



Катина М.А. ✉, Лесничая О.В.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет,
Витебск, Беларусь

Дерматозы лица с дерматоскопическим паттерном в виде желто-оранжевых бесструктурных зон: клинические наблюдения, обзор литературы

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Катина М.А. – замысел и дизайн исследования, сбор, анализ и интерпретация данных, подготовка статьи, критический пересмотр статьи в части значимого интеллектуального содержания; Лесничая О.В. – анализ и интерпретация патоморфологических данных. Все авторы прочитали и одобрили финальную версию для публикации.

Подана: 29.05.2025

Принята: 09.06.2025

Контакты: maryia26-77@mail.ru

Резюме

Кожная патология с поражением лица разнообразна. Диагностика в большинстве случаев, как правило, не вызывает затруднений при клиническом осмотре. Однако существуют более редкие заболевания с вовлечением кожи лица с неспецифическими клиническими проявлениями, требующие оценки дерматоскопических структур и патоморфологического подтверждения диагноза. В данной статье представлены клинические случаи гранулемы лица (ГЛ) (синоним: эозинофильная гранулема) и гранулематозной розацеа (ГР). В обоих случаях при проведении дерматоскопии определялись желто-оранжевого цвета бесструктурные зоны в очагах поражения, но с разной патоморфологической корреляцией. ГР имеет схожие клинические и патоморфологические признаки с милиарной диссеминированной волчанкой лица (МДВЛ), некоторые пациенты имеют overlap-проявления, что затрудняет их точную дифференциальную диагностику. Некоторые авторы в настоящее время рассматривают МДВЛ как вариант гранулематозной розацеа. В статье приведены основные клинические и диагностические критерии данных заболеваний, подходы к терапии.

Ключевые слова: гранулема лица, гранулематозная розацеа, милиарная диссеминированная волчанка лица, оранжево-желтые дерматоскопические бесструктурные зоны, патоморфологические признаки

Katina M. ✉, Lesnichaya O.

Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Belarus

Facial Dermatoses with a Dermatoscopic Pattern of Yellow-Orange Structureless Areas

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Katsina M. – the conception and design of the study, data collection, analysis and interpretation of data, preparation of the article, critical revision of the article in terms of significant intellectual content; Lesnichaya O. – analysis and interpretation of pathomorphological data.

Submitted: 29.05.2025

Accepted: 09.06.2025

Contacts: maryia26-77@mail.ru

Abstract

Skin pathology with facial lesions is diverse. Diagnosis of most of them, as a rule, does not cause difficulties during clinical examination. However, there is a rarer pathology involving facial skin with non-specific clinical manifestations that require assessment of dermatoscopic structures and pathomorphological confirmation of the diagnosis. This article presents clinical cases of granuloma faciale (GF) (syn. eosinophilic granuloma) and granulomatous rosacea (GR). In both cases, dermatoscopy revealed yellow-orange structureless areas, but with different pathomorphological correlations. GR has similar clinical and pathomorphological features with lupus miliaris disseminatus faciei (LMDF), some patients have overlap manifestations, which makes it difficult to accurately diagnose them. Some authors are currently considering LMDF as a variant of granulomatous rosacea. The article presents the main clinical and diagnostic criteria of these diseases, approaches to their therapy.

Keywords: granuloma faciale, granulomatous rosacea, lupus miliaris disseminatus faciei, yellow-orange dermatoscopic structureless areas, pathomorphological signs

■ ВВЕДЕНИЕ

Спектр дерматологической патологии с поражением лица многообразен. Наиболее часто к дерматологу обращаются пациенты с акне, розацеа, себорейным дерматитом, периоральным дерматитом, псориазом. Диагностика таких заболеваний, как правило, не вызывает затруднений при клиническом осмотре. Однако существует более редкая патология с вовлечением кожи лица с неспецифическими клиническими проявлениями, требующими оценки дерматоскопических структур и патоморфологического подтверждения диагноза.

В данной статье представлены клинические случаи гранулемы лица (синоним: эозинофильная гранулема) и гранулематозной розацеа. В обоих случаях при проведении дерматоскопии определялись бесструктурные зоны желто-оранжевого цвета в очагах поражения, но с разной патоморфологической корреляцией. Желто-оранжевый цвет при дерматоскопии соответствует скоплению кератина, отложению липидов, гемосидерина, гнойному отделяемому, гранулематозному воспалению [1].

Клинический случай 1

Пациентка С., 35 лет, обратилась с высыпаниями на лице, появившимися 4 года назад. Первично был выставлен диагноз розацеа с отсутствием положительной динамики на фоне проведенного лечения: препараты метронидазола местно и системно, системный доксициклин, местное лечение антибактериальными средствами. При осмотре пациентка отмечала бессимптомные высыпания на коже лица, доставляющие косметический дискомфорт, с периодическим появлением незначительных новых элементов и неполным регрессом старых. St. localis: на коже лба, щек – в области скул определялись дискретные пятна и папулы со слабовыраженной инфильтрацией коричнево-кирпичного цвета с четкими контурами без шелушения, безболезненные при пальпации (рис. 1).

Хронические заболевания в анамнезе отрицает. Общеклинические обследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови) не выявили патологических изменений. Диаскинтест: отрицательный. Компьютерная томография грудной клетки: без патологии. Квантифероновый тест: отрицательный. Данные дерматоскопического обследования (Heine 20T): бесструктурные участки желто-оранжевого цвета с древовидными сосудами и расширенными устьями фолликулов с перифолликулярным ореолом (рис. 2). Предварительные диагнозы: саркоидоз? Гранулема лица? Туберкулезная волчанка? Взята диагностическая трепан-биопсия 2 мм с элемента на правой щеке. Заключение патоморфолога: в биоптате кожи воспалительный инфильтрат отделен от эпидермиса прослойкой дермы без воспаления – зоной Гренца. На фоне плотного лимфогистиоцитарного инфильтрата с наличием плазмочитов и эозинофилов присутствуют гранулы зеленовато-коричневого пигмента (отложения гемосидерина) и отмечается периваскулярный склероз, присутствуют лейкоцитоклазия и ангиэктазии (рис. 3–5).

На основании патоморфологической картины выставлен диагноз «гранулема лица». Назначен топический такролимус на 3 месяца (проследить эффективность лечения не удалось).



Рис. 1. Симметричные высыпания в области скул и на лбу
Fig. 1. Symmetrical rashes on cheeks and forehead

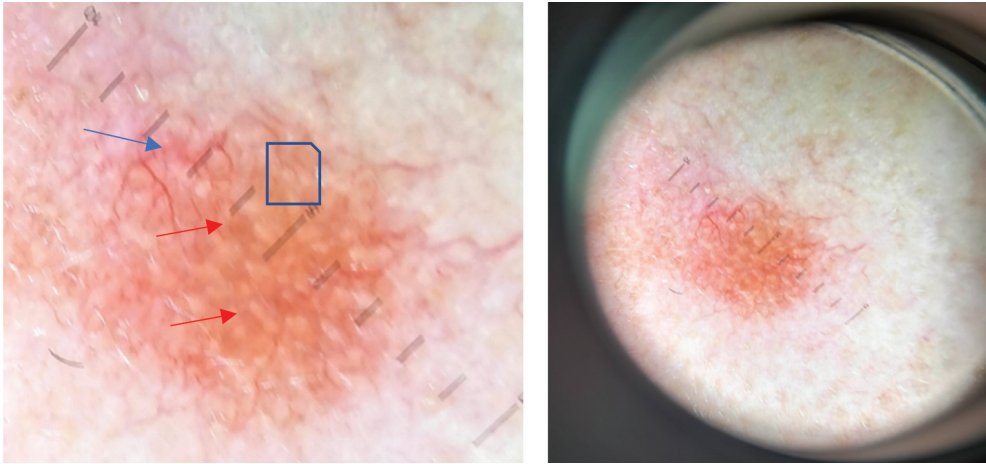
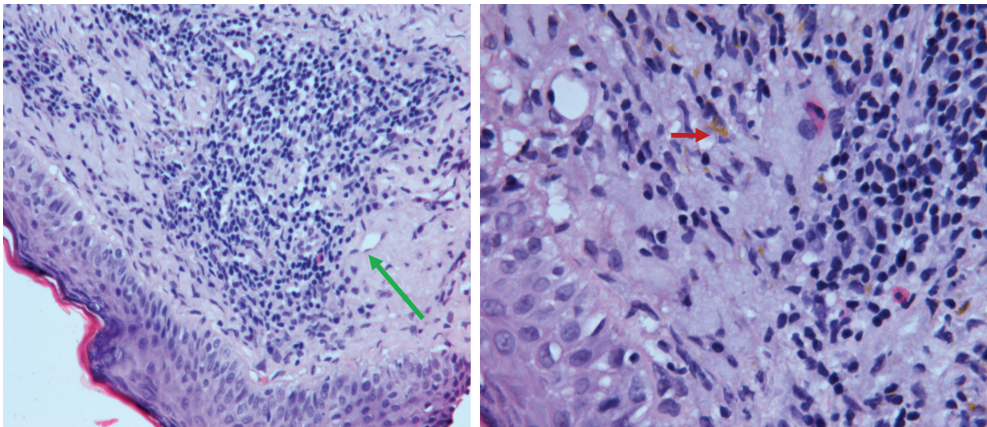


Рис. 2. Дерматоскопическая картина: расширенные отверстия фолликулов с перифолликулярным белым гало (красная стрелка), бесструктурные участки оранжево-желтого цвета (синий квадрат), древовидные сосуды (синяя стрелка)

Fig. 2. Dermatoscopy: dilated follicle openings with a perifollicular white halo (red arrow), orange-yellow structureless areas (blue square), serpentine vessels (blue arrow)



А

В

Рис. 3. А – окраска гематоксилином и эозином, увеличение $\times 200$. В биоптате кожи воспалительный инфильтрат отделен от эпидермиса прослойкой дермы без воспаления – Grenz-зоной. На фоне плотного лимфогистиоцитарного инфильтрата с наличием плазмацитов и эозинофилов присутствуют гранулы зеленовато-коричневого пигмента (отложение гемосидерина – красная стрелка) и отмечается периваскулярный склероз (зеленая стрелка). В – окраска гематоксилином и эозином, увеличение $\times 400$

Fig. 3. A – Hematoxylin and Eosin staining, magnification $\times 200$. In the skin biopsy, the inflammatory infiltrate is separated from the epidermis by a layer of dermis without inflammation – the Grenz zone. There are granules of a greenish-brown pigment (hemosiderin depositions – red arrow) and perivascular sclerosis (green arrow) on the background of a dense lymphohistiocytic infiltrate with the presence of plasma cells and eosinophils. B – Hematoxylin and Eosin staining, high power magnification ($\times 400$) of the previous image

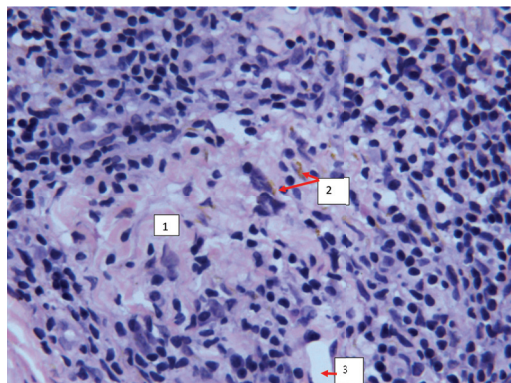


Рис. 4. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение $\times 400$: 1 – склероз стенки сосуда, 2 – гемосидерин, 3 – ангиэктазия
Fig. 4. Hematoxylin and eosin staining, magnification $\times 400$: 1 – vascular wall sclerosis, 2 – hemosiderin, 3 – angiectasia

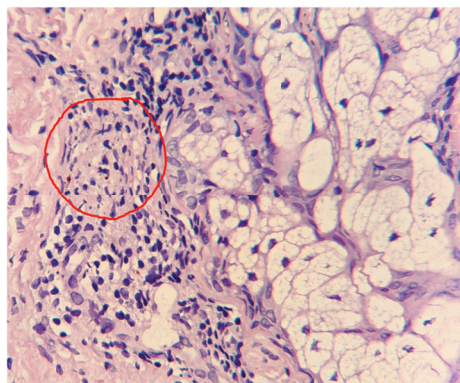


Рис. 5. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение $\times 200$. В стенке сосуда воспаление, дезорганизация, лейкоцитоклазия
Fig. 5. Hematoxylin and Eosin staining, magnification $\times 200$. Inflammation, disorganization, leukocytoclasia in the vascular wall

Гранулема лица (ГЛ) – редкое воспалительное доброкачественное заболевание кожи. Впервые описано Wigley в 1945 г. как эозинофильная гранулема кожи [2]. Встречается у обоих полов среднего возраста, преимущественно у светлокожих, чаще у мужчин. Зарегистрированы случаи ГЛ у детей. Патогенетически гранулема лица относится к хроническому фиброзному васкулиту кожи с поражением мелких сосудов. Есть точка зрения, что ГЛ является вариантом стойкой возвышающейся эритемы на лице, учитывая схожесть патоморфологических данных [2, 3]. Этиопатогенез заболевания не известен. В качестве триггерного фактора предполагается актиническое повреждение кожи ультрафиолетовым излучением, поскольку высыпания располагаются на лице. Другими факторами могут быть аллергены, травма, радиационное излучение. Патогенез возможно опосредован интерфероном – IFN- γ , вырабатываемым CD4+ Т-хелперами. IFN- γ участвует в экспрессии ICAM-1 (молекула межклеточной адгезии 1) и способствует хемотаксису лимфоцитов. Есть сообщения, что базальные кератиноциты в очагах поражения ГЛ не экспрессируют ICAM-1, что ограничивает миграцию воспалительных клеток в эпидермис и формирует характерную зону Гренца [4].

Клинические проявления ГЛ характеризуются формированием дискретных солитарных или множественных четко очерченных бессимптомных элементов в виде пятен, папул/бляшек, узлов красно-коричневого или фиолетового цвета. Наиболее распространенной локализацией являются нос, скулы, лоб и ушные раковины. Экстрафациальные поражения могут локализоваться на конечностях, шее, груди и волосистой части головы. Отмечается хроническое течение заболевания с периодами рецидивов и частичных ремиссий [2, 4, 5].

Патогистологическими специфическими признаками ГЛ являются наличие зоны Гренца, нейтрофильная и эозинофильная инфильтрация в дерме, ангиэктазии, фиброз вокруг сосудов. Воспалительные инфильтраты в дерме обычно отделены от

вышележащего эпидермиса узкой полосой незатронутой дермы – зоной Гренца. Диффузные и периваскулярные клеточные инфильтраты располагаются преимущественно в средних отделах дермы и состоят из эозинофилов, нейтрофилов, лимфоцитов, плазматических клеток, гистиоцитов. Сообщается о случаях с небольшим количеством или отсутствием эозинофилов. Обнаружение гемосидерина, экстравазации эритроцитов, ангиэктазий свидетельствует о поражении сосудов при ГЛ. В свежих элементах могут выявляться лейкоцитоклазия и фибриноидные изменения стенок сосудов. При хроническом течении наблюдается периваскулярный фиброз мелких сосудов, аналогичный стойкой возвышающейся эритеме. Несмотря на название патологии, гранулематозное воспаление при ГЛ не выявляется. При проведении прямой иммунофлуоресценции иногда выявляют отложение IgG, IgA, IgM, C3c и C1q, окружающих сосуды кожи, что позволяет предположить роль активации комплемента по классическому пути в развитии свежих элементов гранулемы лица с явлениями васкулита [2–4]. Острые и хронические проявления часто взаимосвязаны, что позволяет предположить, что ГЛ протекает хронически с повторяющимися острыми фазами, а не имеет четко выраженных острых и хронических стадий, что согласуется с таким же характером клинического течения заболевания.

Дерматоскопические признаки гранулемы лица описаны Lallas и соавт. в 2013 г. в виде расширенных отверстий фолликулов, перифолликулярного белого ореола, структур коричневого цвета, расширенных линейных разветвленных сосудов [6]. В публикации 2018 г. Lobo Jardim M.M. et al. описали дополнительный дерматоскопический признак ГЛ, о котором ранее не сообщалось: аморфная желтоватая или желто-коричневая область, которая коррелировала с наличием гемосидерина при патогистологическом исследовании [7–8], что мы также наблюдали у нашей пациентки.

■ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГРАНУЛЕМЫ ЛИЦА

Наличие полиморфноклеточного воспалительного инфильтрата и зоны Гренца отличает ГЛ от нейтрофильных дерматозов и лейкоцитокластического васкулита. Стойкая возвышающаяся эритема отличается расположением высыпаний на разгибательных поверхностях конечностей, более выраженным фиброзом и нейтрофильной инфильтрацией, небольшим количеством эозинофилов. Наличие эозинофилов требует исключения лангергансоклеточного гистиоцитоза, отличительными признаками ГЛ являются единичные клетки Лангерганса и наличие зоны Гренца с нейтрофильной инфильтрацией. Ангиолимфоидная гиперплазия с эозинофилией отличается пролиферацией мелких кровеносных сосудов, высланных увеличенными эндотелиальными клетками. Дифференциальная диагностика проводится также с саркоидозом и туберкулезной волчанкой на основании выявления характерных гранулем и дополнительного обследования органов грудной клетки и проведения тестов гиперчувствительности на туберкулез (диаскинтест, квантифероновый тест) [3].

Гранулема лица трудно поддается лечению и имеет тенденцию к рецидиву после его прекращения. Топические глюкокортикостероиды применяются как местно, так и в виде внутривенных инъекций с риском развития атрофии кожи и невысокой эффективностью. Такролимус, ингибитор кальциневрина, снижает уровень интерлейкина-2 и активацию Т-клеток и, как следствие, ведет к снижению продукции IFN- γ : 0,1%-ная мазь с такролимусом назначается 2 раза в день с эффективностью 75%. Эффективность местного применения 5%-ного геля с дапсоном для лечения ГЛ была

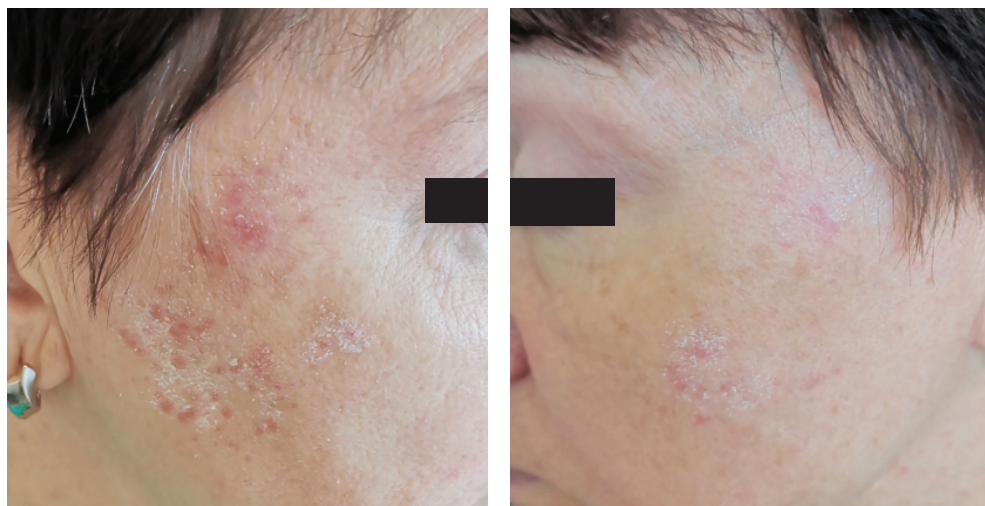


Рис. 6. Симметричное поражение щек и височных областей (нанесена цинковая мазь)
Fig. 6. Symmetrical rash on cheeks and parietal zones (zinc ointment is applied)

недавно продемонстрирована Babalola и соавт. [9]. В торпидных случаях дапсон может назначаться системно в дозе 50–150 мг в день. Физиотерапевтические методы, такие как криотерапия, лазеротерапия или хирургическое удаление, могут приводить к образованию рубцов или поствоспалительной пигментации. Есть сообщения об успешном лечении гранулемы лица с комбинированным назначением топического такролимуса, внутриочагового триамцинолона и доксициклина по 100 мг 1 раз в сутки 3 месяца [10].

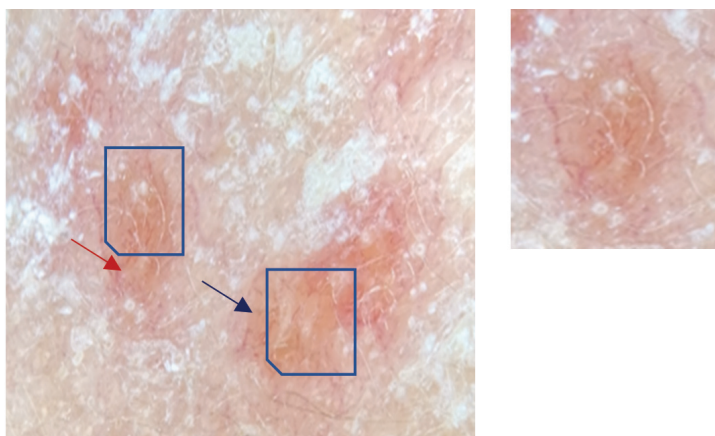


Рис. 7. Дерматоскопическая картина. Изолированные перифолликулярные бесструктурные зоны оранжево-желтого цвета (синий квадрат), древовидные сосуды (красная стрелка), линейные сосуды (синяя стрелка)
Fig. 7. Dermatoscopy. Orange-yellow isolated perifollicular structureless areas (blue square), serpentine vessels (red arrow), linear vessels (blue arrow)

Клинический случай 2

Пациентка 58 лет, обратилась с поражением кожи лица, болеет 1 год. Наблюдается с диагнозом «розацеа» с местным назначением геля метронидазола, левометициновой болтушки, цинковой мази без эффекта. Отмечала значительное улучшение после применения топических глюкокортикостероидов, после их отмены – возврат высыпаний, отрицала фоточувствительность высыпаний. St. localis: симметричные эритематозные папулы со скудной инфильтрацией в области височных областей и латеральных участков щек, смазанные цинковой мазью, единичные атрофические эритематозные рубчики (рис. 6). Данные дерматоскопического обследования (Heine 20T): изолированные перифолликулярные бесструктурные зоны желто-оранжевого цвета, древовидные сосуды, линейные сосуды. Demodex folliculorum не обнаружен. Определить наличие ретикулярной структуры сосудов не представлялось возможным из-за нанесения пациенткой цинковой мази (рис. 7). Учитывая необычную локализацию элементов на лице (латеральные участки лица), формирование атрофических рубчиков и данные дерматоскопии, взята диагностическая трепан-биопсия 2 мм патологического элемента кожи правой щеки. Предполагаемые диагнозы: саркоидоз? Гранулематозная розацеа? Милиарная диссеминированная волчанка лица? Гранулема лица? Заключение патоморфолога: полосовидный инфильтрат в поверхностном слое дермы из лимфоцитов, гистиоцитов с наличием эозинофилов и гигантских клеток. Вокруг волосяных воронок воспалительный инфильтрат прилегает плотно и стирает местами границу, отмечаются ангиэктазии. В инфильтрате, преимущественно рядом с воронками, присутствуют нейтрофилы. Базальная мембрана не утолщена. Муциноза нет. В поверхностном слое дермы имеются гранулемы, представленные очагами плотного воспаления, в центре которых находятся эпителиоидные клетки, местами гранулемы преимущественно состоят из гигантских клеток.

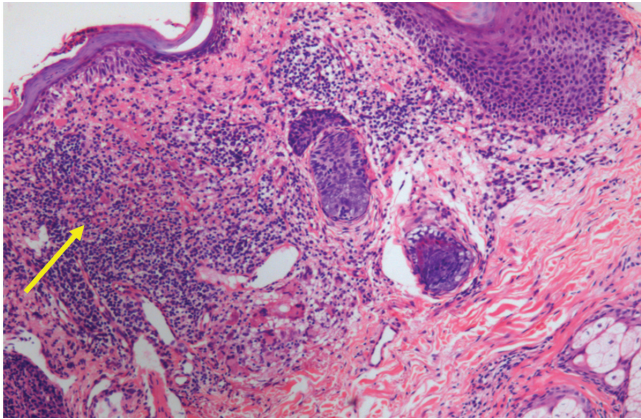


Рис. 8. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение $\times 100$. В эпидермисе паракератоз с очагами нейтрофилов, в дерме – выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация с наличием гранулемы из эпителиоидных клеток (без казеозного некроза (стрелка)), плазмоцитов и гигантских клеток; отмечаются ангиэктазии

Fig. 8. Hematoxylin and Eosin staining, magnification $\times 100$. There is parakeratosis with foci of neutrophils in the epidermis; dense lymphohistiocytic infiltration with the presence of epithelioid cells granuloma (without caseous necrosis (arrow)) in the dermis are noted; there are plasma cells, giant cells and angiectasias

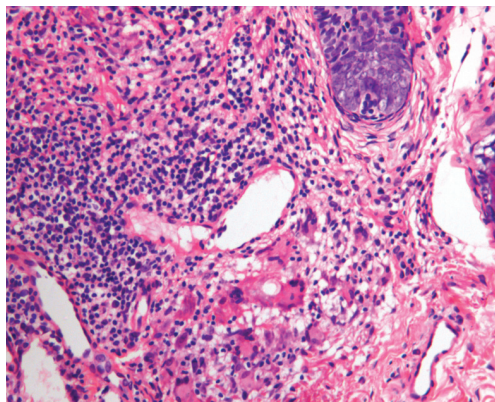


Рис. 9. Больше увеличение предыдущего поля зрения (×200): видны гигантоклеточная гранулема и ангиэктазии на фоне плотного лимфогистиоцитарного инфильтрата
Fig. 9. Higher power magnification of the previous image (×200): giant cell granuloma and angiectasia are visible on the background of dense lymphohistiocytic infiltrate

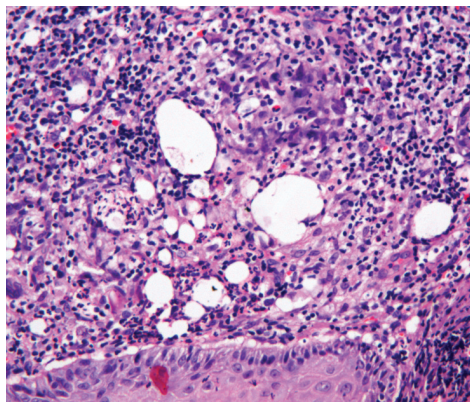


Рис. 10. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение ×200. В биоптате также присутствуют поля зрения, где в выраженном перифолликулярном лимфогистиоцитарном инфильтрате присутствуют большое количество нейтрофилов и эозинофилы
Fig. 10. Hematoxylin and Eosin staining, magnification ×200. The biopsy also contains foci where the large number of neutrophils and eosinophils are present in a dense perifollicular lymphohistiocytic infiltrate

В отдельных волосяных воронках и единичной гигантской клетке присутствуют компоненты Demodex (рис. 8–11). На основании данных патоморфологического исследования выставлен диагноз «гранулематозная розацеа».

Гранулематозная розацеа (ГР) имеет схожие клинические и патоморфологические признаки с милиарной диссеминированной волчанкой лица (МДВЛ). Дифференциальные отличия данных патологий представлены в таблице.

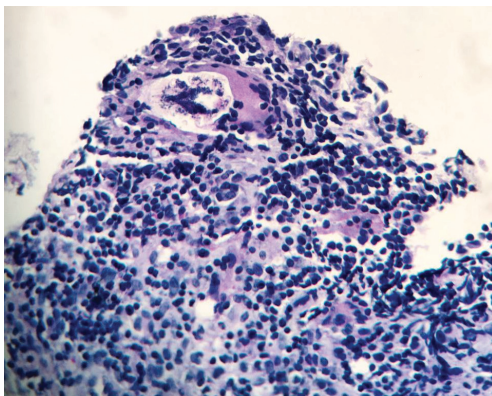


Рис. 11. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение ×200. Компоненты Demodex в цитоплазме гигантской клетки инородных тел
Fig. 11. Hematoxylin and Eosin staining, magnification ×200. Demodex components are seen in the cytoplasm of a foreign body giant cell

Клинико-патоморфологические отличия гранулематозной розацеа и милиарной диссеминированной волчанки лица [11–16]
Clinical and pathomorphologic differences between granulomatous rosacea and miliary disseminated lupus of the face [11–16]

Признаки	Гранулематозная розацеа	Милярная диссеминированная волчанка лица
Патоморфологическая картина	Выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация	Невыраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация
	Перифолликулярные мелкие гранулемы без казеозного некроза	Перифолликулярные крупные гранулемы с казеозным некрозом. Могут встречаться сочетания саркоидных гранулем без казеозного некроза и туберкулоидных гранулем с казеозным некрозом
	Телеангиэктазии	Не характерно
	Солнечный эластоз	Не характерно
Клещи <i>Demodex folliculorum</i>	Часто обнаруживаются при биопсии кожи	Редко обнаруживаются при биопсии кожи
Пол	Женский	Мужской
Клиническая картина	Папулы/узлы желтого, коричневого или красного цвета	Папулы красного, коричневого или желто-коричневого цвета
Эритема	Может быть	Не характерна
Локализация	Центрофациально	Центральная часть лица и периорбитально. Редко экстрафациально
	Нет экстрафациальной локализации	
Регресс	Нет тенденции к саморазрешению.	Самопроизвольное разрешение после образования корок или пустул в течение 1–3 лет. Всегда формируются рубцы
	Могут формироваться рубцы	
Фоточувствительность	Есть	Нет
Дерматоскопия	Множественные очаговые и перифолликулярные участки желто-оранжевого цвета, линейные сосуды, древовидные сосуды с ретикулярной структурой	Изолированные перифолликулярные участки желто-оранжевого цвета, фолликулярные пробки, линейные, древовидные, точечные сосуды без ретикулярной структуры
Эффективность лечения	Тетрациклины	Глюкокортикостероиды

Однако некоторые пациенты имеют перекрестные проявления, что затрудняет точную дифференциальную диагностику МДВЛ и ГР.

ГР – тип розацеа, поражающий преимущественно женщин среднего возраста, характеризуется стойкой эритемой и папулами, которые патогистологически представлены эпителиоидными гранулемами. Регистрируется замедленный терапевтический эффект по сравнению с другими типами розацеа. Лечение включает системные антибиотики тетрациклинового ряда 2–8 недель, системный метронидазол, системный изотретиноин 0,3–0,5 мг/кг, в резистентных случаях – преднизолон или дапсон, рекомендуется местное назначение ивермектина, метронидазола, антибактериальных мазей, топических ингибиторов кальциневрина, азелаиновой кислоты [17, 18].

МДВЛ – хронический воспалительный дерматоз спектра гранулематозных дерматозов лица, отличительной особенностью которого является наличие гранулем с

казеозным некрозом при патоморфологическом исследовании. Ранее это заболевание рассматривали как форму туберкулеза кожи. Некоторые авторы в настоящее время рассматривают МДВЛ как вариант гранулематозной розацеа, хотя большинство все-таки считают отдельным заболеванием вследствие характерной патогистологической картины [12, 13]. Как правило, МДВЛ плохо поддается терапии ГР. Эффективность пероральных тетрациклинов низкая, реакция на изотретиноин неоднозначна. В одной серии клинических наблюдений пациенты хорошо реагировали на пероральный преднизолон (10 мг в день) или пероральный дапсон (100 мг в день). Есть сообщения об успешном комбинированном применении метилпреднизолона и системного изотретиноина, особенно у пациентов без эффекта на их монотерапию, а также перорального дапсона с топическим такролимусом. Другие методы лечения могут включать назначение клофазимина, противотуберкулезных препаратов, CO₂-лазера с химическим пилингом или местный такролимус в сочетании с неабляционным лазером. Ранее эффективное лечение может снизить риск образования рубцов [19–21].

Дерматоскопическими проявлениями ГР являются множественные очаговые и перифолликулярные участки желто-оранжевого цвета, линейные сосуды, древовидные сосуды с ретикулярной структурой. При МДВЛ доминируют изолированные перифолликулярные участки желто-оранжевого цвета, фолликулярные пробки, сосуды встречаются линейные, древовидные, точечные, без ретикулярной структуры [22].

У нашей пациентки отмечалось отсутствие фоточувствительности и эритемы, высыпания вне центральной части лица, дерматоскопическая картина в виде изолированных перифолликулярных участков с сосудами, что более характерно для МДВЛ. Однако, учитывая разногласия в нозологической трактовке МДВЛ (может рассматриваться как вариант гранулематозной розацеа), отсутствие казеозного некроза в гранулемах, наличие выраженного лимфоцитарного инфильтрата, ангиэктазий, обнаружение *Demodex folliculorum* при патогистологическом исследовании, мы остановились на диагнозе «гранулематозная розацеа». Пациентке назначен системный орнидазол на 20 дней в дозе 500 мг 2 раза в день, местно крем метронидазол 1 раз



Рис. 12. Регресс высыпаний после проведенного лечения через 8 недель
Fig. 12. Regress of lesions after prescribed therapy in 8 weeks

в день и эритромициновая мазь 1 раз в день в течение 8 недель. После проведенного лечения получены значительное улучшение с сохранением единичных папул на левой щеке и полный регресс высыпаний на правой щеке и височных областях с формированием немногочисленных атрофических рубчиков, вторичной эритемы (рис. 12).

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленные случаи демонстрируют схожую дерматоскопическую картину заболеваний с поражением лица, но с разной патоморфологической корреляцией, что подчеркивает необходимость в проведении биопсии для подтверждения диагноза в подобных клинических случаях. При гранулема лица желто-оранжевые бесструктурные зоны соответствуют отложению гемосидерина, при гранулематозной розацеа – гранулематозному воспалению. До сих пор в литературе сохраняются разногласия по поводу нозологической классификации гранулематозной розацеа и милиарной диссеминированной волчанки лица, имеющих как схожие, так и свои отличительные дерматоскопические и патоморфологические признаки, но относящихся к одному спектру гранулематозных заболеваний лица.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Cliff R., Marozova A. Dermatoscopy and skin cancer. A handbook for hunters of skin cancer and melanoma, Scion. 2019; 368 p.
2. Dhafri M.A., Kaliyadan F. Granuloma Faciale. StatPearls [Internet]. 2023.
3. Calonje E., Brenn T., McKee P.H. McKee's pathology of the skin, 4th Edition, 2012. Elsevier Saunders. 1906 p.
4. Oliveira C.C., Ianhez P.E.C., Marques S.A. et al. Granuloma faciale: clinical, morphological and immunohistochemical aspects in a series of 10 patients. *An Bras Dermatol*. 2016;91(6):803–7. doi: 10.1590/abd1806-4841.20164628
5. Lindhaus C., Elsner P. Granuloma Faciale Treatment: A Systematic Review. *Acta Derm Venereol*. 2018;98:14–18. doi: 10.2340/00015555-2784
6. Lallas A., Zalaudek I., Argenziano G., et al. Dermoscopy in General Dermatology. *Dermatologic Clinics*. 2013;31(4):679–694. doi: 10.1159/000089015
7. Teixeira D.A., Estrozi B., Ianhez M. Granuloma faciale: A rare disease from a dermoscopy perspective. *An Bras Dermatol*. 2013;88,6(1):97–100. doi: 10.1590/abd1806-4841.20132384
8. Jardim M.L., Uchiyama J, Kakizaki P, et al. Dermoscopy of granuloma faciale: a description of a new finding. *An. Bras Dermatol*. 2018;93(4):587–9. doi: 10.1590/abd1806-4841.20187017
9. Babalola O, Zhang J, Kristjansson A, et al. Granuloma faciale treated with topical dapsone: a case report. *Dermatol Online J*. 2014;20:5. doi: 13030/qt9q7520rx
10. Alsharif S.H., Reda H., Saifaldeen H. et al. Successful treatment of granuloma faciale. *Int J Res Dermatol*. 2021;7(1):129–131. doi: 10.18203/issn.2455-4529
11. Chougule A., Chatterjee D., Yadav R., et al. Granulomatous Rosacea Versus Lupus Miliaris Disseminatus Faciei-2 Faces of Facial Granulomatous Disorder: A Clinicohistological and Molecular Study. *Am J Dermatopathol*. 2018 Nov;40(11):819–823. doi: 10.1097/DAD.0000000000001243
12. Kaur S., Kanwar A. J., Thami G P., et al. Granulomatous rosacea: is it a variant of lupus miliaris disseminatus faciei? *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2003;69:58–60. doi: 10.7759/cureus.45391
13. Park S.H., Ahn S.W., Jang S.H., et al. A Comparative Study on Clinico-Histopathological Features of Granulomatous Rosacea and Lupus Miliaris Disseminatus Faciei. *Ann Dermatol*. 2024;36(1):58–61. doi: 10.5021/ad.22.229
14. Aronovich A., Taieb Y., Segal R., et al. Granulomatous Rosacea: A Systematic Review of Clinical Presentations and Treatments. *J Clin Exp Dermatol Res*. 2023;14(5):9. doi: 10.35841/2155-9554.23.14.642
15. Slater N., Nishad C., Sathe N.C., et al. Lupus Miliaris Disseminatus Faciei. *StatPearls* [Internet]. 2024.
16. Rostovkykh A.V., Ikonnikova E.V., Matusevich S.L., et al. An early diagnosis of granulomatous rosacea in cosmetology and dermatology. *Clinical review*. 2024;2:121–124. doi: 10.48612/cgma/pxhp-grx3-4233 (in Russian)
17. Almutairi R.S., Al-Sabah H.Y. Facial Granulomatous Rosacea: A Case Report. *Cureus*. 2023;17;15(9):e45391. doi: 10.7759/cureus.45391
18. Kok W.L., Oon H.H., Giam Y.C. A Case Report Of Granulomatous Rosacea Of The Face. *Singapore Med J*. 2018;59(4):228–229. doi: 10.11622/SmedJ.2018047
19. Sánchez J.L., Berlinger-Ramos A.C., Dueño D.V. Granulomatous Rosacea. *The American Journal of Dermatopathology*. 2008;30(1):6–9. doi: 10.1097/dad.0b013e31815bc
20. Gallyamova Yu.A. Granulomatous variant rosacea. Patients' treatment experience. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2025;101(1):00–00. doi: https://doi.org/10.25208/vdvi16821 (in Russian)
21. Yin S., Sun L. Case report: A successful combined treatment of severe lupus miliaris disseminatus faciei with oral isotretinoin and methylprednisolone. *Dermatol Ther*. 2020;33(12):e13267. doi: 10.1111/dth.13267
22. Stefanou E. Dermoscopic spectrum of rosacea. *J EADV Clinical Practice*. 2022;1:38–44. doi: 10.1002/jvc2.6