

Случай сочетания красного плоского лишая, универсального витилиго и патологии желудочно-кишечного тракта

Е. А. Васильева, Е. Н. Ефанова, Н. В. Нелидова, Ю. Э. Русак

Красный плоский лишай (КПЛ) — хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек неизвестной этиологии.

Точная распространенность КПЛ не известна, но общая частота встречаемости в популяции составляет не менее 1%. Заболеваемость КПЛ в Российской Федерации среди лиц в возрасте 18 лет и старше в 2014 г. составила 12,7 случая на 100 000. Наиболее часто КПЛ встречается у людей в возрасте от 30 до 60 лет [1, 2].

В настоящее время КПЛ рассматривается как аутоиммунное заболевание, при котором экспрессия неидентифицированного до настоящего времени антигена кератиноцитами базального слоя приводит к активации и миграции в кожу Т-лимфоцитов с формированием иммунного ответа и воспалительной реакции. Факторами риска развития КПЛ являются заболевания печени, хотя его специфическими маркерами они не являются. При поражении слизистой оболочки ротовой полости КПЛ нередко сочетается с хроническим активным гепатитом С. Неоднократно обсуждалась роль инфекционных агентов в возникновении КПЛ [2, 3]. Имеются сообщения об ассоциации КПЛ с простым герпесом 2-го типа, вирусом папилломы человека, амебиазом, хроническими воспалительными заболеваниями мочевого пузыря. Также общеизвестно патогенетическое значение нарушений функций пищеварительного тракта, диабета, гипертонической болезни при КПЛ [2, 3]. Встречаются сочетания эрозивно-язвенной формы КПЛ с гипертонической болезнью и сахарным диабетом (синдром Гриншпана). КПЛ может сочетаться с рядом других заболеваний, в том числе с различными дерматозами. Описаны наблюдения КПЛ у пациентов с псориазом и склеродермией [4, 5]. Сочетание поражения волосистой части головы КПЛ и красной волчанки получило название overlap-синдрома. Выпадение волос и атрофические поражения кожи головы рубцового характера при КПЛ выделили в синдром Литтла–Лассюэра [2, 3, 5–7].

Типичная форма КПЛ характеризуется плоскими папулами диаметром 2–5 мм с полигональными очертаниями, с вдавлением в центре, розовато-красного цвета с характерным фиолетовым или сиреневатым оттенком и восковидным блеском, более отчетливым при боковом освещении. После смазывания маслом можно обнаружить сетевидный рисунок (симптом сетки Уикхема).

Выделяют шесть форм поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ при КПЛ: типичная, гиперкератотическая, экссудативно-гиперемическая, эрозивно-язвенная, буллезная, атипичная [1, 2, 7].

В биоптате кожи при КПЛ отмечают гиперкератоз с неравномерным гранулезом, акантозом, вакуольную дистрофию клеток базального слоя эпидермиса, диффузный полосовидный инфильтрат в верхнем отделе дермы. Видны расширенные сосуды и периваскулярные инфильтраты, состоящие преимущественно из лимфоцитов. На границе между эпидермисом и дермой локализуются тельца Сиватта (коллоидные тельца) — переродившиеся кератиноциты [1, 2].

Принципы лечения в Российской Федерации отражены в клинических рекомендациях Российского общества дерматовенерологов и косметологов (редакция 2015 г.). Они включают в себя наружную терапию топическими глюкокортикостероидами, антималярийные препараты, которые используются в качестве системной терапии и могут назначаться с глюкокортикостероидными препаратами. Для купирования зуда назначают один из антигистаминных препаратов первого поколения [1].

При незначительной инфильтрации очагов поражения назначается узкополосная средневолновая фототерапия с длиной волны 311 нм. Пациентам с более выраженной инфильтрацией в очагах поражения показана ПУВА-терапия с пероральным или наружным применением фотосенсибилизатора. В случае неэффективности топических глюкокортикостероидных препаратов назначают ретиноиды для наружного применения [1].

Клиническое наблюдение

Пациент К., 1977 г. рождения, при обращении к дерматовенерологу предъявлял жалобы на высыпания на слизистой полости рта, коже лица, верхних конечностей, туловища, нижних конечностей, сопровождавшиеся выраженным зудом, не связанным со временем суток.

История заболевания: считает себя больным с сентября 2017 г., когда впервые появились высыпания на коже предплечий. Начало заболевания связывает с психоэмоциональным стрессом. Обращался к дерматовенерологу по месту жительства, получал амбулаторное лечение с диагнозом «аллергический контактный дерматит». В связи с отсутствием эффекта от терапии и распространением высыпаний направлен в КВД г. Сургута.

История жизни: уроженец Белгородской области, на Севере с 2002 г. Туберкулез, вирусные гепатиты, глистные

инвазии, венерические заболевания в прошлом отрицает. Около 10 лет страдает хроническим гастритом, панкреатитом, проктитом, хроническим геморроем 1-й ст. Наблюдается у терапевта по месту проживания. С детского возраста отмечает витилиго. Ранее «пытался лечить разными способами», но, несмотря на прилагаемые усилия, заболевание неуклонно прогрессировало. Последние несколько лет ничего не предпринимал в отношении витилиго. Операции, травмы в прошлом отрицает. Аллергологический анамнез спокоен. Наследственность неотягощена.

Общее состояние: удовлетворительное, положение активное, телосложение правильное, конституция нормостеническая, питание удовлетворительное. Движения в суставах не затруднены, отеков нет. Дыхание через нос свободное. Число дыхательных движений 16 в минуту. Дыхание в легких везикулярное, хрипы при аускультации не выслушиваются. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный, число сердечных сокращений 76 в минуту, пульс 76 в минуту, артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот обычной формы, не вздут, мягкий, безболезненный. Печень из-под края реберной дуги не выступает. Стул нерегулярный, оформленный.

Патологический кожный процесс носит распространенный характер, локализован на слизистой полости рта, коже волосистой части головы, лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей. Представлен на слизистой оболочке щек в виде белых «прожилок» и бляшек сетчатой формы, образующих кружевной рисунок. На коже сгибательной поверхности предплечий с переходом на кожу тыльной и ладонной поверхности кистей, боковых поверхностей туловища, нижней трети голени с переходом на кожу тыльных, боковых и подошвенных поверхностей стоп визуализируются множественные, плоские милиарные и лентикулярные папулы полигональной формы, не склонные к слиянию, красно-фиолетового цвета, с гладкой поверхностью, блеском при боковом освещении. На поверхности отдельных элементов отмечается «пупковидное» вдавление. Дерматоскопически определяется сетка Уикхема. Также по всей площади кожного покрова локализуются сливные очаги полной депигментации кожи. Лишь в области лица (лоб, нос, щеки), подмышечные впадин, спины сохранились участки пигментированной кожи физиологической окраски, с четкими границами, неправильной формы. На волосистой части головы в лобной и затылочной областях видны участки депигментированных волос до 1,0 см (рис. 1–5). Периферические лимфатические узлы не увеличены. Ногтевые пластины кистей и стоп интактны. Дермографизм красный. Других высыпаний нет.



Рис. 1. Высыпания на коже кистей и предплечий у пациента с красным плоским лишаем и универсальным витилиго



Рис. 2. Участки кожи с сохраненной пигментацией в подмышечных впадинах



Рис. 3. Высыпания на коже туловища у пациента с красным плоским лишаем и витилиго



Рис. 4. Высыпания на коже спины у пациента с красным плоским лишаем и витилиго



Рис. 5. Участки кожи с сохраненной пигментацией на лице у пациента с красным плоским лишаем и витилиго

При обследовании в общеклинических анализах крови и мочи значимых патологических изменений не выявлено. При обследовании на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С получены отрицательные результаты.

На основании жалоб, анамнеза, характерных клинических проявлений, дополнительных лабораторных исследований, консультации терапевта выставлен клинический диагноз:

«Основной: L43.8 Красный плоский лишай, распространенная форма, с поражением слизистой оболочки полости рта, ладонной поверхности кистей, стоп. Впервые выявленный.

Сопутствующий: L80.0 Витилиго, универсальная форма. K29.6 Хронический гастрит, с наличием эрозий в антральном отделе желудка, неполная ремиссия. K52.3 Проктит. K86.1 Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью, неполная ремиссия. K60.0 Хроническая задняя анальная трещина».

Получал лечение: раствор клемастина гидрофумарат 0,1% 2,0 внутримышечно № 10 1 раз в день 10 дней, таблетки хлорохин 250 мг по 1 таблетке 2 раза в день 5 дней, затем 2 дня перерыв, 3 курса, раствор Винилина на высыпания на слизистой полости рта 3 раза в день, эмульсия гидрокортизона 17-бутират 2 раза в день на высыпания на коже верхних, нижних конечностей, туловища 10 дней.

После проведенного лечения пациент выписан с улучшением. Рекомендации даны в выписке: наблюдение у терапевта, гастроэнтеролога, дерматовенеролога; вести здоровый образ жизни; соблюдать правила личной гигиены; избегать травматизации кожи, инсоляции, контакта с раздражительными веществами, стрессовых ситуаций, соблюдать режим труда и отдыха.

Заключение

Описанное клиническое наблюдение представляет интерес для клиницистов в связи с редким сочетанием КПЛ с витилиго. В доступных литературных источниках подобных случаев не описано. Учитывая ведущую роль аутоиммунной теории как в генезе КПЛ, так и витилиго, теоретически можно предположить единый патогенетический механизм развития патологии кожи. Возможно, патология желудочно-кишечного тракта у данного пациента явилась фактором, способствовавшим развитию КПЛ. Сложности представляет терапия таких пациентов, так как показанные и эффективные при КПЛ методы физиотерапевтического воздействия с осторожностью назначаются больным витилиго.

Литература

1. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс, 2016. 768 с.
2. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. М: БИНОМ, 2013. Т. 1, с. 264–277, 673–680.
3. Хебиф Т. П. Клиническая дерматология. Акнеподобные и папулосквамозные дерматозы. М.: МЕДпресс-информ, 2014. 244 с.
4. Суворов А. П., Черняева О. В. Сочетание склеродермии и красного плоского лишая у одной больной // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2002. № 4. С. 56–57.
5. Ефанова Е. Н., Васильева Е. А., Русак М. Ю. Сочетание красного плоского лишая, склероатрофического лишая и бляшечной склеродермии у пациентки с аутоиммунным тиреоидитом // Здоровье и образование в XXI

веке. 2017. Т. 19, № 7. С. 29–31.

6. Филимонкова Н. Н., Летаева О. В. Патогенетические аспекты развития тяжелых форм красного плоского лишая и методы терапии // Лечащий Врач. 2013. № 10.
 7. Васильева Е. А., Ефанова Е. Н., Русак Ю. Э., Улитина И. В. Атипичные формы красного плоского лишая: клиническое наблюдение // Лечащий Врач. 2017. № 2. С. 86–88.
-

Е. Н. Ефанова¹, кандидат медицинских наук

Ю. Э. Русак, доктор медицинских наук, профессор

Е. А. Васильева

Н. В. Нелидова, кандидат медицинских наук

БУ ВО ХМАО-Югры СурГУ, Сургут

¹ Контактная информация: el.efanova2011@yandex.ru

Случай сочетания красного плоского лишая, универсального витилиго и патологии желудочно-кишечного тракта/

Е. Н. Ефанова, Ю. Э. Русак, Е. А. Васильева, Н. В. Нелидова

Для цитирования: Лечащий врач № 2/2019; Номера страниц в выпуске: 74-76

Теги: дерматоз, патология желудочно-кишечного тракта, аутоиммунное заболевание
