

Ошибки диагностики генитальной формы красного плоского лишая

Е.В. Дворянкова

ФГБУН «Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии» Российской академии наук, Москва, Россия
dvoriankova@mail.ru

Аннотация

Представлен клинический случай пациента 62 лет с жалобами на высыпания на головке полового члена. Из анамнеза известно, что впервые высыпания на половом органе появились весной 2020 г. в виде двух «красных точек» без каких-либо субъективных ощущений. При первом обращении в дерматологическую клинику (в Лондоне) в июле 2020 г. диагноз установлен не был, назначены антибиотики и местное использование эмоленга. Назначенное лечение пациент не принимал. Повторное обращение к дерматовенерологу (в Москве) – установлен диагноз «красный плоский лишай» и назначена терапия алклометазона дипропионатом кремом на область высыпаний 2 раза в сутки. На фоне проводимой терапии высыпания полностью разрешились в течение 10 дней.

Ключевые слова: красный плоский лишай, ошибки диагностики, клинический случай.

Для цитирования: Дворянкова Е.В. Ошибки диагностики генитальной формы красного плоского лишая. Клинический разбор в общей медицине. 2021; 3: 58–60. DOI: 10.47407/kr2021.2.3.00051

Erroneous diagnosis of genital lichen planus

Evgenia V. Dvoryankova

Center for Theoretical Problems of Physicochemical Pharmacology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia
dvoriankova@mail.ru

Abstract

Clinical case of 62 year old patient complaining of rash on the glans of the penis is reported. It was known from the case history that genital rashes first appeared in spring 2020 in the form of two “red dots” associated with no subjective sensations. During the initial visit to dermatology clinic (in London) in June 2020 no diagnosis was established; antibiotics and application of topical emollient were prescribed. The patient did not take treatment as prescribed. During the repeat visit to dermatologist (in Moscow) lichen planus was diagnosed; application of alclometasone dipropionate cream on the rashes 2 times a day was prescribed. Rashes resolved completely in 10 days with treatment.

Key words: lichen planus, diagnostic errors, clinical case.

For citation: Dvoryankova E.V. Erroneous diagnosis of genital lichen planus. Clinical review for general practice. 2021; 3: 58–60. DOI: 10.47407/kr2021.2.3.00051

Клинический случай

Мужчина 62 лет обратился амбулаторно за консультацией врача-дерматолога с жалобами на высыпания на головке полового члена. Из анамнеза известно, что впервые высыпания на половом органе появились весной 2020 г. в виде двух «красных точек», что не сопровождалось какими-либо субъективными ощущениями. Половые контакты у больного отсутствовали на протяжении предшествующих 2 лет. По этому поводу мужчина обратился к врачу-урологу и получил рекомендацию наружно применять повидон-йод 2 раза в сутки. Однако спустя 10 дней от начала терапии положительной динамики отмечено не было. Напротив, на месте «красных точек» образовались поверхностные эрозии округлой формы диаметром 0,5 см. Больному был поставлен диагноз: генитальный герпес. В связи с этим больной получил терапию фамцикловиром 500 мг 2 раза в сутки и ацикловиром кремом 2 раза в сутки в течение 7 дней. Однако улучшения состояния кожи не наблюдалось.

В июле 2020 г. мужчина находился в Лондоне (Великобритания), где обратился за консультацией в дерма-

тологическую клинику. Ему был проведен ряд бактериологических исследований, результаты которых исключили герпетическую инфекцию, а также инфекции, передающиеся половым путем, но показали наличие *Citrobacter koseri* в мазке-отпечатке, взятом с эрозии на половом органе. Больному было рекомендовано принимать антибиотики, согласно полученным результатам чувствительности возбудителя, а также местно использовать эмомент.

Больной не был удовлетворен отсутствием установленного диагноза, не принимал антибактериальные препараты и использовал только эмомент. В декабре 2020 г. после возвращения в Москву он обратился за дополнительной консультацией к дерматологу. При осмотре на головке полового члена обнаружены поверхностные эрозии ярко красного цвета, округлой формы, с размытыми границами, диаметром до 2 см, безболезненные, сопровождаемые легким зудом (рис. 1). При сборе анамнеза стало известно, что в течение многих лет больной страдает хроническим простатитом. Был выставлен предварительный диагноз: искусственный дерматит, осложненный вторичной инфекцией.

Рис. 1. Эрозия на головке полового члена.
Fig. 1. Erosion of glans penis.



Рис. 2. Эпителизация эрозии на головке полового члена.
Fig. 2. Epithelialized erosion of glans penis.



Рис. 3. Папулезная сыпь на коже запястья.
Fig. 3. Papular rash on the skin of the wrist.



Рис. 4. Разрешение высыпаний.
Fig. 4. Resolved rashes.



Согласно результатам анализа чувствительности обнаруженного возбудителя и учитывая наличие хронического воспалительного процесса в мочеполовом тракте, был назначен цефалексин 500 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней, сульфатизол серебра местно 2 раза в сутки, эмолент. На фоне проводимой терапии отмечалась эпителизация эрозий (рис. 2). Однако в феврале 2021 г. на коже предплечий у больного появились ярко-красные полигональные, блестящие папулы, сопровождающиеся легким зудом (рис. 3). При детальном осмотре на поверхности папул обнаружен сетчатый рисунок (серые точки и тонкие полоски) – сетка Уикхема. При этом на головке полового органа повторно образовалась небольшая поверхностная эрозия. По совокупности выявленных симптомов был установлен диагноз: красный плоский лишай, и был назначен алкометазона дипропионат крем на область высыпаний 2 раза в сутки. На фоне проводимой терапии высыпания полностью разрешились в течение 10 дней (рис. 4).

Обсуждение

Красный плоский лишай (КПЛ) – это хроническое воспалительное неинфекционное заболевание кожи и слизистых оболочек, при котором наиболее часто поражаются гладкая кожа и слизистая оболочка полости рта. Слизистые оболочки другой локализации (включая половые органы, пищевод и конъюнктиву), а также придатки кожи (волосы, ногтевые пластины) также могут быть поражены при КПЛ, но в более редких случаях.

Красный плоский лишай на гладкой коже проявляется преимущественно плоскими, полигональными фиолетовыми папулами, что нередко сопровождается зудом. Клинические проявления заболевания на слизистой полости рта и половых органов характеризуются симметричными ретикулярными высыпаниями, напоминающими белую кружевную сеть, а также эритематозными пятнами, папулами, бляшками, эрозиями. Следует отметить, что возникновение эритематозных элементов у больных КПЛ часто сопровождается болезненностью, иногда довольно интенсивной [1, 2]. При этом эрозивные формы КПЛ слизистой может привести к развитию фиброза с рубцеванием вульвы, стенозом влагалища, фимозом, эзофагальной

структурой, снижением троты зрения, непроходимостью слезного канала [3].

Патогенез КПЛ в настоящее время остается неясным, однако существуют данные, свидетельствующие об аутоиммунном характере заболевания. Базальная дегенерация кератиноцитов, наблюдаемая при КПЛ, обусловлена воздействием цитотоксических CD8+ Т-лимфоцитов, которые являются основным компонентом инфильтратов, расположенных в эпителии пораженных областей. Триггерный антиген, приводящий к развитию КПЛ неизвестен. Тем не менее при изучении редких семейных случаев заболевания обращает на себя внимание выявляемость некоторых гаплотипов HLA (например, HLA-DR1), что может свидетельствовать об определенной роли генетических факторов в восприимчивости к данному заболеванию. Кроме этого, сообщалось, что некоторые аутоиммунные заболевания, в частности очаговая алопеция и язвенный колит, встречаются чаще у больных с КПЛ, чем в популяции.

Красный плоский лишай оказывает негативное влияние на качество жизни больных и на их психологический статус. Факторы, которые способствуют этому, включают болезненность, приводящую к трудностям с едой и сексуальной функцией, а также внешний дефект кожных покровов, зуд.

Развитие КПЛ у наблюдаемого нами больного, вероятно, было спровоцировано активизацией патогенной флоры на фоне хронического простатита. *Citrobacter koseri* – грамотрицательная палочковидная бактерия, факультативный анаэроб, является достаточно распространенным возбудителем инфекций мочеполовой и гепатобилиарной системы, а также желудочно-кишечного тракта [4]. Очевидно, что триггерным фактором развития КПЛ у больного, находившегося под нашим наблюдением, послужило именно наличие данного возбудителя на фоне сопутствующего хронического простатита. Наличие изолированных эрозивных высыпаний на головке полового члена, со слабо выраженными субъективными ощущениями и при отсутствии типичных клинических проявлений на гладкой коже привели к затруднению в постановке правильного диагноза. В связи с этим становится очевидной необходимость информирования врачей разных специальностей – дерматологов, урологов, гинекологов, стоматологов – об особенностях патогенеза, клинических проявлений КПЛ.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The author declares that there is not conflict of interests.

Литература / References

1. Schilling L, Vogt T. Lichen ruber planus: better understanding, better treatment! *Hautarzt* 2018; 69: 100–8.
2. Shiora T, Mizukawa Y. Lichen planus and lichenoid dermatosis. In: J.L. Bologna, J.V. Schaffer, L. Cerroni, editors. *Dermatology*. Elsevier, 2018. P. 188–206.
3. Zendell K. Genital lichen planus: update on diagnosis and treatment. *Semin Cutan Med Surg* 2015; 34 (4): 182–6.
4. Samonis G, Karageorgopoulos DE, Kofteridis DP et al. *Citrobacter* infections in a general hospital: characteristics and outcomes. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2009; 28 (1): 61–8.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Дворянкова Евгения Викторовна – д-р мед. наук, ведущий науч. сотр. ФГБУН ЦТП ФХФ. E-mail: dvoriankova@mail.ru
Evgenia V. Dvoryankova – D. Sci. (Med.), Center for Theoretical Problems of Physicochemical Pharmacology of the Russian Academy of Sciences. E-mail: dvoriankova@mail.ru

Статья поступила в редакцию / The article received: 26.04.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 27.04.2021