
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.547.615.834.4

Надійшла 20.11.2015

Т. І. ТРУНІНА (Київ)

ВИПАДОК АТИПОВОГО РОЖЕВОГО ЛИШАЮ ЖИБЕРА

Кафедра дерматології та венерології (зав. – проф. В. І. Степаненко)
Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця <trunina03@gmail.com>

Описано клінічну картину атипичної форми рожевого лишая Жибера – іритативну, що рідко зустрічається, у 18-річного курсанта військового університету. Вперше цю патологію описав Жибер у 1860 р. Він розглядав даний дерматоз як різновид поверхневої трихофітії гладенької шкіри. Однак російська та французька дерматологічні школи цю гіпотезу не підтримали. У нашому випадку пусковим механізмом виникнення і розвитку атипичної форми рожевого лишая Жибера був концентрований розчин хлористого вапна, з яким пацієнт контактував напередодні розвитку хвороби. Дар'є не рекомендував лікування цієї патології. Однак тяжкий загальний стан, виражені суб'єктивні симптоми (біль, свербіж в місцях висипу) стали приводом до призначення системної терапії в умовах стаціонару, після якої настало видужання протягом 4 тиж.

Ключові слова: рожевий лишай Жибера, інфекційно-алергічний генез, контакт з розчином хлорного вапна.

Рожевий лишай вперше описав у 1860 р. віденський дерматолог Жибер як різновид поверхневої трихофітії. Езіонек (1925) також розглядав рожевий лишай

як схожий до поверхневої трихофітії. Він вважав, що переносником інфекції є нова невипрана шерстяна білизна; також спричинюють розвиток захворювання мацерація шкіри, пітливість, пошкодження епідермісу розтиранням, масажем [2]. Гебра і Капоші описали рожевий лишай як трихофітію і назвали його *herpes tonsurans*. Лассар повідомив, що рожевий лишай є результатом екзогенної шкірної інфекції, збудник якої може бути нова або невипрана білизна; цю думку поділяє Ядассон. Брок (1925) описав чотири випадки, в яких переносником інфекції були блохи. Але російська і французька дерматологічні школи не підтримали інфекційну етіологію рожевого лишая [1, 4]. Вони не знайшли в лусочках червоних плям трихофітонів. І. В. Щуцький [8] допускав інфекційно-алергічний генез даного дерматозу, причиною якого може бути особливий різновид грибів (дріжджі), стрептококів чи вірусів. Певну роль у виникненні хвороби відіграють нервово-трофічні розлади, ураження внутрішніх органів, порушення функції ендокринної системи, хронічна фокальна інфекція, ГРВІ, аутоінтоксикація, вакцинація тощо. Патологічна реакція відбувається за механізмом гіперчутливості негайноуповільненого типу. Хоча хворих на рожевий лишай можна спостерігати в будь-яку пору року, однак більшість випадків реєструють навесні або восени, частіше хворіють жінки молодого віку [6, 7]. Після одужання настає стійкий імунітет.

Атипові форми: уртикарна, папульозна, везикулярна, циліарна, фолікулярна та міліарна, іритативна (*pityriasis rosea irritata*), на особливу увагу заслуговує кільцеподібний та оточений облямівкою лишай (*pityriasis circinata et marginata Vidal*), який Дар'є назвав гігантським рожевим лишаєм. Перед висипом на шкірі завжди виникають продромальні симптоми у вигляді загального нездужання, головного болю, гіперемії зівя, субфебрильної температури тіла, артралгії. Іритативна форма рожевого лишая, або подразнена, виникає при механічному подразненні, терті, тисненні, пітливості, неадекватному лікуванні і супроводжується сильним свербіжем та плямами, схожими на мішені, схильні до злиття, нагадують багатотормну еритему [3]. Наводимо опис власного спостереження.

До дерматолога звернувся курсант військового університету Т., 18 років, із скаргами на рясний висип по всьому шкірному покриву, крім голови, кистей, стоп. Захворів напередодні ввечері. Декілька днів назад з'явилися скарги на загальне нездужання, головний біль, нежить, кашель, але до лікаря не звертався, а навпаки, взяв активну участь у прибиранні приміщення. Контактуював з концентрованим розчином хлористого вапна. Наприкінці робочого дня під пахвами та в пахвинних складках виник червоний плямистий висип, який проявлявся у поколюванні та болючості. Вночі не спав. Зранку з'явилися червоні болючі плями по всьому шкірному покриву.

Об'єктивно: по всьому шкірному покриву рясний овальний або округлий плямистий висип рожевого кольору, симетричний, діаметром до 2–4 см, в центрі рожево-жовтуватого кольору з ніжною складчастістю, що нагадує зім'ятий цигарковий папір, по периферії – інфільтрований валик. У підпахвинних, пахових і в калитково-стегнових складках набряклі еритеми насиченого червоного кольору з нечіткими межами, схильні до злиття. На дотик болючі.

Лабораторне дослідження крові: Нв. – 135 г/л; ер. – $4,5 \cdot 10^{12}$ в 1 л; к.п. – 0,9; лейкоц. – $15 \cdot 10^9$ в 1 л; ер. – 19 %; лімф. – 20 %; ШОЕ – 40 мм/год. Аналіз сечі в межах норми. Глюкоза крові – 4 ммоль/л; RW – негативна; при аналізі лусочок патогенних грибів не виявлено.

Діагноз: рожевий лишай Жиберга, іритативна форма.

Дар'є рекомендував утриматись від лікування. Однак, враховуючи суб'єктивні симптоми (свербіж, болючість, прогресування висипу, загальний стан – нездужання), хворому рекомендовано лікування в стаціонарі.

Призначення: дієта – стіл № 5, холівер по 2 таблетки 4 рази на день; антигістамінні (Еріус®, цетрин); кальцемін 1 таблетка 2 рази на день; Дипроспан® 1мл внутрішньом'язово, крапельниці (№ 5) через 2 дні (Реосорбілакт® 200 мл, дексаметазон 1 мл, Супрастин® 1мл, кальцію глюконат 10% 10 мл); сорбенти: силіцеа гастрогель по 1 саше 3 рази на день (5 днів). Місцево: не мочити, не терти. Наступного дня після крапельниці на шкірі латеральної поверхні лівого плеча візуалізувалась «материнська бляшка» (за-

пальна пляма 5–6 см в діаметрі блідо-червоного кольору з жовтуватим відтінком, округлої форми з чіткими контурами, з блідим запалим центром, складчастим, який нагадував зім'ятий цигарковий папір, по периферії – еритематозна зона, вкрита дрібними лусочками).

Через 2 тиж на фоні лікування процес почав регресувати, біль не турбував, але з'явився незначний свербіж та лущення в місцях висип. Через 4 тиж на місцях висип залишилась незначна гіпопигментація, свербіж не турбував, хворий одужав.

Список літератури

1. Дарье Ж. Розовый лишай Жибер // Основы дерматологии. – М., 1930. – С. 119–122.
2. Езионек. Розовый лишай Жибер // Руководство по кожным и венерическим болезням. – М.; Л.; Гос. изд-во, 1995. – С. 426–427.
3. Машкилейсон Л. Н. Розовый лишай Жибер // Частная дерматология. – М.: Медицина, 1965. – С. 230–237.
4. Мецкерский Г. И. Розовый лишай Жибер // Руководство по кожным и венерическим болезням. – М.; Л.: Гос. изд-во, 1925. – С. 426.
5. Самсонов В. А., Чистяков И. А. Новые препараты для лечения дерматозов // Вестн. дерматологии и венерологии. – 1999. – №1. – С. 46–48.
6. Федотов В. П., Дюдю А. Д., Степаненко В. І. Рожевий лишай Жибер // Дерматовенерология: Навч. посібник для лікарів і інтернів. – Дніпропетровськ; Київ, 2008. – С. 486–488.
7. Цераудис Г. С., Федотов В. П., Дюдю А. Д., Туманский В. П. Гистопатология и клиническая характеристика дерматозов. – Днепропетровск: Свидлер, 2004. – 536 с.
8. Шуцкий И. В. Лишай розовый (син. Жиберы болезнь, розеола шелушащаяся): Справочник по детской дерматологии. – К.: Здоровья, 1988. – 480 с.

АТИПИЧНЫЙ РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ ЖИБЕРА

Т. И. Трунина (Киев)

Описана клиническая картина редко встречающейся атипичной формы розового лишая Жибер – раздражительной у 18-летнего курсанта военного университета. Жибер (1860) рассматривал этот дерматоз как разновидность поверхностной трихофитии гладкой кожи. Однако русская и французская дерматологические школы эту гипотезу не поддержали. В описанном случае пусковым механизмом возникновения и развития атипичной формы розового лишая Жибер стал концентрированный раствор хлорной извести, с которым пациент контактировал накануне болезни. Дарье не рекомендовал лечение. Но тяжёлое общее состояние, выраженные субъективные симптомы (боль, зуд в местах высыпания) были поводом к назначению системной терапии в условиях стационара, после которой наступило выздоровление в течение 4 нед.

Ключевые слова: розовый лишай Жибер, инфекционно-аллергический генез, контакт с раствором хлорной извести.

ATYPICAL GIBERT'S PITYRIASIS ROSEA

Т. І. Труніна (Киев, Україна)

Bogomolets National Medical University

The article describes the clinical picture of a rare atypical Gibert's pityriasis rosea – its irritant form, observed in 18 y. o. cadet of military university. Gibert first described pityriasis rosea in 1860. He studied that type of dermatosis as a variety of superficial smooth skin trichophytosis. However, neither Russian, nor French dermatological schools supported that hypothesis. In our case the concentrated solution of chloride of lime, which a patient had contacted the day before a disease with, triggered the onset and development of atypical Gibert's disease. F. –J. Darier did not recommend any treatment of it. But in our case a severe condition, evident symptoms (pain, itching in the place of eruption) required indication of a systemic in-patient therapy, which resulted in recovery within four weeks.

Key words: pink zoster Gibert, infectious and allergic genesis, contact with a solution of bleach.