

Клинико-морфологические особенности пигментной формы красного плоского лишая

Е.С. Снарская¹, М.В. Проскурина¹, М.А. Бобров², Ю.В. Молочкова¹

¹Кафедра кожных и венерических болезней (зав. — проф. В.А. Молочков) ФППОВ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России; ²отделение патоморфологии (зав. — проф. И. А. Казанцева) ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Проанализированы клинико-морфологические особенности редкой пигментной формы красного плоского лишая на материалах собственных наблюдений. Наблюдение демонстрирует клинические особенности этой формы красного плоского лишая, представляющие трудности для диагностики и выбора терапии в связи с неясной этиологией, схожестью с другими кожными заболеваниями.

Ключевые слова: красный плоский лишай, пигментная форма

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PIGMENTED LICHEN PLANUS

E.S. Snarskaya¹, M.V. Proskurina¹, M.A. Bobrov², Yu.V. Molochkova¹

¹I.M.Setchenov First Moscow Medical University, Moscow, Russia; ²M.F.Vladimirsky Moscow Regional Research and Clinical Institute, Moscow, Russia

Clinical and morphological characteristics of a rare pigmented form of lichen planus are analyzed as exemplified by 4 cases observed by the authors. The observations demonstrate the clinical features of this form of lichen planus, difficult for the diagnosis and choice of therapy because of obscure etiology and manifestations similar to those of other skin diseases.

Key words: lichen planus, pigmented form

В последние годы красный плоский лишай (КПЛ; *син.*: lichen ruber planus) становится предметом изучения и обсуждения представителей различных специальностей (дерматологи, гематологи, терапевты, хирурги, онкологи, трансплантологи) [1—4], так как типичные для него высыпания могут появляться при аутоиммунных, неопластических заболеваниях, медикаментозных интоксикациях, а также быть одним из проявлений реакции трансплантата против хозяина (РТПХ) [1, 5, 6].

КПЛ представляет собой воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, связанное с цитопатогенным действием Т-лимфоцитов, реализующимся на уровне дермо-эпидермального соединения кожи. Для клинической картины КПЛ типичны зудящие эпидермо-дермальные папулы [7], остающиеся при своем регрессе гиперпигментацию, однако, наряду с типичными проявлениями, в ряде случаев, это заболевание может сопровождаться и другими первичными (эритематозные и пигментные пятна, пузыри) и вторичными морфологическими элементами в виде эрозивноязвенных, веррукозных и атрофических изменений кожи и слизистых [3].

В связи с этим в классификации КПЛ выделяют типичную (классическую), для которой характерны типичные полигональные папулы, и атипичную (гипертрофическую, бородавчатую, атрофическую, пемфигоидную, фолликулярную, пигментную,

кольцевидную и др.). Отдельно выделяют клинические формы КПЛ слизистой оболочки и красной каймы губ: типичную, гиперкератотическую, экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллезную, атипичную [2—4, 8, 9]. Вышеперечисленные формы поражения слизистой оболочки рта при КПЛ могут переходить одна в другую и сочетаться с типичными полигональными лихеноидными папулами на коже [6].

Разнообразные клинические формы дерматоза отражают особенности и степень выраженности воспалительных, трофических и регенеративных процессов в коже, обусловленных гиперчувствительностью замедленного типа, в аспекте ее защитной и патологической роли [1].

В настоящее время, по данным разных авторов [7, 10], средний уровень заболеваемости КПЛ составляет около 1% всех кожных заболеваний, а частота встречаемости КПЛ среди других дерматозов колеблется от 0,72 до 1,5% [3, 8, 9, 11].

Одной из наиболее редких является пигментная форма КПЛ, которая впервые была описана в 1918 г. J. Fabri и D. Pirila (цит. по [9]) и составляет, по данным ряда авторов, 0,9—1% от обычных форм КПЛ и 2,5—3% от атипичных.

Пигментная форма КПЛ особенно часто встречается в странах Востока [2, 6, 7], где она составляет 20—30% всех случаев КПЛ (в том числе 6,2% среди

Сведения об авторах:

Снарская Елена Сергеевна — доктор мед. наук, профессор (snarskaya-dok@maill.ru); Проскурина Мария Владимировна — клинический ординатор (proskurina.mariya@list.ru); Бобров Максим Александрович — младший науч. сотрудник (m.a.bobrov@yandex.ru); Молочкова Юлия Владимировна — клинический ординатор.

лиц, жующих табак), в Западной Европе и Америке она составляет лишь 0,3—1,5%.

По данным литературы [3] пигментная форма КПЛ чаще встречается у больных, длительно страдающих гепатопатиями, панкреатитом. Для нее характерно первичное появление очагов коричнево-бурой пигментации 0,5—1,5 см в диаметре с резкими границами, в зоне которых позже могут проявляться типичные лихеноидные папулы. Процесс носит распространенный характер с преимущественной локализацией на коже шеи, груди, ягодиц, спины и на разгибательной поверхности конечностей [3, 11]. Клинической особенностью пигментной разновидности КПЛ является наличие резко выраженной пигментации, которая предшествует формированию лихеноидных папул в дальнейшем [3]. Л.Н. Машкиллейсон [6] приводит высказывания J. Gougerot в отношении данной формы КПЛ, который называет ее «невидимым лихеном», или «лихеном без лихена» (*lichen sine lichen*), для которого характерна прежде всего пигментация кожи с незаметными для глаза папулезными высыпаниями КПЛ. Это определение метко отражает клиническую особенность данной формы. Зачастую пигментация в виде пятен, сливающихся в более обширные очаги поражения, настолько интенсивная, что типичные лихеноидные элементы клинически обнаружить невозможно [12].

Некоторые авторы полагают [12], что одним из вариантов пигментного КПЛ является *erythema dyschromicum perstans*. В типичных случаях пигментные высыпания на коже могут сочетаться с пигментными высыпаниями КПЛ на слизистой оболочке полости рта.

Мы встретили так же описание случая развития ахромической разновидности КПЛ с очагами депигментации на открытых участках кожи [9].

Основными патоморфологическими признаками пигментной формы КПЛ являются: гиперкератоз, неравномерный гипергранулез, акантоз, вакуольная дистрофия базального слоя, диффузный полосовидный инфильтрат в верхней части дермы с «размыванием» его нижней границы, экзоцитоз меланофагов, частично или полностью, заполненных пигментом [8, 17]. При этом состав инфильтрата в субэпидермальном отделе при различных формах КПЛ существенно не различим: преобладают лимфоциты, единичные гистициты, эозинофилы и меланофаги [8, 17].

Пигментную форму КПЛ необходимо дифференцировать прежде всего от токсической меланодермии. Дифференциально-диагностическим критерием в данном случае является локализация очагов поражения при токсической меланодермии на открытых участках кожного покрова, длительное существование очагов поражения с тенденцией к обострению под влиянием УФ-излучения, анамнестические данные, указывающие влияние на организм пациента продуктов переработки нефти, каменного угля, сланцев (бензола, автола, толуола, машинного масла и др.) [1, 9]. Саркому Капоши отличает от пигментного КПЛ медленное развитие пигментированных с синюшным оттенком узелков на конечностях, отсутствие диффузных очагов поражения на туловище, бедрах, характерных для пигментной формы КПЛ [13].

При локализации очагов саркомы Капоши на слизистой оболочке полости рта, элементы имеет вид единичных узелков буроватого цвета, не сливающихся между собой и не формирующих ажурные линейные белесоватые фигуры так характерные для КПЛ [3, 13].

В литературе [14] описан редкий случай наблюдения латиноамериканки с клиническим диагнозом акральной лентицинозной меланомы, у которой, однако, по результатам биопсии выявлена типичная лихеноидная реакция тканей с выраженным отложением пигмента без клеточных признаков меланомы, что дало повод для дифференциального диагноза редкой пигментной формы КПЛ с меланомой.

Тактика лечения больных атипичной пигментной формой КПЛ не имеет принципиальных отличий от ведения больных типичной формой.

Мы наблюдали 4 больных пигментной формой КПЛ (3 женщины и 1 мужчина), в возрасте от 45 до 70 лет, при этом хронический панкреатит был диагностирован у 2, жировой гепатоз у 1, алкогольный гепатит у 1 больного. Все пациенты обладали меланокомпетентным фототипом кожи по Фицпатрику (III, IV фототип) [15].

При анализе течения заболевания у наших пациентов мы выявили определенные особенности локализации очагов: так у 2 больных высыпания были распространенными и локализовались на коже туловища (живот и спина), у 1 — в области шеи и груди, у 1 — располагались симметрично в зоне крупных складок (паховых и подмышечных).

У всех 4 больных высыпания КПЛ были представлены гиперпигментированными пятнами буровато-коричневого цвета, округлой или овальной формы с четкими очертаниями, размером от 0,2 до 1,5 см в диаметре, имеющими тенденцию к слиянию.

У 3 больных пигментные пятна на коже сочетались с поражением слизистой оболочки полости рта. При этом у 2 больных поражение слизистых было представлено типичными высыпаниями в виде папул белесоватого, местами серо-белого цвета, которые располагались на внутренней поверхности щек и десен, практически не возвышаясь над слизистой. У 1 больного высыпания на слизистой были значительно пигментированы и занимали всю внутреннюю поверхность обоих щек.

У 2 больных мы наблюдали как множественные пигментные пятна, так и единичные типичные лихеноидные папулы розовато-ливидного цвета с пупковидным вдавлением в центре размером от 0,2 до 1,5 см в диаметре, которые располагались на коже внутренней поверхности запястий.

При гистологическом исследовании биоптатов кожи больных мы выявили типичную морфологическую картину пигментной формы КПЛ. Во всех 4 случаях в сосочковом слое дермы определялось большое количество меланофагов, заполненных большим количеством бурого пигмента, не дающего реакции на железо, что является важным патоморфологическим признаком при верификации диагноза.

Высыпания, расположенные на слизистой оболочке полости рта, имели те же гистологические особенности, как и на коже, за исключением отсутствия зернистого слоя, которого нет и в нормальной слизистой оболочке.

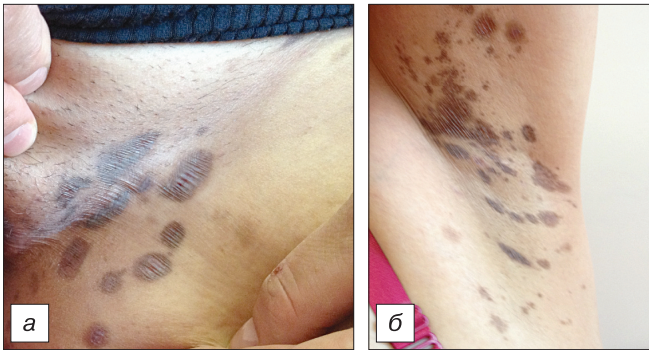


Рис. 1. Больная Б. Пигментная форма КПЛ.
а — паховая область; б — подмышечная область.

Приводим одно из наших клинических наблюдений более подробно.

Больная Б., 59 лет, жительница Молдавии. Считает себя больной в течение 3 лет, когда после перенесенного стресса впервые отметила появление пятнистых высыпаний на коже паховых складок (рис. 1, а), которые затем распространились на кожу подмышечных впадин (рис. 1, б), туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающихся умеренным зудом. Длительное время получала симптоматическое лечение, без эффекта. Больная часто бывает на солнце и имеет IV фототип кожи по Фицпатрику [15].

В связи с прогрессированием заболевания и трудностями в верификации диагноза обратилась в Московский областной кожно-венерологический диспансер, где была консультирована и затем госпитализирована в отделение дерматовенерологии и дерматоонкологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского для проведения обследования, установления диагноза и лечения.

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

При поступлении общее состояние пациентки удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, границы сердца в пределах нормы; тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 75 ударов в минуту, удовлетворительного напряжения и наполнения; артериальное давление 130/80 мм рт. ст.; язык ярко-красного цвета, обложен беловатым налетом у корня; живот мягкий, безболезненный; печень, селезенка не пальпируются; со стороны мочевыделительной системы патологии не выявлено; нервно-психический статус без особенностей.

Локальный статус. Патологический процесс на коже носит распространенный подостровоспалительный характер. Представлен пятнами от буровато-коричневого до фиолетового цвета, округлой формы, с четкими очертаниями от 0,3 до 1 см в диаметре. Местами некоторые элементы сливаются в более крупные очаги — до 3—4 см. В центре большинства элементов формируются участки атрофии (симптом «папиросной бумаги» Пospelова). Высыпания располагаются симметрично на коже в области подмышечных впадин, паховых складок, под молочными железами. На коже тыльной поверхности обеих запястий отмечено наличие единичных полостных полигональных папул округлой формы с ливидным оттенком, от 0,2 до 5 мм в диаметре, с гладкой, блестящей поверхностью, с небольшим пупковидным вдавлением в центре, где отмечен положительный симптом «сетки Уикхема». Шелушение незначительное, более отчетливо выражено на границе центральной и периферической зоны. Видимые слизистые оболочки нормального цвета, ногти, волосы не изменены. Деформации костей, суставов нет, надавливание и поколачивание безболезненное.

Лабораторные данные. Исследование крови на RW, HBs, ВИЧ отрицательное. Общий анализ крови: Hb 140 г/л, эр. $5 \cdot 10^{12}/л$, гематокрит 0,41 1/1, тром. $205 \cdot 10^9/л$, л. $4,6 \cdot 10^9/л$,

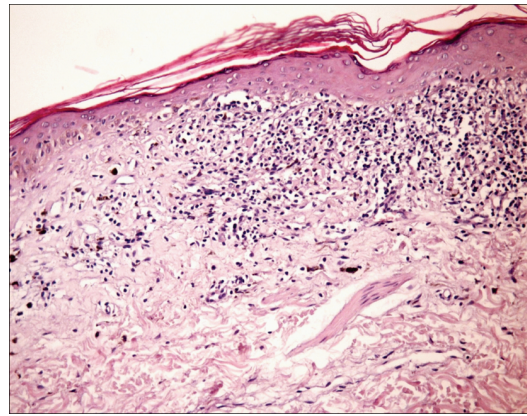


Рис. 2. Та же больная. Гистологическая картина пигментной формы КПЛ. Ортогиперкератоз, вакуолизация клеток базального слоя. Выраженная атрофия эпидермиса, слабо выраженные лимфогистиоцитарные периваскулярные инфильтраты в верхних отделах дермы, скопления меланофагов. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 200.

лимф. абс. (прибор) $1,1 \cdot 10^9/л$, лимф. отн. (прибор) 26,1%, гранулоциты абс. (прибор) $3,3 \cdot 10^9/л$, гранулоциты отн. (прибор) 68,1%, моноциты абс. (прибор) $0,2 \cdot 10^9/л$, моноциты отн. (прибор) 5,8%; СОЭ по Вестергрену 10 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1.025; щелочная реакция 6,5; белка, глюкозы, кетоновых тел, билирубина, лейкоцитов (прибор), эритроцитов (прибор) не обнаружили. Биохимический анализ крови: билирубин прямой 2,2 мкмоль/л, билирубин общий 13,9 мкмоль/л, билирубин не прямой 11,7 мкмоль/л, холестерин общий 6,2 ммоль/л, общий белок 72 г/л, альбумин 42 г/л, глюкоза 5,6 ммоль/л, АЛТ 48 ЕД/л, АСТ 41 ЕД/л, фосфатаза щелочная 113 ЕД/л. Коагулограмма крови: активированное частичное тромбопластиновое время 26 с, протромбиновая активность по Квику 101%, международное нормализованное отношение 0,97; тромбиновое время 3,76 г/л, растворимый фибринмономерный комплекс $3,5 \times 10^{-2}$ г/л.

Гистологическое исследование биоптата кожи с гиперпигментированного участка в паховой области: эпидермис с незначительным ортогиперкератозом, вакуолизацией клеток базального слоя, местами истончен. В верхних отделах дермы полосовидный лимфогистиоцитарный инфильтрат, скопления меланофагов и коллоидных телец. Гистологические изменения соответствуют пигментной форме КПЛ (рис. 2).

Диагноз: красный плоский лишай, пигментная форма.

Лечение включало комплексную терапию: лоратадин 1 таблетка утром, 1% раствор супрастина 2 мл внутримышечно на ночь, фотоферез 3 сеанса. Наружно мазь синаflan 2 раза в день.

В ходе лечения наблюдали положительную динамику — уплощение и сглаживание бляшек, субъективно отмечено уменьшение зуда.

Описанный клинический случай демонстрирует редко встречающуюся пигментную форму КПЛ, развившуюся у больных, страдающих заболеванием печени, что подтверждается данными литературы, и преимущественно имеющих меланокомпетентный фототип кожи по Фицпатрику [15]. Нельзя не учитывать общую токсическую реакцию организма, которая может лежать в основе клинических проявлений пигментной формы КПЛ [16]. Наши наблюдения показывают клинические особенности пигментной формы КПЛ, которые в ряде случаев представляют трудности для диагностики. Достоверный диагноз пигментной формы КПЛ может быть поставлен только при сопоставлении анамнестических, клинических и гистологических данных исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Довжанский С.И., Слесаренко Н.А. Красный плоский лишай. Саратов: Издательство СГУ; 1990.
2. Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. Клиническая дерматология. Ереван: Айастан; 1989: 291—9.
3. Иванов О.Л., ред. Кожные и венерические болезни: Справочник для врачей. 2-е изд. М.: Медицина; 2007: 155—7.
4. Кряжева С.С., Казанцева И.А., Спирина Г.К., Орлова Т.В. Клинико-морфологические особенности эритематозной формы красного плоского лишая. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2001; 5: 23—6.
5. Кряжева С.С., Снарская С.С., Ахунова Н.Р., Бобров М.А. Острая форма реакции «трансплантат против хозяина» при трансфузии эритроцитной массы. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2011; 6: 32—5.
6. Машкиллейсон Л.Н. Частная дерматология. М.: Медицина; 1965: 394—407.
7. Шинский Г.Э., Чучалина О.М. Тактика лечение красного плоского лишая. Вестник дерматологии и венерологии. 1982; 3: 40—4.
8. Бутов Ю.С., Фролов А.А., Смолянникова В.Ф. Клиническая и патогистоморфологическая характеристика некоторых форм красного плоского лишая. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2000; 6: 11—7.
9. Елькин В.Д., Митрюковский Л.С., Седова Т.Г. Избранная дерматология. Редкие дерматозы и дерматологические синдромы. Иллюстрированный справочник по диагностике и лечению дерматозов. Пермь; 2004: 388—91.
10. Hornstein O.P., Hollander K., Simon M. Clinical field study on the frequency and topographical distribution of lichen ruber including the question of etiological influence factors. Z. Hautkr. 1980; 55(23): 1562—8.
11. Молочков В.А., Прокофьев А.А., Переверзева О.Э., Бобров М.А. Клинические особенности различных форм красного плоского лишая. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2011; 1: 31—6.
12. Беренбейн Б.А., Студиницин А.А., ред. Дифференциальная диагностика кожных и венерических болезней: Руководство для врачей. М.: Медицина; 1989.
13. Молочков В.А., Казанцева И.А., Гурцевич В.Э. Саркома Капоши. М.: БИНОМ; 2002: 54, 102.
14. Bickle K., Smithberger E., Lien M.H., Fenske N.A. Unilateral lichen planus pigmentosus mimicking acral lentiginous melanoma. J. Drugs. Dermatol. 2010; 9(7): 841—3.
15. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф К., Полано М., Сюрмонд Д. Клиническая дерматология: Атлас-справочник. Тимофеев Е.Р., ред. М.: Практика; 1999: 236—7.
16. Беренбейн Б.А. Лихены. В кн.: Скрипкин Ю.К., ред. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. т.2. М.: Медицина; 1995: 120—78.

Поступила 03.03.13

© Е.В. БАКУРОВ, 2013

УДК 616.5-02:616.5-003.656.61-036.1

Лихеноидная реакция кожи, спровоцированная татуировкой

Е.В. Бакуров

Научно-организационный отдел ФГБУ Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Минздрава России, Екатеринбург

Представлены данные о возможных осложнениях, ассоциированных с татуировкой. Обсуждены различные варианты кожных реакций: островоспалительные, гранулематозные, лихеноидные, инфекционные, новообразования кожи. Описан клинический случай развития лихеноидной реакции кожи, подобной красному плоскому лишаяю, на красный пигмент у девушки 20 лет через полгода с момента нанесения татуировки.

Ключевые слова: татуировка, осложнения, лихеноидная реакция кожи, красный плоский лишай

LICHENOID REACTION OF THE SKIN PROVOKED BY TATTOO

E.V. Bakurov

Ural Institute of Dermatovenereology and Immunopathology, Ekaterinburg, Russia

Probable complications associated with tattoos are discussed. Variants of skin reactions to color inks (inflammatory, granulomatous, lichenoid, infections, skin tumors) are presented. A clinical case is described: a girl aged 20 years developed a lichenoid reaction to the red pigment, similar to lichen planus, six months after tattooing.

Key words: tattoo, complications, lichenoid reaction, lichen planus

При татуировке используют различные пигменты, не все из которых инертны по отношению к коже. По данным некоторых авторов [1, 2], различные осложнения после нанесения татуировки могут встречаться в 2% случаев. Они включают островоспалительные, экзематозные, инфекционные, гранулематозные, ли-

хеноидные и псевдолимфоматозные реакции, фотосенсибилизацию и новообразования кожи.

Аллергические реакции могут проявляться в различных формах [3]. Хотя используемая для временных татуировок хна является безопасным пигментом, но добавление к ней парафенилендиамина для

Сведения об авторе:

Бакуров Евгений Викторович — кандидат мед. наук, научный сотрудник (bakurov.1981@mail.ru).