# Фолликулярный муциноз

## Дифференциальная диагностика

*«Дифференциальная диагностика кожных болезней»*
*Руководство для врачей*
*под ред. Б.А. Беренбейна, А.А. Студницина*



**Фолликулярный муциноз**

Фолликулярный муциноз (mucinosis follicularis) В основе заболевания лежит слизистая дегенерация эпителия фолликулов и сальных желез, причина которой неизвестна. Предполагают, что в развитии заблевания играют роль вирусная инфекция и обменные нарушения. Различают идиопатический муциноз, развивающийся обычно у лиц более молодого возраста и протекающий благоприятно (даже при многолетнем существовании не переходящий в грибовидный микиз), и вторичный, возникающий при некоторых хронических дерматозах, в первую очередь пригрибовидном микозе, ретикулезе, реже при нейродермите, красной волчанке и др.

Первичным морфологическим элементом при фолликулярном муцинозе является лихеноидная фолликулярная гиперкератотическая папула, нередко с шипиком на поверхности. Вначале высыпаний бывает немного, особенно у взрослых, но постепенно число папул увеличивается, они скучиваются и сливаются в небольшие поверхностные или слегка инфильтрированные гиперкератотические очаги желтовато-красного цвета округлых или овальных очертаний. Воспалительные изменения и инфильтрация наиболее отчетливы при вторичном муцинозе, развивающемся на фоне лимфопролиферативных заболеваний. Очаговые изменения наиболее часто возникают в области бровей, на волосистой части головы, где отмечается выпадение волос (муцинознаяалопеция ), или шее, реже на туловище и конечностях. Описана диффузная форма идиопатического фолликулярного муциноза. Следует отметить, что и в очагах поражения на туловище и конечностях характерно выпадение пушковых волос.

У взрослых обычно наблюдаются очаги поражения в виде бляшек, у детей - рассеянные высыпания роговых папулезных элементов. Субъективные ощущения, как правило, отсутствуют, но в ряде случаев отмечается зуд. Течение заболевания хроническое, возможен спонтанный регресс очагов поражения с последующим отрастанием волос. Чаще болеют лица мужского пола. Вследствие длительного существования очагов поражения у лиц старшего возраста, увеличения числа бляшек и усиления их инфильтрации необходимы постоянное клиническое наблюдение и тщательное гистологическое исследование, для того чтобы своевременно выявить возможное развитие гемобластоматоза кожи. Считают, что сочетание фолликулярного муциноза с лимфопролиферативными заболеваниями кожи наблюдается примерно у 20% больных.

Гистологическая картина при фолликулярном муцинозе имеет характерные особенности: дегенеративные изменения эпителия волосяных фолликулов и сальных желез с

образованием кистозных полостей, заполненных муцином, окрашивающимся метахроматично толуидиновым синим. Наблюдаются небольшие, преимущественно перифолликулярные инфильтраты, состоящие из лимфоцитов, гистиоцитов с примесью эозинофиов, гигантских клеток и лаброцитов. Появление атипии клеток, проникновение клеток инфильтрата в эпидермис, формирование микроабсцессов в эпидермисе свидетельствуют о возможном развитии грибовидного микоза.

**Дифференциальная диагностика**. Фолликулярный муциноз необходимо отличать от гнездного облысения, синдрома Литтла - Лассюэра, волосяного лишая, надбровной ульэритемы, дискоидной красной волчанки, микседематозного лихена, лихеноидного туберкулеза кожи, лихеноидных сифилидов, ограниченного нейродермита, блестящего лишая и шиповидного лихена.

При **гнездном облысении** отсутствуют воспалительные изменения кожи и гиперкератоз, типичные эритематосквамозные очаги на туловище.

При **синдроме Литтла - Лассюэра** алопеция носит рубцевидный характер. На конечностях, реже на туловище, имеются высыпания типа шиповидного лишая.

Папулы при фолликулярном муцинозе очень сходны с высыпаниями при **волосяном лишае,** но имеется ряд признаков, которые позволяют дифференцировать эти заболевания. Фолликулярный муциноз отличается от волосяного лишая тем, что развивается преимущественно у взрослых, чаще у мужчин, в то время как волосяной лишай наблюдается главным образом у девушек и молодых женщин, и локализуется предпочтительно на волосистой части головы, лице, шее, а не на разгибательных поверхностях конечностей. При фолликулярном муцинозе папулы склонны к слиянию в бляшки, тогда как при волосяном лишае узелки располагаются изолированно и не сопровождаются выпадением или поредением волос в зоне поражения.

Значительно более сложна дифференциальная диагностика фолликулярного муциноза и **надбровной ульэритемы,** особенно в тех случаях, когда очаги фолликулярного муциноза располагаются в области бровей, так как при обоих дерматозах наблюдаются легкая атрофия и выпадение волос. Различия заключаются в том, что при ульэритеме отмечается более яркая окраска, желтоватые тона, преобладающие при фолликулярном муцинозе, для нее не характерны; при ульэритеме отчетливо виден легкий цианотический оттенок. Папулы ульэритемы более остроконечные, чем при фолликулярном муцинозе, с более отчетливым гиперкератозом, в связи с чем при проведении пальцем создается ощущение прикосновения к терке. Атрофические изменения при ульэритеме более значительны. Как правило, при надбровной ульэритеме очаговость поражения выражена меньше, чем при фолликулярном муцинозе, и участки эритемы с кератотическими папулами обнаруживаются не только на бровях, но и на коже щек, лба.

Необходимость в дифференциальной диагностике фолликулярного муциноза и **дискоидной красной волчанки** возникает главным образом при локализации очагов на волосистой части головы. Следует учитывать, что для красной волчанки в отличие от фолликулярного муциноза характерны яркая эритема, значительно более выраженная и рано развивающаяся атрофия, которая в большинстве случаев носит рубцевидный характер (при фолликулярном муцинозе атрофические изменения обычно незначительны и возникают при более или менее длительном существовании очагов поражения). Красной волчанке свойственны также более резкие границы поражения, начало и ухудшение течения заболевания в весенне-летний период.

Высыпания **микседематозного лихена** в отличие от фолликулярного муциноза имеют полушаровидную форму, бледно-матовый оттенок или цвет нормальной кожи, не сопровождаются гиперкератозом, склонны к слиянию. Если узелков очень много и они расположены густо, то кожа в очаге поражения становится утолщенной и напоминает лимонную корку. В противоположность фолликулярному муцинозу микседематозный лихен чаще развивается у женщин. При последнем процесс обычно более распространенный, высыпания имеют несколько иную, чем при фолликулярном муцинозе, локализацию, часто располагаясь на туловище и верхних конечностях (при фолликулярном муцинозе также могут быть множественные очаги, но они наблюдаются преимущественно в молодом возрасте, когда обнаруживаются рассеянные фолликулярные папулы, несклонные к слиянию). Гистологически при микседематозном лихене выявляют диффузное (а не в зоне фолликулов и сальных желез, как при фолликулярном муцинозе) отложение муцина.

**Лихеноидный туберкулез кожи** развивается, как правило, у молодых людей, страдающих туберкулезом (легких, лимфатических узлов), и в отличие от фолликулярного муциноза очаги поражения при этом заболевании локализуются в основном на боковых поверхностях туловища. Сыпь при лихеноидном туберкулезе менее мономорфна, чем при фолликулярном муцинозе, в частности, наряду с плоскими бугорками при этой форме туберкулеза кожи могут наблюдаться элементы конической формы с шипиком на поверхности, склонные располагаться кучками, группироваться в кольцевидные, полукруглые, сетевидные очаги. Должно быть учтено и то обстоятельство, что лихеноидный туберкулез кожи, несмотря на хроническое течение, все же характеризуется более быстрой эволюционной динамикой, чем фолликулярный муциноз. Решающее значение в дифференциальной диагностике этих заболеваний принадлежит гистологическому исследованию: при лихеноидном туберкулезе инфильтраты в дерме состоят из эпителиоидных клеток с примесью единичных гигантских клеток и лимфоцитов по периферии бугорка.

**Лихеноидные сифилиды** отличаются от фолликулярного муциноза главным образом тем, что возникают у лиц молодого возраста, имеют более насыщенный красно-коричневый (а не желтовато-красный) цвет, локализуются преимущественно на туловище и конечностях, склонны к группировке. При этом выявляют другие симптомы сифилиса, в том числе положительные специфические серологические реакции.

Некоторое сходство с фолликулярным муцинозом может иметь и **ограниченный нейродермит** в случае фолликулярного расположения папул. Однако их преимущественно уплощенная форма, розоватая окраска, слияние с образованием очагов выраженной инфильтрации и лихенизации кожи, интенсивный зуд, иная предпочтительная локализация достаточно характерны для того, чтобы на основании клинических симптомов установить диагноз нейродермита. Если все же остается сомнение в правильности диагностики, то следует провести гистологическое исследование кожи, которое позволит обнаружить отложения муцина при фолликулярном муцинозе. Однако следует помнить, что фолликулярный муциноз может развиться в зоне длительно существовавших очагов нейродермита.