



## ФОТОЗАДАЧА

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013  
УДК 616.516-031:611.91

### ЕДИНИЧНЫЙ КОЛЬЦЕВИДНЫЙ ОЧАГ НА КОЖЕ ВИСКА

*А.Н. Хлебникова, М.А. Бобров, О.И. Шугина*

Кафедра кожных и венерических болезней (зав. — проф. В.А. Молочков) ФППОВ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России, Москва

Больной обратился с жалобой на наличие единичного очага на коже височной области, существующий в течение 8 мес.

Клинически: кожный процесс локализуется на коже правой височной области представлен полигональными папулами застойно-розового цвета, на поверхности которых определяются серебристые чешуйки. Папулы сгруппированы с образованием кольцевидного очага размером 1,8×2,5 см (**рис. 1**).

**Гистологическая картина.** В эпидермисе ортогиперкератоз, гипергранулез, акантоз в виде «зубьев пилы». В верхних отделах дермы полосовидный инфильтрат из лимфоцитов и гистиоцитов. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 40 (**рис. 2**). При большем увеличении (ув. 400) видна вакуолизация клеток базального слоя (**рис. 3**). В дерме лимфогистиоцитарный инфильтрат, скопления меланофагов и коллоидных телец. Окраска гематоксилином и эозином.



Рис. 1

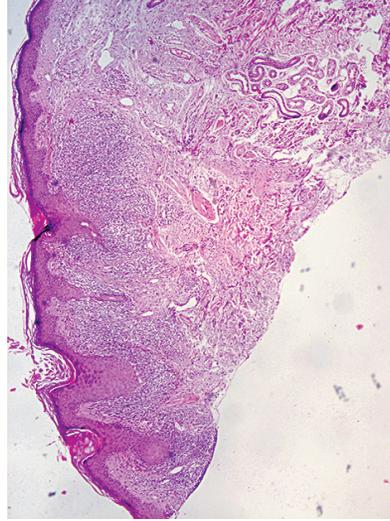


Рис. 2

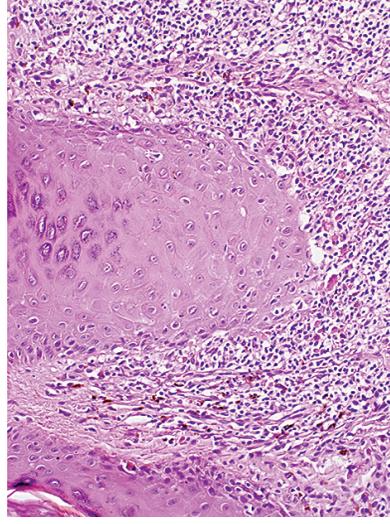


Рис. 3

Сведения об авторах:

*Хлебникова Альбина Николаевна* — доктор мед. наук, профессор (alb9696@yandex.ru); *Бобров Максим Александрович* — научный сотрудник (m.a.bobrov@yandex.ru); *Шугина Ольга Игоревна* — клинический ординатор (olga-shugina@yandex.ru).

**Диагноз:** красный плоский лишай кольцевидная форма.

**Общие сведения.** Красный плоский лишай (КПЛЛ, lichen ruber planus) — хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся гладкими, плоскими, полигональными (многоугольными) папулами [1].

Природа данного заболевания точно не установлена, КПЛЛ относят к мультифакторным дерматозам, о развитии которого существует несколько теорий: неврогенная, вирусная, инфекционно-аллергическая. Большое значение придается наличию очагов хронической инфекции, а также психоэмоциональных травм. Возможно также развитие красного плоского лишая при приеме некоторых лекарственных препаратов (хингамин и другие противомаларийные препараты, стрептомицин, левамизол, соли золота, органические соединения мышьяка). Чаще болеют взрослые, случаи заболевания детей редки [1, 2].

Выделяют несколько клинических форм КПЛЛ. Элементы сыпи при типичной форме КПЛЛ имеют красновато-розовую окраску с сиреневатым или фиолетовым оттенком. В центре папул, как правило, есть небольшое пушкообразное вдавление. На поверхности сформировавшихся относительно крупных узелков можно наблюдать сетку Уикхема, представленную опаловидными белыми или сероватыми точками и полосками. Высыпания могут группироваться с образованием чаще небольших бляшек, покрытых чешуйками, по периферии которых возникают новые, изолированно расположенные мелкие папулы. На слизистых высыпания появляются с мелчки (милярных) папул, хорошо выделяющиеся на розовом фоне слизистой оболочки серовато-белым цветом (вследствие постоянной мацерации), которые затем сливаются в бляшки. Как правило, заболевание сопровождается интенсивным зудом. Изменение ногтевых пластинок при красном плоском лишае характеризуется образованием борозд, углублений, участков помутнения; ногти могут истончаться и даже частично или полностью разрушаться [2, 3]. Так же папулы КПЛЛ могут группироваться с образованием колец или линий, образуя соответствующие формы КПЛЛ. При кольцевидной форме КПЛЛ цвет папул, образующих кольцо, варьирует от застойно-розового до белого цвета, в то время, как кожа в центральной части очага имеет либо нормальную окраску, либо гиперпигментирована. Высыпания при кольцевидном КПЛЛ локализуются преимущественно в аксиллярных складках, паховых складках и на половых органах. Зуд для кольцевидной формы красного плоского лишая характерен в меньшей степени, чем для других форм [4]. При гипертрофическом типе КПЛЛ папулы ливидного оттенка, уплощены, имеют бороздчатую поверхность, покрывают небольшую количественно чешуек. Отличительными особенностями этой формы заболевания являются локализация преимущественно на нижних конечностях, мучительный зуд, длительное существование высыпных элементов и необычайная резистентность их к терапии. Редко встречается одностороннее поражение кожи (зостериформный красный плоский лишай). Отличительной особенностью эритематозной формы КПЛЛ является появление диффузной гиперемии с малиновым оттенком, отеком, и шелушения на значительной части кожного покрова в сочетании и мягкими папулами. Отдельно выделяют пемфигоидную форму КПЛЛ, для которой характерно появление пузырей на папулах и бляшках, а также на эритематозных участках и неизмененной коже. В ряде случаев эта форма является проявлением токсидермии или паранеоплазии. Атрофическая форма КПЛЛ может быть первичной (рассматривается, как вариант поверхностной склеродермии) и вторичной (возникает вследствие разрешения типичных папул при КПЛЛ). К редким формам относят эрозивно-язвенный КПЛЛ, для которого характерно образование на слизистой оболочке рта (щеки, десны, крас-

ная кайма губ) либо на коже голеней эрозий или мелких язв неправильных или округлых очертаний с розово-красным бархатистым дном. Эта форма дерматоза может быть одним из компонентов синдрома Гриншпана—Потекаева (сочетание эрозивно-язвенного КПЛЛ с сахарным диабетом и артериальной гипертензией) [1, 3]. Описаны случаи сочетания признаков красного плоского лишая и дискоидной волчанки. В течении болезни выделяют две стадии. Прогрессирующая стадия характеризуется появлением высыпаний, сопровождающихся интенсивным зудом. В этот период отмечается положительный феномен Кебнера. Регрессирующая стадия характеризуется регрессом высыпаний с исходом, как правило, в гиперпигментацию.

**Патоморфология.** Гистологически выявляют в эпидермисе гиперкератоз, неравномерное утолщение зернистого слоя (очаговых гранулез), акантоз (удлиненные межсосочковые отростки заострены к низу — симптом «пилы»), диффузный лимфо-гистиоцитарный полусовидный инфильтрат в верхнем отделе дермы вплотную при-мыкает к эпидермису, нижняя граница его «размыта».

**Дифференциальный диагноз красного плоского лишая.** Кольцевидную форму КПЛЛ следует дифференцировать с кольцевидной гранулемой, нужно учитывать разную предпочтительную локализацию высыпаний при этих дерматозах: половые органы и аксиллярная складка при кольцевидном красном плоском лишае, кисти при кольцевидной гранулеме; первичные элементы имеют разные очертания — полигональные при КПЛЛ, округлые при кольцевидной гранулеме. При КПЛЛ папулы уплощены, в центре имеют вдавление, поблескивают, а при кольцевидной гранулеме элементы полушаровидные, без пушкообразного вдавления и блеска, без фиолетового оттенка и не сопровождаются зудом [1, 4]. При других клинических формах дифференциальный диагноз проводят с крупнопятнистой и лихеноидной формами токсикодермии; туберкулезом кожи; нейродермитом; папулезным сифилидом; узловой потесухой; пузырчаткой.

**Лечение красного плоского лишая.** Седативные препараты, при необходимости консультации психотерапевта (для снятия эмоционального фона): антигистаминные препараты, способствующие уменьшению зуда; препараты хинолинового ряда (делагил, плаквенил) для иммунокоррекции; кортикостероидную терапию проводят лишь при острых и распространенных формах заболевания. Хороший эффект оказывают ароматические ретиноиды. Применяют криомассаж и криодеструкцию (особенно при веррукозной форме). Высокой терапевтической эффективностью отличается фотохимиотерапия. Наружно назначают: охлаждающие и зудоутоляющие взбалтываемые взвеси с ментолом и анестезином; разрезающие и кортикостероидные мази, в том числе под окклюзионную повязку.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Беренбейн Б.А., Студницин А.А., ред. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1989.
2. Игнатев Д.В. Клинические формы красного плоского лишая. ММА им. И.М. Сеченова. Consilium Provisorum. 2007; 4: 30--2.
3. Иванов О.Л., Львов А.Н. Справочник дерматолога. Москва: АНКО; 2001: 177—80.
4. Bolognia J., Jorizzo J., Rapini R. Dermatology. Mosby; 2007.
5. Фицпатрик Р. Джонсон К. Вульф М., Полано Д. Сюрмонд. Дерматология. Атлас-справочник. Москва: Практика; 2009: 274—8.

Поступила 09.09.13