

терапевтам необходимо иметь онконастороженность, т.к. это залог раннего выявления рака.

Список литературы

1. Сон И.М. Опыт маршрутизации онкологических больных в Свердловской области и республике Татарстан / Сон И.М., Ларичева И.В., Шаманский В.Б., Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т., Габитова С.Е. // Менеджер здравоохранения. – 2015. – №10. – С. 5-11.

2. Лях В.Д. Дермальные меланоцитозы / Лях В.Д., Гагиев В.В., Уфимцева М.А., Никулин И.П., Ворожейкина И.Н., Шубина А.С., Симонова Н.В. // Лечащий врач. – 2018. – № 11. – С. 24.

3. Уфимцева М.А. Алгоритмы ранней диагностики меланомы кожи / Уфимцева М.А., Петкау В.В., Шубина А.С., Емельянов Д.Е., Дорофеев А.В., Сорокина К.Н. // Лечащий врач. – 2016. – № 12. – С. 92-95.

4. Уфимцева М.А. Программа для дифференциальной диагностики пигментных доброкачественных и злокачественных новообразований кожи "skincancerstop". Уфимцева М.А., Шубина А.С., Петкау В.В., Созыкин А.В. свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RUS 2018614153 02.04.2018

5. Das P.K. A review Article on Melanoma / P. K. Das et al. // J. Pharm. Sci. &Res. – 2016. - Vol. 8(2). - P. 112-117.

6. Shellenberger R. Melanoma screening: A plan for improving early detection / Shellenberger R., Nabhan M., Kakaraparthi S. // Ann Med. – 2016. – Vol. 25. - P. 1–7.

УДК 616.516

Ефимова М.С., Вишневская И.Ф.

СЛУЧАЙ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА С ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ ТУЛОВИЩА И ВУЛЬВЫ

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Efimova M.S., Vishnevskaya I.F.

CASE OF LICHEN SCLEROSUS AFFECTING TRUNK AND VULVAR SKIN

Department of skin and venereal diseases
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: msergeevna24@gmail.com

Аннотация. В статье рассмотрены исторический аспект, терминология, классификация, клинические признаки, направления терапии склероатрофического лишена; представлен клинический случай.

Annotation. The article discusses the historical aspect, terminology, classification, clinical signs, and therapy directions of lichen sclerosus; a clinical case presented.

Ключевые слова: склероатрофический лишай, крауроз, локализованная склеродермия.

Key words: lichen sclerosus, craurosis, morphea.

Введение

Склероатрофический лишай (САЛ) – хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся развитием локальной атрофии эпидермиса с поражением эпидермально-дермального соединения и сосочкового слоя дермы. Частота встречаемости – 14 человек на 100000, соотношение женщин к мужчинам – 5:1. [ФП] Статистический учет данного заболевания затруднен в связи с низкой обращаемостью, обращением к специалистам разных профилей, ошибками кодировки по МКБ-10. Больные склероатрофическим лишаем первично обращаются к дерматологам, гинекологам, урологам, что указывает на необходимость междисциплинарного взаимодействия и совместного ведения таких пациентов.

Цель публикации — продемонстрировать редкий случай сочетания эстрагенитального и генитального склероатрофического лишая.

Материалы и методы исследования

С использованием поисковых систем PubMed, Google Scholar, eLibrary проведен обзор материалов отечественных и зарубежных исследователей, освещающих вопросы терминологии, классификации, особенности клиники и диагностики, существующие методы лечения склероатрофического лишая.

Результаты и обсуждение

Нозологическая принадлежность заболевания остается спорной. Впервые заболевание описано в 1887 г. Hallopeau, который рассматривал склероатрофический лишай как клиническую форму плоского лишая, назвав его «lichen plan atrophique» (атрофический плоский лишай). Дарье, изучив микроскопическую картину пораженной кожи, предложил термин «lichen plan scléreux» (склеротический плоский лишай) [4, 8].

В настоящее время дерматологами России склероатрофический лишай принято рассматривать как клиническую форму локализованной склеродермии; гинекологи же рассматривают изолированный склеротический лишай вульвы в разделе невоспалительных доброкачественных заболеваний вульвы, или «фоновых процессов». В зарубежных источниках заболевание рассматривается как самостоятельный дерматоз с поражением кожи и слизистых оболочек [1, 5, 6].

Этиология и патогенез недостаточно изучены. Отмечена роль в развитии САЛ генетической предрасположенности, аутоиммунных нарушений, травм, инфекционных агентов, гормонов. [6, 8]

Склероатрофический лихен может протекать с поражением только гениталий (генитальный САЛ), с изолированными экстрагенитальными очагами (экстрагенитальный САЛ) либо с расположением очагов и в аногенитальной области, и эстрагенитально (смешанный вариант). Начало заболевания характеризуется появлением на коже мелких полигональных папул с поверхностью фарфорово-белого цвета, склонных сливаться в бляшки, с плоской слегка возвышающейся над уровнем окружающей кожи поверхностью, без уплотнения. На пораженных участках видны телеангиоэктазии и комедоноподобные структуры. С прогрессированием заболевания поверхность элементов “опускается”, располагаясь на уровне, а затем и чуть ниже уровня неизменной кожи, рельеф сглаживается, поверхность приобретает вид “целлофана” или “папиросной бумаги”. Признаком активности САЛ является окружающий папулы и бляшки венчик гиперемии.

Генитальный САЛ имеет более разнообразную клиническую картину, поэтому, в зависимости от преобладания клинических симптомов, выделено 6 клинических форм САЛ вульвы: эритематозно-отечная (преобладает эритема и отек пораженной области, может соответствовать началу заболевания), папулезно-бляшечная (клинические проявления описаны выше), витилигинозная (депигментированные очаги поверхностной атрофии), атрофическая (для этой формы характерно формирование «фигуры восьмерки», «песочных часов», образование спаек, исчезновение малых половых губ, сужение половой щели, обструкция мочевыводящих путей), буллезная (результат отслойки эпидермиса с образованием пузырей) и эрозивно-язвенная (образование эрозий и язв на фоне уже имеющихся склероатрофических изменений). Важно понимать, что патогенетически все эти формы связаны между собой, поэтому они не существуют изолированно друг от друга, а могут сочетаться у одного пациента одновременно, либо сменяться последовательно.

Чаще всего экстрагенитальный САЛ не сопровождается субъективной симптоматикой. Поражение аногенитальной области у пациентов как мужского, так женского пола сопровождается выраженной субъективной симптоматикой: зудом, диспареунией, дискомфортом при совершении физиологических отправлениях и др. Кроме того, САЛ половых органов имеет склонность к малигнизации, трансформируясь в плоскоклеточный рак [2-4, 6-8].

Как правило, диагностика САЛ основывается на клинической картине. Однако в ряде случаев необходимо гистологическое исследование пораженной кожи. Тактика ведения, вовлеченность врачей разных специальностей (дерматовенеролог, гинеколог, уролог и др.), выбор методов диагностики и лечения должен определяться индивидуально – в зависимости от локализации очагов, клинической формы, длительности течения и ответа на предлагаемую терапию.

Поскольку этиология САЛ не установлена, применяется патогенетическая и симптоматическая терапия, которая не приводит к полному выздоровлению пациентов, но позволяет контролировать течение заболевания, снижает риск

развития осложнений и малингизации. Эффективность показывает применение топических сильных и очень сильных глюкокортикостероидов, ингибиторов кальциневрина, ретиноидов, инъекции препаратов гиалуронидазы, сосудистых препаратов (трентал, пентоксифиллин). Гинекологами также используются топические гормональные препараты, содержащие эстроген (овестин). Кроме того, существует множество исследований, показывающих эффективность физических методов терапии (ФДТ, ПУВА, лазеротерапия) [1, 3, 4-8].

Приводим собственное клиническое наблюдение.

Пациентка К., 61 год, обратилась в дерматовенерологическое отделение МБУ «ЦГБ № 2 им. А.А. Миславского» с жалобами на появление «белых пятен» на коже туловища, не сопровождающихся какой-либо субъективной симптоматикой. Больной себя считает около 2 недель, после проведения рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта с контрастом (по поводу железодефицитной анемии неуточненного генеза). Из анамнеза жизни: менопауза в 52 года, климактерический период протекал спокойно. Сопутствующее заболевание — бронхиальная астма. У ближайших родственников (мать, сестра) заболевания щитовидной железы.

Status specialis: на коже живота и груди справа сгруппированные в очаги милиарные полигональные папулы, сливающиеся в бляшки, окруженные венчиком гиперемии, без уплотнения кожи; поверхность папул плоская, вида «папиросной бумаги», жемчужно-белого цвета, расположена на уровне окружающей кожи; в пределах пораженной кожи видны роговые пробки и телеангиоэктазии (Рис. 1).



Рис. 1. Пациентка К. Очаг на коже правой молочной железы.

При осмотре аногенитальной области на коже больших половых губ обнаружены аналогичные очаги сливающихся в бляшки папул белого цвета, окруженных зоной гиперемии, а также очаги неплотного склероза в области

задней спайки и правой малой половой губы (Рис. 2); рост волос в пределах очагов сохранен. Пальпаторно кожа в очагах не уплотнена, подвижна.

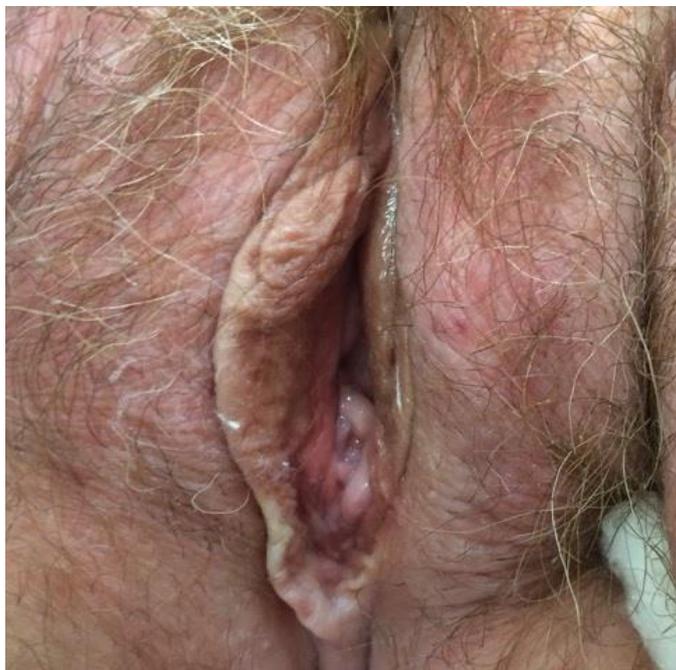


Рис. 2. Пациентка К. Поражение вульвы.

Представляет интерес, что в данном случае очаги, локализующиеся в области гениталий, не причиняли субъективного дискомфорта пациентке.

Проведенные исследования: общий анализ крови (лейкоциты $6,388 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты $5,74 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 115 г/л, гематокрит 0,370 л/л, тромбоциты $224 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 15 мм/час), биохимический анализ крови (АЛТ 49 МЕ, АСТ 31,5 МЕ, холестерин 5,01 ммоль/л, креатинин 79,3 мкмоль/л, глюкоза 4,22 ммоль/л, билирубин 6,6 мкмоль/л), ТТГ 0,753 мЕд/л, исследование крови на вирусные гепатиты (HbsAg, суммарные антитела к HCV не обнаружены). Пациентка осмотрена гинекологом, установлен диагноз «Постменопаузальный атрофический вагинит», рекомендованное лечение овестином.

Проведено лечение лидазой (64 ЕД, 10 внутримышечных инъекций), пентоксифиллина (по 5 мл внутривенно капельно), местно на очаги на коже — мазь протопик 0,1%. При осмотре спустя месяц на фоне полученной терапии отмечается улучшение в виде уменьшения площади поражения на коже, исчезновения эритематозного венчика и телеангиоэктазий. Терапия продолжена.

Выводы

Приведенные нами данные свидетельствуют о необходимости привлечения внимания врачей разных специальностей для создания единой терминологии, классификации, диагностического алгоритма, единых подходов

к лечению склероатрофического лишена. Отдельным важным направлением совместной работы мы видим создание единой схемы маршрутизации пациентов с данным заболеванием, что будет способствовать своевременной диагностике, лечению и, следовательно, снижению риска развития плоскоклеточного рака вульвы.

Список литературы

1. Дистрофические болезни промежности в менопаузальном периоде / Т.А. Блбулян [и др.] // Вестник РУДН. Серия: Медицина. – 2016. - № 2. – С. 133-137.
2. Елькин В.Д. Частная дерматоонкология. Часть I. Опухоли, опухолеподобные образования и пороки развития эпидермиса и придатков кожи / В.Д. Елькин, Л.С. Митрюковский, Т.Г. Седова – Пермь: ООО «Пермское книжное издательство», 2017. – С. 120-125.
3. Кац О.О. Место фототерапии и фотодинамической терапии в лечении экстрагенитального склероатрофического лишена / О.О. Кац, Ф.В. Трифонов, В.В. Кузнецов // Исследования и практика в медицине. – 2015. - № 3. – С. 51-58.
4. Семейный случай склероатрофического лишена / И.А. Горланов [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии – 2017. - № 3. - С. 58-62.
5. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных локализованной склеродермией. Под ред. В.А. Волнухина. – М., 2015. – С. 261-265.
6. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Eighth Edition. L.A. GOLDSMITH [et al.]. The McGraw-Hill Companies, Inc. 2012. - P. 702-707.
7. Kirtschig G. Lichen Sclerosus-Presentation, Diagnosis and Management / G. Kirtschig // Dtsch Arztebl Int. – 2016. – 113 (19). – P. 337-343.
8. Nair P.A. Vulvar Lichen Sclerosus et Atrophicus / P.A. Nair // J Midlife Health. – 2017. – 8(2). – P. 55-62.

УДК 616.5-002.2

**Житниковская А.Л., Лепешкова Т.С., Ольшванг О.Ю.
ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ И АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ**

Кафедра иностранных языков.
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Zhitnikovskaya A.L., Lepeshkova T.S., Olshvang O.Yu.
FOOD ALLERGY AND ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN**

Department of foreign languages
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: annazh05@gmail.com