

Клинический случай полосовидного лишая

Дюдюн А. Д., Романенко К. В., Горбунцов В. В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины»

Приводится наблюдение клинического случая полосовидного лишая и отмечена необходимость дифференциального диагноза с другими унилатеральными дерматозами. Подчеркнуто самопроизвольное выздоровление без лечения.

Ключевые слова: полосовидный лишай, диагностика, лечение.

Приводим клиническое наблюдение.

Девочка 5 лет направлена на консультацию для исключения линейного невуса. Заболела 3 месяца назад, когда на коже груди справа появились высыпания с последующей полосовидной группировкой и центробежным распространением на верхнюю конечность. Использование детского крема – без терапевтического успеха. Консультирована педиатром – соматически здорова. Лабораторные анализы крови и мочи – без патологических изменений.

Объективно: на коже груди справа с распространением на верхнюю конечность отмечаются линейно расположенные лихеноидные, с минимальным шелушением папулы, слегка эритематозного оттенка. Высыпания выглядят в виде сплошной полосы длиной 25 см и шириной до 0,5 см; полоса в некоторых участках прерывается на отдельные фрагменты (Рис. 1 на вкладке). Субъективные ощущения отсутствуют.

Диагностирован полосовидный лишай.

Рекомендовано наружное лечение гидрокортизоновой мазью и гелем Солкосерил через день.

Спустя месяц после лечения отмечен регресс папул с поствоспалительной гипопигментацией.

Полосовидный лишай (Син.: «блашкит», приобретенная воспалительная линейная кожная сыпь по линиям Блашко, *BLAISE* (Blaschko-linear acquired inflammatory skin eruption), *lichen striatus*) – редкий унилатеральный линейный дерматоз с внезапным началом и самопроизвольным разрешением [2, 4, 6]. Однако, незначительно выраженные формы полосовидного лишая встречаются не так уже редко [3]. Более 50 % случаев – дети в возрасте 5-15 лет, хотя заболевание может встречаться в любой возрастной группе. У женщин полосовидный лишай регистрируется в 2-3 раза чаще, чем у мужчин.

Этиология полосовидного лишая не выяснена. Возможно, речь идет о воспалительной реакции отдельных клонов кератиноцитов, вследствие соматической мозаичности отличающихся от соседних кератиноцитов антигенами клеточной поверхности [3].

Полосовидный лишай – это воспалительный дерматоз, развивающийся по линиям Блашко [7].

Характерно внезапное появление в проксимальной области конечности, шеи (но не исключается любая другая локализация) линейно расположенных, лихеноидных, с минимальным шелушением папул телесного или слегка эритематозного оттенка, которые центробежно распространяются (в течение нескольких дней, недель). Высыпания выглядят в виде полосы длиной до 10 см и более и шириной до 1 см, иногда шире. Папулы могут быть дискретными или сливаться в сплошную линию; последняя в части случаев прерывается на отдельные фрагменты. Иногда наблюдаются несколько почти параллельных полос с нормальной кожей между ними. Билатеральные и множественные высыпания бывают редко.

Заболевание обычно протекает без субъективных ощущений; изредка отмечается легкий зуд. В случаях распространения сыпи на концевые фаланги пальцев возможно развитие ониходистрофий или утраты ногтей [5]. Папулы персистируют несколько месяцев (до 1-2 лет) и в итоге спонтанно (через несколько недель или месяцев) регрессируют, иногда оставляя поствоспалительную гипопигментацию [3].

Лабораторные данные – без специфических изменений.

Гистопатологические изменения характерные, но не патогномичные могут варьировать в зависимости от давности сыпи. Отмечаются периваскулярные и/или полосовидные лимфоцитарные воспалительные инфильтраты в сосочковом слое дермы. Иногда в патологический процесс вовлекаются волосяные фолликулы и потовые железы. В эпидермисе – легкий спонгиоз, экзоцитоз, фокальная гидропическая дегенерация клеток базального слоя, фокальный гипер- и паракератоз; во многих случаях обнаруживают дискератотические клетки, как при болезни Дарье; иногда наблюдают недержание пигмента и коллоидные тельца. Изменения в части случаев неотличимы от таковых при красном плоском и блестящем лишае [3].

Дифференциальный диагноз проводится с другими унилатеральными дерматозами (Табл. 1).

Таблица 1 – Дифференциальная диагностика полосовидного лишая.

Заболевание	Критерии отличия	Дополнительные методы диагностики
Эпидермальный невус	Выступающая, нередко с более темной пигментацией поверхность. Обычно врожденный или проявляется в раннем возрасте	Анамнез
Эпидермолитический гиперкератоз	Как эпидермальный невус	Анамнез. Патогистология.
Линейный псориаз	Псориазиформное шелушение. Иногда другие очаги и/или положительный семейный анамнез	Патогистология
Линейный плоский лишай	Сетка Уикхема	Патогистология
Обыкновенные бородавки	Шершавая бородавчатая поверхность, располагаются не по линиям Блашко	Клинические. Патогистология (по показаниям)
Юношеские плоские бородавки	Коричневая пигментированная поверхность, располагаются не по линиям Блашко	Клинические. Патогистология (по показаниям)

Лечения, как правило, не требуется. Родителям ребенка или пациенту следует объяснить, что заболевание не опасное и рекомендовать мягкие средства (мази, кремы) для ухода за кожей [1]. При явном воспалительном раздражении применяются местные глюкокортикоиды

ЛИТЕРАТУРА

1. *Альтмайер П.* Терапевтический справочник по дерматологии и аллергологии. – М.: Гэотар-Мед., 2003. – С. 569-570.
2. *Елькин В. Д., Митрюковский Л. С., Седова Т. Г.* Избранная дерматология. Редкие дерматозы и дерматологические синдромы. Иллюстр. справочник по диагностике и лечению дерматозов. 2-е изд. – Пермь, 2004. – 946 с.
3. *Хегер П. Г.* Детская дерматология. – М.: Бинном, 2013. – С. 211-213.
4. *Fox B. J., Odom R. B.* Papulosquamous disease:

(класса II) или мазь с такролимусом. В отдельных случаях эффект оказывал кальципотриол (мази *Psorcutan, Daivonex, Silkis*) [3].

Выводы. При унилатеральном линейном дерматозе показана дифференциальная диагностика и с полосовидным лишаем.

- a review. – J. Am. Acad. Dermatol. – 1985. – Vol. 12. – P. 597-624.
5. *Karp D. L., Cohen B. A.* Onychodystrophy in lichen striatus // *Pediatr. Dermatol.* – 1993. – Vol. 10. – P. 359-361.
6. *Staricco R. G.* Lichen striatus // *Arch. Dermatol.* – 1959. – Vol. 79. – P. 311-324.
7. *Taieb A. et al.* Lichen striatus: a Blaschko linear acquired inflammatory skin eruption // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 1991. – Vol. 25. – P. 637-642.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СМУГОПОДІБНОГО ЛИШАЮ

Дюдюн А. Д., Романенко К. В., Горбунцов В. В.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Наведено спостереження клінічного випадку смугоподібного лишая та відмічено необхідність диференційного діагнозу з іншими унілатеральними дерматозами. Підкреслено мимовільне одужання без лікування.

Ключові слова: смугоподібний лишай, діагностика, лікування.

A CLINICAL CASE OF LICHEN STRIATUS

Dudyun A.D., Romanenko K.V., Gorbuntsov V.V.
“Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine” SE

The observation of a clinical case of lichen striatus has been presented, and the necessity of the differential diagnosis with other unilateral dermatoses has been marked. A spontaneous recovery without treatment has been emphasized.

Keywords: lichen striatus, diagnostics, treatment.

Дюдюн Анатолий Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины».

Горбунцов Вячеслав Вячеславович – доктор медицинских наук, профессор кафедры кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины».

Романенко Кирилл Всеволодович – доктор медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии. doctorkvr@mail.ru

Рисунок к статье
Дюдюна А. Д., Романенко К. В., Горбунцова В. В.
Клинический случай полосовидного лишая



Рисунок 1.

Рисунок к статье
Дюдюна А. Д., Романенко К. В.
**Клинический случай хронического прогрессирующего
дискообразного гранулёматоза**



Рисунок 1.