

Линейные высыпания на боковой поверхности туловища

Дюдюн А. Д., Семенуха К. В., Семенуха О. К.

Днепропетровская государственная медицинская академия

ЛІНІЙНІ ВИСИПАННЯ НА БОКОВІЙ ПОВЕРХНІ ТУЛУБА

Дюдюн А. Д., Семенуха К. В., Семенуха О. К.

LINEAR APPEARANCE OF SKIN RASH ON LATERAL SURFACE OF THE TRUNK

Dyudyun A.D., Semenukha K.V., Semenukha O.K.

Большая М., 18 лет, студентка, жительница Днепропетровской обл., обратилась в ГКБ № 17 г. Днепропетровска с жалобами на высыпания, локализующиеся на боковой поверхности туловища. Считает себя больной в течение двух недель, когда впервые заметила высыпания. Данное заболевание ни с чем не связывает.

Из анамнеза: 4 недели тому назад переболела острой респираторной вирусной инфекцией, занималась самолечением.

Семейный и аллергологический анамнезы: не отягощены.

Объективно: патологический кожный процесс локализуется на коже боковой поверхности туловища, спине. Высыпания асимметричны, расположены по ходу нерва. Сыпь представлена

розово-красными папулами различной формы и размера, возвышающимися над поверхностью кожи, блестящими при боковом освещении (Рис. 1 на вкладке).

При гистологическом исследовании отмечают:

- гиперкератоз с участками паракератоза;
- неравномерное утолщение зернистого слоя;
- диффузный полосовидный инфильтрат в верхнем слое дермы, состоящий из лимфоцитов, полиморфноядерных лейкоцитов с примесью гистиоцитов;
- вакуольная дистрофия клеток базального слоя;
- на границе между эпидермисом и дермой – тельца Сиватта.

Фотозадача

Линейные высыпания на боковой поверхности туловища



Рисунок 1

Красный плоский лишай (*Lichen ruber planus*) характеризуется клиническим полиморфизмом поражений кожи, а также слизистых оболочек, является приобретенным хроническим заболеванием. Обычно течение хроническое, реже подострое, иногда острое. После регрессирования остаётся гиперпигментация.

Весомая роль в развитии красного плоского лишая (КПЛ) отводится вирусам, токсико-аллергическим воздействиям, неврогенным и иммунным нарушениям; также может сочетаться с заболеваниями внутренних органов и другими аутоиммунными заболеваниями кожи.

В последнее время отмечается увеличение процента заболеваемости, частоты рецидивирования, а также количество больных с атипичными разновидностями КПЛ. В литературе упоминается о злокачественном перерождении КПЛ.

Клинически КПЛ проявляется возникновением небольших полигональных папул (за счёт гипергрануляции в эпидермисе и лимфоцитарного инфильтрата в дерме), с вдавлением в центре, с характерным восковидным блеском при боковом освещении, которые в дальнейшем сливаются в более крупные папулы и бляшки. Цвет варьирует от ярко-красного до фиолетового. Возможно незначительное шелушение, чешуйки отделяются с трудом. При смазывании папул маслом можно обнаружить сетевидный рисунок – симптом сетки Уикхема. Характерен феномен Кёбнера.

Однако возможно появление и других морфологических элементов, таких как пятна, пузырьки, эрозии, язвы, гиперпигментации, атрофии, что будет говорить о разнообразии атипичных форм КПЛ. Обычно папулы локализуются на сгибательных поверхностях лучезапястных суставов и предплечий, передних поверхностях голеней, в области крестца, у мужчин – на половом члене. Часто поражаются слизистые оболочки, особенно в форме беловатых сетчатых линий, редко – в форме эрозий. Может происходить истончение и атрофия части или всех ногтей, обычно в виде продольных углублений, иногда – полное разрушение ногтевых пластинок (наиболее тяжёлые поражения при острых распространённых формах – буллёзной и эрозивно-язвенной).

ЛИТЕРАТУРА

1. Цераидис Г.С., Федотов В.П., Дюдюн А.Д., Туманский В.А. Гистопатология и клиническая характеристика дерматозов. - Днепрпетровск – Харьков – Запорожье, 2004. – 536 с.
2. Владимиров В.В. Диагностика кожных болезней. – ТОО Медтехтурсервис, 1995. – 192 с.
3. Мавров И.И., Болотная Л.А., Сербина И.М. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии. – Харьков: Факт, 2007. – 790 с.

Можно выделить отдельные синдромы при наличии сопутствующей патологии наряду с КПЛ:

- синдром Литтла–Лассюэра:

- 1) фолликулярные папулы на туловище и конечностях;

- 2) нерубцовая алопеция подмышечных впадин и лобка;

- 3) рубцовая атрофия волосистой части головы.

- синдром Гриншпана–Потекаева: сочетание КПЛ с сахарным диабетом и гипертрофической болезнью.

Диагноз выставляется на основании клинических и гистологических данных. Отмечается обильное скопление фибрина на границе между дермой и эпидермисом, в тельцах Сиввата – *IgM*, *IgA*, *IgG* и компонент комплемента *C3*.

Гистологически выявляют:

- гиперкератоз с участками паракератоза;

- акантоз;

- неравномерное утолщение зернистого слоя;

- диффузный полосовидный инфильтрат в верхнем слое дермы, состоящий из лимфоцитов, полиморфноядерных лейкоцитов с примесью гистиоцитов;

- вакуольная дистрофия клеток базального слоя;

- на границе между эпидермисом и дермой видны тельца Сиватта (коллоидные тельца) – переродившиеся кератиноциты.

Степень выраженности гистологических патологических изменений зависит от клинико-морфологических особенностей заболевания.

Дифференциальный диагноз следует проводить с такими заболеваниями:

- псориаз;

- диффузный нейродермит;

- токсикодермия;

- красная волчанка;

- вульгарная пузырчатка;

- плоские бородавки;

- лейкоплакия;

- болезнь Дарье;

- склеродермия;

- вторичный сифилис.

4. Кусов В.В., Флакс Г.А. Справочник дерматолога / Под ред. Ю. К. Скрипкина. – М., БИНОМ, 2006. – 400 с.

5. Дюдюн А.Д., Захаров В.К., Горбунцов В.В. Методи дослідження в дерматовенерології. – Дніпропетровськ, 2009. – 134 с.

6. Бакстон П. К. Дерматология. – М., БИНОМ, 2006. – 175 с.