

Врачу-косметологу необходимо знать обо всех возможных осложнениях при использовании филлеров и информировать о риске и частоте нежелательных явлений пациента до проведения процедуры, разбираться в характеристиках используемых материалов, показаниях и противопоказаниях к их использованию, учитывать медицинский анамнез пациента. Знать механизмы возникновения осложнений, уметь предотвращать нежелательные явления и лечить возникшие побочные эффекты.

**Список литературы:**

1. Атлас дерматопатологии: Дифференциальная диагностика по клинико-патологическим особенностям / под ред. Г.Бурга, В.Кемпфа, Х. Куцнера; пер. с англ. под общ. ред. проф. О.Ю. Олисовой, проф. Н.П. Теплюк. – М.: МЕДпресс-информ, 2017 – 392 с.: ил.
2. Лечение осложнений косметических процедур. Решение типичных и редких проблем / Под ред. А. Тости, К. Беера, М.П. де Падовы; пер. с англ.; под общ. ред. проф. Я.А. Юцковской. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 144 с.
3. Мяделец О.Л. Функциональная морфология и общая патология кожи. / О.Л. Мяделец, В.П. Адаскевич - Витебск: Издательство Витебского медицинского института, 1997. - 269 с
4. Юцковская Я.А. Нежелательные явления после применения дермальных филлеров. Случаи из практики клинициста-косметолога. / Я.А. Юцковская, И.Е. Дворянинова, Е.В. Лешунов и др. // Эстетическая медицина. – 2013. – Т.12. - №2 – С. 3-8.
5. Lowe NJ, Maxwell CA, Patnaik R. Adverse reactions to dermal fillers: Review. *Dermatol Surg*, 2005;31:1616–1625
6. Lupton JR, Alster TS. Cutaneous hypersensitivity reaction to injectable hyaluronic acid gel. *Dermatol Surg*, 2000;26:135.
10. Frank PJ, Toy BR. Outbreak of Mycobacterium abscessus infection after soft tissue augmentation. *Dermatol Surg*, 2003;29(9):971–973.)
7. Mlosek RK, Skrzypek E, Skrzypek DM, Malinowska S. High-frequency ultrasound-based differentiation between nodular dermal filler deposits and foreign body granulomas. *Skin Res Technol*. 2018 Aug;24(3):417-422. doi: 10.1111/srt.12444. Epub 2018 Jan 23. PMID: 29363178.

УДК 616.516

**Галиуллина Д.Ф., Жунисова Д.С., Вишневская И.Ф., Захаров М.А.  
КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ РЕДКИХ ФОРМ КРАСНОГО  
ПЛОСКОГО ЛИШАЯ**

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

**Galiullina D. F., Zhunisova D. S., Vishnevskaya I. F., Zakharov M. A.**  
**CLINICAL CASES OF RARE FORMS OF LICHEN PLANUS**

Department of dermatovenerology and life safety  
Ural State Medical University  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: digaliullina@inbox.ru

**Аннотация.** В статье представлены данные об этиологии, патогенезе, классификации, клинических проявлениях красного плоского лишая. Рассмотрены клинические случаи редких проявлений дерматоза — ладонно-подошвенный красный плоский лишай, веррукозная и зостериформная формы красного плоского лишая. Описанные варианты демонстрируют сложность интерпретации атипичных форм кожных заболеваний и возможность диагностических ошибок.

**Annotation.** The article demonstrates information about the etiology, pathogenesis, classification and clinical picture of lichen planus. Presents clinical cases of rare manifestations of dermatosis, such as palmar-plantar lichen planus, verrucosus and zosteriform lichen planus. The described variants demonstrate the difficulties of interpreting atypical forms of skin diseases and the possibility of diagnostic mistakes.

**Ключевые слова:** красный плоский лишай, ладонно-подошвенный красный плоский лишай, веррукозный красный плоский лишай, зостериформный красный плоский лишай.

**Keywords:** lichen ruber planus, palmoplantar lichen planus, verrucosus lichen planus, zosteriform lichen planus.

### **Введение**

Красный плоский лишай (КПЛ, lichen ruber planus) — хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых, характеризующееся большим разнообразием клинических форм и проявлений [6].

Впервые заболевание описал австрийский дерматолог Ferdinand von Hebra в 1860 г. и назвал его «leichen ruber» (греч. leichen — лишай и лат. ruber — красный) [3]. В отечественной литературе первое сообщение о данном дерматозе сделали Владимир Бехтерев и Алексей Полотебнов в 1881 году [7].

Единой гипотезы этиологии и патогенеза КПЛ не существует. Большинство авторов рассматривают его как многофакторное заболевание. Выделяют несколько теорий возникновения КПЛ: неврогенную, интоксикационную, инфекционную, иммунологическую, наследственную, мембранодеструктивную и теорию взаимосвязи с сопутствующей патологией [2, 3].

В настоящее время в общей структуре дерматологических заболеваний КПЛ составляет от 0,4 до 2,5%, чаще болеют женщины среднего и пожилого возраста [4].

По клиническим проявлениям различают типичную, веррукозную, атрофическую, пигментную, эрозивно-язвенную, буллезную, линейарную, зостериформную, кольцевидную формы КПЛ [7].

При типичной форме КПЛ высыпания локализуются на сгибательных поверхностях конечностей, нижней части живота, слизистых оболочках полости рта, половых органах. Кожный процесс характеризуется полигональными папулами с пупковидным вдавлением в центре и четкими границами, диаметром 1-5 мм. Элементы розовато-красного цвета с фиолетовым оттенком и восковидным блеском, хорошо заметным при боковом освещении. На поверхности узелков можно обнаружить исчерченность в виде сетки Уикхема [7].

Однако в ряде случаев распознавание КПЛ вызывает трудности у специалистов. Это обусловлено разнообразием клинических проявлений дерматоза и наличием редких форм данного заболевания [4].

Одной из атипичных форм является гипертрофическая (бородавчатая, веррукозная). Она характеризуется резко инфильтрированными папулами и бляшками фиолетового или красновато-коричневого цвета, овальной и неправильной формы, с ноздреватой гиперкератотической поверхностью, грубыми бородавчатыми разрастаниями и известкообразным шелушением. Веррукозная форма КПЛ чаще развивается на фоне нарушения периферического кровообращения при варикозном расширении вен, тромбозе и лимфостазе и располагается на голених, в части случаев распространяются на стопы. При длительном существовании возможна трансформация в плоскоклеточный рак кожи [1,4,5].

Поражение ладоней и подошв считается редкой локализацией высыпаний при КПЛ. При отсутствии характерных элементов на типичных участках кожи ладонно-подошвенную форму часто принимают за другие воспалительные кожные заболевания [4].

При зостериформном КПЛ высыпания склонны к группировке, как при опоясывающем лишае и локализуются на коже по ходу периферических нервов [6]. Дебюту заболевания в этом случае часто сопутствует недавно перенесенный опоясывающий герпес или инфекция, вызванная вирусом герпеса 1 типа, на тех же участках кожи. Такое явление получило название изоморфной реакции Вольфа [9].

В сложных случаях для подтверждения диагноза проводится гистологическое исследование биоптатов пораженных участков кожи. При КПЛ гистологическая картина представлена: ограниченным гиперкератозом, V-образным утолщением зернистого слоя, акантозом с межсосочковыми клиньями эпидермиса в форме «зубьев пилы», экзоцитозом лимфоцитов в нижнюю треть эпидермиса, субэпидермальным полосовидным преимущественно лимфоцитарным инфильтратом, примесью единичных эозинофильных гранулоцитов и меланофагов [7].

**Цель исследования** – демонстрация клинических случаев редких форм красного плоского лишая.

### **Материалы и методы**

Проведен литературный обзор материалов исследований отечественных и зарубежных авторов с использованием поисковых систем РИНЦ, PubMed, Scholar, Medline. Описаны клинические случаи.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Клинический случай 1. Пациентка И., 57 лет, при обращении предъявляла жалобы на высыпания на коже ладонной поверхности кистей, подошвах, сопровождающиеся умеренным зудом и болезненностью при движениях.

*Anamnesis morbi:* Считает себя больной с августа 2019 года, когда появились высыпания на ладонях. Заболевание ни с чем не связывает. Самостоятельно не лечилась. Обратилась к дерматовенерологу по месту жительства в сентябре 2019 года. Предварительный диагноз при обращении: Псориаз. Проведено лечение: дезинтоксикационная, противовоспалительная, гипосенсибилизирующая, гепатопротекторная терапия, наружно – топические глюкокортикостероиды (ГКС) с антибактериальным компонентом. В связи с распространением кожного процесса и неэффективностью лечения пациентка направлена на консультацию в ГБУЗ СО СОКВД.

*Anamnesis vitae:* сопутствующие заболевания — артериальная гипертензия, сахарный диабет, онихомикоз стоп.

В октябре 2019 года пациентка консультирована сотрудниками кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО УГМУ.

*Status specialis:* распространенные высыпания с преимущественной локализацией на сгибательной поверхности предплечий, разгибательной поверхности голеней, животе, кистях и стопах. Кожный процесс представлен полигональными папулами лилового цвета диаметром до 5 мм с пупковидным вдавлением в центре и муковидным шелушением на поверхности. На ладонях папулы имели тенденцию к слиянию и выраженный гиперкератоз на поверхности. В области свода стоп - эритематозный очаг лилово-розового цвета с отрубевидным шелушением по периферии. В ротовой полости на щечной поверхности наблюдались серовато-белые папулы диаметром до 2 мм, сливающиеся в полосы, формируя характерную для КПЛ «сетку Уикхема».

Пациентке был установлен диагноз: Хронический диссеминированный красный плоский лишай с поражением слизистой оболочки полости рта и гиперкератотическим поражением ладоней и подошв, стадия прогрессирования. Синдром Гриншпана-Потекаева. Даны рекомендации по режиму и питанию, назначена медикаментозная терапия (дезинтоксикационная терапия, топические ГКС с мочевиной на пораженные участки ладоней и подошв, топические ГКС на остальные высыпания. Лечение онихомикоза согласно клиническим рекомендациям). В ноябре 2019 года диагноз подтвержден гистологически.

При повторном обращении в январе 2020 года отмечалось значительное улучшение – отсутствие новых высыпаний и постепенное разрешение

имевшихся, практически полностью очистилась кожа ладоней. Рекомендовано продолжить наружное применение мази бетаметазона дипропионат до 1 месяца и дополнительные обследования для исключения системной патологии.

Клинический случай 2. Пациентка М., 28 лет, обратилась для консультации сотрудниками ФГБОУ ВО УГМУ с жалобами на высыпания в виде «бородавок», периодически сопровождающихся нестерпимым зудом, преимущественно в ночное время, бессонницу.

*Anamnesis morbi:* считает себя больной около 1 года. Дебют заболевания связывает со стрессом, самостоятельно не лечилась, за медицинской помощью не обращалась.

*Anamnesis vitae:* сопутствующие состояния — хронический тонзиллит, нарушение менструального цикла.

*Status specialis:* распространенные высыпания с локализацией на туловище, разгибательной поверхности предплечий, нижних конечностей, симметричные, представленные лихеноидными папулами сиреневого цвета, диаметром до 1,5 см, сливающимися в бляшки и имеющими неровную поверхность за счет участков гиперкератоза. По периферии очагов располагаются полигональные папулы фиолетового цвета с восковидным блеском и пупковидным вдавлением в центре. Видимые слизистые не поражены.

Пациентке установлен диагноз: Красный плоский лишай, веррукозная форма, стадия прогрессирования. Назначено лечение согласно клиническим рекомендациям.

Клинический случай 3. Пациент Н., 39 лет. Жалобы на высыпания на туловище и слизистой полости рта с незначительным зудом.

*Anamnesis morbi:* высыпания отмечает на протяжении 3 месяцев, ни с чем не связывает, ранее не лечился.

*Anamnesis vitae:* 3 года назад перенес опоясывающий герпес со сходной локализацией элементов.

*Status specialis:* кожный процесс локализуется на левой боковой поверхности туловища, в области IX-XII межреберьев с переходом на кожу живота. Очаг линейной формы представлен сгруппированными папулами лилового цвета с полигональными очертаниями и центральным пупкообразным углублением. На поверхности элементов - опалово-белые точки и переплетающиеся полоски («сетка Уикхема»). На слизистой оболочке полости рта серовато-опаловые точечные папулы, сливающиеся в виде кружева.

Установлен диагноз: Зостериформный красный плоский лишай, стадия прогрессирования. Рекомендовано лечение согласно клиническим рекомендациям.

### **Выводы:**

Представленные клинические случаи демонстрируют, что атипичная клиническая картина кожных заболеваний часто создает трудности в диагностике. Врач-дерматовенеролог значительно облегчит себе эту задачу,

проводя полный осмотр кожных покровов и слизистых оболочек, что позволит реже допускать диагностические ошибки.

Таким образом, с целью верификации диагноза в повседневной практике необходим комплексный подход – оценка жалоб пациента, качественный сбор анамнеза, проведение внимательного объективного осмотра, а так же лабораторных, инструментальных и других исследований при необходимости.

**Список литературы:**

1. Летаева О.В. Клинико-морфологические особенности гипертрофической формы красного плоского лишая / О.В. Летаева, Н.Н. Филимонкова, О.Г. Римар / Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. - №6. – с. 71–76.

2. Лукиных Л.М. Современные представления об этиопатогенезе красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта / Л.М. Лукиных, Н.В. Тиунова // Современная стоматология. – 2013. – №2. – С. 18–20.

3. Матусевич С.Л. Возникновение красного плоского лишая на фоне течения Лайм-боррелиоза / С.Л. Матусевич, Г.Ю. Ковкова, Е.А. Бахлыкова, Ю.А. Ростовцева, О.П. Рыбко, Ю.С. Матусевич // Медицинская наука и образование Урала. – 2013. – Т. 14. – № 2(74). – С. 99-102.

4. Михеев Г.Н. Редкая форма поражения ладоней и подошв при красном плоском лишае // Г.Н. Михеев, Т.В. Красносельских, В.В. Ястребов, А.Э. Григорян // Вестник дерматологии и венерологии. – 2014. - № 6. – С.136—143.

5. Молочков В.А. Дифференциальная диагностика бородавчатого акрокератоза Гопфа с гипертрофической формой красного плоского лишая / В.А. Молочков, Ю.В. Молочков, М.А. Бобров // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2016 - №19(4). – С. 238-241.

6. Слесаренко Н.А. Клинический полиморфизм красного плоского лишая / Н.А. Слесаренко, С.Р. Утц, А.Л. Бакулев, М.Г. Еремина, В.Н. Шерстнева // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. - №13(3). – С. 652–661.

7. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. - 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Деловой экспресс. - 2016. — С. 212-225.

8. Юсупова Л.А. Красный плоский лишай: современные патогенетические аспекты и методы терапии / Л.А. Юсупова, Э.И. Ильясова // Практическая медицина. – 2013. - 1-4(73). – С. 13-16.

9. Turel A, Ozturkcan S, Sahin T, et al. Wolf's isotopic response: a case of zosteriform lichen planus. J Dermatol 2002; 29: 339–342.

УДК 616.8

**Гёзаян Р. Е., Аветисян А., Антонов С.И.**

**ПСИХОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ЧС**

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности  
Уральский государственный медицинский университет