

5. Leone G., Pacifico A., Iacovelli P. Photochemotherapy: A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and therapeutic use in immunoregulatory disorders // Clin. Exp. Dermatol. 2006. Vol. 31, № 2. P. 200–205.

6. Zhilova M. B., Butareva M. M., Volnuhin V. A. Sovremennye aspekty fototerapii psoriaza // Vestnik dermatologii i venerologii. 2010. № 3. S. 27–32.

7. Zanolli M. Phototherapy arsenal in the treatment of psoriasis // Dermatol. Clin. 2004. № 22. P. 397–406.

8. PUVA-bath photochemotherapy (PUVA-soak therapy) of recalcitrant dermatoses of the palms and soles / S. Behrens, G.

von Kobyletzki, C. Gruss [et al] // Munksgaard Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine. 1999. Vol. 15, № 2. P. 47–51.

9. Rodriguez-Granados M. T. Carrascosa J. M., Garate T., Gomez-Diez S., Guimaraens-Juantorena D. Consensus Document on Therapy With Bath Psoralen-UV-A // Actas Dermosifiliogr. 2007. Vol. 98. P. 164–170.

10. Jeffektivnost' lechenija bol'nyh psoriazom PUVA-vanna / A. Volnuhin, V. A. Samsonov, I. V. Kravcova [i dr.] // Vestnik dermatologii i venerologii. 2006. № 5. S. 56–61.

УДК:616.516–003.6.05–007.23–071.2

Клинический случай

### СЛУЧАЙ ПИГМЕНТНО-АТРОФИЧЕСКОЙ ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

**Е. М. Решетникова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра кожных и венерических болезней, клинический ординатор; **С. Р. Утц** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук; **Н. А. Слесаренко** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, профессор кафедры кожных и венерических болезней, доктор медицинских наук; **М. Г. Еремина** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра кожных и венерических болезней, ассистент; **Н. В. Алипов** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра кожных и венерических болезней, клинический ординатор.

### CASE OF LICHEN PLANUS PIGMENTED-ATROPHIC

**E. M. Reshetnikova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Attending Physician; **S. R. Utz** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **N. A. Slesarenko** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **M. G. Yeremina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Assistant; **N. V. Alipov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Attending Physician.

Дата поступления — 01.06.2012 г.

Дата принятия в печать — 04.06.2012 г.

**Решетникова Е. М., Утц С. Р., Слесаренко Н. А., Еремина М. Г., Алипов Н. В.** Случай пигментно-атрофической формы красного плоского лишая // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 643–646.

Представлен случай сочетания пигментной и атрофической форм красного плоского лишая, которые относятся к редко встречающимся разновидностям данного дерматоза. Приведены результаты измерений индексов пигментации и эритемы в очагах поражения и здоровой кожи, сравнение этих показателей при разных формах КПЛ. Проведено комплексное обследование больной с целью выявления патологии внутренних органов.

**Ключевые слова:** пигментный красный плоский лишай, атрофический красный плоский лишай, индекс пигментации, сопутствующие заболевания.

**Reshetnikova E. M., Utz S. R., Slesarenko N. A., Yeremina M. G., Alipov N. V.** Case of lichen planus pigmented — atrophic // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 2. P. 643–646.

This study presents a case of a combination of rarely encountered forms of lichen planus (pigmented and atrophic). The results of measurements of indexes of pigmentation and erythema in the lesions and healthy skin are given, and comparing them with different forms of LP. A comprehensive examination of the patient to identify the pathology of internal organs.

**Key words:** lichen planus pigmented, lichen planus atrophic, index of pigmentation, associated diseases.

**Введение.** Красный плоский лишай (КПЛ) (lichen ruber planus, син.: красный лишай, плоский лишай) — хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся поражением кожи, слизистой оболочки полости рта, половых органов и ониходистрофией. По современным представлениям КПЛ является специфическим типом клеточно опосредуемой реактивности кожи и слизистой к ряду антигенов (вирусы, лекарственные препараты, собственные метаболиты, абберантные клетки). Доля дерматоза среди кожных заболеваний составляет от 1,5 до 2,5% и до 50–70% — среди заболеваний полости рта (lichen oris) [1–3].

Описано злокачественное перерождение КПЛ, что послужило поводом для причисления дерматоза к предраковым заболеваниям с частотой малигнизации от 1% до 10–12% [4–6]. Многие авторы отмечают сочетание данного дерматоза с патологией

внутренних органов, аутоиммунными заболеваниями [7]. Высыпания при хронической реакции трансплантата против хозяина (gvhV) соответствует клинической картине КПЛ [8]. В связи с этим заболевание привлекает к себе внимание не только дерматологов и стоматологов, но и иммунологов, терапевтов, трансплантологов, онкологов.

В последние годы увеличилась частота рецидивирования заболевания, отмечается рост числа больных, страдающих атипичными формами КПЛ: гипертрофической, пигментной, эрозивно-язвенной, атрофической, зостериформной и др. [9].

Пигментная форма красного плоского лишая (lichen ruber pigmentosa) — редкая форма дерматоза, впервые описанная Pirila в 1918 г. По данным ряда авторов, она составляет 0,9–1% от обычных форм красного плоского лишая и примерно 2,5–3% от атипичных. Эта форма заболевания особенно часто встречается в странах Востока у пациентов со смуглой кожей, где она составляет 20–30% всех случаев красного плоского лишая [10, 11].

**Ответственный автор** — Решетникова Елена Михайловна.

Адрес: г. Саратов, ул. Симбирцева, 23/37, кв. 183.

Тел.: 89085509129.

E-mail: info@sarderm.ru

Клинической особенностью этой разновидности заболевания является возникновение множественных буроватых пятен, которые сливаются в диффузные очаги поражения. При этом обнаружить отдельные узелки, типичные для плоского лишая, не удается, пока не уменьшится общая пигментация кожи. Л. Н. Машкиллейсон (1965) ссылается на характеристику Gongerat в отношении данной болезни как «лихен без лишена» или «Lichen sine lichen», что отражает клиническую особенность рассматриваемой формы красного плоского лишая. Однако при тщательном обследовании подобного больного у него нередко можно обнаружить высыпания на слизистых, типичные (или атипичные) элементы красного плоского лишая на других участках кожного покрова. Зуд может быть незначительным или отсутствовать.

Локализация очагов поражения может быть разнообразной, но чаще гиперпигментированные пятна появляются на открытых солнцу или интертригинозных областях. Были описаны случаи возникновения пигментного КПЛ в виде диффузного меланоза лица без наличия каких-либо типичных высыпаний на теле, а также пигментации пальцев на правой руке.

По мнению некоторых авторов, клиническим вариантом данной формы красного плоского лишая является такое редкое расстройство пигментации, как стойкая дисхромическая эритема, характеризующаяся пепельно-серыми, медленно прогрессирующими пятнистыми высыпаниями, чаще встречающаяся в странах Латинской Америки и у индейцев. Всего к настоящему времени в литературе описано свыше ста случаев [11].

При гистологическом исследовании, как и при типичной форме КПЛ, в верхней части дермы обнаруживается диффузный полосовидный лимфоцитарный инфильтрат, как бы «размывающий» нижнюю границу эпидермиса. В сосочковом слое кожи обнаруживается множество крупных клеток, содержащих бурый пигмент, не дающий реакцию на железо, а также повышение ДОПА-положительных меланоцитов.

Дифференциальный диагноз проводят с вторичной гиперпигментацией, очаговой склеродермией, сенильным и актиническим лентиго, невусами, генодерматозами (недержание пигмента при синдроме Блоха — Сульцбергера), злокачественным лентиго, лентигоидной меланомой [11].

Атрофический красный плоский лишай (lichen planus atrophicus) был впервые описан Hallopeau в 1887 г. По данным различных авторов, он встречается в 2–10% случаев. Эта форма развивается в связи со склеротическими и атрофическими изменениями на месте разрешения высыпаний. Высыпания чаще локализируются на голове, туловище, подмышечных впадинах и половых органах. Очаги поражения состоят из отдельных типичных папул и атрофических пятен с характерной лиловой и желтовато-буроватой окраской. Особенным упорством течения отличаются кольцевидные атрофические поражения (lichen ruber planus annularis atrophicus). При этом могут наблюдаться более темные вкрапления в центре, по периферии элементов и перламутровые линии на поверхности. Часто при атрофическом красном плоском лишае типичные высыпания обнаруживаются на слизистой полости рта. Гистологическая картина характеризуется исчезновением межсосочковых выростов эпителия, почти полным отсутствием сосочков и отсутствием эластических волокон в области инфильтрата [12, 13].

**Методы.** В связи с редкой встречаемостью приводим наблюдение пигментно-атрофической формы КПЛ. Больная Т., 65 лет, обратилась в марте 2012 г. в КББ СГМУ с жалобами на высыпания на лице, груди, под молочными железами, в паховых складках и в области поясицы, непостоянный умеренный зуд. Считает себя больной с августа 2011 г., когда впервые, без видимой причины, отметила появление пятен коричневого цвета на лице и верхней части грудной клетки, незначительный зуд, чувство дискомфорта в ротовой полости. Самостоятельно лечение не получала. На амбулаторном этапе диагноз поставлен не был. Вскоре площадь поражения увеличилась, через 2–3 месяца отметила появление новых очагов под молочными железами, а затем в паховых складках и поясничной области. При осмотре кожа смуглая, фототип III. Характер поражения кожи очагово-диссеминированный. На коже лица в области щек, верхней части грудной клетки, под молочными железами, в паховых складках, поясничной области имеются очаги коричневого цвета различной интенсивности с лиловым оттенком неправильной формы с четкими границами размером от 2х3 см до 15х8 см (самые обширные под молочными железами и в паховых складках), участками атрофии (рис. 1, 2). На слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов визуализируются папулы опалового цвета, формирующие сетчатый рисунок (рис. 3). Ногтевые пластины не изменены, очагов алопеции на волосистой части головы не обнаружено, половые органы свободны от патологических высыпаний.

Из сопутствующих заболеваний: ишемическая болезнь сердца, атеросклероз аорты, мозговых сосудов, ишемическая болезнь головного мозга, ожирение III степени.

Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови — без патологии. Проведено обследование на гепатиты HBsAg, anti-HBs, Anti-HCV не выявлено. УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, множественные конкременты в желчном пузыре, липоматоз поджелудочной железы. При обследовании у гинеколога и проведении трансвагинального ультразвукового исследования появилось подозрение на новообразование тела матки.

Проводился расчет индексов пигментации очагов поражения и здоровой кожи с помощью эритемометра (ЭММ-02), предназначенного для определения выраженности эритемы и степени пигментации, коэффициентов отражения на трех длинах волн (табл. 1).

Таблица 1

Результаты измерений индексов эритемы и пигментации:

Участки кожного покрова	Очаг поражения		Норма	
	меланин	эритема	меланин	эритема
Лицо	75	123	53	114
Кожа под молочными железами	75	47	41	69
Паховые складки	100	157	48	120
Поясничная область	103	27	67	105

Эритема и пигментация были измерены во всех очагах поражения у больного с типичной формой



Рис. 1. Пигментно-атрофический красный плоский лишай (очаги под молочными железами)



Рис. 2. Пигментно-атрофический красный плоский лишай (очаги в паховых складках)



Рис. 3. Красный плоский лишай полости рта

КПЛ. Получены средние значения индексов пигментации (M1) и эритемы (M2) при типичной и пигментно-атрофической формах КПЛ (табл. 2).

Таблица 2

Средние значения индексов пигментации и эритемы при типичной и пигментно-атрофической формах КПЛ

Форма КПЛ	Индекс пигментации (M1)	Индекс эритемы (M2)
Типичная	50	122
Пигментно-атрофическая	88	88

**Результаты.** При пигментной форме КПЛ максимальные значения индексов пигментации прослежи-

вались в очагах, появившихся позже остальных (в паховых складках и поясничной области), индексы эритемы в этих участках были ниже, чем нормальной кожи рядом. При пигментной форме КПЛ средние значения индексов пигментации превышали на 43% показатели при типичной форме КПЛ, а индекс эритемы был на 28% ниже.

**Дифференциальный диагноз.** Из анамнеза известно, что данное заболевание изначально проявилось только пятнистыми элементами, что позволяет исключить вторичную пигментацию. В отличие от склеродермии, со слов больной и при осмотре не было выявлено фазы индурации и склероза. Синдром Блоха — Сульцберга (недержание пигмента) является редким генодерматозом, проявляется уже при рождении ребенка, характеризуется стадийностью развития, аномалиями внутренних органов, что не отмечено у нашей больной. Несмотря на то, что данных о малигнизации пигментной формы КПЛ в литературе не отмечено, как и при всех пигментных образованиях, проводится дифференциальный диагноз с меланомой и злокачественным лентиго. В данном случае наличие обширных диссеминированных очагов, длительное доброкачественное течение (на протяжении полугода) являются нехарактерными для злокачественных новообразований кожи.

**Обсуждение.** Данный случай интересен в связи с редкой встречаемостью пигментного и атрофического КПЛ, сочетанием обеих форм, распространенностью очагов, возникновением у пациентки с высоким фототипом, но европейской расы, сложностью диагностики на амбулаторном этапе, проведением дифференциального диагноза с различными пигментациями, учитывая злокачественные новообразования кожи. Поскольку КПЛ является специфическим типом клеточно опосредуемой реактивности кожи и слизистой к различным антигенам, возникновение данного дерматоза может быть обусловлено патологией внутренних органов. При обследовании больной было выявлено новообразование тела матки, что подтверждает необходимость более комплексного обследования, проведения онкопоиска. Возможно, новообразование тела матки в данном случае послужило паразитологическим фактором в возникновении КПЛ. В литературе описаны проявления буллезного КПЛ у онкологических больных (сочетание с тимомой, злокачественными опухолями в ретроперитонеальном пространстве), в связи с чем некоторыми авторами КПЛ был включен в паранеопластический синдром [3]. В нашем случае больной было рекомендовано дальнейшее обследование у гинеколога и онколога.

**Заключение.** КПЛ занимает особое место среди хронических рецидивирующих дерматозов, являясь одной из актуальных проблем современной медицины. Пациентам с проявлениями разных форм КПЛ, включая редко встречающиеся, проведение обследования у различных специалистов (эндокринологов, гинекологов, гастроэнтерологов, ревматологов, онкологов) может помочь не только в разрешении кожных проявлений, но и в более ранней диагностике и лечении патологии внутренних органов.

**Конфликт интересов.** В данной статье конфликт интересов отсутствует.

#### Библиографический список

1. Анисимова Т. В., Бутов Ю. С. Особенности реологических свойств крови у больных красным плоским лишаем // Рос. журн. кож. и вен. болезней. 2003. № 5. С. 39–41.

2. Анисимова И. В., Недосеко В. Б., Ломиашвили Л. М. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ. М., 2008. С. 117–130.
3. Фролов А. А., Смольяникова В. А. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. 2000. № 6. С. 11–18.
4. Бутов Ю. С., Фролов А. А., Смольяникова В. А. Клиническая и патогистоморфологическая характеристика некоторых форм красного плоского лишая в процессе лечения // Рос. журн. кож. и вен. болезней. 2000. № 3. С. 11–18.
5. Joshi R, Durve U. Squamous cell carcinoma in hypertrophic lichen planus // Indian Journal Dermatology Venereology Leprol. 2007. № 73. P. 54–55.
6. Долгих В. Т. Опухолевый рост. М.: Мед. книга, 2001. С. 79.
7. Hayashi A., Shiomo H., Okumura M. Thymoma accompanied by lichen planus // Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg. 2008. № 7. P. 347–348.
8. Слесаренко Н. А. Красный плоский лишай (современные иммунологические и биохимические аспекты) и методы патогенетической терапии: автореф. дис.... д-ра мед. наук. М., 1995. С. 32.
9. Козлов В. А. Некоторые аспекты проблемы цитокинов // Цитокины и воспаление. 2002. № 1. С. 5–8.
10. Lichen planus pigmentosus-inversus / L. Pock, L. Lelinkova, L. Drlik [et al.] // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2001. № 15. P. 452–454.
11. Two Japanese cases of lichen planus pigmentosus-inversus / A. Kashima, A. Tajiri, A. Ymashita [et al.] // Int. J. Dermatol. 2007. № 46. P. 740–742.
12. Annular atrophic lichen planus / A. Morales-Callaghan, G. Martinez, H. Aragonese [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. 2005. № 52. P. 906–908.
13. Ежова М. Н., Миронова О. С., Иваненко О. А. Атрофическая форма красного плоского лишая // Рос. журн. кож. и вен. болезней. 2002. № 6. С. 10–15.

## Translit

1. Anisimova T. V., Butov Ju. S. Osobennosti reologicheskikh svojstv krovi u bol'nyh krasnym ploskim lishaem // Ros. zhurn. kozh. i ven. boleznej. 2003. № 5. S. 39–41.
2. Anisimova I. V., Nedoseko V. B., Lomiashvili L. M. Klinika, diagnostika i lechenie zabozevanij slizistoj obolochki rta i губ. М., 2008. С. 117–130.
3. Frolov A. A., Smol'jannikova V. A. // Ros. zhurn. kozh. i ven. boleznej. 2000. № 6. S. 11–18.
4. Butov Ju. S., Frolov A. A., Smol'janikova V. A. Klinicheskaja i patogistomorfologicheskaja harakteristika nekotoryh form krasnogo ploskogo lishaja v processe lechenija // Ros. zhurn. kozh. i ven. boleznej. 2000. № 3. S. 11–18.
5. Joshi R, Durve U. Squamous cell carcinoma in hypertrophic lichen planus // Indian Journal Dermatology Venereology Leprol. 2007. № 73. P. 54–55.
6. Dolgih V. T. Opuholevyj rost. M.: Med. kniga, 2001. S. 79.
7. Hayashi A., Shiomo H., Okumura M. Thymoma accompanied by lichen planus // Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg. 2008. № 7. P. 347–348.
8. Slesarenko N. A. Krasnyj ploskij lishaj (sovremennye immunologicheskie i biokhimicheskie aspekty) i metody patogeneticheskoj terapii: avtoref. dis.... d-ra med. nauk. M., 1995. S. 32.
9. Kozlov V. A. Nekotorye aspekty problemy citokinov // Cito-kiny i vospalenie. 2002. № 1. S. 5–8.
10. Lichen planus pigmentosus-inversus / L. Pock, L. Lelinkova, L. Drlik [et al.] // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2001. № 15. P. 452–454.
11. Two Japanese cases of lichen planus pigmentosus-inversus / A. Kashima, A. Tajiri, A. Ymashita [et al.] // Int. J. Dermatol. 2007. № 46. P. 740–742.
12. Annular atrophic lichen planus / A. Morales-Callaghan, G. Martinez, H. Aragonese [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. 2005. № 52. P. 906–908.
13. Ezhova M. N., Mironova O. S., Ivanenko O. A. Atroficheskaja forma krasnogo ploskogo lishaja // Ros. zhurn. kozh. i ven. boleznej. 2002. № 6. S. 10–15.

УДК 616.5

Оригинальная статья

## КЛИНИКО-ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КРУПНЫХ МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НЕВУСОВ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

**И. Г. Сергеева** — Новосибирский национальный исследовательский государственный университет; **Ю. М. Креницына** — ФГБУ НИИ Региональной патологии и патоморфологии СО РАМН; **В. В. Онипченко** — ГБУЗ Новосибирский областной кожно-венерологический диспансер; **Н. Г. Макарова** — Новосибирский национальный исследовательский государственный университет.

### CLINICAL DERMATOSCOPY OF BIG MELANOCYTIC NAEVUSES IN PATIENTS WITH PSORIASIS

**I. G. Sergejeva** — Novosibirsk State University, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **J. M. Krinitsyna** — Novosibirsk State University, Department of Fundamental Medicine, Head of Skin and Venereal Diseases Training Course, Professor, Doctor of Medical Science; **V. V. Onipchenko** — Novosibirsk Regional Dermatovenereologic Dispensary, Chief Medical.

Дата поступления — 12.06.2012 г.

Дата принятия в печать — 22.06.2012 г.

**Сергеева И. Г., Креницына Ю. М., Онипченко В. В., Макарова Н. Г.** Клинико-дерматоскопическая характеристика крупных меланоцитарных невусов у больных псориазом // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 646–650.

**Цель:** определить клиническую и дерматоскопическую характеристику крупных меланоцитарных невусов у больных псориазом. **Материал и методы.** Две группы наблюдения: первую составили больные псориазом с меланоцитарными невусами; в контрольную отобраны пациенты без псориаза с невусами. В группах проводили анкетированный опрос, полный осмотр кожных покровов с фотометрией, определение типа кожи по классификации Фитцпатрика, дерматоскопию пигментных образований дерматоскопом HEINE MINI 3000 10X с иммерсией 70% этиловым спиртом, оценку невусов по шкале ABCD и ABC. **Результаты.** Полученные данные показали, что обе группы не отличались по характеру расположения и размерам МН, но в группе больных псориазом чаще встречали множественные МН (до 15 у человека). **Заключение.** В проведенном исследовании нами обнаружено, что среди больных псориазом чаще встречаются меланоцитарные невусы более 5 мм диаметром (68,8%), чем в контрольной группе (37%), но меньшее количество невусов соответствует дерматоскопическим критериям диспластического образования (32%) по сравнению с пациентами без псориаза (42%).

**Ключевые слова:** меланоцитарный невус, псориаз, меланома, дисплазия.

**Sergejeva I. G., Krinitsyna J. M., Onipchenko V. V., Makarova N. G.** Clinical dermatoscopy of big melanocytic naevuses in patients with psoriasis // *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2012. Vol. 8, № 2. P. 646–650.

The study aimed to determine clinical characteristics of dermatoscopy of big melanocytic naevuses (MN) in patients with psoriasis. **Methods.** There were 32 patients with psoriasis (11 women at an average age of 37,4 years) and 100 people (79 women at an average age of 27,8 years) with no psoriasis. Both groups had a survey and full photometry