

# Клинический случай склероатрофического лишена (*lichen sclerosus et atrophicus*)

Дюдюн А. Д., Макаrchук А. А., Горбунцов В. В., Тарнавская Н. Н.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗО Украины»

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СКЛЕРОАТРОФІЧНОГО ЛІХЕНУ

Дюдюн А. Д., Макаrchук А. О., Горбунцов В. В., Тарнавська Н. М.

Представлено клінічний випадок рідкісного дерматозу. Подано сучасні принципи лікування.

## CLINICAL CASE OF LICHEN SCLEROSUS ET ATROPHICUS

Dyudyun A. D., Makarchuk A. O., Gorbuntsov V. V., Tarnavska N. M.

A clinical case of the rare dermatosis is presented. The modern methods of treatment are displayed.

Склероатрофический лишень (склеродермия поверхностная ограниченная, склеродермия каплевидная, Цумбуша белый лишень, лишай белый Цумбуша, болезнь белых пятен, лишень атрофический первичный, лишень плоский атрофический, лишень склеротический атрофический, Чиллага болезнь) – хронический дерматоз воспалительного характера, который характеризуется мелкоочаговой атрофией кожи и слизистых оболочек половых органов.

**Причины и патогенез склероатрофического лишена** до конца не выяснены. В возникновении заболевания важную роль играют патологии нервной, эндокринной, иммунной системы. Считается, что склероатрофический лишень является вариантом:

- ограниченной склеродермии;
- атрофической формы красного плоского лишая;
- крауроз.

Не исключена и его нозологическая самостоятельность.

Встречается у людей преклонных лет. Болеют чаще женщины. Средний возраст начала заболевания:

- у женщин – 50 лет;
- у мужчин – 43 года;
- у детей – 1-13 лет.

**Клиническая картина** на коже проявляется в виде (см. рис. 1-7 на вкладке):

- рассеянных или сгруппированных снежно-белых пятен, которые могут сливаться в бляшки различных размеров и конфигурации (диаметром 0,5-1,5 см), с розовато-сиреневым венчиком; расположенные преимущественно на коже туловища, шеи, подмышечных складок или на других участках;

- иногда поверхность их шершавая, напоминает пергамент, с фолликулярными пробками грязно-серого цвета;

- редко в области поражений наблюдаются буллезные элементы и вокруг – типичные очаги ограниченной склеродермии;

- процесс завершается атрофией.

### Генитальная локализация у женщин:

- поражается вульва, перианальная область, паховые складки;

- элементы сыпи:

1) ороговевшие бляшки цвета слоновой кости;

2) мацерация;

3) иногда – пузыри и эрозии;

4) потом – атрофия и сморщивание вульвы;

- наличие петехий и телеангиоэктазий достаточно характерно;

- преддверие влагалища сужается через срастание больших и малых половых губ;

- поражение промежности имеет вид «восьмёрки»;

- субъективные признаки заболевания сначала незначительны, связанные с ходьбой; зуд,

боль (при образовании эрозий);

- половые сношения становятся болезненными;
- дизурия.

**Патоморфология кожи.** Эпидермис: на ранних стадиях – утолщение различной степени, гиперкератоз; роговые пробки в устьях волосяных фолликулов; в дальнейшем – атрофия. Дерма: отёчная, бесструктурная зона под эпидермисом, содержащая гомогенные коллагеновые волокна. Лимфоцитарный инфильтрат: сначала полосовидный, затем – под отёчной бесструктурной зоной дермы. Капилляры расширены. Кровоизлияния.

**Дифференциальный диагноз.** В отличие от склероатрофического лишая:

- красный плоский лишай характеризуется плоскими, полигональными, синюшно-красными, блестящими папулами с пупковидным вдавливанием в центре, зудом, положительным симптомом Кебнера; после регресса – гиперпигментацией;

- витилиго проявляется депигментированными пятнами разных размеров и любой локализации; без субъективных ощущений; границы чёткие, гиперпигментированы;

- ограниченный нейродермит проявляется интенсивным зудом с высыпаниями в виде бляшек, овальной формы; кожа сухая, инфильтрирована, лихенизация; три зоны – пигментации, папулезная (плоские, блестящие, полигональные, с гладкой и блестящей поверхностью) и лихенизации (центральная);

- дискоидная красная волчанка – эритема, фолликулярный гиперкератоз, атрофия; достаточно плотные чешуйки, которые плохо, болезненно снимаются; на чешуйках – шипы.

**Течение и прогноз.** Течение волнообразное. У девочек возможно самостоятельное выздоровление. У женщин склероатрофический лишай приводит к атрофии вульвы, у мужчин – к фимозу. Из-за опасности плоскоклеточного рака вульвы и полового члена больных осматривают каждые 12 месяцев. При склероатрофическом

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бурова Е. А. Склероатрофический лишай вульвы у детей : Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Бурова Е. А. – М., 1989. - 15 с.
2. Бурова Е. А. 5%-пармидиновая мазь в лечении девочек со склероатрофическим лишаем гениталий / Бурова Е. А., Кузнецов В. А. // Новые лекарственные препараты. – М., 1991. - С. 90-93.
3. Вербенко Е. В. Об отношении склероатрофического лишая к склеродермии / Вербенко Е. В.,

лишай экстрагенитальной локализации у взрослых вероятность ремиссии гораздо выше.

### Лечение:

- прием внутрь – ретинол, токоферол;
- антибиотики (в случае локализованной формы, преимущественно на начальных стадиях) – пенициллин, 10-20 млн. ЕД на курс;

- вазодилататоры;

- антиагреганты;

- антикоагулянты:

- 1) Теоникол;

- 2) Никошпан;

- 3) Мидокалм;

- 4) Гепарин;

- муколитические ферменты (лидаза и др.);

- ангиопротекторы:

- 1) Пармидин;

- 2) Доксидум;

- 3) Циннаризин;

- системное назначение кортикостероидов в небольших дозах;

- наружные средства:

- 1) топические кортикостероиды;

- 2) Ируксол;

- 3) Солкосерил и др.;

- в некоторых случаях обрезание крайней плоти у мужчин облегчает состояние и иногда приводит к ремиссии.

### Выводы

1. В настоящее время отмечается рост числа больных склероатрофическим лишаем. Если раньше эта патология встречалась, главным образом, у женщин постменопаузального возраста, то в настоящее время склероатрофический лишай диагностируется также у женщин репродуктивного возраста и детей.

2. Отсутствие единых патогномичных признаков, представления о возможных причинах склероатрофического лишая, методов лечебных воздействий служит поводом для дальнейшего исследования данного заболевания, поиска рациональных методов терапии.

Таганцева Е. А. // Вестн. дерматол. венерол. - 1979. - № 7. - С. 34-38.

4. Фицпатрик Т. Дерматология по Томасу Фицпатрику / Т. Фицпатрик, Р. Джонсон., К. Вулф и др. – М. : Практика, 2007. – 1262 с.

5. Дерматовенерология. Учебное пособие / Под редакцией В. П. Федотова, А. Д. Дюдюна, В. И. Степаненко. Изд-е 2. рус.- Днепропетровск-Киев: Изд-во «Свидлер А. Л.», 2011. - 652 с.