

Slimības aktivitātes iedalījums pacientiem ar ādas *lichen planus*

Ilze Upeniece¹, Ingmārs Mikažāns¹, Valērija Groma²

Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija

¹ Infektoloģijas un dermatoloģijas katedra

² Anatomijas un antropoloģijas institūts

Ievads. Pasaules literatūrā (*Garcia-Garcia et al., 2012*) atkarībā no gļotādu *lichen planus* (LP) klīniskās un morfoloģiskās ainas tiek izdalītas trīs slimības fāzes. Pirmajā jeb sākuma fāzē raksturīgi izsitumi, kas saglabājas 6–12 mēnešus vai ilgāk, un baltas punktveida struktūras gļotādā. Otrajā fāzē vērojami izsitumi, kas saglabājas 10–30 gadu, klīniski Vikhema tīkliņš (VT) un histoloģiski limfocitārs iekaisums bez būtiskām epitēlija izmaiņām. Šis periods var mīties ar dažādām aktivitātes fāzēm. Visbeidzot, trešā jeb vēlīnā slimības fāze ilgst vairākus gadus un dekādes, un to raksturo VT, gļotādas atrofija un hiperkeratoze. Līdzīgu slimības gaitas iedalījumu ir iespējams izveidot ādas LP gadījumā, kompleksi izvērtējot anamnēzes datus, klīnisko ainu, dermaskopijas un histoķīmijas rezultātus.

Darba mērķis, materiāls un metodes. Darba mērķis ir ādas LP bojājumu klīnisks, dermaskopisks un morfoloģisks raksturojums, nosakot uz slimības aktivitāti attiecināmas īpašības, lai padziļinātu zināšanas par slimības aktivitāti.

Mērķa populācija bija Rīgas 1. slimnīcas Dermatoloģijas un seksuāli transmisīvo slimību klīnikas pacienti ar ādas LP.

Darba mērķa sasniegšanai tika apkopoti pacientu ar LP klīniskie dati; veikta ādas izsitumu digitāla dermaskopija, novērtējot asinsvadus, fona krāsu, pigmentāciju un baltu šķērsvītrotu līniju klātbūtni; ādas biopsiju veikšana slimniekiem ar LP; izvērtētas ādas strukturālās izmaiņas audu un šūnu līmenī, izmantojot rutīnas krāsošanas metodes.

Rezultāti. Visbiežāk klīniski novēroja poligonālas, cianotiski sārtas, spīdīgas papulas. Daudzviet elementu virspusē novērota sīkplēkšņu blīvi pielipusi, balta zvīņa. Nereti klīniskā atrade bija hemorāģiskas punktveida krevelītes. Slimības regresijas stadijās novēroja hiperpigmentētus brūnas krāsas plankumus. Dermaskopiski punktveida un lineāri asinsvadi bija bieža LP dermaskopiska atrade (53,8%). Vikhema tīkliņš bija novērots vairumā LP elementu (73,1%). Novērots, ka elementos, kur nav Vikhema tīkliņš, bija vienmērīgs vai plankumains asinsvadu novietojums, savukārt visiem elementiem ar perifērisku asinsvadu novietojumu bija Vikhema tīkliņš ($p = 0,003$). Izklidēta gaiši brūna viendabīga pigmentācija novērota 15 LP elementos, savukārt lokalizēta granulu tipa pigmentācija – 8 LP elementos. Histoķīmiski svaigos izsitumos dominēja infiltrāts, kas iespiedās epidermā, radot neregulāru akantozī. Vecos izsitumos infiltrāta blīvums mazinājās, bet melanofāgu skaits pieauga. Vairākos gadījumos gan epidermas bazālajā slānī, gan dermā novēroja homogēnas eozinofilas struktūras, kas ir keratinocītu paliekas jeb koloīdie ķermenīši.

Secinājumi. Pamatojoties uz darbā iegūtajiem klīniskajiem, dermaskopijas un histoķīmijas rezultātiem, tika konstatēta ādas LP divfāziska gaita. To raksturo slimības progresijas fāze – klīniski cianotiski sārtas papulas; dermaskopiski sarkans ādas fons, Vikhema tīkliņš, dažviet granulu tipa pigmentācija, lineāri asinsvadi; morfoloģiski intensīva jostveida limfocitāra infiltrācija, kā arī slimības regresijas fāze – klīniski cianotiskas papulas vai pigmentēti plankumi; dermaskopiski gaiši sarkans vai dzeltenīgs ādas fons ar granulu tipa un izklidētu pigmentāciju, Vikhema tīkliņš un dominējoši punktveida asinsvadi; morfoloģiski mērena infiltrācija un nereti melanofāgi.