



Трудности диагностики красного плоского лишая: как избежать врачебной ошибки

Елена Владимировна Файзуллина^{1*}, Залифа Тахировна Юсупова¹,
Ирина Мансуровна Хисматулина¹, Гульнара Мунеровна Зинатулина²

¹Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия;

²ООО «Органик Спа», г. Москва, Россия

Реферат

Представлен клинический случай красного плоского лишая, ошибочно диагностированного как «псориаз» у пациентки пожилого возраста. Случай демонстрирует трудности дифференциации папуло-сквамозных дерматозов, которые испытывают врачи-дерматовенерологи, как ординаторы, так и специалисты со стажем практической работы в клинике кожных болезней. При проведении диагностики таких заболеваний, как псориаз и красный плоский лишай, возникают сложности с сопоставлением клинической симптоматики и гистологического заключения врачей-патоморфологов. Особую трудность представляет такая разновидность красного плоского лишая по Международной классификации болезней 10-го пересмотра, как L43.8 «Другой красный плоский лишай», пигментная форма поражения. Разработаны клинико-патоморфологические критерии диагностики псориаза и красного плоского лишая.

Ключевые слова: красный плоский лишай, псориаз, папуло-сквамозные дерматозы, дифференциальная диагностика, гистологическое исследование.

Для цитирования: Файзуллина Е.В., Юсупова З.Т., Хисматулина И.М., Зинатулина Г.М. Трудности диагностики красного плоского лишая: как избежать врачебной ошибки. *Казанский мед. ж.* 2020; 101 (3): 431–434. DOI: 10.17816/KMJ2020-431.

Diagnostic difficulties of lichen planus: how to avoid medical error

E.V. Fayzullina¹, Z.T. Yusupova¹, I.M. Khismatulina¹, G.M. Zinatulina²

¹Kazan State Medical University, Kazan, Russia;

²ООО “Organic Spa”, Moscow, Russia

Abstract

The article presents a clinical case of lichen planus, misdiagnosed as “psoriasis” in the elderly patient. The case demonstrates difficulties in the differentiation of papulosquamous disorder experienced by dermatovenerologists, both dermatology residents and specialists with practical experience in the clinic of skin conditions. There are difficult to compare the clinical symptoms and histological conclusion of pathologists when diagnosing psoriasis and lichen planus. A variety of lichen planus according to 10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, L43.8 “Other lichen planus”, a pigmented form presents a particular difficulty. Clinical and pathomorphological criteria for the diagnosis of psoriasis and lichen planus have been developed.

Keywords: lichen planus, psoriasis, papulosquamous disorder, differential diagnosis, histological examination.

For citation: Fayzullina E.V., Yusupova Z.T., Khismatulina I.M., Zinatulina G.M. Diagnostic difficulties of lichen planus: how to avoid medical error. *Kazan medical journal.* 2020; 101 (3): 431–434. DOI: 10.17816/KMJ2020-431.

Красный плоский лишай — хроническое заболевание кожи, особенностью которого бывает появление эпидермо-дермальных папул, расположенных преимущественно на сгибательных поверхностях верхних конечностей, передней

поверхности голени, а также слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ, которые сопровождаются зудом различной интенсивности [1]. Исследования многих авторов указывают на то обстоятельство, что в настоящее время

красный плоский лишай рассматривают как мультифакториальное заболевание, в развитии которого участвуют наследственные, нейроэндокринные, неврогенные, инфекционные, токсико-аллергические и иммунные факторы [2]. В общей структуре дерматологической заболеваемости, по данным ряда авторов [3,4], красный плоский лишай составляет до 2,5%, а его распознавание часто вызывает серьёзные затруднения [3]. Диагностические ошибки обусловлены, в первую очередь, огромным разнообразием клинических проявлений папуло-сквамозного дерматоза *Lichen ruber planus*, которые встречаются в практике врачей-дерматовенерологов.

Методически перед постановкой диагноза следует провести, как минимум, сравнительную оценку клинической картины красного плоского лишая и псориаза.

При псориазе первичным морфологическим элементом бывает эпидермо-дермальная папула розово-красного цвета, покрытая серебристо-белыми чешуйками, при поскабливании которой обнаруживают положительную псориазическую триаду [5–7]. Отмечают увеличение толщины кожи и раннее удлинение эпидермальных выростов, расширение и раннюю извилистость кровеносных сосудов, а также повышенное количество мононуклеарных клеток в верхней части дермы, причём многие из них расположены вокруг сосудов [4].

Для красного плоского лишая к наиболее характерным клиническим особенностям следует отнести папуло-сквамозные высыпания синюшно-красного цвета с «пупковидным» вдавлением в центре, «сеткой Уикхема» при смазывании папул маслами [8]. Важную роль в возникновении красного плоского лишая играет клеточный иммунитет. В элементах сыпи обнаруживают Т-клетки с преобладанием CD4⁺, CD8⁺ и CD45RO (клетки памяти), которые экспрессируют Т-клеточные рецепторы $\alpha\beta$ (TCR) и в меньшей степени рецепторы $\gamma\delta$ [9]. Активированные лимфоциты с помощью хелперных субпопуляции (Th1 и Th2) и цитотоксических супрессорных клеток выделяют растворимые медиаторы (цитокины и хемокины), такие как интерлейкины-2, -4 и -10, интерферон γ , фактор некроза опухоли α и трансформирующий фактор роста β_1 , которые привлекают лимфоциты и регулируют их биологическую активность в пределах эпителия.

Под влиянием сложных нейрогуморальных и иммунологических взаимодействий происходит повреждение базальных клеток эпидермиса по механизму гиперчувствительности замедленного типа. Более того, интерферон γ усили-



Рис. 1. Пациентка С. 59 лет. Красный плоский лишай, до начала лечения

вает экспрессию базальными кератиноцитами молекул внутриклеточной адгезии-1, клеток Лангерганса и других дендритных клеток — макрофагов. В длительно существующих очагах формируется цитотоксический иммунный процесс, вызывающий активацию каспаз, что приводит к апоптозу кератиноцитов базального слоя эпидермиса [10].

Диагностический интерес представляет наблюдаемый нами клинический случай красного плоского лишая у пациентки пожилого возраста.

Пациентка С. 59 лет обратилась с жалобами на высыпания на коже предплечий, туловища и нижних конечностей в ГАУЗ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер МЗ РТ» (РККВД) 11.03.2019. Считает себя больной в течение 7 мес, когда впервые заметила высыпания на поверхности вышеуказанных областей туловища и конечностей (рис. 1).

Неоднократно в течение полугода обращалась в различные медицинские центры, в которых врачи-дерматовенерологи рассматривали клинические проявления дерматоза как «аллергические», с назначением глюкокортикоидных мазей и антигистаминных препаратов непродолжительными курсами и без эффекта. Начало заболевания пациентка С. связывает с психоэмоциональным стрессом, возникшим на работе. Беспокоят умеренный зуд, эстетические недостатки в виде появившейся пигментации на открытых участках тела. Находилась на стационарном лечении в РККВД с 19.03.2019 по 05.04.2019, где был поставлен диагноз: «Генерализованный псориазоформный пустулёз» — исключительно на основании гистологического исследования от 26.03.2019 (рис. 2).

Не проведена сравнительная оценка клинико-гистологического соответствия: диагноза «генерализованный псориазоформный пустулёз» не существует. Пациентке проведено базисное неспецифическое лечение: антигистаминные препараты, дезинтоксикационные

Таблица 1. Общий анализ крови пациентки С. 59 лет

Дата	Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	Гемоглобин, г/л	Цветной показатель	Лейкоциты, $\times 10^9/л$	Базофилы, %	Эозинофилы, %	Палочко-ядерные, %	Сегментоядерные, %	Лимфоциты, %	Моноциты, %	Тромбоциты, $\times 10^9/л$	СОЭ, мм/ч
22.03.2019	3,90	115	0,88	5,23	0	0	4	69	24	3	230	38
02.04.2019	3,99	121	0,9	4,97	0	0	1	69	24	5	201	20

Примечание: СОЭ — скорость оседания эритроцитов.

Таблица 2. Общий анализ мочи пациентки С. 59 лет

Дата	Удельный вес	Цвет	Прозрачность	Реакция	Белок	Глюкоза	Лейкоциты	Эритроциты
22.03.2019	1015	соломенно-жёлтая	прозрачная	pH >4	отрицательно	отрицательно	единичные	отрицательно
02.04.2019	1015	соломенно-жёлтая	прозрачная	pH >4	отрицательно	отрицательно	единичные	отрицательно

Таблица 3. Клинико-патоморфологическая диагностика псориаза и красного плоского лишая

Характеристика	Псориаз	Красный плоский лишай
Клиническая	Эпидермо-дермальная папула или бляшка розово-красного цвета, покрытая серебристо-белыми чешуйками. Триада Аустица положительная	Папуло-сквамозные высыпания синюшно-красного цвета с пупковидным вдавлением в центре и характерной «сеткой Уикхема»
Гистологическая	Акантоз и папилломатоз, удлинение кожных сосочков, расширенные поверхностные кровеносные сосуды, гиперпаракератоз и гиперортокератоз	Акантоз, гипергранулёз, гиперкератоз, субэпидермальный полосуидный лимфоцитарный инфильтрат

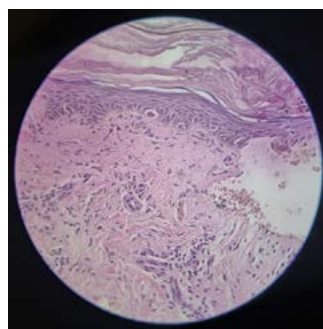


Рис. 2. Гистопатология пациентки С. 59 лет.



Рис. 3. Пациентка С. 59 лет. Красный плоский лишай, после лечения

медикаменты, витаминотерапия, топические глюкокортикоиды. Лечение принесло временное улучшение, однако через 14 дней после окончания курса лечения в условиях круглосуточного стационара пациентка заметила появление новых папул вокруг ранее существовавших первичных элементов.

Наследственность неотягощена. Вредных привычек не имеет. Объективно: кожный процесс носит диссеминированный характер, представлен в виде множественных бурых пятен с чёткими границами, сливающихся в диффузные очаги. При этом на коже внутренних поверхностей предплечий обнаружены монормфные красно-розовые с сиреневато-фиолетовым оттенком полигональные папулы с пупковидным вдавлением в центре и характерной группировкой с образованием бляшек. Диагноз: «Красный плоский лишай, пигментная форма». Общий анализ крови и общий анализ мочи на период 22.03.2019–02.04.2019 представлены в табл. 1 и 2.

Проведено следующее лечение: преднизолон 12 мг/сут 6 нед, гидроксихлорохин 250 мг 1 раз в сутки 14 дней с последующим уменьшением дозы в 2 раза в течение 4 нед. Наружно: крем мометазона фууроата 0,1% 2 раза в сутки 10 дней тонким слоем на очаги поражения. Побочных эффектов от проводимой терапии не было. После проведённого лечения на месте

первичных элементов (папул) визуализировались гиперпигментированные пятна диаметром от 0,4 до 1,0 см (рис. 3). Далее жалобы на зуд пациентка С. не предъявляла, а через 3 мес после проведённого лечения отмечена стойкая ремиссия с сохранением гиперпигментации.

В гистологическом описании от 26.03.2019, данном врачами-патоморфологами по гистологическому препарату пациентки С. 59 лет, присутствует следующее заключение: «Гиперкератоз и атрофия эпидермиса с сохранением гранулярного слоя; под эпидермисом пузырьки с примесью крови, в сосочковом слое дермы лимфоцитарный умеренный периваскулит». Для псориаза характерны повышенная частота дискератотических кератиноцитов, увеличение мононуклеарного дермального инфильтрата и паракератоза. Для патогистологической картины пигментной формы красного плоского лишая характерны атрофия эпидермиса, вакуольное повреждение клеток базального слоя со скудным лимфогистиоцитарным лихеноидным инфильтратом. В гистологическом препарате, окрашенном гематоксилином и эозином, при увеличении 10×0,20 отмечены гиперкератоз с неравномерным гипергранулёзом, акантоз, вакуольная дистрофия клеток базального слоя эпидермиса, диффузный полосовидный инфильтрат в верхнем отделе дермы, что соответствует клиническому диагнозу «красный плоский лишай».

Критерии клинико-патоморфологической диагностики псориаза и красного плоского лишая представлены в табл. 3.

ВЫВОД

Представленный клинический случай демонстрирует трудности дифференциальной диагностики красного плоского лишая с псориазом, которые испытывают врачи-дерматовенерологи, как ординаторы, так и специалисты со стажем практической работы в клинике кожных болезней.

Участие авторов. Е.В.Ф. — наблюдение за пациенткой, написание статьи, редактирование; И.М.Х. — написание статьи, редактирование; З.Т.Ю. — анализ литературных источников, разбор гистологических исследований, наблюдение за па-

циенткой; Г.М.З. — работа в базе данных Scopus, подбор материалов литературных источников.

Источник финансирования. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бишарова А.С. Красный плоский лишай. *Лечащий врач.* 2012; (5): 44–47. [Bisharova A.S. Lichen planus. *Lechashhiy vrach.* 2012; (5): 44–47. (In Russ.)]
2. Хайретдинова К.Ф., Юсупова Л.А. Современный взгляд на проблему красного плоского лишая. *Лечащий врач.* 2015; (7): 61–65. [Hayretdinova K.F., Yusupova L.A. A modern look at the problem of lichen planus. *Lechashhiy vrach.* 2015; (7): 61–65. (In Russ.)]
3. Михеев Г.Н., Красносельских Т.В., Ястребов В.В., Григорян А.Е. Редкая форма поражения ладоней и подошв при красном плоском лишае. *Вестн. дерматол. и венерол.* 2014; (6): 136–143. [Mikheyev G.N., Krasnoselskikh T.V., Yastrebov V.V., Grigorian A.E. A rare presentation of palmoplantar lichen planus. *Vestnik dermatologii i venerologii.* 2014; (6): 136–143. (In Russ.)] DOI: 10.25208/0042-4609-2014-90-6-136-143.
4. Boyd A.S., Neldner K.H. Lichen planus. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1991; 25 (4): 593–619. DOI: 10.1016/0190-9622(91)70241-s.
5. Ragas A., Ackerman A.B. Evolution, maturation, and regression of lesions of psoriasis. New observations and correlation of clinical and histologic findings. *Am. J. Dermatopathol.* 1979; 1 (3): 199–214. DOI: 10.1097/00000372-197900130-00002.
6. Gaspari A.A. Innate and adaptive immunity and the pathophysiology of psoriasis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2006; 54: 67–80. DOI: 10.1016/j.jaad.2005.10.057.
7. Опруженкова Е.П., Сидоренко О.А. Особенности развития и течения псориаза 2 типа у женщин в постменопаузе. *Соврем. пробл. науки и образования.* 2016; (3): 72. [Opruzhenkova E.P., Sidorenko O.A. Features of development and course of psoriasis type 2 in postmenopausal women. *Modern problems of science and education.* 2016; (3): 72. (In Russ.)]
8. Тлиш М.М., Каде А.Х., Сычёва Н.Л., Осмоловская П.С. *Способ лечения красного плоского лишая.* Патент на изобретение РФ №2627456. Бюлл. от 08.08.2017. [Tlish M.M., Kade A.H., Sycheva N.L., Osmolovskaja P.S. *A method for the treatment of lichen ruber planus.* Patent for invention RF №2627456. Issued at 08.08.2017. (In Russ.)]
9. De Moura C.J.C., Cardozo Pereira A.L., Cabral M.G. et al. Oral lichen planus part I: epidemiology, clinics, etiology, immunopathogeny, and diagnosis. *Skinmed.* 2003; 2 (6): 342–349. DOI: 10.1111/j.1540-9740.2003.02038.x.
10. Mehregan D.A., Van Hale H.M., Muller S.A. et al. Lichen planopilaris: clinical and pathologic study of forty-five patients. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1992; 27 (6): 935–942. DOI: 10.1016/0190-9622(92)70290-v.