

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ГЕНИТАЛЬНОГО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА

А.В. Игнатовский

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

CLINICAL CASES OF THE HEMORRHAGIC FORM OF GENITAL SCLEROATROPHIC LICHEN

A.V. Ignatovsky

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

E-mail: derm@list.ru

Аннотация

Цель – описать редкую геморрагическую форму генитального склероатрофического лишена (ГСЛ).

Материалы и методы. Представлены два собственных клинических наблюдения геморрагической формы ГСЛ.

Результаты. Рассмотрены анамнез, особенности клинической картины и динамика кожных проявлений на фоне проводимой терапии у пациентов мужского и женского пола с геморрагической формой ГСЛ.

Заключение. Представленные случаи демонстрируют, что геморрагическая форма ГСЛ существует как самостоятельная, в противовес мнению некоторых авторов, выделяющих такие проявления только как буллезно-геморрагическую форму. Особое внимание уделено быстрому регрессу клинических проявлений на фоне топической терапии глюкокортикостероидами и щадящего ухода за пораженной кожей. Триггерами такой формы могут быть как применение препаратов, влияющих на свертывающую систему крови, так и травмы кожи в очагах ГСЛ.

Ключевые слова: склероатрофический лишень, ксеротический баланит, баланопостит, топические глюкокортикостероиды, склероатрофический лишень вульвы.

Abstract

Purpose. To demonstrate a rare hemorrhagic form of genital scleroatrophic lichen (GSAL).

Materials and methods. The author presents his own two clinical observations of hemorrhagic GSAL.

Results. Anamnesis, features of clinical picture and dynamics of skin manifestations under the prescribed therapy in male and female patients with hemorrhagic GSAL were analyzed.

Conclusion. The presented cases demonstrate that GSAL hemorrhagic form can exist as a separate form, in contrast to the opinion of some authors who consider such manifestations to be only manifestations of the bullous hemorrhagic form. The author draws attention to a rapid regression of clinical manifestations under topical therapy with glucocorticosteroids and gentle care of the affected skin. Such form may be triggered by both drugs that affect the blood clotting system and skin damage in GSAL foci.

Key words: lichen sclerosis, balanitis xerotica, balanoposthitis, topical glucocorticosteroids, vulvae lichen sclerosis.

Ссылка для цитирования: Игнатовский А.В. Клинические случаи геморрагической формы генитального склероатрофического лишена. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2022; 2: 114–119

Введение

Склероатрофический лишай — хронический дерматоз, имеющий наряду с типичными клиническими проявлениями несколько атипичных форм. К таким формам относят витилигинозную, отечную, буллезную, геморрагическую, эрозивно-язвенную. Диагностика атипичных форм дерматоза может быть затруднительной по ряду причин: во-первых, редкость таких форм в клинической практике и, как следствие, отсутствие опыта в распознавании этих проявлений, во-вторых, сложности в оценке морфологических изменений кожи при атипичных формах [1]. В некоторых случаях авторы не делают различий между буллезной и геморрагической формами заболевания [2, 3], объединяя их в одну форму, в других — представляют как самостоятельную особую форму, сопровождающуюся геморрагическим характером высыпаний от петехий до экхимозов и не сопровождающуюся образованием пузырей [4].

Цель работы — продемонстрировать редкую геморрагическую форму генитального склероатрофического лишая (ГСАЛ).

Материалы и методы

Представлены два собственных клинических наблюдения геморрагической формы ГСАЛ у пациентов, обратившихся за медицинской помощью в течение 2019–2022 гг. в ООО «Клиника дерматологии и репродуктивного здоровья доктора Игнатовского» (Санкт-Петербург). Все пациенты предоставили письменное добровольное информированное согласие на фотофиксацию изменений на коже, а также на обработку данных в целях научной работы и их публикацию в обезличенном формате.

Клинический случай 1

Пациентка Т., 25 лет, впервые обратилась с жалобами на сухость, дискомфорт и некоторую отечность половых губ в 2019 г. Врач-гинекологом была выполнена биопсия из очага изменений, гистологически верифицирован диагноз «склероатрофический лишай вульвы», назначен крем с бетаметазоном два раза в сутки в течение 10 дней.



Рис. 1. Состояние кожи при первичном обращении

Соматических заболеваний в стадии обострения при первичном обращении выявлено не было. В клиническом, биохимическом анализе крови — без отклонений. Общий анализ мочи и микроскопическое исследование отделяемого влагалища, цервикального канала и уретры — без патологических изменений.

На фоне проводимого наружного лечения не было достигнуто улучшения, и пациентка обратилась к дерматологу в 2019 г. При осмотре кожа малых половых губ отечна, уплотнена, имеет белесоватый цвет, атрофична, архитектура вульвы не изменена (рис. 1).

Назначена терапия кремом с мометазоном 0.1% два раза в сутки 15 дней, затем — один раз в сутки 15 дней, с последующим уменьшением частоты аппликаций крема до двух раз в неделю на протяжении одного месяца, внутрь — витамин Е по 200 мг в сутки два месяца, пентоксифиллин по 100 мг три раза в сутки, но в связи с плохой переносимостью (головокружение и подташнивание) препарат был отменен. На фоне улучшения самочувствия пациентка прекратила лечение, на контрольные осмотры не приходила, поддерживающую терапию не получала. Повторно обратилась в ноябре 2021 г. в связи с появлением жалоб на кровоизлияние в кожу половых губ, рецидив симптомов сухости, дискомфорт в области половых органов. На вопросы о роли возможных триг-



Рис. 2. Экхимозы в очагах склерозирующего лишена

геров (половой контакт, тесная одежда или нижнее белье) дала отрицательные ответы. Объективно: на коже малых половых губ, больше справа, геморрагические элементы, представленные экхимозами, по периферии геморрагий – очаги белесоватого цвета с явлениями атрофии (рис. 2). Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Консультация гематолога: рекомендовано исключить антифосфолипидный синдром.

Результаты обследования: коагулограмма – АЧТВ – 29.2 с, МНО – 0.98, протромбиновое время – 14.3 с, тромбиновое время – 13 с, фибриноген – 2.7 г/л.

Клинический анализ крови: эритроциты – 4.17×10^{12} /л, лейкоциты – 4.92×10^9 /л, Нб – 123 г/л, гематокрит – 36.5%, тромбоциты – 294×10^9 /л, нейтрофилы – 39.8%, лимфоциты – 45.2%, моноциты – 14.2%, эозинофилы – 0.8%. СОЭ – 7 мм/ч.

Гомоцистеин – 11.12 мкмоль/л, антитела к бета-2-гликопротеину – 3.12 RU/ml, антитела к фосфолипидам IgG суммарные – 2.98 Ед/мл, антитела к фосфолипидам IgM суммарные – 2.38 Ед/мл, антитела к аннексину V IgG – 1.09 Ед/мл, антитела



Рис. 3. Динамика кожного процесса на фоне терапии

к аннексину V IgM – 1.18 Ед/мл. Данных за патологию системы гемостаза не выявлено, ревматоидный фактор (РФ) – отрицательно, С-реактивный белок (СРБ) – отрицательно, антитела к ДНК не обнаружены.

Мазки из влагалища, цервикального канала и уретры – без патологии. ПЦР на *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae* – отрицательно.

Назначено лечение: клобетазол крем 0.05% два раза в сутки в течение семи дней, затем один раз в сутки – 10 дней, далее пациентка переведена на проактивный формат терапии кремом с мометазоном 0.05% два раза в неделю в течение двух месяцев. В результате проводимой терапии отмечался выраженный клинический регресс симптомов (рис. 3).

Клинический случай представляется как редкая форма склероатрофического лишена области вульвы.

Клинический случай 2

Пациент И., 62 года. Впервые обратился клинику в 2019 г. по рекомендации врача-уролога для коррекции лечения после вы-



Рис. 4. Состояние кожи при первичном обращении

полнения циркумцизии по поводу фимоза вследствие ксеротического баланита. При осмотре – кожа головки и области внутреннего листка крайней плоти в зоне послеоперационного шва имеет белесоватый цвет, истончена, атрофична (рис. 4).

Первые симптомы заметил около двух лет назад, когда на крайней плоти появились покраснение, отек, трещины, которые частично регрессировали под влиянием наружного лечения. С течением времени заболевание прогрессировало, и открывание головки стало невозможным. Была выполнена циркумцизия с гистологическим исследованием, по результатам которого и была рекомендована консультация дерматовенеролога. Рекомендованное лечение: крем, содержащий мометазон + гентамицин + эконазол + декспантенол, по схеме два раза в неделю 15 дней, затем один раз в сутки 15 дней, далее два раза в неделю четыре недели, витамин Е по 400 мг в сутки два месяца. Следующий визит состоялся через два года – со слов пациента, никакого лечения за это время он не проводил, так как состояние кожного процесса значительно улучшилось (рис. 5).



Рис. 5. Динамика через два года после лечения

Повторное обращение связано с изменением клинической картины на головке полового члена, возникшим на третий день после операции по поводу эндопротезирования левого коленного сустава. В послеоперационном периоде пациент получал нестероидные противовоспалительные препараты (парацетамол по 0.5 г два-три раза в сутки, Диклофенак 100 мг один раз в сутки), ацетилсалициловую кислоту 100 мг в сутки до 35-го дня после операции.

Объективно: при осмотре на головке полового члена и внутреннем листке крайней плоти с переходом на тело полового члена неправильной формы экхимоз, а также очаги атрофии белесоватого цвета. Область уретры и значительная часть кожи головки полового члена не изменены (рис. 6). Другие участки кожи интактны, периферические лимфатические узлы не увеличены. Клинический анализ крови: гемоглобин – 145 г/л, эритроциты – $4.72 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6.6 \times 10^9/л$, гематокрит – 0.424, тромбоциты – $176 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 58.1%, лимфоциты – 21.6%, моноциты – 14.7%, эозинофилы – 5.1%, базофилы – 0.5%, СОЭ – 17 мм/ч.



Рис. 6. Геморрагические элементы в очагах склерозирующего лишена

Исследование системы гемостаза: протромбин по Квику – 83%, протромбиновое время – 13.3 с, МНО – 1.17%, АЧТВ-SP – 34.6 с, отношение АЧТВ к нормированной плазме – 1.1%, фибриноген по Клаусу – 4.94 г/л, тромбиновое время – 20.7 с. Кровь на антитела к ВИЧ, сифилису, гепатитам В и С – отрицательно, РФ – отрицательно, СРБ – отрицательно, антитела к ДНК не обнаружены.

Рекомендации по лечению: исключить травматизацию – ношение мягкого и свободного нижнего белья, крем с мометазоном 0.1% два раза в сутки 15 дней, затем 10 дней один раз в сутки и далее два раза в неделю в течение месяца.

Повторный осмотр осуществлен через три недели – на фоне терапии геморрагии значительно регрессировали, сохраняются очаги атрофии кожи белесоватого цвета на головке полового члена (рис. 7).

Обсуждение

Склероатрофический лишень, протекающий с поражением генитальной области, рассматривается как дерматоз, оказывающий



Рис. 7. Динамика кожного процесса через месяц терапии

значительное влияние на качество жизни пациентов, а также как дерматоз, имеющий риск малигнизации [5, 6]. Трудности диагностики могут быть обусловлены как множеством клинических форм, так и сложностью трактовки клинических проявлений на коже генитальной области, что связано с естественным анатомическим многообразием вариантов нормального строения кожи этой области. Опубликованы лишь единичные работы, посвященные описанию геморрагической формы ГСАЛ. Представленные нами клинические случаи демонстрируют трудности клинической диагностики ГСАЛ. В приведенных наблюдениях геморрагические очаги настолько обширны, что не позволяют увидеть типичные для данного заболевания участки атрофии кожи. Элементы геморрагического характера скорее могут быть расценены как следствие травматизации, например при сексуальном контакте/насилии или при возможном травматичном проведении медицинских манипуляций (как во втором наблюдении – пациенту выполнялась катетеризация мочевого пузыря), чем как одна из форм склероатрофического лишена. Хотя справедливо было бы отметить, что появление геморрагической формы ГСАЛ чаще является следствием механического воздействия на истонченную кожу в очагах заболевания, в результате чего и возникает подкожное кровоизлияние, а также вследствие влияния нескольких факторов: при-

ма антикоагулянтов и НПВС, влияющих на свертывающую систему крови, и вследствие возможной механической травмы (клинический случай 2).

Приведенные наблюдения также демонстрируют отсутствие буллезных высыпаний, что позволяет согласиться с мнением авторов, выделяющих геморрагическую и буллезную формы как две самостоятельные формы, а появление полостных элементов наряду с геморрагическими выделить в буллезно-геморрагическую форму заболевания. Появление буллезных высыпаний в очагах ГСАЛ обусловлено как активностью аутоиммунного процесса, так и истончением кожи вследствие развития патогистологических изменений кожи в виде атрофии и может протекать без геморрагического компонента, что мы неоднократно наблюдали, в других же случаях возможно появление буллезно-геморрагических элементов. Анамнестические данные, а также тщательное исследование кожи генитальной области (с акцентом на периферическую область геморрагических элементов) позволят специалисту предположить геморрагическую форму ГСАЛ. Указание на прием препаратов, влияющих на свертывающую систему крови, также может быть полезным в формировании представления о причинах геморрагического характера изменений кожи. В наших наблюдениях мы не выявили какой-либо патологии системы крови как фактора, влияющего на возникновение этой редкой формы ГСАЛ, но окончательный вывод можно сделать только при анализе большего числа клинических наблюдений. По нашему мнению, исследование системы гемостаза необходимо проводить всем пациентам с геморрагической формой ГСАЛ. В нашем наблюдении также не нашло подтверждения предположение о наличии у пациентки антифосфолипидного синдрома, который, как известно, может сопровождаться геморрагическими проявлениями на коже.

Заключение

Подробный сбор анамнеза, указание на предсуществующие изменения кожи в области гениталий, а также внимательное

изучение поражения кожи позволят диагностировать или заподозрить геморрагическую форму ГСАЛ и назначить правильное лечение. Во всех наблюдаемых случаях положительный результат был достигнут только вследствие наружного применения топических глюкокортикостероидов, а также соблюдения общих рекомендаций, заключающихся в щадящем уходе за пораженной кожей.

Литература

1. Khatib J. et al. Hemorrhagic bullous lichen sclerosus: a case report // *Am J Case Rep.* – 2020. – V. 21. – P. e919353.
2. Торшина И.Е. и др. Случай локализованной буллезно-геморрагической формы склероатрофического лишена // *Клиническая дерматология и венерология.* – 2012. – Т. 10. – № 5. – С. 38–41. [Torshina I.E. et al. A case of localized bullous-hemorrhagic form of lichen sclerosus // *Clinical dermatology and venereology.* – 2012. – V. 10. – № 5. – P. 38–41. In Russian].
3. Зароченцева Н.В. и др. Склероатрофический лишень вульвы: современный взгляд на проблему // *Российский вестник акушера-гинеколога.* – 2018. – Т. 18. – № 6. [Zarochentseva N.V. et al. Lichen sclerosus et atrophicus: modern view on the problem // *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist.* – 2018. – V. 18. – № 6. In Russian].
4. Lewis F.M. et al. British Association of Dermatologists guidelines for the management of lichen sclerosus, 2018 // *Br J Dermatol.* – 2018. – V. 178. – № 4. – P. 839–853.
5. Halonen P. et al. Lichen sclerosus and risk of cancer // *Int J Cancer.* – 2017. – V. 140. – № 9. – P. 1998–2002.
6. Солопова А.Г. и др. Психоэмоциональный портрет пациенток со склерозирующим лихеном вульвы // *Акушерство, гинекология и репродукция.* – 2020. – Т. 14. – № 2. – С. 203–210. [Solopova A.G. et al. Psychoemotional portrait of patients with sclerosing lichen of the vulva // *Obstetrics, gynecology and reproduction.* – 2020. – V. 14. – № 2. – P. 203–210. In Russian].