

*НИНО И. ЦИСКАРИШВИЛИ, АЛЕКСАНДР КАЦИТАДЗЕ, НАТО КОРСАНТИЯ,
ЦИСКАРИ ЦИСКАРИШВИЛИ, НИНО В. ЦИСКАРИШВИЛИ, НИНО АДАМАШВИЛИ*
ШИПОВИДНЫЙ ЛИШАЙ КРОККЕРА - АДАМСОНА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Тбилисский государственный медицинский университет, департамент дерматовенерологии

*NINO I. TSISKARISHVILI, ALEXANDER KATSITADZE, NATO KORSANTIA,
TSISKARI TSISKARISHVILI, NINO V. TSISKARISHVILI, NINO ADAMASHVILI*

CROCKER ADAMSON LICHEN SPINULOSIS – CASE REPORT

TSMU Department of Dermatovenerology

SUMMARY

Crocker -Adamson lichen spinulosis is a rare pathology that manifests itself in the development of small follicular papules with the centrally located horny spines. In the majority of the patients the disease is genetically predetermined. The present paper was designed to describe etiology and pathogenesis in conjunction with the pathomorphological criteria for diagnostics and principles of treatment. A case of Crocker -Adamson lichen spinulosis in a patient presenting with lichen ruber planus is presenting.

Keywords: Crocker - Adamson lichen spinulosis, Lichen ruber planus, diagnostic criteria, treatment

Шиповидный лишай Кроккера-Адамсона (Lichen spinulosus Crocker-Adamsons; шиповидный фолликулярный кератоз) - редкий, преимущественно генетически детерминированный дерматоз, наследуемый аутосомно - доминантно. Клиническая картина характеризуется скоплением в устьях волосяных фолликулов роговых пробок, макроскопически проявляющимся фолликулярными папулами телесного или розового цвета, размером до нескольких миллиметров с центрально расположенными роговыми шипиками [1]. Заболевания в 1883 г. впервые описал английский дерматолог Н. Crocker, как вариант красного волосяного отрубевидного лишая Девержи [2]. В 1905 г. английский дерматолог Н. Adamson шиповидный лишай выделил в качестве отдельного заболевания. Он впервые отметил, что этот дерматоз часто сочетается с красным плоским лишаем [3]. A.Rook, D.Wilkinson, F.Ebling (1979) рассматривали шиповидный лишай как вариант фолликулярного кератоза.

Этиология шиповидного лишая неизвестна. Развитие заболевания связывают с недостаточностью некоторых витаминов (в первую очередь, А и С), влиянием экзогенных факторов (контакт с продуктами каменноугольного дегтя), а также рассматривают в качестве симптома других генодерматозов (кератодермий, эктодермальных дисплазий, врожденной пахионихии, монилетрикса и др.) [4,5].

Как правило, высыпания располагаются симметрично на задней поверхности шеи, разгибательной поверхности плеч, в области спины живота, ягодиц, бедер и представлены мелкими, чаще фолликулярными, шиповатыми роговыми папулами, группирующимися в виде очагов разнообразных очертаний, кожа в очаге поражения имеет розовато-красноватую окраску с синюшным оттенком. Возможно, обильное муковидное шелушение, из-за чего очаг становится белым, как будто посыпанным пудрой. За счет наличия шипиков на папулах при проведении ладонью на поверхности очага создается впечатление прикосновения к терке. После удаления папулы обнаруживается небольшое углубление, в нем остатки обломанных волос. Дерматоз протекает субъективно асимптомно, некоторые больные отмечают незначительный зуд. Поражений внутренних органов не наблюдается [6,7]. Диагностика основывается на клинической картине и результатах патоморфологического исследования., выявляющего умеренно выраженный гиперкератоз, роговые пробки в устьях расширенных фолликулов и слабо выраженную лимфоцитарную инфильтрацию в дерме вокруг волосяных фолликулов [8]. Дифференциальная диагностика проводится с лихеноидным туберкулезом кожи, красным волосяным отрубевидным лишаем Девержи, фолликулярным муцинозом, сквамозным фолликулярным кератозом Дохи [6].

Лечение включает препараты витамина А и наружную терапию кератолитиками (салициловая кислота, молочная кислота, резорцин, мочевины) [9]. Высокоэффективно комбинированное наружное применение ретиноидов и кератолитиков [7]. При лечении дерматоза топические стероиды являются неэффективными [7]. Прогноз для выздоровления благоприятный, так как имеется тенденция к самопроизвольному излечению. Спонтанные ремиссии возникают в течение 1-2 лет.

В литературе описано лишь несколько десятков случаев шиповидного лишая Кроккера - Адамсона, однако ошибки в диагностике данного заболевания могут привести к длительному неэффективному лечению. В связи с этим каждый клинический случай заболевания представляет несомненный интерес для дерматологов. Приводим наше наблюдение.

Больной Н. 1959 г рождения. Считает себя больным около года, когда после стрессовой ситуации на коже туловища и конечностей появились высыпания, характерные для красного плоского лишая, субъективно сопровождающиеся выраженным зудом. Лечился амбулаторно с временным положительным эффектом. Месяц назад по всему кожному покрову появилась множественная фолликулярная сыпь с шипиками на фоне застойно гиперемированной кожи.

История жизни. Рос и развивался нормально. Наследственность не отягощена. Вредные привычки отрицает. Сопутствующих заболеваний нет. Аллергоanamнез не отягощен.

Общий статус. При обращении в клинику жалобы на появление высыпаний на коже туловища и конечностей. Больной правильного телосложения, нормального питания. Общее состояние удовлетворительное. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Артериальное давление 120/80 мм.рт. ст. Тоны сердца, звучные, ритмичные, частота сердечных сокращений 65 в минуту. Живот при пальпации, мягкий, безболезненный, периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система внешне не изменена. Физиологические отправления в норме.

Местный статус. Патологический кожный статус носит распространенный характер. Множественные высыпания представлены темно - коричневыми и темно - бурыми пигментными пятнами неправильно - овальной формы, изолированными или сливающимися между собой, разнообразными синюшными папулами (полигональными или овальными) и темно - коричневыми бляшками вытянуто овальных очертаний, расположенными в нижней части живота и в области лобка. На внутренне - боковой поверхности правых бедра и голени тянется линейно расположенный очаг гиперпигментации темно - коричневого цвета шириной до 1 см., переходящий в области лодыжки и вытянутой формы инфильтрат плотной консистенции с бугристой поверхностью, выступающей над уровнем видимо здоровой кожи. На основании клинических проявлений диагностировали красный плоский лишай, линейную форму. В области верхней части спины, боковых поверхностей туловища, в пояснично - крестцовой области, на ягодицах, бедрах и наружных поверхностях голени симметрично расположены очаги застойно - красного цвета, на фоне которых имеется множественная мелкоузелковая фолликулярная сыпь округлой формы с белесыми тонкими шипиками на поверхности. Описанная клиническая симптоматика наиболее соответствует шиповидному лишаю Кроккера - Адамсона.

Результаты обследования. Клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимический анализ крови в пределах нормы. Электрокардиограмма - без особенностей. На рентгенограмме органов грудной клетки очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости патология не выявлено. РИФ, РИБТ отрицательные. Антитела к ВИЧ, Hb_s - Ag, HCV отрицательные. Анализ кала - яйца гельминтов не обнаружены.

При дерматоскопии фолликулярных высыпаний выявлены мелкие фолликулярные папулезные элементы размером 0,5-1 мм. На поверхности узелков - острые нитевидные кератиновые выступы, исходящие из каналов волосяных фолликулов.

Патоморфологическое исследование. Эпидермис обычной толщины, слои дифференцированы. В дерме обнаруживаются фрагменты расширенных устьев фолликулов, в просветах которых присутствуют рыхлые роговые пробки. Перифолликулярно отмечается образование небольших по размеру эпителиоидно клеточных гранул с единичными гигантскими многоядерными клетками.

Проведенное лечение, включающее терапию шиповидного лишая Кроккера - Адамсона (препараты витамина А, кератолитики наружно) и линейной формы красного плоского лишая (десенсибилизирующие, антигистаминные, ферментные, седативные препараты, препараты калия) способствовали достижению выраженного улучшения. Большая часть высыпаний полностью или частично регрессировала. В приведенном нами клиническом наблюдении диагноз шиповидный лишай Кроккера - Адамсона основывался на данных анамнеза, клинической картине дерматоза, результатах дерматоскопии и биопсии. Трудности его диагностирования связаны с низкой встречаемостью, в связи с чем оно мало знакомо дерматологам. Можно предположить, что шиповидный лишай Кроккера - Адамсона патогенетический близок к красному плоскому лишаяю.

Литература:

1. Boyd A.S. Lichen spinulosus case report and overview. Cutis 1989;43:6:557-560
2. Strickling W.A., Norton S.A. Spiny eruption on the neck. Diagnosis: lichen spinulosus (LS). Arch Dermatol: 136:9:1165 -1170
3. Forman S.B., Hudgins E.M. Blaylock W.K. Lichen spinulosus: excellent response to tretinoin gel and hydroactive adhesive applications. Arch Dermatol 2007: 143:1: 122-123
4. Туранов Н.М., Студницин А.А., Смелов Н.С. Кожные и венерические болезни, Москва "Медицина"1977, 101-102
5. Braun - Falco, Dermatologie, Venerologie und Allergologie, 6 Auflage S Springer, 2018
6. Goldsmith, Katz, Gilcrest, Paller, Leffel, Wolf. Dermatology Fitzpatrick in clinical practice 2015
7. P. Fritsch Dermatologie und Venerologie, 1998
8. Hebif T.P. Skin diseases: diagnosis and treatment. M. 2008

*ნინო ი.ციცკარიშვილი, ალექსანდრე კაციტაძე, ნატო კორსანტია, ცისკარი ცისკარიშვილი,
ნინო ვ.ციცკარიშვილი, ნინო ადამაშვილი*
კროკერ-ადამსონის ეკლიანი სისრსველის კლინიკური შემთხვევა
თსსუ, დერმატოვენეროლოგიის დეპარტამენტი.

რეზიუმე

კროკერ - ადამსონის ეკლიანი სისრსველი - იშვიათი გენეტიკურად დეტერმინირებული დერმატოზია, რომელიც ხასიათდება წვრილი ფოლიკულური პაპულების განვითარებით. მათ ცენტრალურ ნაწილში გარქოვანებული ეკლებია, აღწერილია დერმატოზის ეტიოლოგია და პათოგენეზი, დაავადების დიაგნოსტიკის კლინიკური და პათომორფოლოგიური კრიტერიუმები, მკურნალობის პრინციპები. წარმოდგენილია წითელი ბრტყელი ლიქენის ფონზე განვითარებული კროკერ-ადამსონის ეკლიანი სისრსველის კლინიკური შემთხვევა.

*НИНО И. ЦИСКАРИШВИЛИ, АЛЕКСАНДР КАЦИТАДЗЕ, НАТО КОРСАНТИЯ,
ЦИСКАРИ ЦИСКАРИШВИЛИ, НИНО В. ЦИСКАРИШВИЛИ, НИНО АДАМАШВИЛИ*
ШИПОВИДНЫЙ ЛИШАЙ КРОККЕРА - АДАМСОНА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)
Тбилисский государственный медицинский университет, департамент дерматовенерологии

РЕЗЮМЕ

Шиповидный лишай Кроккера - Адамсона - редкий, преимущественно генетический детерминированный дерматоз. Клиническая картина характеризуется появлением мелких фолликулярных папул с центрально расположенными роговыми чешуйками. Описаны этиология, патогенез, клинические и патоморфологические критерии диагностики шиповидного лишая Кроккера - Адамсона, принципы лечения. Представлен случай шиповидного лишая Кроккера - Адамсона у больного с линейной формой красного плоского лишая.

