

Сочетание клинических форм красного плоского лишая у больной

Дымо В.Н.

Областной кожно-венерологический диспансер, Николаев

ПОЄДНАННЯ КЛІНІЧНИХ ФОРМ ЧЕРВОНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЮ У ХВОРОЇ

Димо В.М.

Описано поєднання трьох клінічних форм червоного плоского лишая у жінки 60 років.

COMBINATION OF CLINICAL FORMS OF LICHEN RUBER PLANUS IN ONE WOMAN-PATIENT

Dymo V.M.

A case report of three clinical forms of lichen ruber planus in a 60 year-old women is presented.

Красный плоский лишай (КПЛ) относится к распространенным хроническим рецидивирующим дерматозам; его частота, по данным разных авторов, составляет 1-2,4 %. В структуре заболеваемости в последние десятилетия отмечается увеличение удельного веса КПЛ от 1,5 до 2,4 % по отношению ко всем кожным заболеваниям. Чаще болеют лица в возрасте 30-60 лет. В развитии заболевания важная роль принадлежит генетическим, иммунологическим нарушениям, стрессовым факторам. Значительная роль в патогенезе КПЛ принадлежит аутоиммунным процессам, возникающим на фоне снижения клеточного иммунитета, в результате чего нарушается состояние Т-лимфоцитов.[1, 3].

Эти изменения, характеризующие клеточный состав крови, находятся во взаимодействии с формированием воспалительного инфильтрата в коже, а также с продукцией Т-клеток супрессоров под влиянием регулирующего фактора тимуса. Нельзя не отметить роль данных иммунных и метаболических процессов, которые сказываются на развитии у больных КПЛ нескольких клинических форм, которые могут протекать одновременно [5].

В процесс вовлекаются любые участки кожного покрова; поражение слизистых оболочек может быть изолированным или сочетаться с высыпаниями на коже.

Частота одновременного поражения слизистых оболочек и кожи составляет 23-28,6 %. Высыпания на слизистых оболочках рта могут задолго предшествовать возникновению высыпаний на коже и оставаться единственным признаком заболевания. По данным Ю. К. Скрипкина, поражение только слизистой оболочки рта выявлено у 26,5 % больных. Четкого син-

хронизма между поражениями кожи и слизистых оболочек выявить не удается. Обострение процесса и возникновение новых высыпаний на коже не всегда сопровождается участием воспалительных явлений на слизистых оболочках и наоборот.[1, 2]

В настоящее время большинство авторов учитывают характер первичного элемента, локализацию и расположение (линейный, кольцевидный, коралловидный, КПЛ волосистой части головы) и выделяют следующие клинические разновидности КПЛ:

- папулезную (типичную);
- эритоматозную;
- гипертрофическую (веррукозную);
- атрофическую;
- пемфигоидную;
- фолликулярную (остроконечную);
- пигментную.

Высыпания при КПЛ разнообразны, характеризуются большим количеством, клиническим полиморфизмом, но они могут быть как на коже, так и на слизистых оболочках. Б. М. Пашков, Б. Г. Стоянов, А. Л. Машкиллейсон различают 5 клинических форм КПЛ слизистой оболочки рта и красной каймы губ [5]:

- типичная;
- экссудативно-гиперемическая;
- эрозивно-язвенная;
- буллезная;
- гиперкератотическая.

Исходя из собственных наблюдений, можем отметить рост числа атипичных вариантов КПЛ, которые представляет определенные трудности для диагностики. Так, чаще нами отмечается гипертрофическая, пигментная, эрозивно-гиперемическая формы КПЛ [2, 4].

Приводим наблюдение: сочетание трех атипичных форм КПЛ у одной больной.

Больная С., 1950 г. рождения, считает себя больной с августа 2009 г., когда на фоне стрессовой ситуации, после приема антибиотиков по поводу ОРВИ, отметила появление высыпаний в нижней части живота. Постепенно процесс распространился на кожу поясицы, голеней. На слизистой полости рта появились папулы и бляшки на фоне застойной гиперемии. Из субъективных ощущений отмечалась болезненность, усиливающаяся при приеме острой и горячей пищи.

После стрессовых ситуаций, переохлаждения возникло очередное обострение процесса, в связи с чем больная обратилась к врачу дерматологу и была направлена в Николаевский областной кожно-венерологический диспансер для уточнения диагноза и коррекции лечения.

20.10.09 был поставлен диагноз: Красный плоский лишай, эксудативно-гиперемическая форма на слизистой оболочке полости рта, гипертрофическая форма на коже голеней, псориазиформная форма на коже живота, поясничной области.

Анамнез жизни и наследственность: без особенностей.

Сопутствующие заболевания: хронический колит, хронический гастродуоденит.

Вредные привычки: не отмечает.

Аллергологический анамнез: неотягощен.

Общий анализ крови: в пределах нормы.

Общий анализ мочи: без патологии.

Анализ на патогенные грибы со слизистой оболочки рта от 21.10.09: отрицательный.

Локальный статус: На коже нижней части живота, поясничной области – типичные узелковые элементы синюшно-красного цвета, с гладкой блестящей поверхностью, которые сочетаются с эритемато-сквамозными очагами размерами до 25-50 копеечной монеты в диаметре. Чешуйки серебристо-белого цвета покрывают слегка инфильтрованное основание. Псориазические феномены не определяются. На слизистой щек, языка – на фоне застойной гиперемии имеются типичные папулы и бляшки с характерным рисунком, напоминающим веточки. На коже голей

ней – группирующиеся плотные бородавчатые образования в виде отдельных бляшек синевато-красного цвета с серовато-белыми асбестовидными плотно сидящими чешуйками на поверхности. Очаги неправильной формы, с четкими границами, неравномерно возвышающимися над окружающей кожей.

Лечение:

- раствор Реамберина вводили внутривенно капельно; 1-я и 2-я инфузии – через день по 400 г, затем 2 раза в неделю по 200 г, всего 7 инфузий%

- внутримышечные инъекции 12,5-процентного раствора циклоферона – 2 мл (250 мг), N 12, по основной схеме: 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26 и 29 дни лечения;

- Аспаркам – по 1 табл. 3 раза в день;

- нейровитан – по 1 табл. 3 раза в день, N 30;

- Фенкарол – по 1 табл. 2 раза в день, 14 дней.

Наружно:

- салицилово-дегтярная мазь – на очаги при гипертрофической форме;

- Элоком – при псориазиформном КПЛ;

- полоскание рта 2-3-процентным раствором борной кислоты, 0,02-процентным раствором фурацилина – при поражении слизистых оболочек полости рта.

Гистологическое исследование:

- неравномерно выраженный акантоз;

- гиперкератоз с участками паракератоза;

- гипергранулез.

Обоснование диагноза: клинический диагноз поставлен на основании клинической картины, данных анамнеза и патолого-гистологического исследования.

Мы трактовали:

- высыпания на коже живота и поясничной области – как псориазиформную форму КПЛ;

- элементы на слизистой оболочке полости рта – как эксудативно-гиперемическую форму;

- высыпания на коже голеней – как гипертрофическую форму КПЛ.

Приведенная выше история болезни иллюстрирует своеобразие клинических проявлений КПЛ, которое вызвало трудности при постановке клинического диагноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Довжанский С.И., Слесаренко Н.А. Красный плоский лишай. – Саратов: Изд-во СГУ, 1990. – С. 176.
2. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей / Под ред. Ю. К. Скрипкина, В. Н. Мордовцева. – М.: Медицина, 1999. – С. 69-81.
3. Кушкин Д.Н. Иммунные механизмы патогенеза красного плоского лишая // Журнал дерматологии и венерологии. – 1998. – № 2. – С. 31-33.
4. Машикеллейсон А.Л., Абрамова Е.И., Абадуев Н.К. Клинические особенности эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки рта // Вестн. дерматол. венерол. – 1989. – № 8. – С. 29-31.
5. Коляденко В.Г., Головченко Д.Я., Лобер Н.Д. Сочетание различных форм красного плоского лишая кожи, слизистой оболочки полости рта и конъюнктивы // Вестн. дерматол. венерол. – 1986. – № 7. – С. 53-54.