

Красный плоский лишай, особенности течения у ВИЧ инфицированных

Шухтин В. В.

ГП «Украинский НИИ медицины транспорта», Одесса

Приведены данные клинического случая красного плоского лишая (КПЛ) у ВИЧ-инфицированного пациента, включая данные анамнеза и лабораторных исследований, особенности клинических проявлений с назначением и после назначения антиретровирусной терапии (АРВТ). Анализ приведенного клинического случая позволяет сделать вывод о том, что ухудшению течения болезни и переходу ее в более тяжелую клиническую стадию, трудно поддающуюся традиционному лечению, способствует наличие синдрома иммунодефицита различной этиологии (в конкретном случае – вирусной). На фоне назначения АРВТ и традиционного лечения КПЛ, учитывая степень тяжести течения, происходит прекращение прогрессирования процесса на коже, практически полное клиническое излечение, которое характеризуется полным исчезновением папул и язв, на месте которых остаются депигментированные либо частично гиперпигментированные пятна. Представленный клинический случай КПЛ и позднего выявления ВИЧ-инфекции указывает на необходимость пристального отношения не только дерматовенерологов, но и врачей других специальностей к диагностике ВИЧ.

Ключевые слова: ВИЧ, красный плоский лишай, антиретровирусная терапия, дерматологические проявления ВИЧ-инфекции.

Термин «красный плоский лишай» ввел Ф. Гебра в 1860 г.; английский врач дерматолог Е. Вильсон в 1869 г. впервые дал клиническое описание этого заболевания [8]. Первое сообщение о красном плоском лишае в отечественной литературе сделали В. М. Бехтерев и А. Г. Полотебнов в 1881 г.

Красный плоский лишай – мультифакторное хроническое кожное заболевание, которое характеризуется высыпанием плоских, гладких полигональных папул. Этиология и патогенез данного заболевания изучены не достаточно [5, 7]. В развитии данного дерматоза не последнюю роль играют:

- инфекционные факторы, в том числе и вирусы;
- токсико-аллергенные воздействия на организм;
- неврогенные нарушения;
- снижение защитных свойств организма;
- иммунные нарушения.

В последние годы увеличилась частота рецидивирования этого заболевания, отмечается увеличение роста числа больных, которые страдают атрофической, веррукозной, эрозивно-язвенной формами красного плоского лишая [2, 6, 9]. Описаны случаи злокачественное перерождение красного плоского лишая, что послужило поводом для причисления его к преинвазивным заболеваниям с частотой малигнизации от 8 до 12 % [3, 5, 7, 8].

К атипичным формам красного плоского лишая относятся [4]:

- кольцевидный красный плоский лишай;
- эритематозный;
- бородавчатый;
- пемфигоидный;

- пигментно- атрофический;

- эрозивно-язвенный красный плоский лишай.

К редким формам относится эрозивно-язвенный красный плоский лишай, для которого характерно образование на слизистой оболочке рта (это в основном щеки, десны, красная кайма губ) либо на коже голени эрозий или мелких язв неправильных или округлых очертаний с розовато-красным бархатистым дном [5, 11].

Диагноз ставится на основании клинических и гистологических данных [1].

Дифференциальный диагноз проводят с псориазом, токсикодермией, нейродермитом, плоскими бородавками, папулезным сифилисом.

Лечение назначают в зависимости от степени выраженности процесса. При сильно выраженном зуде показаны снотворные, седативные и антигистаминные препараты [10].

При выявлении у больных очагов хронической инфекции применяют антибиотикотерапию в средних терапевтических дозах.

При распространенном процессе используют также препараты хинолинового ряда – Делагил, плаквенил – по 1 табл. два раза в сутки в течение, как правило, трех недель.

При острых и распространенных случаях проводят системную кортикостероидную терапию преднизолоном в таблетках или пролонгированным кортикостероидом Дипроспаном, внутримышечно, по 1-2 мл один раз в неделю в течение двух-трех недель.

Высоким терапевтическим эффектом при распространенных формах обладает фотохимиотерапия – ПУВА-терапия.

Определенное положительное воздействие оказывают витамины групп *A, B, D, E*, никотиновая кислота, иммуномодуляторы (Декарис, Неовир).

При лечении красного плоского лишая применяют иглорефлексотерапию, санаторно-курортное лечение, электросон.

При всех формах красного плоского лишая применяется местная терапия, причем основной упор делается на использование разнообразных кортикостероидных мазей (Целестодерм, Адвантан, Элоком и др.). Также показаны мази, обладающие редуцирующим (рассасывающим) действием, которые содержат ихтиол, нафтаган, серу, деготь, салициловую кислоту.

В качестве профилактических мер рекомендуется нормализация режима труда и отдыха.

Вместе с тем, встречаются случаи красного плоского лишая, значительно отличающиеся по клинической картине и течению. Примером может служить следующий клинический случай.

Больной П., мужчина 45 лет, при проведении плановой диспансеризации жителей одного из сел в Одесской обл. был направлен на консультацию к врачу дерматовенерологу с диагнозом: красный плоский лишай. Больной предъявлял жалобы на высыпания в виде мелких язв, которые были на губах, слизистой оболочке рта, щеках, деснах, на коже голеней; отмечал выраженную болезненность высыпаний на слизистых.

При сборе анамнеза было установлено, что пациент считает себя больным около месяца, когда у него на сгибательных поверхностях лучезапястных суставов и предплечий, передних поверхностях голеней, в полости рта и на половом члене появилась сыпь в виде мелких плоских блестящих папул, красновато-розовой окраски с фиолетовым оттенком. Сыпь сопровождалась интенсивным зудом, после чего, около пяти дней назад высыпания превратились в мелкие язвы с особой болезненностью на слизистых. Периодически отмечалось повышение температуры тела до 37,8-38°C, расстройство со стороны ЖКТ.

Ранее, в связи с патологией со стороны ЖКТ, которая проявлялась диспепсическими явлениями, пациент проходил курс лечения у гастроэнтеролога, где ему был поставлен диагноз: гепатохолецистопанкреатит, дисбактериоз кишечника и проведено этиопатогенетическое лечение (антибактериальные, энзимные препараты и средства, нормализующие микробную флору ЖКТ). Однако проведенное лечение показало слабый терапевтический эффект. Кроме того, за это время больной потерял 12 кг массы тела.

При поступлении в стационар объективно: на слизистой оболочке рта, щеках, деснах, красной кайме губ, головке полового члена, на коже голеней – эрозии и мелкие язвы неправильных очертаний с розовато-красным бархатистым дном. В основании и по периферии очагов поражения сохраняется резко отграниченный блестящий инфильтрат, дающий на слизистых оболочках рисунок кружева. Эрозивно-язвенные очаги сочетаются с типичными папулезными высыпаниями на близлежащих и отдаленных участках кожных покро-

вов и слизистых оболочек. В центре папул отмечается небольшое пупкообразное вдавление. При обработке поверхности папул маслом отчетливо видна сетка Уикхема. На ногтевых пластинках отмечается истончение, образование борозд, помутнение, что указывает на онихоорексис. Синдром Кебнера положительный.

Больной обследован и проконсультирован специалистами: дерматологом, урологом, терапевтом, хирургом.

Выполнено рентгенографическое обследование грудной полости, посев крови на флору и чувствительность – отклонений от нормы не выявлено. При посеве кала рост возбудителей кишечных заболеваний не получен. При эндоскопическом обследовании патологии не выявлено.

Морфологическое исследование участков пораженной кожи:

- умеренный гиперкератоз, гранулез, акантоз;
- вакуольная дистрофия базального слоя;
- диффузный лентовидный инфильтрат в верхних отделах дермы, вплотную примыкающий к эпидермису, нижняя граница которого размыта клетками инфильтрата;
- полосовидная лимфоцитарная инфильтрация сосочкового слоя дермы.

Данных о неопластическом процессе в исследованном препарате не выявлено.

Общий анализ крови:

- гемоглобин – 153 г/л;
- эритроциты – 4,63 т/л;
- цв. показатель – 0,85;
- лейкоциты – 11,0 г/л;
- СОЭ – 28 мм/час;
- миелоциты – 0 %;
- матамиелоциты – 0 %;
- палочкоядерные – 2 %;
- сегментоядерные – 69 %;
- эозинофилы – 1 %;
- базофилы – 0 %;
- лимфоциты – 25 %;
- моноциты – 3 %.

Моча:

- цвет с/желтый;
- плотность – 1018 г/л;
- белок – следы;
- эритроциты – 4-5 в поле зрения;
- лейкоциты – 18-25 в поле зрения;
- слизь (++);
- гиалиновые и зернистые цилиндры – единичные;
- эпителий – единичный в поле зрения;
- бактерии – в умеренном количестве.

Биохимия:

- билирубин:
 - 1) общий – 20 мкмоль/л;
 - 2) прямой – 8 мкмоль/л;
 - 3) непрямой – 12 мкмоль/л;
- АлАТ – 25 ед./л;
- АсАТ – 23 ед./л;
- тимоловая проба – 3 ед.;
- щелочная фосфатаза – 120 ед./л;
- сахар крови – 4,5 ммоль/л;
- амилаза – 20 г/ч/л;

- мочевины – 5 ммоль/л;
- креатинин – 90 ммоль/л;
- мочевая кислота – 395 ммоль/л;
- общий белок – 70 г/л;
- С-реактивный белок – отр.

Реакция Вассермана отрицательная.

Ранее от сдачи крови на ВИЧ отказывался. Проведена беседа, рекомендовано сдать анализ на ВИЧ.

Дифференциальный диагноз проводили с:

- псориазом;
- плоскими бородавками;
- токсикодермией;
- папулезным сифилисом;
- нейродермитом.

Больному установлен диагноз: красный плоский лишай, эрозивно-язвенная форма.

Учитывая степени выраженности процесса, больному назначен курс лечения:

- диета – исключение из рациона кофе, пряностей, шоколада, меда, алкоголя и т.д.
- Циклоспорин А (ЦиА) – по 5 мг/кг/сут. в начале лечения, затем снизить до 2 мг/кг/сут. под контролем артериального давления и функции почек;
- Гидроксихлорохин – по 400 мг/сут. в течение 30 дней под контролем окулиста;
- Ацитретин – 0,75 мг/кг/сут. в течение 30 дней;
- Изотретиноин - 0,50 мг/кг/сут. в течение 30 дней.

Учитывая показатели печеночных проб, а так же отсутствие исследования на гепатит С, было принято решение: назначение препарата азатиоприн в дозе 100 мг/сут. отсрочить до получения ответов на маркеры гепатитов.

Местно: ПУВА-терапия (PUVA = Psoralens + UltraViolet A) – доза 0,6 мг/кг 8-метоксипсоралена внутрь за 2 часа до облучения длинноволновым ультрафиолетовым светом, 12-20 сеансов с интервалом 2–3 дня при общей дозе 16,5-35,9 Дж/см².

Назначенный курс лечения больной получал в течение 10 дней, после чего были получены результаты исследования на ВИЧ методом ИФА – результат положительный.

Больной в экстренном порядке был направлен в Одесский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом, где был дополнительно дообследован.

Иммунологическое обследование:

- CD4+ – 220 клеток/мкл;
- CD8+ – 83 клетки/мкл;
- Т-супрессоры – 205 клеток/мкл;
- VL – 85 тыс.

Серологическое исследование на ВИЧ-оппортунистические инфекции:

- цитомегаловирус:

- 1) IgM – отр.;
- 2) IgG – 125 Дн;

- токсоплазмоз:

- 1) IgM – отр.;
- 2) IgG – отр.;

- ВГЧ 1, 2 и 8 типов:

- 1) IgM – отр.;
- 2) IgG – отр.;

- хламидии:

- 1) IgG – отр.;
- 2) IgA – отр.

Исследование на маркеры гепатита:

- HCV – положит.;
- HBsAg – отр.

В цитологическом препарате слизистой оболочки полости рта обнаружен псевдомицелий *Candida spp.*

Диагноз: СПИД IV, клиническая стадия, красный плоский лишай, эрозивно-язвенная форма. Кандидоз полости рта. Гепатит С.

После осмотра и изучения результатов дополнительных исследований больному была назначена АРВТ, продолжен курс лечения КПЛ, за исключением препарата азатиоприн, т. к. у пациента обнаружены антитела к вирусу гепатита С. Учитывая наличие у больного кандидоза полости рта, в схему лечения КПЛ дополнительно был добавлен противогрибковый препарат Низорал – по 400 мг/сут. во время еды на протяжении 14 дней.

Через 2 недели после назначенной АРВТ и продолжения ранее назначенного курса лечения КПЛ отмечалось прекращение прогрессирования процесса на коже и регресс патологических элементов, а через 1,5 месяца мы отмечали практически полное клиническое излечение (выздоровление), которое характеризовалось полным исчезновением папул и язв, на месте которых остались депигментированные и частично гиперпигментированные пятна.

Выводы

1. Накопленные к настоящему времени данные о КПЛ и клинический опыт позволяют сделать вывод о том, что для развития КПЛ необходимо наличие одного из факторов – инфекционного, иммунологического, токсико-аллергического или неврогенного, или их сочетание. Усугублению болезни и переходу ее в более тяжелую клиническую стадию, которая тяжело поддается традиционному лечению, способствует наличие синдрома иммунодефицита любой этиологии (в конкретном случае – вирусной).

2. Представленный клинический случай дает основание сделать вывод, что на фоне АРВТ и, учитывая степени выраженности процесса традиционного лечения КПЛ, происходит пре-

ращение прогрессирования процесса на коже, практически полное клиническое излечение (выздоровление), которое характеризуется полным исчезновением папул и язв, на месте которых остаются депигментированные и частично гиперпигментированные пятна.

3. Проведенное нами клиническое описание клинических проявлений СПИДа и представленный клинический случай КПЛ и позднего выявления ВИЧ-инфекции свидетельствуют о необходимости внимательного отношения не только дерматовенерологов, но и врачей других специальностей к диагностике ВИЧ. Описанное клиническое наблюдение ВИЧ-инфекции у больного КПЛ является ярким примером для всех врачей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барбинов Д. В., Раводин Р. А. Критерии гистологической диагностики красного плоского лишая // Санкт-Петербургские дерматологические чтения: Мат. IV Росс. науч. -практ. конф. – СПб., 2010. – С. 18.
2. Бутарева М. М., Жилова М. Б. Красный плоский лишай, ассоциированный с вирусным гепатитом С: особенности терапии // Вестн. дерматол. и венерол. – 2010. – № 1. – С. 105-108.
3. Гаджимурадов М. Н., Гунаева А. А. Атипичные формы красного плоского лишая: клинические проявления, дифференциальная диагностика и лечение // Клиническая дерматология и венерология. – 2009. – № 3. – С. 85-80.
4. Гойдик Н. С., Гойдик В. С., Шухтин В. В., Гоженко А. І. Огляд епідеміологічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Одеській області // Морський вісник. – 2009. – № 3. – С. 27-30.
5. Молочков В. А., Прокофьев А. А., Бобров М. А., Переверзева О. Э. Клинические особенности различных форм красного плоского лишая // Рос. журн. кож. и венер. бол. – 2011. – № 1. – С. 30-36.
6. Рабинович О. Ф. Иммунологические аспекты патогенеза красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта (клиника, диагностика, лечение) : Дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2001. – 190 с.
7. Спицына В. И. Патогенез иммунодефицита у больных красным плоским лишаем слизистой оболочки рта // Российский стоматологический журнал. – 2002. – № 3. – С. 30-34.
8. Шухтин В. В., Гойдык В. С. Заболевания кожи и слизистых оболочек при СПИДе в Одесском регионе // Морской вестник. – 2010. – № 3. – С. 51-55.
9. Asch S., Goldenberg G. Systemic Treatment of Cutaneous Lichen Planus // Cutis. – 2011. – No 87. – P. 129-134.
10. Reborá A. Плоский лишай. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. Под ред. А. Д. Кацамба, Т. М. Лотти. – М.: «МЕДпресс-информ», 2008. – С. 371-374.
11. Pinkus H. Lichenoid tissue reactions: A speculative review of the clinical spectrum of epidermal basal cell damage with special reference to erythema dyschromicum perstans // Arch Dermatol. – 1973. – Vol. 107. – P. 840-846.

ЧЕРВОНИЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ, ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ШУХТИН В. В.

ДП «Український НДІ медицини транспорту», Одеса

Наведено данні клінічного випадку червоного плоского лишая (ЧПЛ) у ВІЛ-інфікованого пацієнта, включаючи данні анамнезу і лабораторних досліджень, особливої клінічних проявів до призначення та після призначення антиретровірусної терапії (АРВТ). Аналіз наведеного клінічного випадку дозволяє зробити висновок, що погіршенню перебігу хвороби та переходу її у більш тяжку клінічну стадію, яка важко піддається традиційному лікуванню, сприяє наявність синдрому імунодефіциту різної етіології (у конкретному випадку – вірусної). На фоні призначення АРВТ та традиційного лікування ЧПЛ, беручи до уваги ступінь тяжкості перебігу, відбувається припинення прогресування процесу на шкірі, практично повне клінічне вилікування, яке характеризується повним зникненням папул та язв, на місці яких залишаються депігментовані то частково гіперпігментовані плями. Представлений клінічний випадок ЧПЛ та пізнього виявлення ВІЛ-інфекції вказують на необхідність пильного відношення не тільки дерматовенерологів, але й лікарів інших спеціальностей до діагностики ВІЛ.

Ключові слова: ВІЛ, червоний плоский лишай, антиретровірусна терапія, дерматологічні прояви ВІЛ-інфекції.

LICHEN PLANUS, PECULIARITIES OF ITS COURSE IN HIV-INFECTED PATIENTS

Shuhtin V. V.

“Ukrainian Research Institute of Transport Medicine” SE, Odesa

The data of a clinical case of lichen planus (LP) in a HIV-infected patient, including the data of the case history and laboratory studies, the peculiarities of clinical manifestations before and after clinical prescriptions of anti-retro viral therapy (ARVT) are given. Analysis of the clinical case under discussion allows suggesting that the syndrome of immunodeficiency of various aetiology (specifically – viral one) promotes the deterioration of the disease and its conversion into a more severe clinical stage being amenable with difficulty to traditional treatment. At the background of ARVT prescription and traditional treatment of LP, taking into account the severity of the disease, the termination of the disease progression occurs on the skin, and almost complete clinical cure takes place characterized by complete disappearance of papules and ulcers in place of which depigmented or partially hyperpigmented maculae remain. The contributed clinical case of LP and late diagnosis of HIV infection indicates a need for careful attitude of dermatovenerologists and other medical specialists to diagnose HIV.

Keywords: HIV, lichen planus, anti-retro viral therapy, dermatological manifestations of HIV infection.

Шухтин Вадим Викторович – д-р мед. наук, старший научный сотрудник ГП «Украинский НИИ медицины транспорта».

Shuhtin@mail.ru