

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА

*В.Г.Панкратов, Е.И.Раковская, А.А.Хартоник, О.М.Рабчинская,
С.А.Гумбар, В.А.Потапюк*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»
УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер», г.Минск*

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА

*В.Г.Панкратов, Е.И.Раковская, А.А.Хартоник, О.М.Рабчинская,
С.А.Гумбар, В.А.Потапюк*

Склероатрофический лихен (САЛ) является медленно прогрессирующим хроническим заболеванием с выраженной очаговой атрофией кожи и слизистых оболочек, имеет как генитальные, так и экстрагенитальные формы.

Цель исследования: изучить диагностические критерии склероатрофического лихена генитальной и экстрагенитальной локализации, оценить клиническую эффективность применяемых методов лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт 32 больных САЛ (6 мужчин и 26 женщин в возрасте от 5 до 72 лет), получавших стационарное и амбулаторное лечение в Городском клиническом кожно-венерологическом диспансере г. Минска в 2009-2013 г.г.. Склероатрофический лихен аногенитальной локализации был у 7 больных, экстрагенитальной локализации - у 25 пациентов, а у 5 из них были одновременно поражены и наружные половые органы.

Результаты. Основными диагностическими критериями САЛ экстрагенитальной локализации были: появление на различных участках туловища мелких рассеянных или сгруппированных папул размером 3-12 мм в диаметре, цвета слоновой кости или серовато-белесоватых с перламутровым блеском, с поверхностной атрофией по типу смятой папиросной бумаги. У отдельных больных наблюдались бляшкоподобные и пузырьные элементы. Белесоватые очаги поверхностной атрофии (папулы и бляшки) на коже головки полового члена или вульвы составляли основу клинической диагностики САЛ гениталий. В сомнительных случаях используются диагностические биопсии.

Лечение больных САЛ с использованием антибиотиков, ферментных препаратов, витаминов, ангиопротекторов и препаратов, улучшающих микроциркуляцию, физиотерапевтических процедур и местного лечения с назначением стероидных кремов и мазей приводило к клиническому улучшению, но не обеспечивало клинического выздоровления. Перспективным является длительное использование клобетазоловой мази и топических ингибиторов кальциневрина, особенно при генитальной локализации болезни.

Ключевые слова: Склероатрофический лихен, экстрагенитальные и генитальные формы, диагностика, лечение.

CLINICAL AND DIAGNOSTIC CRITERIA, CURRENT APPROACH TO TREATMENT OF LICHEN SCLEROSUS ET ATROPHICUS.

V.G.Pankratov, E.I.Rakovskaya, A.A.Khartonik, O.M.Rabchinskaya, S.A.Gumbar, V.A.Potapyuk

Lichen sclerosus et atrophicus (LSA) is slowly progressive chronic disease that appears as severe focal atrophy of skin and mucous membranes. LSA has genital and non-genital localization.

Research objective: to study diagnostic criteria for LSA of genital and non-genital localization, to estimate clinical efficiency of applied methods of treatment.

Materials and methods. The retrospective analysis of clinical records and out-patient cards of 32 patients with LSA (6 men and 26 women aged from 5 till 72 years) was carried out. The study was conducted at the City Clinical Dermatovenereological Dispensary (City Clinical HPC) in Minsk. LSA of genital localization was observed in 7 patients, non-genital - in 25 patients, both genital and non-genital – in 5 persons.

Results: The principal diagnostic criteria of LSA of non-genital localization were dispersed and aggregated ivory-white or grayish-white papules sized 3-12 mm with superficial atrophy resembling crumpled tissue paper. Several patients had plaques and bullous elements. The whitish lesions of superficial atrophy (papules and plaques) on skin of head of penis or vulva were the basics of clinical diagnostics for LSA of genital localization. A biopsy of affected skin was carried out to confirm diagnosis in some cases. Treatment of patients with LSA that included antibiotics, enzymatic preparations, vitamins, vasoprotectors and microcirculation-improving preparations, physiotherapeutic procedures and topical treatment (steroid creams and ointments) led to clinical improvement but didn't provide clinical recovery. Clobetazol ointment and topical inhibitors of calcineurin were effective for LSA treatment, especially in case of genital localization of disease.

Key words: Lichen sclerosus et atrophicus (LSA), genital and non-genital types, diagnostics, treatment.

Введение. Склероатрофический лишень (САЛ) является медленно развивающимся хроническим заболеванием с выраженной очаговой атрофией кожи и слизистых оболочек. Различают генитальные и экстрагенитальные формы САЛ, возможно сочетанное проявление обеих форм заболевания у 1 пациента [1-5].

Этиология САЛ остаётся невыясненной. Учитывая нередко описанное сочетание САЛ и очаговой склеродермии дискутируется наличие общего патомеханизма у обоих этих заболеваний. Имеются указания на аутоиммунный патогенез заболевания [5]. При САЛ полового члена определённую причинную роль могут играть местное раздражение и травма.

Нет единого мнения о самостоятельности данного заболевания. Одни авторы рассматривают САЛ как вариант ограниченной склеродермии, другие - как вариант атрофической формы красного плоского лишая, а большинство

зарубежных авторов рассматривают САЛ как самостоятельную нозологическую единицу [1, 3, 5, 6]. Большинство российских дерматовенерологов рассматривают САЛ половых органов как поверхностную форму бляшечной склеродермии [7]. Женщины болеют в 4-10 раз чаще мужчин [3]. САЛ встречается в любом возрасте, но чаще болеют взрослые.

Описаны сочетания САЛ, бляшечной склеродермии и витилиго у 2 женщин, САЛ и бляшечной склеродермии [1], трансформация САЛ в системную склеродермию у женщины 49 лет. САЛ аногенитальной области у женщин встречается в 10 раз чаще, чем у мужчин [8]. Серьезным осложнением САЛ полового члена является плоскоклеточная карцинома, на долю которой приходится до 50 % случаев рака полового члена у мужчин [8].

Цель исследования: изучить диагностические критерии склероатрофического лишена генитальной и экстрагенитальной локализации, оценить клиническую эффективность применяемых методов лечения.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт больных САЛ, получавших стационарное и амбулаторное лечение в Городском клиническом кожно-венерологическом диспансере г. Минска в 2008-2013 г.г., всего 32 больных (6 мужчин и 26 женщины) в возрасте от 5 до 72 лет. Экстрагенитальная форма САЛ была диагностирована у 25 больного, причем у 5 были поражены также и половые органы. Только генитальная локализация САЛ выявлена у 7 больных: САЛ полового члена диагностирован у 3 мужчин в возрасте 29-37 лет, вульвы – у 4 девочек в возрасте от 5 до 14 лет.

Результаты и их обсуждение

Большинство больных впервые обращались на консультацию к дерматовенерологу по поводу высыпаний САЛ спустя 1-3 месяца от момента появления первых симптомов заболевания. Длительность заболевания колебалась от 3 месяцев до 6 лет. Экстрагенитальные очаги склероатрофического лишена локализовались в области спины (между лопаток) у 7 пациентов, живота и поясницы – у 9, груди (декальте)- у 2, в подмышечных областях – у 3, под молочными железами – у 6, на коже верхних и нижних конечностей – у 2, паховых складок – у 1 больной. У большинства больных на указанных участках появлялись мелкие рассеянные или сгруппированные папулы размером 3-12 мм в диаметре, цвета слоновой кости или серовато-белесоватые с перламутровым блеском, с поверхностной атрофией по типу смятой папиросной бумаги. У отдельных больных папулы сливались в бляшкоподобные элементы, чаще полициклических очертаний с западением в центре и наличием комедоноподобных фолликулярных элементов на поверхности. У 6 больных высыпания локализовались одновременно в 3 анатомических областях. У 3 женщин 59, 61 и 66 лет был диагностирован распространенный САЛ, буллезная форма. У больной К., 58 лет высыпания САЛ локализовались на коже подмышечных впадин, живота и вульвы, при этом в аногенитальной области очаг атрофии имел форму «восьмёрки».

Большинство взрослых больных САЛ (20 из 25) имели по несколько сопутствующих заболеваний, среди которых преобладали гастрит (у 7

пациентов), гипотиреоз, узловатый зоб (у 4), ИБС, атеросклероз коронарных сосудов и сосудов головного мозга, артериальная гипертензия (у 8), хронический панкреатит (у 2), глаукома (у 2), метаболический синдром (у 4), поликистоз почек (у 1 больной), сахарный диабет (у 1 больной). Общие анализы крови и мочи при поступлении в стационар у абсолютного большинства больных были в пределах возрастной нормы. Практически у каждой второй больной были повышенные уровни холестерина и триглицеридов в крови, у 11 из 28 взрослых больных была повышена активность креатинкиназы в 2,2 – 5,6 раза. Болезнь Боткина в прошлом перенесли 9 больных, холецистэктомия была произведена 4 больным.

Клинически САЛ полового члена характеризовался наличием атрофических папул и бляшек белесоватого цвета на головке полового члена и выраженного лихеноидного постита у 2 больных. У 1 больного САЛ поразила крайнюю плоть с наличием кольцевидно расположенного белесоватого пятна с атрофией и уплотненной фиброзной полоской на 1,5 см от дистального конца крайней плоти, что затрудняло освобождение головки полового члена (но это ещё не был фимоз) и создавало дискомфорт при половых связях.

У 3 девочек в возрасте 5-11 лет была диагностирована эритематозно-отёчная форма САЛ наружных гениталий. Кожно-слизистые покровы вульвы и перианальных складок были слегка гиперемированы, имелись белесоватые очаги поверхностной атрофии (отдельные из них имели вид смятой папиросной бумаги), в основном на внутренней поверхности больших половых губ. По гребню больших половых губ проходил белесоватый ободок (у 1 пациентки - с единичными мелкими кровоизлияниями, видимо, вследствие травматизации при расчёсах). Все девочки жаловались на зуд в области гениталий. У 1 девочки 14 лет была диагностирована атрофическая форма САЛ вульвы. При осмотре имелись зудящие очаги атрофии с чёткими границами и радиальной складчатостью кожно-слизистых тканей на внутренней поверхности больших половых губ, наблюдалась гипотрофия малых половых губ.

У 3 женщин с экстрагенитальным расположением высыпаний диагноз склероатрофического лихена был подтверждён гистологически. Патоморфолог констатировал наличие гиперкератоза с роговыми пробками, вакуольной дистрофии в базальном слое эпидермиса, атрофию мальпигиевой сети, отёк сосочкового слоя дермы с гомогенизацией коллагена. У остальных больных диагноз САЛ ставился на основании данных анамнеза и клинической картины.

Дифференциальную диагностику экстрагенитального склероатрофического лихена проводили с витилиго, с белой атрофией Милиана, недифференцированной формой лепры, с атрофической формой красного плоского лишая. САЛ полового члена дифференцировали с неспецифическим баланопоститом и красным плоским лишаем, а САЛ вульвы - с красным плоским лишаем, контактным дерматитом и витилиго.

Лечение больных САЛ проводилось в стационарных и амбулаторных условиях по принципам, принятым в странах СНГ [1, 2, 4]. Больным назначались: антибиотики пенициллинового ряда, ангиопротекторы (пентоксифиллин, ксантинола никотинат, эмоксипин); препараты, улучшающие микроцир-

куляцию и обладающие репаративными свойствами (актовегин, троксерутин, диавитол, солкосерил), ферментные препараты (лидаза, трипсин, химотрипсин, лонгидаза, вобензим); аевит или витаминно-микроэлементные комплексы; биогенные стимуляторы; физиотерапевтические процедуры (ультразвук, фонофорез лидазы, ронидазы, химотрипсина; квантовая гемотерапия, магнитотерапия, низкоинтенсивная лазеротерапия). Наружная терапия включала использование стероидных мазей и кремов, аппликации раствора трипсина в 70%-м димексиде, крема или геля актовегин, солкосерил, троксевазиновой, гепариновой или теониколовой мази; контрактубекса или дерматикса. Практически все больные после выписки из стационара продолжали то или другое амбулаторное лечение. Однако результаты лечения не всегда были удовлетворительными, так как 7 больных экстрагенитальным САЛ в течение следующих 1-3 лет поступали повторно на стационарное лечение по 2-4 раза.

У 2 больных с САЛ полового члена после 14-дневного стационарного курса, проводившегося по приведенным выше принципам, было продолжено амбулаторное лечение клобетазоловой мазью 2 раза в день в течение 4 недель с последующим переходом на аппликации 0,1 %-й мази Протопик (такролимус) 2 раза в день в течение 6-8 недель (под наблюдением доцента В.Г.Панкратова). У обоих пациентов достигнуто полное клиническое излечение. Зарубежные авторы рекомендуют шире использовать для лечения больных со склероатрофическим лихеном местное применение сильно-действующих кортикостероидов (клобетазола), однако учитывая возможные побочные действия длительность терапии этой мазью не должна превышать 4 недели, дальнейшее лечение предпочтительно проводить ингибиторами кальциневрина (такролимуса или пимекролимуса) или более слабыми кортикостероидами (элоком крем) [5, 6, 8, 9]. Оптимальный результат достигается, по их данным, при длительности местного лечения до 24 недель.

Выводы

1. Склероатрофический лихен является сравнительно редким хроническим дерматозом с аногенитальными и экстрагенитальными клиническими проявлениями. Преимущественно поражает женщин среднего и пожилого возраста и детей до 10-13 лет. Соотношение мужчины - женщины было 1 : 4.

2. Склероатрофический лихен аногенитальной локализации был у 7 больных, экстрагенитальной локализации - у 25 пациентов, а у 5 из них были одновременно поражены и наружные половые органы.

3. Ведущими симптомами САЛ экстрагенитальной локализации были мелкие рассеянные или сгруппированные папулы размером 3-12 мм в диаметре, цвета слоновой кости или серовато-белесоватые с перламутровым блеском, с поверхностной атрофией по типу смятой папиросной бумаги. Наблюдались также бляшкоподобные элементы, чаще полициклических очертаний с западением в центре. Буллезная форма САЛ наблюдалась у 3 больных. Субъективные ощущения у большинства больных отсутствовали. Большинство взрослых больных САЛ (20 из 28) имели по несколько сопутствующих заболеваний.

4. САЛ генитальной локализации проявлялся наличием зудящих атрофических папул и бляшек белесоватого цвета на наружных половых органах.

5. Стандартное общее и местное лечение больных с САЛ не обеспечивало в большинстве случаев клинического излечения. Перспективным является использование топических кортикостероидов сильного действия и ингибиторов кальциневрина (пимекролимуса и такролимуса).

Литература

1. Каламкарян А.А., Фёдорова Е.Г. Склероатрофический лишай и его взаимоотношения со склеродермией // Вестн. дерматол. венерол. - 1982. - № 12. – С.4-7.
2. Молочков В.А., Романенко Г.Ф., Кряжева С.С. и др. Актуальные вопросы диагностики и лечения склероатрофического лишая // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2005. - № 6. – С. 10-14.
3. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф К., Полано М., Сюрмонд Д. Дерматология: Атлас-справочник. Пер. с англ. Мак-Гроу-Хилл-«Практика». –М.- 1999. – С. 286 – 289.
4. Потекаев Н.Н., Вавилов В.В. Фиброзирующие заболевания кожи: особенности клинической картины // Клин. дерматол. и венерол. – 2013.- № 2. – С. 4-10.
5. Hennge U.R. Склероатрофический лишай. – В кн.: Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 томах. / Клаус Вольф, Лоуэлл А. Гольдмит, Стивен И. Кац и др. ; пер. с англ.; общ. ред. акад. А.А.Кубановой. –М.: Издательство Панфилова: БИНОМ. Лаборатория знаний. 2012. – Т. 1. - 2012. – С. 598-602.
6. Альтмайер П. Терапевтический справочник по дерматологии и венерологии. /Пер. с нем.; Под редакцией А.А.Кубановой. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – С. 579-580.
7. Никитина М.Н., Орешкина Ю.И., Гришко Т.Н. и др. Очаговая склеродермия наружных половых органов // Вестн. дерматол. венерол. – 1983. - № 8. – С. 39-43.
8. Bunker C.V. Male Genital Dermatologie. –London, Saunders, 2004.
9. Torgerson R.R. Заболевания половых органов у женщин. В кн.: Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 т. / Клаус Вольф, Лоуэлл А. Гольдмит, Стивен И. Кац и др. ; пер. с англ.; общ. ред. акад. А.А.Кубановой. –М.: Издательство Панфилова: БИНОМ. Лаборатория знаний. 2012. – Т. 1. - 2012. – С. 742-743.

