ВЫНУЖДЕНА СКРЫВАТЬСЯ: КОЛЛОИДНЫЙ МИЛИУМ

Солметова М.Н.[1], Садриддинова С.Ф.[2]
[1,2]Ташкентский Государственный Медицинский Университет, Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730159

Актуальность: Коллоидный милиум редкое дегенеративное заболевание кожи, характеризующееся накоплением гомогенного коллоидного материала в дерме. Заболевание преимущественно поражает фотодоступные участки кожи и может быть связано с хроническим воздействием ультрафиолетового излучения. Клиническое сходство с другими папулёзными дерматозами нередко становится причиной диагностических ошибок и отсрочки постановки окончательного диагноза.

Цель: Продемонстрировать особенности клинического течения, диагностического поиска и лечения взрослого пациента с коллоидным милиумом на фоне длительного профессионального воздействия солнечного излучения.

Материал и методы: Представлен клинический случай 48-летней пациентки, проживающей в сельской местности Ташкентской области. Пациентка около 9 месяцев в году работала в поле, подвергаясь длительному воздействию интенсивного солнечного излучения и высоких температур окружающей среды, достигающих 40–50 °C. Предъявляла жалобы на высыпания в области лица, шеи и кистей, усиливающиеся в летний период, зуд и выраженный косметический дефект. Проведены клиническое обследование, дерматоскопия и последующая биопсия кожи с гистологическим исследованием.

Результаты: При осмотре выявлены множественные полупрозрачные желтоватые папулы преимущественно на фотодоступных участках: лбу, щеках, периорбитальной области, шее, тыльной поверхности кистей и предплечий. На начальном этапе пациентка наблюдалась по месту жительства, где получала симптоматическую терапию без выраженного эффекта. В дальнейшем были диагностированы мелазма и себорейный дерматит, отдельные элементы подвергались криодеструкции, однако положительной динамики через 2 месяца не отмечалось. На специализированном этапе проведена дерматоскопия, после чего с учётом длительного течения заболевания, отсутствия эффекта от проводимой терапии и диагностических трудностей выполнена биопсия кожи. При гистологическом исследовании выявлены характерные для коллоидного милиума изменения дермы, что позволило установить окончательный диагноз. В составе комплексной терапии пациентке назначен третиноин 0,05% наружно 1 раз в сутки в течение 8 недель, эмолент Bioderma Atoderm Intensive Baume 2 раза в сутки, а также фотопротекция SPF 50+ с регулярным обновлением средства. Рекомендовано ограничение прямой инсоляции и снижение профессиональной нагрузки, связанной с интенсивным солнечным воздействием. На фоне терапии отмечена положительная клиническая динамика.

Заключение: Представленный случай демонстрирует диагностические трудности при редком коллоидном милиуме и подчёркивает значение комплексной клинико-морфологической диагностики. У пациентов с длительно существующими полупрозрачными желтоватыми папулами на фотодоступных участках кожи необходимо учитывать коллоидный милиум в дифференциальной диагностике. Биопсия кожи с гистологическим исследованием имеет ключевое значение для верификации диагноза. Длительное профессиональное воздействие ультрафиолетового излучения в данном случае может рассматриваться как значимый фактор риска, что подчёркивает необходимость эффективной фотопротекции и профилактики хронического фотоповреждения кожи.