

**ФОТОЗАДАЧА****Линейно расположенные узлы на нижней конечности**

Тарасенко Г.Н.^{1,2}, Артемьев Е.М.³, Химушкина Е.В.², Тарасенко Ю.Г.⁴

¹ФГБУ 3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого Минобороны России, 143003, г. Красногорск, Московская область; ²кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО Московский государственный университет пищевых производств Минобрнауки России, 125080, г. Москва; ³ФГКУ 354 Военный клинический госпиталь Минобороны России, 664001, г. Иркутск; ⁴Клинико-диагностический центр ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 119991, г. Москва

Для цитирования: Тарасенко Г.Н., Артемьев Е.М., Химушкина Е.В., Тарасенко Ю.Г. Линейно расположенные узлы на нижней конечности (фотозадача). *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2015; 18(3):

Citation: Tarasenko G.N., Artemyev E.M., Khimushkina E.V., Tarasenko Yu.G. Linearly located nodes on the lower limb (Phototask). *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2015; 18(3): (in Russian)

Больной Т., 23 года, обратился к дерматологу в связи с появлением на коже левой нижней конечности линейно расположенных зудящих высыпаний (рис. 1), появление которых ни с чем связать не может. Зудящие пятна и узелки розово-красного цвета с сиреневатым оттенком появились в начале сентября 2014 г., а спустя 3 нед более мелкие высыпания появились на верхних конечностях. Лечился самостоятельно стероидными мазями, однако эффект был незначительный. Обратился к дерматологу, для обследования и лечения госпитализирован в кожно-венерологическое отделение госпиталя. При осмотре: на коже левой нижней конечности по внутренней ее поверхности от стопы до паховой области имеются линейные высыпания в виде мелких, плоских, слегка блестящих папулезных элементов розовокрасного цвета до 0,5 мм в диаметре, местами сгруппированные с образованием небольших бляшек, покрытых чешуйками. Единичные линейные элементы имеются на сгибательных поверхностях верхних конечностей. Дермографизм нестойкий розовый. Гистологическое исследование выявило следующую картину (рис. 2).



Рис. 1

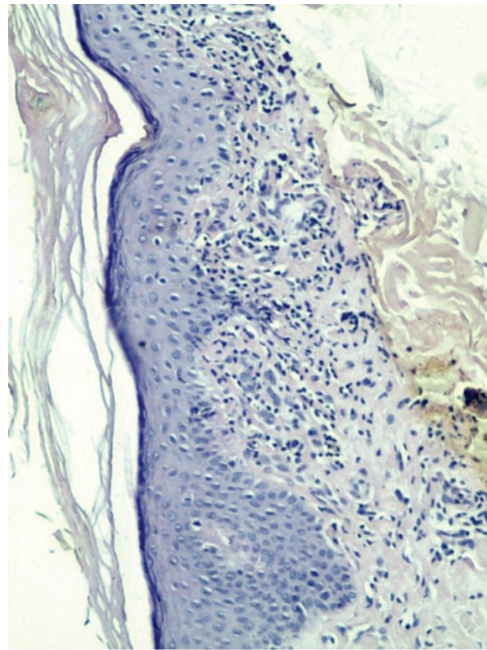


Рис. 2

Сведения об авторах:

Тарасенко Григорий Николаевич, канд. мед. наук, доцент (drtarasenko@yandex.ru); Артемьев Евгений Михайлович, врач-дерматовенеролог (divertikul48@mail.ru); Химушкина Екатерина Владимировна, клинический ординатор (ekhimushkina@mail.ru); Тарасенко Юлия Григорьевна, канд. мед. наук.

Corresponding author:

Tarasenko Grigoriy, MD, PhD, docent (drtarasenko@yandex.ru).

Диагноз: красный плоский лишай, линейная форма.

Гистологическая картина: неравномерно выраженный акантоз, очаги гиперкератоза, гранулеза, резко выраженный периваскулярный или перифолликулярный лимфоцитарный инфильтрат [1, 2].

Общие сведения. Красный плоский лишай (КПЛ) – хронический дерматоз, характеризующийся появлением на коже, реже на слизистой рта или гениталий папул лилового цвета с восковидным блеском [3]. Впервые заболевание под названием «плоский лишай» описал E. Wilson в 1869 г. Встречается оно у 0,3–1% дерматологических больных преимущественно в возрасте от 30 до 60 лет, чаще болеют женщины. В литературе описаны пять важных П-признаков:

- 1) П - пруритический (зудящий);
- 2) П - плоский (плоская поверхность высыпаний);
- 3) П - полигональный;
- 4) П - пурпурно-фиолетовый;
- 5) П - папула [3].

В основе развития КПЛ лежат токсико-аллергические процессы и нарушения регуляции иммунной системы, вызывающие неадекватную тканевую реакцию под влиянием провоцирующих эндо- и экзогенных факторов (включая микробные и вирусные). Выявлены семейные случаи заболевания КПЛ с аутосомно-доминантным типом наследования [4]. Стрессовые ситуации, нейроэндокринные расстройства, заболевания пищеварительного тракта, печени, поджелудочной железы, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, фокальная инфекция в челюстно-лицевой области, прием медикаментов (тетрациклин, сульфаниламиды, ПАСК, стрептомицин, препараты золота, мышьяк, хлорохин, хлорсодержащие диуретики, ингибиторы АПФ и др.). При поражениях слизистой оболочки рта важную роль играет патология со стороны зубов, наличие протезов из пластмассы или их сочетание из различных металлов. Аллергические реакции по типу КПЛ нередко встречаются у лиц, работа которых связана с проявлением реакций по типу КПЛ нередко.

Клиническая картина многообразна и характеризуется множеством клинических форм КПЛ. Клинические поражения кожи представляют собой высыпания мономорфных, плоских, блестящих, полигональных, милиарных, бледно-розовых папул, которые в дальнейшем несколько увеличиваются в размерах и приобретают сиренево-фиолетовый (лихеноидный) оттенок. Некоторые из узелков имеют центральное пуговообразное вдавление. Папулы располагаются группами и склонны к сливанию, на их поверхности может определяться тонкая, прозрачная, легко отделяемая чешуйка. На поверхности многих сформировавшихся папул очерчивается ретикулярная сетка, называемая сеткой Уикхема, которая считается очень характерной и легче визуализируется после нанесения на поверхность папул масла или воды с помощью увеличительной лупы или ручного дерматоскопа и является клиническим проявлением выраженного гипергранулеза эпидермиса. Как правило, заболевание сопровождается зудом, часто интенсивным. Высыпания локализуются преимущественно на внутренней поверхности предплечий, области лучезапястных суставов, крестца, передней поверхности голени, половых органах, слизистой оболочки рта. У 25% больных поражения слизистых оболочек (рот, головка полового члена, преддверие влагалища) не сопровождаются проявлениями на коже. На слизистой оболочке щек образуются серовато-опаловые точечные папулы, группирующиеся в виде колец, сети, кружев, на поверхности языка – плоские, напоминающие очаги лейкоплакии, белесоватые опаловые бляшки с четкими зазубренными краями, на красной кайме губ (чаще нижней) – небольшие фиолетовые бляшки, слегка шелушащиеся, имеющие на поверхности серовато-белую сетку [4].

Различают следующие формы КПЛ: типичная, бородавчатая, эритематозная, эрозивно-язвенная, атрофическая, кольцевидная, пузырная, остроконечная, пигментная, линейная, когда элементы КПЛ могут располагаться линейно на месте травмы (феномен Кебнера) или реже в виде спонтанно возникших изолированных высыпаний обычно на коже конечностей и в редких случаях на коже лица. Различают также зостериформный вариант КПЛ, когда узелки располагаются по ходу нервов и напоминают очаги опоясывающего лишая [4]. Диагноз устанавливается на основании клинических проявлений заболевания (мелкие, блестящие плоские папулы с сиреневым оттенком, положительная изоморфная реакция).

Дифференциальный диагноз. КПЛ дифференцируют с плоскими бородавками, атопическим дерматитом, ограниченным нейродермитом, красной волчанкой, псориазом и вторичным сифилисом. В дифференциальной диагностике помогает биопсия кожи [5]. Линейную форму следует дифференцировать с односторонним невусом и полосовидным лишаем.

Лечение. Локализованные очаги обычно лечат местными глюкокортикоидами, которые можно наносить под окклюзионную повязку, чтобы повысить эффективность и предотвратить расчесывание пораженных участков [5]. В остром периоде назначают антибиотики широкого спектра действия (доксициклин, метациклин) или сульфаниламидные препараты (бисептол), седативные средства (бром, валериана), инъекции хлорида или глюконата кальция, витамин В₁₂, препараты никотиновой кислоты (ксантинола никотинат, теоникол). Наиболее успешно в лечении применяют производные хлорхинолина (делагил, плаквенил), которые более эффективны в сочетании с небольшими дозами глюкокортикоидов (преднизолон 20 мг/сут). В терапии пораженных слизистых оболочек используют неогтизон. Если гормональные препараты неэффективны или противопоказаны назначают ретиноиды, циклоспорин или PUVA-терапию [5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Пальцев М.А., Потекаев Н.Н., Казанцева И.А., Лысенко А.И., Червоная Л.В. *Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи (атлас)*. М.: Медицина; 2004.
2. Адаксевич В.П., Козин В.М. *Кожные и венерические болезни*. М.: Медицинская литература; 2013.
3. Хэбиф Т.П. *Кожные болезни: диагностика и лечение*. Пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ; 2007.
4. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. *Кожные и венерические болезни: учебник*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2012.
5. Финлей Э., Чудхари М., ред. *Дерматология в клинической практике*. Пер. с англ. М.: Практическая медицина; 2011.

Поступила 09.12.14

REFERENCES

1. Paltsev M.A., Potekayev N.N., Kazantseva I.A., Lysenko A.I., Chervonnaya L.A. *Clinico-morphological diagnosis of skin diseases (Atlas)*. M.: Meditsine; 2004.
2. Adaskevich V.P., Kozin V.M. *Skin and venereal diseases*. Moscow: Medical literature; 2013.
3. Hebif T.P. *Skin diseases: diagnostics and treatment*. Transl. from Engl. Moscow: MEDpress-inform; 2007. (in Russian)
4. Skripkin Yu.K., Kubanova A.A., Akimov V.G. *Skin and venereal diseases: textbook*. Moscow: GEOTAR-Media; 2012.
5. Finlay E., Chudhari M., eds. *Specialist training in dermatology*. Transl. from Engl. Moscow: Practical medicine; 2011.

Received 09.12.14