской помощью в кожно-венерологический диспансер по месту жительства, где ей был поставлен диагноз акне и назначена наружная антибактериальная терапия. На фоне лечения у пациентки наблюдалась отрицательная динамика в виде появления свежих пустул в области подбородка и возникновения воспалительных узлов в области переносицы. Семейный и аллергологический анамнез не отягощен.

При объективном обследовании: общее состояние удовлетворительное, со стороны систем и органов — без особенностей, температура тела — 37,0 °С. Незначительное увеличение поднижнечелюстных лимфатических узлов справа.

Дерматологический статус: поражение кожи носит ограниченный характер с локализацией в области лица и представлено узлами синюшно-красного цвета размерами 8–12 мм, расположенными в области подбородка и переносицы. На поверхности узлов, а также на коже губ имеются отдельные пустулезные элементы, единичные корки желтого цвета.

На основании анамнеза и клинической картины поставлен диагноз: *pyoderma faciale (rosacea fulminans)* (рис. 1).



Рис. 1. До лечения

Пациентка обследована: биохимический анализ крови — без патологии, общий анализ крови: лейкоциты — $9,9 \times 10^9/\text{л}$; остальные показатели в пределах нормы; общий анализ мочи — без патологии; анализы крови на ф.50, РПГА, HbsAg, AntiHCV — отрицательные.

Назначена терапия: преднизолон в таблетках в суточной дозе 20 мг в течение 2 нед с постепенным снижением дозы до полной отмены в течение 4 нед. Одновременно с преднизолоном был назначен антибиотик широкого спектра действия амоксиклав в суточной дозе 2000 мг сроком на 7 сут. Начиная с 14-го дня приема преднизолона к лечению был добавлен изотретиноин в суточной дозе 0,66 мг/кг. Пациентка получала препарат в течение 6 мес в общей курсовой дозе 118,8 мг/кг. Наружная терапия проводилась антибактериальными средствами в форме растворов и мазей. Флюктуирующие узлы подвергались вскрытию и дренированию.

В течение первых 3 нед терапии наблюдалось отсутствие появления новых воспалительных элементов, уменьшение узлов в размерах, отхождение корок, снижение болезненных ощущений, нормализация температуры тела (рис. 2).



Рис. 2. После 3 нед терапии

В течение последующих 5–6 нед было отмечено полное разрешение узловатых элементов. В области поражения сохранялись небольшие очаги инфильтрации красного цвета и вторичные гиперпигментные пятна (рис. 3).



Рис. 3. После 2 мес терапии

Через 6 мес терапии, по окончании приема изотретиноина, гиперпигментные пятна разрешились, в очагах поражения сформировались единичные гипотрофические рубцы (рис. 4).



Рис. 4. После окончания терапии

Обсуждение

Этиология и патогенез *ruoderma faciale* окончательно не изучены. Однако выделен ряд факторов, с которыми может быть связано развитие данного заболевания. К ним относятся: воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта, гормональные нарушения, беременность, заболевания печени, щитовидной железы, ревматоидный артрит, болезнь Крона. Не исключается роль сильных психоэмоциональных стрессов, приема некоторых лекарственных препаратов: оральных контрацептивов, высоких доз витаминов группы В [2, 4, 8].

При обследовании таких пациентов изменения в каких-либо системах и органах не выявлялись, однако

в ряде случаев наблюдались общая слабость и недомогание. Иногда у пациентов с *ruoderma faciale* могут развиваться депрессивные состояния, чувство тревоги и значительное снижение качества жизни. В клиническом анализе крови обращают на себя внимание пониженный уровень гемоглобина, умеренный лейкоцитоз и повышенные скорости оседания эритроцитов [4].

Самостоятельное разрешение процесса обычно наблюдается в течение года и, как правило, заканчивается рубцеванием, которое может быть представлено как небольшими нормотрофическими элементами, так и крупными гипертрофическими и келоидными образованиями.

Дифференциальную диагностику следует проводить с *acne conglobata*, *acne fulminans* и *iodo-* и *bromoderma*. Большинство авторов считают *acne conglobata* основным дерматозом, с которым следует дифференцировать *ruoderma faciale*. *Acne conglobata* встречается преимущественно у молодых людей и характеризуется распространением патологического процесса на шею и туловище, крупными воспалительными узлами, сливающимися элементами, флегмонозными и индуративными акне, а также крупными парными комедонами [8].

По данным Т. Rosen и соавт., пероральный изотретиноин рассматривается как препарат 1-й линии терапии. Предложенные схемы лечения включают короткий курс таблетированных форм преднизолона в суточной дозе 20–30 мг в течение 1–2 нед с дальнейшим снижением до полной отмены и одновременным подключением к терапии системного изотретиноина в средних терапевтических дозировках. Рекомендуемая курсовая доза изотретиноина должна составлять от 120 до 150 мг/кг [9–12].

Некоторые исследователи сообщают об успешном применении антибиотиков широкого спектра действия длительными курсами в комбинации с дапсоном [2, 8].

На основании того, что *ruoderma faciale* характеризуется отсутствием комедонов и развитием процесса исключительно у молодых женщин в возрасте 20–30 лет, некоторые авторы считают правомерным относить данное заболевание к одной из форм розацеа — *rosacea fulminans*, которую G. Plewig и J. Jansen рассматривают как тяжелую форму *rosacea conglobata*. Однако другие авторы считают *ruoderma faciale* разновидностью акне в связи с тем, что процесс характеризуется быстрым формированием узлов и абсцессов, на фоне которых развиваются пустулезные элементы [13].

Следует также отметить, что отсутствие комедонов не противоречит диагнозу акне, поскольку, согласно данным В. Dreho и соавт., у женщин эти элементы при акне могут отсутствовать [14].

Заключение

В связи с вышеизложенным мы считаем, что *ruoderma faciale* представляет собой вариант акне (акне конглобата), а не розацеа по следующим причинам: во-первых, при *rosacea fulminans* отсутствует характерная локализация для розацеа — центральная часть лица, во-вторых, нет первичных признаков дерматоза — преходящей и стойкой эритемы, телеангиэктазий, папул и пустул, а присутствуют узлы и абсцессы, т.е. те элементы, которые не встречаются при розацеа. Следует также отметить, что согласно классификации 2002 г., которая признана во всем мире, *rosacea fulminans* не относится к розацеа [15]. ■

Литература/References

- O'Leary P. A., Kierland R. R. Pyoderma Faciale. Arch. Dermatol. Syphilol. 1940;41:451–462.
- Plewig G., Jansen T., Kligman A. M. Pyoderma Faciale: a Review and Report of 20 Additional Cases: is it Rosacea? Arch. Dermatol. 1992;128(12):1611–1617.
- Самцов А. В. Акне и акнеформные дерматозы. М.: Фармтек, 2014. С. 235. [Samtsov A. V. Acne and Acneiform Dermatoses. M.: Farmtec, 2014. P. 235.]
- Joshua A., Zeichner M. D. Acneiform Eruptions in Dermatology — Differential Diagnosis. Springer, 2014. P. 43–44.
- Grawford G. H., Pelle M. T., James W. D. Rosacea: I. Etiology, Pathogenesis and Subtype Classification. J. Am. Acad. Dermatol. 2004;51(3):327–341.
- Cunliffe W. J., Gollnick H. P. M. Acne: Diagnosis and Management. CRC Press, 2001. P. 94.
- Kim T. G., Noh S. M., Do J. E. et al. Rosacea Fulminans with Ocular Involvement. Br. J. Dermatol. 2010;163(4):877–879.
- Massa M. C., Su W. P. Pyoderma Faciale: A Clinical Study of Twenty-Nine Patients. J. Am. Acad. Dermatol. 1982;6(1):84–91.
- Firooz A., Firoozabadi M. R., Dowlati Y. Rosacea Fulminans (Pyoderma Faciale): Successful Treatment of a 3 Year-Old Girl with Oral Isotretinoin. Br. J. Dermatol. 2001;40(3):203–205.
- Rosen T., Unkefer R. P. Treatment of Pyoderma Faciale with Isotretinoin in a Patient with Ulcerative Colitis. Cutis. 1999;64(2):107–109.
- Jansen T., Plewig G., Kingman A. M. Diagnosis and Treatment of Rosacea Fulminans. Dermatology. 1994;188(4):251–254.
- Selder S. Pyoderma Faciale. J. Am. Acad. Dermatol. 2005;53(6):1104–1105.
- Plewig G., Jansen J. The Rosacea. In: Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 5th ed. 1999. P. 785–799.
- Dreno B., Layton A., Zouboulis C. C. et al. Adult Female Acne: a New Paradigm. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2013;27(9):1063–1070.
- Wilkin J., Dahl M., Detmar M. et al. Standard Classification of Rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. J. Am. Acad. Dermatol. 2002;46(4):584–587.

Информация об авторах

Юрий Геннадьевич Горбунов — доцент, ассистент кафедры кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации

Ксения Олеговна Чепуштанова — врач-ординатор кафедры кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации; e-mail: kseniyachepushtanova@mail.ru

Сильвестрс Рубинс — д.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии медицинского факультета Латвийского университета

Алексей Викторович Самцов — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации

Information about the authors

Jurij G. Gorbunov — PhD (Medicine), Associate Professor, Research Assistant, Department of Skin and Venereal Diseases, Military Medical Academy of S. M. Kirov, Ministry of Defense of the Russian Federation

Ksenija O. Chepushtanova — MD, Attending Physician, Department of Skin and Venereal Diseases, Military Medical Academy of S. M. Kirov, Ministry of Defense of the Russian Federation; e-mail: kseniyachepushtanova@mail.ru

Silvestrs Rubins — D.Sci. (Medicine), Associate Professor, Department of Dermatovenereology, Faculty of Medicine, University of Latvia

Aleksej V. Samtsov — D.Sci. (Medicine), Prof., Head of the Department of Skin and Venereal Diseases, Military Medical Academy of S. M. Kirov, Ministry of Defense of the Russian Federation