

Редкая форма поражения ладоней и подошв при красном плоском лишае

Г.Н. Михеев, Т.В. Красносельских, В.В. Ястребов, А.Э. Григорян

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России
197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, корп. 4

Красный плоский лишай — заболевание, отличающееся большим разнообразием клинических форм и проявлений. Локализация высыпаний на ладонях и подошвах считается редкой и в случае изолированного поражения, при отсутствии типичных папулезных высыпаний на коже и слизистых оболочках, создает определенные диагностические затруднения, разрешить которые позволяет гистологическое исследование. Приведено описание случая ладонно-подошвенного красного плоского лишая у 41-летнего мужчины. Заболевание проявлялось зудящими кератотическими бляшками с множественными точечными плотными роговыми пробками коричневого цвета, с трудом отделявшимися при поскабливании. При гистологическом исследовании были выявлены изменения выводных протоков эккринных потовых желез. Представленный крайне редкий клинико-морфологический вариант ладонно-подошвенного красного плоского лишая может быть обозначен термином «lichen planoporiitis».

Ключевые слова: красный плоский лишай, атипичные формы, ладонно-подошвенный красный плоский лишай, lichen planoporiitis, acrosyringal lichen planus, прободящий красный плоский лишай.

Контактная информация: tatiana.krasnoselskikh@gmail.com. Вестник дерматологии и венерологии 2014; (6): 136—143.

A rare presentation of palmoplantar lichen planus

G.N. Mikheyev, T.V. Krasnoselskikh, V.V. Yastrebov, A.E. Grigorian

First Pavlov State Medical University of St. Petersburg, Ministry of Healthcare of the Russian Federation
Lva Tolstogo str., 6/8, bldg 4, St. Petersburg, 197022, Russia

Lichen planus is a disease characterized by a large variety of clinical forms and morphological patterns. Localized rash on the palms and soles is considered rare and may create certain problems in diagnosis if it is present as an isolated finding in the absence of typical papular rash on the skin and mucous membranes, and such problems may be solved by histological examination. We report a case of a 41-year-old male with palmoplantar lichen planus. The disease was characterized by pruritic erythematous well-defined plaques dotted with multiple, punctate brown keratotic plugs on the palms and soles, which were difficult to separate when scraping. Histological examination revealed changes in the excretory ducts of eccrine sweat glands. We suggest that the presented case is a unique clinicopathologic variant of palmoplantar lichen planus that may be designated by the term “lichen planoporiitis.”

Key words: lichen ruber planus, atypical patterns, palmoplantar lichen planus, lichen planoporiitis, acrosyringal lichen planus, perforating lichen planus.

Corresponding author: tatiana.krasnoselskikh@gmail.com. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2014; 6: 136—143.

■ Красный плоский лишай (КПЛ, *lichen ruber planus*) — неконтагиозный полиэтиологический дерматоз с подострым или хроническим рецидивирующим течением, характеризующийся поражением кожи, ее придатков и слизистых оболочек. В 1860 г. известный австрийский дерматолог, основатель венской дерматологической научной школы Ferdinand Ritter von Hebra составил первое научное описание заболевания, характеризовавшегося высыпанием на коже зудящих узелков темно-красного цвета и поэтому названного им «*leichen ruber*» (др.-греч. *leichen* — лишай, лишайник (от *leicho* — ползти, лизать) и лат. *ruber* — красный). Терминами «лихен» (лишай), «лихеноидная сыпь» с древности обозначали разнообразные кожные болезни, проявлявшиеся шелушащимися узелками, создающими на поверхности кожи неровности, напоминающие разрастания лишайника на стволе дерева. В публикации 1869 г. английский хирург и дерматолог Erasmus Wilson на примере 50 больных описал характерные для КПЛ кожные высыпания — плоские полигональные воспалительные папулы с фиолетовым оттенком, центральным пупковидным вдавлением и характерным восковидным блеском — и предложил термин «*leichen planus*» (от лат. *planus* — плоский). В 1895 г. французский врач и патолог Louis Frederick Wickham описал характерные для КПЛ серовато-белые полосы и точки на поверхности папул, напоминающие тонкое кружево или сеточку.

Несмотря на значительную распространенность КПЛ, на долю которого в структуре дерматологической патологии, по данным разных авторов, приходится от 0,4 до 2,5%, клиническое распознавание его представляет в ряде случаев определенные трудности. Диагностические ошибки обусловлены в первую очередь огромным разнообразием клинических проявлений дерматоза. Кроме наиболее часто встречающейся типичной (классической) формы КПЛ, наблюдающейся у 76% больных [1], описано множество его атипичных разновидностей. Последние определяют: 1) по типу высыпных элементов — атрофическая, гипертрофическая (веррукозная, бородавчатая), фолликулярная (остроконечная, *lichen planus acuminatus*), пигментная, пемфигоидная (буллезная), эрозивно-язвенная, гиперкератотическая (роговая), уплощенная (*lichen ruber obtusus*), каплевидная, эритематозная, псориазиформная, склеротическая, келоидоподобная; 2) по взаимному расположению высыпных элементов — кольцевидная (аннулярная, цирциарная), монилиформная (ожерельеподобная, коралловидная), линейная, зостериформная; 3) по локализации высыпаний (поражение видимых слизистых оболочек, волосяных фолликулов (*lichen planopilaris*), ногтей, ладоней и подошв). В рамках поражений определенной локализации также выделяют различные клинические варианты. Например, известно несколько форм КПЛ слизистой оболочки (типичная, экссудативно-гипере-

мическая, эрозивно-язвенная, гиперкератотическая, буллезная, атрофическая). В некоторых случаях у одного больного встречается сочетание нескольких клинических форм. Распознаванию атипичных форм дерматоза помогает обнаружение характерных папул КПЛ и гистологическое исследование.

При патоморфологическом исследовании типичных высыпаний КПЛ в эпидермисе отмечаются явления гиперплазии: гиперкератоз, фокальный паракератоз, очаговый клиновидный гипергранулез, неравномерный акантоз в виде «зубьев пилы», очаговый супрабазальный спонгиоз, гидропическая дегенерация базальных клеток. Между эпидермисом и дермой часто наблюдаются небольшие разрывы, называемые субэпидермальными расщелинами Max Joseph. В зоне дермо-эпидермального соединения встречаются коллоидные тельца, иначе называемые гиалиновыми, цитоидными или тельцами Сиватта (отдельные дискератотические кератиноциты). В дерме всегда наблюдается поверхностный лимфогистиоцитарный инфильтрат, в большинстве случаев — полосовидный, реже — очаговый. Иногда в составе инфильтрата может быть примесь эозинофилов. Отмечается расширение сосудов сосочкового слоя дермы. При атипичных формах КПЛ кроме перечисленных могут отмечаться особые патоморфологические признаки, определяющие своеобразие клинической картины.

Поражение ладоней и подошв считается редкой локализацией высыпаний при КПЛ. Однако, по данным J. Sanchez-Perez и соавт. [2], оно было обнаружено у 26% из 139 обследованных больных. При отсутствии характерных высыпаний в типичных локализациях ладонно-подошвенную форму КПЛ часто путают с более распространенными воспалительными дерматозами: с ладонно-подошвенной кератодермией, псориазом, хронической экземой, вульгарными бородавками, омозололостями, ксантомами, проявлениями вторичного сифилиса, микоза стоп/кистей, блестящего лишая, болезни Кирле, паранеопластического акрокератоза, *lichen simplex chronicus* и др. Представляем случай ладонно-подошвенного КПЛ, который был ошибочно диагностирован как дисгидротическая экзема.

Описание случая

Пациент У., 41 год, считает себя больным около 15 лет. Первые единичные высыпания появились на коже голени весной 1994 г., сопровождались мокнутием. К дерматологу не обращался, не лечился. Процесс оставался ограниченным в течение 12 лет. Весной 2006 г. появились высыпания на ладонях и подошвах. С диагнозом дисгидротическая экзема лечился амбулаторно топическими стероидами, которые давали временный эффект. В марте 2007 г. и марте 2008 г. госпитализировался в дерматологические стационары Санкт-Петербурга, где получал дезинтоксикационную, реокорректирующую, анти-

гистаминную терапию, отмечалось незначительное улучшение. С 2008 г. количество высыпаний значительно увеличилось, стал беспокоить выраженный зуд. В феврале 2009 г. был госпитализирован для обследования и лечения в клинику дерматовенерологии ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, рост — 178 см, масса тела — 81,5 кг. Высыпания носили распространенный, диссеминированный характер. В лобно-теменной области, на тыле кистей, боковых поверхностях туловища и в поясничной области были представлены типичными плоскими полигональными лентикулярными папулами застойно-красного цвета с пупковидным вдавлением в центре. На коже передней поверхности бедер наблюдались сгруппированные фолликулярные милиарные папулы буро-коричневого цвета. На передней поверхности голени значительно инфильтрированные симметричные очаги диаметром 1—3 см темно-коричневого цвета имели круглые или овальные очертания, четкие границы, бородавчатую поверхность с гиперкератозом, шелушением и эксфолиациями.

Кожа ладоней и подошв, а также тыльной поверхности концевых фаланг и околоногтевых валиков была значительно инфильтрирована, застойно-красного цвета с четкой границей поражения, роговой слой диффузно утолщен. На этом фоне наблюдались множественные точечные (1—2 мм в диаметре) коричневого цвета плотные роговые чешуйки, с трудом отделявшиеся при поскабливании. Особенно тесно они располагались в околоногтевых зонах. Местами отмечалось наслоение роговых масс, крупнопластинчатое шелушение (рис. 1—4). Мокнущие отсутствовали, но отмечался выраженный гипергидроз ладоней и подошв. Ногтевые пластины кистей и стоп были утолщенными, тусклыми. На ногтевых пластинах I пальцев стоп наблюдались продольные борозды. Высыпания на слизистой оболочке рта и гениталий отсутствовали. На волосистой части головы имелось выраженное облысение по мужскому типу, в подмышечных впадинах и на лобке рост волос носил обычный характер.

Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз (острый инфаркт миокарда в 2005 г.), гипертоническая болезнь II стадии, хроническая сердечная недостаточность IIa; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки вне обострения; жировой гепатоз; хронический пиелонефрит вне обострения. Ротовая полость не санирована, имелись кариозные зубы (3, 5, 6 верхней челюсти слева, 4 — нижней челюсти с обеих сторон), хронический периодонтит зуба 6 верхней челюсти слева, зубов 4 и 5 нижней челюсти справа.

При обследовании выявлена эозинофилия (10,3%), по данным ультразвукового исследования брюшной полости — висцероптоз, диффузное изменение и уплотнение паренхимы печени, снижение эхогенности



Рис. 1. Поражена кожа тыла концевых фаланг. В околоногтевых зонах — слившиеся очаги застойно-красного цвета с резкими границами, на их поверхности многочисленны мелкие коричневого цвета корки



Рис. 2. Кожа ладоней застойно-красного цвета, на поверхности многочисленные точечные коричневого цвета чешуйко-корки

ткани поджелудочной железы, диффузное уплотнение паренхимы почек, увеличение размеров пирамид.

Для патоморфологического исследования были взяты четыре участка с разных участков кожи: тыльной и ладонной поверхности кисти, бедра и голени (типичные и атипичные элементы сыпи).



Рис. 3. Поражена кожа тыла концевых фаланг стоп. Слившиеся четко отграниченные очаги застойно-красного цвета, на их поверхности — многочисленные мелкие коричневые чешуйко-корки



Рис. 4. Сливное застойно-красного цвета резко отграниченное поражение стопы. На поверхности — многочисленные точечные близко расположенные коричневые чешуйко-корки

I. Патоморфологическое исследование папулы на тыле правой кисти (рис. 5): гиперкератоз, неравномерное утолщение зернистого слоя, простой акантоз, вакуолярная дистрофия клеток базального слоя; диффузный полосовидный инфильтрат в верхнем отделе дермы, вплотную примыкающий к эпидермису, нижняя граница которого размыта клетками инфильтрата; сосуды расширены, эндотелий пролиферирован. Заключение: красный плоский лишай (типичная форма).

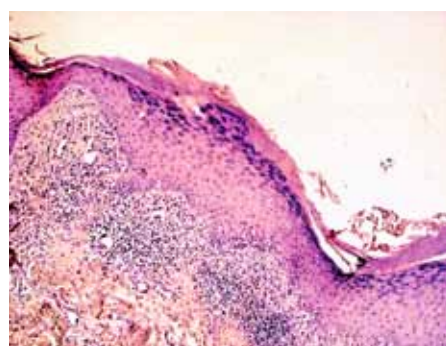


Рис. 5. В дерме полосовидный лимфоцитарный инфильтрат, который «размывает» нижние границы эпидермиса. Акантоз, гипергранулез, гиперкератоз. ×100. Здесь и на рис. 6 и 7: окраска гематоксилином и эозином

II. Патоморфологическое исследование фолликулярной папулы на передней поверхности левого бедра: гиперкератоз, устья волосяных фолликулов резко расширены, заполнены роговыми массами, гипергранулез в области устьев волосяных фолликулов; клетки густого лимфоцитарного инфильтрата, проникая в наружное корневое влагалище волоса, как бы стирают границу между последним и дермой; в сосочковых и подсосочковых зонах дермы — отек и мелкоочаговые инфильтраты, в основном периваскулярные; сосуды расширены, эндотелий пролиферирован. Заключение: красный плоский лишай (фолликулярная форма).

III. Патоморфологическое исследование веррукозной бляшки на передней поверхности голени: диффузный гиперкератоз, выраженные явления гипергранулеза, межсосочковый акантоз, вакуольная дистрофия клеток шиповатого и базального слоев, папилломатоз; в верхней трети дермы — прерывистый полосовидный инфильтрат из лимфоидных клеток, которые, проникая в эпидермис, нарушают часть границы дермоэпидермального соединения; в дерме отек и большое количество мелких и крупных сосудов, окруженных периваскулярными инфильтратами, состоящими преимущественно из лимфоцитов, но встречаются гистициты и эозинофилы. Заключение: красный плоский лишай (веррукозная форма).

IV. Патоморфологическое исследование пораженной кожи ладонной поверхности левой кисти (рис. 6, 7): эпидермис умеренно отечен, значительный диффузный гиперкератоз неравномерной окраски, очаговый паракератоз, гипергранулез, межсосочковый акантоз, папилломатоз; полосовидный лимфоцитарный инфильтрат в верхнем отделе дермы вплотную примыкает к эпидермису, нижняя граница которого размыта клетками инфильтрата; секреторные части эккринных потовых желез в нижней трети дермы и их протоки, ведущие в эпидермис, резко расширены, по мере приближения к эпидермису просвет протоков желез увеличивается, образуя на серийных срезах шаровидно расширенные полости; над полостью (протоками) — очаговый гиперкератоз с изменением цвета рогового слоя на серовато-фиолетовый; многочисленные вакуоли в зернистом и роговых слоях, койлоциты (вид «плетеной корзинки»). Заключение: красный плоский лишай, расширение протоков потовых желез с очаговым гиперкератозом над ними.

Диагноз: распространенный красный плоский лишай, сочетание типичной и атипичных форм (ладонно-подошвенной, веррукозной, фолликулярной), прогрессирующая стадия.

Лечение: per os ацитретин 25 мг в сутки в течение 6 мес.; гидроксизин 25 мг в сутки — 2 нед.; хлоропирамин 25 мг в сутки — 2 нед. Внутривенно капельно: раствор меглюмина натрия сульфата 1,5% по 400 мл № 8 через день; раствор натрия тиосульфата 30% 10 мл + раствор хлорида натрия 0,9% 200 мл № 8 че-

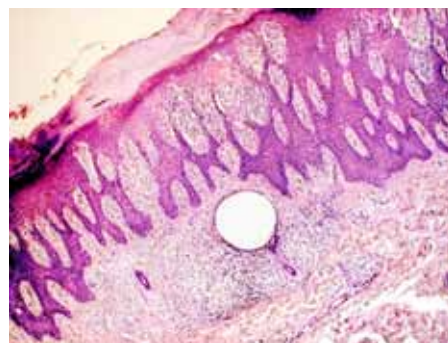


Рис. 6.

В верхней части дермы в толще полосовидного инфильтрата шаровидно расширенная часть протока потовой железы (полость). В ее основании линейно расположены фрагменты протока. Выраженный акантоз, гипергранулез, гиперпаракератоз. $\times 100$

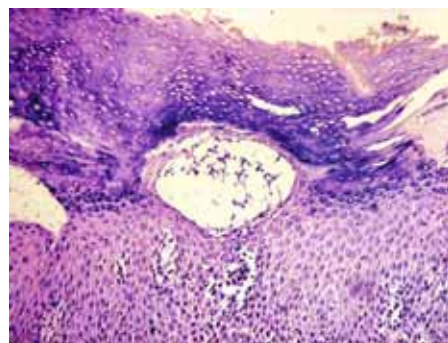


Рис. 7.

Под роговым слоем — шаровидно расширенная часть протока потовой железы (полость) с нитями фибрина и единичными лимфоцитами. В основании полости видны вертикально расположенные фрагменты протока потовой железы. Акантоз, очаговый гипергранулез, гиперкератоз с большим содержанием вакуолей в зернистом и роговом слоях. $\times 200$

рез день; раствор аминофиллина 2,4% 10 мл + раствор магния сульфата 25% 5 мл + раствор хлорида натрия 0,9% 200 мл ежедневно № 6. На кожу ладоней и подошв — окклюзионные повязки с мазью момета-зона фууроата 0,1%.

Лечение переносил хорошо, на фоне длительного приема ароматического ретиноида и курсов наружной терапии топическим стероидом в форме мази был отмечен значительный регресс высыпаний на коже, включая поражение ладоней, подошв и голеней. Перестал беспокоить зуд кожи.

Обсуждение

Ладонно-подошвенная форма КПЛ является одной из редких, наименее изученных и часто ошибочно диагностируемых клинических форм заболевания. В отечественной периодической литературе по дерматовенерологии за последние 10 лет мы не нашли ни одного описания подобных поражений. На основании анализа данных зарубежных исследований можно выделить ряд особенностей, присущих данной форме дерматоза.

Поражение ладоней и подошв примерно в 2 раза чаще встречается у мужчин [2], в то время как среди больных с типичной формой КПЛ женщины составляют приблизительно 2/3 [1]. J. Sanchez-Perez и соавт., наблюдавшие 36 больных КПЛ с ладонно-подошвенными поражениями [2], сообщают, что возникновению высыпаний на ладонях и подошвах в 72% случаев предшествует их появление в других, типичных для КПЛ локализациях, чаще всего — в претибиальной области, реже — в области лодыжек, пяток, на видимых слизистых оболочках. У 25% больных высыпания первично возникают в ладонно-подошвенной локализации и только у 3% — одновременно на ладонях и подошвах и на других участках [2].

Подошвы поражаются чаще, чем ладони, причем излюбленной локализацией высыпаний считается внутренняя часть свода стопы (59% случаев) [2—4]. На ладонях одинаково часто поражаются возвышение большого пальца, возвышение мизинца и центральная часть. Могут поражаться боковые и ладонные поверхности пальцев, но концевые фаланги вовлекаются редко (2—3% случаев) [5]. По данным J. Sanchez-Perez и соавт., одновременное поражение ладоней и подошв отмечается в 44% случаев, только подошв — в 31%, только ладоней — в 25% [2]. У 61% больных высыпания симметричны, у 89% — сопровождаются зудом [2]. Восковидный блеск поверхности высыпаний на ладонях и подошвах отсутствует, сеточка Уикхема не определяется, поскольку утолщенный роговой слой затрудняет выявление неравномерного гипергранулеза [5, 6].

Описано несколько клинических вариантов ладонно-подошвенных поражений при КПЛ, которые могут сочетаться.

1. Эритематозно-бляшечный вариант — наиболее часто встречающийся (до 75% случаев), представлен воспалительными папулами, сливающимися в красно-фиолетовые бляшки плотной консистенции, с четкими границами, гладкой или незначительно шелушащейся поверхностью [2, 3].

2. Кератотический (до 25% случаев) — проявляется отдельными плотными желтого цвета папулами и/или бляшками с четкими контурами и выраженными кератотическими наслоениями, сливающимися вплоть до сплошного поражения ладоней и подошв [2, 3]. По периферии желтых папул и бляшек может наблюдаться красно-фиолетовый венчик, наличие которого рассматривают как диагностическую подсказку [5]. Иногда в центральной части кератотических папул и бляшек отмечается кратероформное углубление [7, 8]. Такие вдавленные кольцевидные элементы сравнивают со «следами дырокола» [3].

3. Везикулоподобный — встречается редко, характеризуется появлением на ладонях и подошвах, боковых и ладонных поверхностях пальцев (в том числе на концевых фалангах) множественных миллиарных плотных полупрозрачных или восковидных желтоватых папул с фиолетовым венчиком и пупковидным вдавлением, сильно зудящих, не шелушащихся [2, 4, 9—11]. Патоморфологическая картина типична для КПЛ, гистологическое исследование подтверждает, что везикулоподобные высыпания на самом деле представляют собой папулы [9]. Появление описанных элементов объясняют значительной выраженностью воспалительной реакции [9], прослеживают взаимосвязь с атопией [2], употреблением экстракта красного женьшеня [4].

4. Эрозивно-язвенный — редкий вариант, высыпания сопровождаются значительной болезненностью.

5. Пигментный — очень редкая форма, характеризуется диффузной или пятнистой гиперпигментацией ладоней и подошв [12].

6. По типу точечного кератоза и/или кератотических бляшек с мелкоточечными углублениями, содержащими роговые пробки. В зарубежной литературе мы нашли описания 7 случаев подобных поражений, 5 — у мужчин и 2 — у женщин [13—17]. Клинически высыпания представляют собой множественные мелкие (1—2 мм) рассеянные или сливающиеся фиолетовые папулы с кератотическими пробками белого или коричневатого цвета либо кератотические бляшки желтоватого или коричневого цвета, иногда с фиолетовым венчиком, с четкими границами. Поверхность бляшек сплошь усеяна точечными углублениями, часть из которых закупорена роговыми пробками. Повидимому, наблюдающиеся углубления появляются в результате самопроизвольного отторжения пробок. По периферии папул и бляшек может наблюдаться венчик шелушения.

Патоморфологическая картина данной формы ладонно-подошвенного КПЛ имеет свои особенности, не наблюдающиеся при других формах. Центром патологических изменений является область акросирингиума — спиралевидной интраэпидермальной части выводного протока эккринной потовой железы. Так, фокусы гиперкератоза, гипергранулеза и пилообразного акантоза в эпидермисе и формирование лимфогистио-

цитарного инфильтрата в сосочковом слое дермы наблюдаются преимущественно в зонах, прилегающих к акросирингиуму. Отмечается очаговая вакуольная дистрофия базальных клеток в области акросирингиума, дегенеративные изменения в зоне базальной мембраны и расширение акросирингиума за счет закупорки паракератотической пробкой. Воспалительными и кератотическими изменениями в области выводных протоков эккринных потовых желез объясняется наблюдаемая клиническая картина точечного кератоза.

Наличие характерной триады патоморфологических признаков, включающей: 1) сгущение дермального инфильтрата под акросирингиумом, 2) околопротоковую вакуольную дистрофию базальных клеток и 3) закупорку пробкой и расширение интраэпидермальной части протока эккринной потовой железы, позволило А. Enhamre и В. Lagerholm в 1987 г. предложить для данной формы ладонно-подошвенного КПЛ термин *acrosyringial lichen planus* [18]. Описаны формирование канала в эпидермисе, содержащего эпителиоциты, коллоидные тельца, клетки воспаления, меланофаги, фибрин [19], и «перфорация» эпидермиса паракератотической пробкой [15], в связи с чем данная форма КПЛ ладоней и подошв в литературе именуется также прободящей (*perforating lichen planus*). D. Hanau и D. Sengel выдвинули гипотезу, что коллоидные тельца, в большом количестве обнаруживаемые на дне инвагинации эпидермиса, образованной паракератотической пробкой, повреждают дермо-эпидермальную зону и, таким образом, запускают процесс прободения эпидермиса [19].

S. Kossard и S. Lee описали явления фиброза вокруг протоков эккринных потовых желез в верхней части дермы в зоне перехода в акросирингиум, явления метаплазии, вакуольной дистрофии и апоптоза эпителиоцитов стенки протока [17]. Исследователи проводят параллель между вышеописанными изменениями и фиброзом в области воронки и верхней части перешейка волосяного фолликула при *lichen planopilaris*. Как известно, фолликулярная форма КПЛ характеризуется расширением устьев волосяных фолликулов, которые также заполнены массивными роговыми пробками. Авторы подчеркивают, что лихеноидная реакция не затрагивает секреторный отдел и нижнюю часть выводного протока эккринной потовой железы подобно тому, как при *lichen planopilaris* обычно не поражаются корень волоса и нижняя часть волосяного фолликула. На этом основании S. Kossard и S. Lee считают, что для характеристики патоморфологических изменений и обозначения поражения эккринных потовых желез, эквивалентного *lichen planopilaris*, может быть использован термин *lichen planoporitis* [17]. Подобно фолликулярной форме КПЛ *lichen planoporitis* может быть единственным проявлением заболевания или сочетаться с типичными высыпаниями. Таким образом, при КПЛ мишенью для

развития воспалительной лихеноидной реакции могут являться эпидермис, волосяные фолликулы и выводные протоки эккринных потовых желез, изолированно или в сочетании, что обуславливает огромное разнообразие клинических проявлений заболевания. Примечательно, что в 2010 г. был описан необычный случай сочетания эрозивного КПЛ на слизистой оболочке щек и высыпаний в виде мелких белых ороговевших папул на эритематозном фоне на слизистой нижней губы. При гистологическом исследовании последних была выявлена лихеноидная воспалительная реакция, сфокусированная вокруг выводных протоков слюнных желез [20]. Авторы рассматривают данный сиаладенит (*lichen planus sialadenitis*) как аналог *lichen planopilaris* и *lichen planoporitis*.

Ладонно-подошвенные формы КПЛ более резистентны к лечению по сравнению с типичными поражениями кожи. Первая линия терапии включает назначение сильных топических и системных глюкокортикостероидов, антигистаминных препаратов [2, 3, 7, 9]. Например, с хорошим клиническим эффектом назначали преднизолон в дозе 40 мг/сут с последующим снижением дозы и постепенной отменой препарата в течение 6 нед. [9]. Другие схемы лечения предусматривают назначение системных ретиноидов (ацитретина, тазаротена) [21], иммунодепрессантов (циклоспорина) [4, 11], ПУВА-терапии. Ацитретин назначали в дозе 25–50 мг в сутки сроком на 12 нед. [3, 21], циклоспорин — в дозе 3,5 мг/кг в сутки в течение 4 нед. с последующим снижением дозы в течение еще 4 нед. [11]. Рецидивы высыпаний КПЛ были отмечены у 29% больных в период от 1 до 12 мес. после отмены лечения (в среднем через 5 мес.), однако ни у одного из пациентов высыпания не появились повторно в области ладоней и подошв [2].

Заключение

Представленный нами клинический случай распространенного КПЛ с сочетанием типичной и атипичных форм заболевания (ладонно-подошвенной, веррукозной и фолликулярной) примечателен большой длительностью заболевания (более 15 лет), стойким рецидивированием, а также весьма необычной картиной поражения ладоней и подошв, длительное время рассматривавшейся как дисгидротическая экзема. Клинически наблюдались четко очерченные воспалительные бляшки с множественными точечными плотными роговыми пробками коричневого цвета, с трудом отделявшимися при поскабливании. При гистологическом исследовании серии срезов биоптатов кожи ладоней и подошв выявлены шаровидно расширенные выводные протоки эккринных потовых желез с очаговым гиперкератозом над ними. Таким образом, описанный нами случай ладонно-подошвенного КПЛ можно рассматривать как редкий клинический вариант поражения по типу *lichen planoporitis* с особой патоморфологической картиной. ■

Литература

- Molochkov V.A., Sukhova T.E., Molochkova Iu.V. Clinical features of lichen ruber planus. *Klin Dermatol Venereol*, 2013; 4: 34—42 [Молочков В.А., Сухова Т.Е., Молочкова В.Е. Клинические особенности красного плоского лишая. *Клин дерматол венерол* 2013; (4): 34—42.]
- Sanchez-Perez J., Rios Buceta L., Fraga J., Garcia-Diez A. Lichen planus with lesions on the palms and/or soles: prevalence and clinicopathological study of 36 patients. *Br J Dermatol*, 2000; 142 (2): 310—314.
- Uçmak D., Azizoğlu R., Harman M. Palmoplantar lichen planus: a report of four cases. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 2011; 2 (1): 80—84.
- Kim M.L., Choi M., Na S.Y. et al. Two cases of palmoplantar lichen planus with various clinical features. *J Dermatol*, 2010; 37 (11): 985—989.
- Khandpur S., Kathuria S.D., Gupta R. et al. Hyperkeratotic pitted plaques on the palms and soles. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2010; 76 (1): 52—55.
- Summerly R., Wilson-Jones E. The microarchitecture of Wickham's striae. *Trans St Johns Hosp Dermatol Soc*, 1964; 50: 157—161.
- Madke B., Gutte R., Doshi B., Khopkar U. Hyperkeratotic palmoplantar lichen planus in a child. *Indian J Dermatol*, 2013; 58 (5): 405.
- Landis M., Bohyer C., Bahrami S., Brogan B. Palmoplantar lichen planus: a rare presentation of a common disease. *J Dermatol Case Rep*, 2008; 2 (1): 8—10.
- Gündüz K., Inanir I., Türkdogan P., Sacar H. Palmoplantar lichen planus presenting with vesicle-like papules. *J Dermatol*, 2003; 30 (4): 337—340.
- Feuerman E.J., Ingber A., David M., Weissman-Katzenelson V. Lichen ruber planus beginning as a dyshidrosiform eruption. *Cutis*, 1982; 30 (3): 401—404.
- Karakatsanis C., Patsatsi A., Kastoridou C., Sotiriadis D. Palmoplantar lichen planus with umbilicated papules: an atypical case with rapid therapeutic response to cyclosporin. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2007; 21 (7): 1006—1007.
- Vijaykumar M., Thappa D.M., Gupta S. Diffuse palmar hyperpigmentation in lichen planus. *Indian J Dermatol*, 2001; 46 (3): 182—184.
- Gutte R.M. Acrosyringal lichen planus of palm. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2012; 78 (4): 521. [Gutte]
- Gutte R. Unilateral acrosyringal lichen planus of palm. *Indian Dermatol Online J*, 2013; 4 (4): 350—352. [Gutte-1]
- Gutte R., Khopkar U. Perforating lichen planus. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2011; 77 (4): 515—517. [Gutte-2]
- Sait M.A., Garg B.R. Punctate keratoses of palms in lichen planus. *Int J Dermatol*, 1986; 25 (9): 592—593.
- Kossard S., Lee S. Lichen planoporiasis: keratosis lichenoides chronica revisited. *J Cutan Pathol*, 1998; 25: 222—227.
- Enhamre A., Lagerholm B. Acrosyringal lichen planus. *Acta Derm Venereol*, 1987; 67 (4): 346—350.
- Hanau D., Sengel D. Perforating lichen planus. *J Cutan Pathol*, 1984; 11 (3): 176—178.
- Lourenço S.V., Resende A.C., Bologna S.B., Nico M.M. Lichen planus sialadenitis: a mucosal analog of lichen planopilaris and lichen planoporiasis. *J Cutan Pathol*, 2010; 37 (3): 396—399.
- De Jong E.M., Van De Kerkhof P.C. Coexistence of palmoplantar lichen planus and lupus erythematosus with response to treatment using acitretin. *Br J Dermatol*, 1996; 134 (3): 538—541.

об авторах:

Г.Н. Михеев — к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии с клиникой ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова
 Т.В. Красносельских — к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии с клиникой ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова
 В.В. Ястребов — к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии с клиникой ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова
 А.Э. Григорян — к.м.н., ассистент кафедры дерматовенерологии с клиникой ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье