https://doi.org/10.34883/PI.2023.9.4.017

Музыченко А.П.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Дифференциальная диагностика акнеформных дерматозов

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 28.11.2023
Принята: 04.12.2023
Контакты: anna.muzychenka@gmail.com

Резюме

Термин «акнеформные высыпания» включает ряд кожных заболеваний, напоминающих вульгарные акне. В клинических условиях часто встречаются как акнеформные дерматозы, так и истинные акне, поэтому их дифференциальная диагностика может быть затруднена. Как и при акне, при акнеформных высыпаниях могут наблюдаться папулы, пустулы, узлы и кисты. Однако в отличие от угрей при акнеформных дерматозах комедоны встречаются редко. Кроме того, акнеформные высыпания отличаются от вульгарных акне внезапностью возникновения, регистрацией во всех возрастных группах, мономорфностью поражений и распространением за пределы себорейных зон. Данные высыпания могут не реагировать на стандартную терапию акне.
Ключевые слова: акне, акнеформные высыпания, акнеподобные поражения, воспалительная реакция

Muzychenka H.
Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Differential Diagnosis of Acne-Like Dermatoses

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 28.11.2023
Accepted: 04.12.2023
Contacts: anna.muzychenka@gmail.com

Abstract

The term «acne-like eruptions» encompasses a variety of skin conditions resembling acne vulgaris. While both acne-like dermatoses and true acne are frequently observed in clinical settings, differentiating between the two might be challenging. Similar to acne, the lesions of acne-like eruptions may exhibit papules, pustules, nodules, and cysts. However, contrary to acne, comedones are uncommon but may still be observed in certain types of acne-like eruptions. Moreover, acne-like eruptions can be differentiated from acne based on their sudden onset, the propensity to occur across all age groups, the monomorphic

appearance of lesions, and the distributions extending outside the seborrheic regions. The observed lesions may not respond to standard acne therapy.
Keywords: acne; acneiform eruptions; acne-like dermatoses; inflammatory reaction

Акне (acne vulgaris) является наиболее распространенным заболеванием кожи во всем мире [4]. Это хроническое воспалительное заболевание пилосебацейного комплекса с преимущественным поражением областей с высокой плотностью сальных желез – лица, верхней части груди, спины и шеи [9]. Распространенность акне в мире оценивается в 9,4%, занимая восьмое место среди наиболее часто встречающихся заболеваний.

В связи со значительной распространенностью акне нередки случаи ошибочной диагностики других дерматозов, имеющих сходство с акне. Акнеформные дерматозы – это группа многочисленных заболеваний кожи, проявляющихся папулами, пустулами, узлами или кистами, при которых, по сравнению с акне, реже встречаются комедоны. Они могут быть вызваны самыми разными факторами, включая инфекции, лекарственные препараты, генетические нарушения, гормональный и метаболический дисбаланс.

Розацеа (розовые угри, rosacea), подобно acne vulgaris, проявляется папулопустулезными элементами на коже лица. Основными критериями постановки диагноза являются центрофациальная эритема, телеангиоэктазии и отсутствие себореи и комедонов. Также необходимо учитывать возраст пациента. Заболевание чаще начинается на 3–4-м десятилетии жизни и достигает пика между 40 и 50 годами. Чаще страдают женщины (60%), хотя гиперплазии соединительной ткани и сальных желез, приводящие к ринофиме, наблюдаются исключительно у мужчин [1]. Кроме того, необходимо помнить о частом вовлечении в патологический процесс глаз. Офтальморозацеа, по данным разных авторов, может наблюдаться у 20–60% пациентов, при этом примерно у 20% предшествует кожным проявлениям. Патофизиология заболевания полностью не выяснена, однако генетический профиль, факторы окружающей среды, нейрогенное воспаление, гиперреактивность сосудов и изменения в иммунном ответе, по-видимому, играют определенную роль.

Периоральный дерматит (ПД) – хроническое, рецидивирующее, мультифакторное заболевание кожи лица неизвестной этиологии, в развитии которого важное значение отводят экзогенным факторам. Болеют преимущественно женщины в возрасте 15–45 лет, хотя заболевание регистрируется также у детей дошкольного возраста, у пожилых и все чаще у молодых мужчин [5]. Клинически периоральный дерматит представлен мелкими до 1–2 мм в диаметре нефолликулярными полусферическими папулами и папуло-везикулами (псевдопустулами) в периоральной и/или периорбитальной области с узким ободком непораженной кожи вокруг красной каймы губ. Этиопатогенез этого заболевания до сих пор не установлен. Тем не менее, помимо связи ПД с использованием топических кортикостероидов, в настоящее время ведутся исследования относительно возможного влияния гормонов, ультрафиолетового излучения, раздражителей кожи и микробиологических агентов в формировании поражений. Дисфункция эпидермального барьера может усугублять течение ПД.

Эозинофильный пустулезный фолликулит (болезнь Офуджи) – редкое неинфекционное воспалительное заболевание кожи, проявляющееся стерильными папуло-пустулами, отличительной гистологической особенностью которых является наличие эозинофильных инфильтратов вокруг пилосебацейных комплексов. Часто сопровождается периферической эозинофилией крови. Отличительной особенностью заболевания является интенсивный и постоянный зуд, сопровождающийся экскориированными папулами и пустулами [6].

Саркоидоз – мультиорганное гранулематозное заболевание неизвестного происхождения преимущественно с легочными проявлениями. Однако среди внелегочных проявлений кожа является одним из наиболее часто (около 30%) поражаемых органов [2]. При саркоидозе наблюдаются различные типы поражения кожи, подразделяемые на специфические и неспецифические в зависимости от наличия или отсутствия характерных саркоидных гранулем [8]. Среди специфических поражений преобладают мономорфные макулопапулезные высыпания, которые могут сливаться в кольцевидные очаги или бляшки. В отличие от acne vulgaris, комедоны и пустулы при саркоидных поражениях отсутствуют.

Инфекционные фолликулиты представляют собой гнойное воспаление верхней части волосяного фолликула и характеризуются фолликулярными папулами, пустулами, корками. Наиболее частой причиной в развитии фолликулитов является Staphylococcus aureus, однако и другие микроорганизмы могут быть ответственны за их развитие (E. coli, Klebsiella, Proteus, Pseudomonas aeruginosa, Malassezia furfur). Грамнегативные фолликулиты могут осложнить течение вульгарных угрей у пациентов, длительно и нерационально применяющих антибиотики, чаще тетрациклинового ряда, что проявляется внезапным ухудшением клинической картины заболевания [3, 7]. Невысокая заболеваемость грамотрицательными фолликулитами может быть обусловлена недостаточным учетом, связанным с возможной ошибочной диагностикой, расценивающей заболевание как обострение акне.

Малассезия-фолликулит представляет собой ответную реакцию организма на сенсибилизацию дрожжами Malassezia furfur, являющуюся комменсалом кожи человека. Несмотря на широкую распространенность, малассезия-фолликулит, как правило, диагностируется недостаточно, поскольку обычно ошибочно интерпретируется как acne vulgaris. Характеризуется множественными зудящими мономорфными от 2 до 4 мм в диаметре фолликулярными папулами, которые бесследно регрессируют после курса противогрибковой терапии.

Воздействие различных химических и физических факторов может привести к формированию высыпаний, клинически сходных с acne vulgaris (акне Майорка, стероидные акне, экскориированные акне, хлоракне). В протокол дифференциальной диагностики необходимо включать доброкачественные новообразования кожи – сирингому, трихоэпителиому, а также люпоидную и гранулематозную розацеа.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хотя акне воспринимается как кожное заболевание с легко идентифицируемыми симптомами, его отличие от акнеформных высыпаний может представлять определенную трудность в диагностике. Эта группа заболеваний, напоминающих acne vulgaris, включает в себя обширное количество дерматозов, существенно различающихся по степени тяжести и распространенности. Акнеформные высыпания могут

проявляться в виде папул, пустул, узлов или кист. В отличие от акне, не ограничиваются поражением себорейных зон и могут возникать внезапно, характеризоваться мономорфизмом сыпи, как правило, отсутствием комедонов и затрагивать любую возрастную группу. Реализация имеющихся знаний об акнеформных дерматозах является основополагающим фактором для постановки точного диагноза и достижения благоприятных результатов лечения.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Alia E. Feng H. Rosacea Pathogenesis, Common Triggers, and Dietary Role: The Cause, the Trigger, and the Positive Effects of Different Foods. *Clin. Dermatol.* 2021;40:122–127.
2. Caplan A., Rosenbach M., Imadojemu S. Cutaneous Sarcoidosis. *Semin. Respir. Crit. Care Med.* 2020;41:689–699.
3. Lawrence H.S., Nopper A.J. Superficial Bacterial Skin Infections and Cellulitis. In Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, 5th ed.; Long S.S., Prober C.G., Fischer M. (Eds.) Elsevier – Health Sciences Division: Philadelphia, PA, USA, 2018; pp. 436–444.
4. Layton A.M., Thiboutot D., Tan J. Reviewing the Global Burden of Acne: How Could We Improve Care to Reduce the Burden? *Br. J. Dermatol.* 2020;184:219–225.
5. Mokos Z.B., Kummer A., Mosler E.L., Ceovi´c R., Basta-Juzbaši´c A. Perioral dermatitis: Still a therapeutic challenge. *Acta Clin. Croat.* 2015;54:179–185.
6. Nervi S.J., Schwartz R.A., Dmochowski M. Eosinophilic Pustular Folliculitis: A 40 Year Retrospect. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2006;55:285–289.
7. Plewig G., Jansen T. Acneiform Dermatoses. *Dermatology.* 1998;196:102–107.
8. Sève P., Pacheco Y., Durupt F., Jamilloux Y., Gerfaud-Valentin M., Isaac S., Boussel L., Calender A., Androdias G., Valeyre D. et al. Sarcoidosis: A Clinical Overview from Symptoms to Diagnosis. *Cells.* 2021;10:766.
9. Sutaria A.H., Masood S., Schlessinger J. Acne Vulgaris. Available online: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459173 (accessed on 9.11.2023).