

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОРОДАВЧАТОЙ ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

Абдрахманов Р.М.¹, Хисматулина И.М.¹, Садыкова Ф.Г.²

ГОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет¹

ГМУ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер»²

420111 г. Казань, ул. Толстого д. 4,

тел. 2369992,

e-mail: iva.kazan@mail.ru

Резюме: Красный плоский лишай (КПЛ) является одной из актуальных проблем дерматологии. Наше наблюдение атипичной (бородавчатой) формы КПЛ наглядно показывает клинические особенности проявлений этого заболевания, представляющие трудности и интерес для специалистов в плане диагностики.

Ключевые слова: Красный плоский лишай, бородавчатая форма КПЛ, клинический случай, диссеминированное поражение, гистологическое исследование.

CLINICAL CASE OF VERRUCOSAL FORM OF LICHEN RUBER PLANUS

Abdrakhmanov R.M.¹, Khismatulina I.M.¹, Sadikova F.G.²

The summary: lichen ruber planus (LRP) is one of urgent problems of dermatology. Our supervision of the atypical (verrucosal) form of LRP evidently shows features of clinical displays of this disease representing difficulties and interest for the dermatologists by way of diagnostics.

Key words: lichen ruber planus, verrucosal form of LRP, clinical case, disseminated lesion, histological research.

Красный плоский лишай (КПЛ) является одной из актуальных проблем дерматологии. Это хроническое заболевание кожи и слизистых оболочек, характеризующееся появлением зудящих плоских полигональных папул красновато-розового цвета с характерным сиреневатым или фиолетовым оттенком на коже и молочно-белыми папулами на слизистой оболочке рта. Доля КПЛ составляет примерно 0,78–2,5% от всей дерматологической патологии [1, 2, 3].

Наряду с типичными проявлениями заболевания, в зависимости от клинической картины (характер, расположение и форма первичного элемента), выделяют следующие атипичные формы КПЛ: атрофическую, пигментную, фолликулярную, эрозивно-язвенную, эритематозную, буллезную, гиперкератотическую, коралловидную, линейную, кольцевидную, ладонно-подошвенную и бородавчатую (гипертрофическую) [1, 4].

Последняя встречается у 15% пациентов с КПЛ. Для такой формы характерны папулы и бляшки, локализующиеся на передней поверхности голеней, с бородавчатой поверхностью розово-красного цвета, покрытые небольшим количеством чешуек. Очаги округлой или овальной формы, с неровными краями и четкими границами. Субъективно больных беспокоит мучительный зуд. Элементы резистентны к терапии, существуют длительно. Эта форма крайне редко носит диссеминированный характер, распространяясь на кожу туловища и конечностей [1, 4].

Нами наблюдался больной Т., 40 лет, житель одного из районов Республики Татарстан. Поступил в Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер с жалобами на высыпания на коже голеней (рис.1), спины, плеч (рис.2), сопровождавшихся постоянным интенсивным зудом.



Рисунок 1. Патологический процесс на коже передних поверхностей голеней



Рисунок 2. Патологический процесс на коже задней части спины.

Болеет в течение 23 лет, когда впервые появились элементы на коже наружной поверхности голеней. После перенесенного в феврале 2009 года острого инфаркта миокарда кожный процесс распространился на область спины и плечи. Весной этого года лечился амбулаторно по месту жительства седативными, десенсибилизирующими, антигистаминными средствами, стероидными кремами с незначительным эффектом.

Наследственность не отягощена, профессиональных вредностей не отмечает, вредных привычек не имеет.



Рисунок 3. Патологический процесс на коже боковой поверхности левой голени.

Объективно: патологический процесс носит распространенный характер, локализуется на коже разгибательных поверхностей голеней, верхней части спины, задней поверхности плеч, представлен бляшками застойно-синюшного цвета полигональной формы 0,4 – 1,2 см в диаметре с бородавчатой поверхностью, роговыми и гиперкератотическими наслоениями (рис.3, рис.4). Многочисленные эскориации линейной формы.

Общий и биохимический анализы крови, мочи в пределах физиологической нормы.



Рисунок 4. Патологический процесс на коже боковой поверхности левой лодыжки. Проведено гистологическое исследование, биопсийный материал взят с участка на коже передней поверхности голени, на границе между здоровой кожей и патологическим очагом (рис. 5).



Рисунок 5. Место взятия биопсийного материала

Обнаружен диффузный пластинчатый ортокератоз, очаговый гипергранулез, папилломатоз, неравномерная гиперплазия шиповатого слоя (эпидермальные отростки на отдельных участках напоминают по форме зубцы пилы), очаговая вакуольная дистрофия базальных кератиноцитов, спонгиоз. В верхней части дермы очаговый и периваскулярный лимфогистиоцитарный инфильтрат. Таким образом, картина соответствует таковой при КПЛ.

Лечение включало общую комплексную терапию: раствор супрастина 1% - 1,0 в/м №10 и раствор глюконата кальция 10% - 5,0 в/м №10 ежедневно, драже «Карсил» по 1 драже 3 раза в сутки в течение 10 дней. Наружное лечение проводилось последовательным нанесением с интервалом в два часа цинковой мази и препарата «Синафлан» на предварительно очищенную кожу дважды в сутки 14 дней. В течение последующих двух недель применялась мазь «Нафтадерм» 2 раза в день.

В ходе лечения наблюдалась положительная динамика – уплощение и сглаживание бляшек, субъективно отмечалось уменьшение зуда. Высыпания разрешились в течение 26 дней, оставив в очагах гиперпигментированные пятна.

Описанный клинический случай демонстрирует редко встречающееся при бородавчатой форме КПЛ диссеминированное поражение, захватывающее, помимо наружных поверхностей голеней, верхнюю часть спины и плечи. Таким образом, наше наблюдение атипичной формы КПЛ наглядно показывает особенности проявлений этого заболевания, представляющие трудности и интерес для специалистов в плане диагностики.

Литература

1. Гаджимурадов М.Н., Гунаева А.А. Атипичные формы красного плоского лишая: клинические проявления, дифференциальная диагностика и лечение. Клиническая дерматология и венерология, №3, 2009, С.85- 80.
2. Корсунская И.М., Невозинская З.И., Захарова А.Б., Константинов Е.М., Андриюшкова Ю.А. Опыт терапии красного плоского лишая препаратом Глутоксим. Российский журнал кожных и венерических болезней №1, 2008, С.44-46.

3. Минуллин И.К., Никитина Г.В. Опыт лечения бородавчатой формы красного плоского лишая. Практическая медицина №4 (13) 2005 С. 9.
4. Справочник по кожным и венерическим болезням для врачей общей практики Дядькин В.Ю. – Казань: Медлитература, 2006. – 320 с.