

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕРРУКОЗНОЙ ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ  
(случай из практики)**

М.Н. ГАДЖИМУРАДОВ, Г.А. ЭФЕНДИЕВА, Д.Н. ДЖАЛИЛОВА, М.М. ЭФЕНДИЕВА

*Дагестанский государственный медицинский университет,  
пл. Ленина, д. 1, г. Махачкала, Республика Дагестан, 367000, Россия, e-mail: dgma@list.ru*

**Аннотация.** Красный плоский лишай – это воспалительный хронический рецидивирующий мультифакториальный дерматоз с невыясненным этиопатогенезом. Актуальность темы обусловлена широкой распространенностью и упорным течением красного плоского лишая. Существует множество клинических разновидностей красного плоского лишая, большое разнообразие клинических проявлений, атипичных форм. Среди них – пемфигоидная форма плоского лишая, пигментная форма лишая, буллезная, кольцевая, гипертрофическая, линейная, атрофическая и другие. Типичные формы плоского лишая представлены розовыми, красно-сиреневыми папулами и бляшками на сгибательной поверхности запястий, нижних конечностей, туловища, слизистой полости рта. Возможна комбинация нескольких вариантов. Проблема веррукозного плоского лишая (гипертрофической формы лишая) остается актуальной и интересной. Патогенетические механизмы болезни неизвестны и, в связи с этим необходимые и важные исследования продолжаются. Результаты гистологических исследований выявляют общие характерные свойства плоского лишая и редких форм, но их клинические симптомы очень отличны. Сравнительно с типичной формой лишая они характеризуются более хроническим и упорным течением. Веррукозный плоский лишай создает трудности в диагностическом плане. Авторы описывают случай редкой формы плоского лишая – веррукозной – у 50-летней женщины. Приведено описание больной с длительно протекающей формой болезни, а также результаты комплексного обследования пациентки. Клиническая картина представлена нестерпимым кожным зудом, характеризуется утолщенными бляшками, возвышающимися над здоровой кожей, гиперкератотическими, веррукозными высыпаниями. Кратко приводятся современные данные литературы об этиопатогенезе, эпидемиологии и клинических проявлениях плоского лишая.

**Ключевые слова:** веррукозный плоский лишай, красный плоский лишай, атипичные формы.

**CLINICAL CASE OF VERRUCOUS FORM OF LICHEN RUBER PLANUS (case study)**

M.N. GADZHIMURADOV, G.A.EFENDIEVA, D.N. DZHALILOVA, M.M. EFENDIEVA

*Dagestan State Medical University, Republic of Dagestan, Lenin Sq., 1, Makhachkala, 367000, Russia*

**Abstract.** Lichen planus is an inflammatory chronic recurrent multifactorial dermatosis with unexplained etiopathogenesis. The relevance of the topic is due to the widespread and persistent course of lichen planus. There are many clinical varieties of lichen planus, a wide variety of clinical manifestations, atypical forms. Among them there are pemphigoid flat lichen, pigment lichen, bullous, annular, hypertrophic, linear, atrophic and others. Typical forms of lichen planus are represented by pink, red-lilac papules and plaques on the flexion surface of the wrists, lower extremities, trunk, and oral mucosa. A combination of several options is possible. The problem of lichen planus (hypertrophic lichen form) remains relevant and interesting. The pathogenetic mechanisms of the disease are unknown and, in connection with this, the necessary and important studies are ongoing. The results of histological studies reveal common characteristic properties of lichen planus and rare forms, but their clinical symptoms are very different. In comparison with the typical form of lichen, they are characterized by a more chronic and persistent course. Verrucous lichen planus creates difficulties in diagnosis. The authors describe a case of a rare form of lichen planus - verrucous in a 50-year-old woman. The article presents a description of a patient with a long-running form of the disease, as well as the results of a comprehensive examination of the patient. The clinical picture is represented by intolerable skin itching, characterized by thickened plaques that rise above healthy skin, hyperkeratotic, and verrucous rashes. The article briefly presents current literature data on etiopathogenesis, epidemiology, and clinical manifestations of lichen planus.

**Keywords:** verrucous lichen planus, lichen ruber planus, atypical forms.

**Введение.** Красный плоский лишай можно отнести к хроническим рецидивирующим заболеваниям кожи и слизистых оболочек, в патогенезе которых важное значение имеет в комплексе множество экзогенных и эндогенных факторов. Заболевание мультифакториальной природы с вовлечением в процесс иммунных, сосудистых нарушений, изменений психо-эмоционального статуса [8, 11, 14].

Термин «*Lichen planus*» был предложен английским дерматологом Эрасмусом Уилсоном в 1869 году, им так же подробно были описаны типичные для красного плоского лишая высыпания на коже – воспалительного характера плоские полигональные папулы с сиренево-фиолетовым оттенком, характерным восковидным блеском при боковом освещении и центральным пупковидным вдавлением [7].

Что касается этиопатогенеза красного плоского лишая – многие вопросы остаются до конца не выясненными. Характерно многообразие факторов, являющихся пусковым механизмом для развития и последующих обострений болезни [2, 15]. Частота встречаемости среди кожных болезней составляет от 1,5 до 2,5% [13]. По данным ряда других авторов – на долю красного плоского лишая приходится от 0,4 до 2,5% [9].

В отношении этиологии этого дерматоза не исключается вирусная природа, провоцирующими являются токсикоаллергические, инфекционные агенты, изменения иммунного статуса [1, 6]. В последние годы увеличилось количество упорно протекающих, атипичных разновидностей, а также форм, создающих некоторые трудности в диагностическом плане. Заболевание чаще встречается у лиц женского пола возрастной категории от 30 до 50 лет, у женщин в 2 раза и более чаще, чем у мужчин [4]. Отмечено также, что в последнее время участились случаи злокачественной трансформации тяжелых форм красного плоского лишая [10].

Для данного дерматоза характерно многообразие клинических проявлений, что создает определенные трудности в постановке диагноза. Помимо типичных форм существуют так называемые атипичные клинические проявления красного плоского лишая. В практике иногда встречается комбинация нескольких клинических форм. Например, атрофической и кольцевидной. На слизистой оболочке встречаются эрозивно-язвенная и экссудативно-гиперемическая формы. На коже возможны поражения кольцевидные, линейные, а также пигментного характера. Встречаются атрофические изменения с гиперкератотическими наслоениями, бородавчатыми разрастаниями (веррукозная форма), герпетиформно расположенные [5]. В патологический процесс могут вовлекаться ногтевые пластинки, ладони, подошвы, волосяные фолликулы [12]. Описаны случаи пигментных форм красного плоского лишая, чаще встречающихся в Латинской Америке, Японии, Корее, странах Среднего Востока, в особенности, у лиц с темной кожей. На открытых участках, подвергающихся более активной инсоляции, появляются коричневые или черные пятна, в дальнейшем сливающиеся в более обширные очаги. Чаще поражаются лицо, шея, верхние конечности, редко вовлекается в процесс слизистая полости рта. Ладони, подошвы, ногти свободны от поражения. Ряд исследователей считают, что существует взаимосвязь между пигментной формой красного плоского лишая и вирусными инфекциями (в частности, гепатита С), алопецией, псориазиформным акрокератозом Базекса и нефротическим синдромом. Редкая форма плоского лишая – инверсный, со схожей клинической и гистологической картиной, была описана в 2001 году. В отличие от пигментной формы – данный дерматоз поражает складки, в большей степени паховые и подмышечные области и встречается у белокожих лиц [3]. Веррукозная же форма считается более редкой и упорно протекающей.

**Цель исследования.** Таким образом, обследование и лечение упорно протекающих и атипичных форм красного плоского лишая является сложной проблемой, требующей индивидуального подхода к больному. Цель нашей работы – описание собственного клинического наблюдения над больной с веррукозной формой красного плоского лишая.

**Материалы и методы исследования.** Учитывая все вышеизложенные данные, приводим собственное наблюдение из клинической практики.

Больная *N*, 50 лет, поступила в Республиканский кожно-венерологический диспансер с жалобами на появление высыпаний на коже, сопровождающихся выраженным, интенсивным зудом. Считает себя больной в течение 20 лет, лечилась неоднократно амбулаторно и стационарно в медицинских дерматологических учреждениях. Впервые высыпания появились на коже в области голеней, в дальнейшем приняли более распространенный характер. Больная получила комплексное лечение с применением антигистаминных, десенсибилизирующих средств, седативных препаратов, а также наружного лечения в виде кортикостероидных мазей и рассасывающих препаратов. Лечебные мероприятия приносили временный эффект. В последнее время течение процесса стало носить более упорный характер. Очередное обострение около 1 месяца, в связи с чем направлена повторно на госпитализацию в стационар. Из данных анамнеза – росла и развивалась соответственно возрасту, наследственность не отягощена, наличие туберкулеза и венерических болезней отрицает. Аллергических реакций на медикаменты и пищевые продукты не отмечает.

В момент осмотра общее состояние больной удовлетворительное. Больная нормостенического телосложения. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Пульс 78 уд. в минуту, артериальное давление – 120/75 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Патологический процесс носит распространенный характер, расположен на коже обеих нижних конечностей, в большей степени на коже разгибательных поверхностей голеней, нижней трети бедра и

области голеностопных суставов симметрично с переходом на тыльную и боковую поверхности стоп и кожу лодыжек (рис.1-4). При осмотре определяются очаги, возвышающиеся над здоровой кожей, округлых, овальных очертаний, местами слившиеся между собой в более крупные бляшки. Образования бородавчатые, различных размеров, диаметром от 1,5 до 12 см, очень плотной консистенции, на эритематозном основании, местами с шероховатой, бугристой поверхностью, с зоной гиперпигментации вокруг некоторых элементов.



*Рис. 1.* Больная N. Веррукозная форма красного плоского лишая. Область левого голеностопного сустава



*Рис. 2.* Больная N. Веррукозная форма красного плоского лишая. Область нижней трети правого бедра и правого коленного сустава



Рис. 3. Больная N. Веррукозная форма красного плоского лишая. Область левой голени



Рис. 4. Больная N. Веррукозная форма красного плоского лишая. Область передне-боковых поверхностей обеих голени.

**Результаты и их обсуждение.** При обследовании: результаты ЭКГ-исследования – заключение: Синусовый, регулярный ритм, 77 уд. в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца. На флюорограмме: без свежих очаговых и инфильтративных теней, синусы свободные. Со стороны лабораторных общеклинических, биохимических показателей в пределах нормы. В посеве мочи выделен *Enterococcus spp*  $<10^3$  в 1,0. Чувствителен к бензилпенициллину, ампициллину, гентамицину, тетрациклину, ванкомицину, цiproфлоксацину, норфлоксацину.

Коагулограмма: протромбин – 97; фибриноген – 2,4; МНО – 1,0.

Результаты реакции пассивной агглютинации: к *HIV*  $\frac{1}{2}$  – (отриц.), к *HBs* антиген – (отриц.), к *HCV* – (отриц.), к *HAV* – (отриц.), к *Treponema pallidum* – (отриц.). Иммуноферментный анализ: к вирусу простого герпеса *Ig M* – (отриц.), к вирусу простого герпеса *Ig G* – (полож +++), к вирусу Эпштейна Барра *Ig M* – (отриц.), к вирусу Эпштейна Барра *Ig G* – (полож +++), к вирусу *CMV Ig M* – (отриц.), к вирусу *CMV Ig G* – (полож+).

Результаты гистологического исследования: Доброкачественное образование – формирующаяся базально-клеточная папиллома кератотического варианта.

Данные фиброгастродуоденоскопии: Поверхностный гастрит.

УЗИ-результаты: диффузные изменения печени, поджелудочной железы, признаки хронического пиелонефрита.

Результаты *дуплексного ангиосканирования* сосудов нижних конечностей: правая нижняя конечность – артериальный кровоток в норме; глубокие вены – удвоение бедренной и подколенной вен с незначительным рефлюксом – до 0,5 сек. Ствол расширен, дилатация протоков; малая подкожная вена: в пределах нормы. Большая подкожная вена: сафено-феморальное соустье в норме. Левая нижняя конечность – артериальный кроток в норме, глубокие вены – проходимость незначительная, рефлюкс на подколенной вене. Большая подкожная вена: рефлюкс I степени, ствол дилатирован.

**Заключение.** Варикозная болезнь в бассейне большой подкожной вены слева II степени. Данных за острую сосудистую патологию нет.

*Rn*-графия голени: без костно-деструктивных изменений, гиперостоз и деформация дистальных метафизов бедренных костей.

Необходимо отметить, что в анамнезе больной – перенесенный тромбофлебит подкожных вен правой нижней конечности, хронический пиелонефит, варикозный симптомокомплекс.

**Заключение:** красный плоский лишай, веррукозная распространенная форма, рецидивирующее течение, прогрессирующая стадия. Сопутствующий диагноз: хронический пиелонефрит, варикозный симптомокомплекс, варикозная болезнь вен нижних конечностей.

Проведено комплексное лечение: диетотерапия, антигистаминные препараты (супрастин 1,0 мл в/м 2,5% р-р, диазолин 0,1 г на ночь, кларидол 10 мг 1 р в /день поочередно); десенсибилизирующие препараты (тиосульфат натрия в/в 10,0 ml 30% р-р, кальция глюконат 0,5×3р в/д *per os*); седативные средства (новопассит, персен 3 р в /д); гепатопротекторы (карсил по 0,35×3 р в/д и эссенциале в/в 5,0 мл вместе с аутокровью 5,0 ml №10); витаминотерапия (аевит 0,2×2р в/д, вит В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub> ч/день в/м 1,0 ml №20); препараты, улучшающие микроциркуляцию (трентал 100×3р в/д во время еды); антибиотики (пенициллин по 500 тыс ЕД ×2р в/д в/м №8) в сочетании с бифидум-бактерином (по 1 флакону ×3-4 р в/д №10); глюкокортикоиды (дексаметазон в/м по схеме снижения -12-8-4 мг 1 р в/д).

Наружно применяли кортикостероидные мази (белодерм, целестодерм), а также рассасывающего действия средства (карталин и нафтадерм) под окклюзионную повязку. Также ежедневно назначалась лазероманнитотерапия (№10). На фоне проводимого лечения динамика процесса была положительная, однако надо отметить, что заболевание протекает очень упорно. Немного стихла субъективная симптоматика – уменьшился зуд, объективно – элементы местами упустились, воспалительная реакция уменьшилась.

**Заключение.** Таким образом, для приведенного нами наблюдения веррукозной формы красного плоского лишая характерна длительность, прогрессирующий характер процесса, частые рецидивы, отсутствие поражения слизистой оболочки полости рта, что является интересным клиническим случаем в плане диагностики в дерматологической практике.

## Литература

1. Бутарева М.М., Жилова М.Б. Красный плоский лишай, ассоциированный с вирусным гепатитом С – особенности терапии // Вестник дерматологии и венерологии. 2010. № 1. С. 105–108.
2. Дороженко И.Ю., Снарская Е.С., Шенберг В.Г. Красный плоский лишай и ассоциированные психосоматические расстройства // Вестник дерматологии и венерологии. 2016. № 4. С. 27–32.
3. Дядькин В.Ю. Справочник по кожным и венерическим болезням для врачей общей практики. Казань: Медлитература, 2006. 320 с.
4. Ломоносова К.М. Красный плоский лишай // Лечащий врач. 2003. № 9. С. 35–39.
5. Лыкова С.Г., Ларионова М.В. Доброкачественные и злокачественные новообразования внутренних органов как фактор, осложняющий течение дерматозов // Рос. журн. кож. и вен. болезней. 2003. № 5. С. 20–22.
6. Михеев Г.Н., Красносельских Т.В., Ястребов В.В., Григорян А.Э. Редкая форма поражения ладоней и подошв при красном плоском лишае // Вестник дерматологии и венерологии. 2014. №6. С. 137.
7. Михеев Г.Н., Красносельских Т.В., Ястребов В.В., Григорян А.Э. Редкая форма поражения ладоней и подошв при красном плоском лишае // Вестник дерматологии и венерологии. 2014. № 6. С. 136–143.
8. Нажмутдинова Д.К. Клобетазол в терапии красного плоского лишая // Вестник дерматологии и венерологии. 2011. № 1. С. 81–82.
9. Чистякова И.А. Красный плоский лишай. Consilium medicum // Дерматовенерология. 2006. №8(1). С. 31–33.
10. Юсупова Л.А., Ильясова Э.И. Красный плоский лишай: Современные патогенетические аспекты и методы терапии // Практическая медицина. 2013. №13. С. 13–17.
11. Carrozzo M., Thorpe R. Oral lichen planus: a review // Minerva stomatol. 2009. № 58. P. 519–537.

12. Ghosh A., Cooncloo A. Lichen Planus Pigmentosus: The Controversial Consensus // *Indian J Dermatol.* 2016. №61(5). P. 482–486.
13. Manolache Z., Seceleanu-Petrescu D., Benea V. Lichen planus patients and stressful events // *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008. № 22. P. 437–441.
14. Pokupec J.S., Gruden V., Gruden V. Jr. Lichen ruber planus as a psychiatric problem // *Psychiatr. Danub* 2009. № 21. P. 514–516.
15. Snarskaya E.S., Proskurina N.V., Bobrova M.A., Molochkova Y.V. The clinical - morphological features of pigmented forms of lichen planus // *Rus J skin venereal diseases.* 2013. № 5. P. 40–43.

#### References

1. Butareva MM, Zhilova MB. Krasnyj ploskij lishaj, associirovannyj s virusnym gepatitom S – osobennosti terapii [Lichen planus associated with viral hepatitis C - features of therapy]. *Vestnik dermatologii i venerologii.* 2010;1:105-8. Russian.
2. Dorozhenok IJ, Snarskaja ES, Shenberg VG. Krasnyj ploskij lishaj i associirovannye psihosomaticheskie rasstrojstva [Lichen planus and associated psychosomatic disorders]. *Vestnik dermatologii i venerologii.* 2016;4:27-32. Russian.
3. Djad'kin VJu. Spravochnik po kozhnym i venericheskim boleznyam dlja vrachej obshhej praktiki [Handbook of Skin and Sexually Transmitted Diseases for General Practitioners]. Kazan': Medliteratura; 2006. Russian.
4. Lomonosova KM. Krasnyj ploskij lishaj [Red flat lichen]. *Lechashhij vrach.* 2003;9:35-9. Russian.
5. Lykova SG, Larionova MV. Dobrokachestvennyje i zlokachestvennyje novoobrazovanija vnutrennih organov kak faktor, oslozhnjajushhij techenie dermatozov [Benign and malignant neoplasms of internal organs as a factor complicating the course of dermatoses]. *Ros. zhurn. kozh. i ven. boleznej.* 2003;5:20-2. Russian.
6. Miheev GN, Krasnosel'skih TV, Jastrebov VV, Grigorjan AJe. Redkaja forma porazhenija ladonej i podoshv pri krasnom ploskom lishae [rare form of damage to the palms and soles with lichen planus]. *Vestnik dermatologii i venerologii.* 2014;6:137. Russian.
7. Miheev GN, Krasnosel'skih TV, Jastrebov VV, Grigorjan AJe. Redkaja forma porazhenija ladonej i podoshv pri krasnom ploskom lishae [rare form of damage to the palms and soles with lichen planus]. *Vestnik dermatologii i venerologii.* 2014;6:136-43. Russian.
8. Nazhmutdinova DK. Klobetazol v terapii krasnogo ploskogo lishaja [Clobetasol in the treatment of lichen planus]. *Vestnik dermatologii i venerologii.* 2011;1:81-2. Russian.
9. Chistjakova IA. Krasnyj ploskij lishaj. Consilium medicum [Lichen planus. Consilium medicum]. *Dermatovenerologija.* 2006;8(1):31-3. Russian.
10. Jusupova LA, Il'jasova JeI. Krasnyj ploskij lishaj: Sovremennye patogeneticheskie aspekty i metody terapii [Red lichen planus: Modern pathogenetic aspects and methods of therapy]. *Prakticheskaja medicina.* 2013;13:13-7. Russian.
11. Carrozzo M, Thorpe R. Oral lichen planus: a review. *Minerva stomatol.* 2009;58:519-37.
12. Ghosh A, Cooncloo A. Lichen Planus Pigmentosus: The Controversial Consensus. *Indian J Dermatol.* 2016;61(5):482-6.
13. Manolache Z, Seceleanu-Petrescu D, Benea V. Lichen planus patients and stressful events. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008;22:437-41.
14. Pokupec JS, Gruden V, Gruden VJr. Lichen ruber planus as a psychiatric problem. *Psychiatr. Danub* 2009;21:514-6.
15. Snarskaya ES, Proskurina NV, Bobrova MA, Molochkova YV. The clinical - morphological features of pigmented forms of lichen planus. *Rus J skin venereal diseases.* 2013;5:40-3.

---

#### Библиографическая ссылка:

Гаджимурадов М.Н., Эфендиева Г.А., Джалилова Д.Н., Эфендиева М.М. Клинический случай веррукозной формы красного плоского лишая (случай из практики) // *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание.* 2019. №5. Публикация 1-2. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2019-5/1-2.pdf> (дата обращения: 09.09.2019). DOI: 10.24411/2075-4094-2019-16404. \*

#### Bibliographic reference:

Gadzhimuradov MN, Efendieva GA, Dzhhalilova DN, Efendieva MM. Klinicheskij sluchaj verrukoznoj formy krasnogo ploskogo lishaja (sluchaj iz praktiki) [Clinical case of verrucous form of lichen ruber planus (case study)]. *Journal of New Medical Technologies, e-edition.* 2019 [cited 2019 Sep 09];5 [about 6 p.]. Russian. Available from: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2019-5/1-2.pdf>. DOI: 10.24411/2075-4094-2019-16404.

\* номера страниц смотреть после выхода полной версии журнала: URL: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2019-5/e2019-5.pdf>