



К.А. Манвелова

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Коморбідний стан, зумовлений ліхеноїдним туберкульозом шкіри та червоним плескатым лишаєм. Значення мультидисциплінарного підходу до своєчасної діагностики і лікування

В Україні в статистичних звітах усі випадки туберкульозу (ТБ) шкіри відносять до «позалегенового ТБ». Це не дає змоги встановити фактичну захворюваність. Клінічні випадки ТБ шкіри потребують мультидисциплінарного підходу до діагностики, зокрема для диференційної діагностики з формами деяких хронічних дерматозів із подібними морфологічними елементами шкірної висипки, та лікування.

Мета роботи — провести диференційну діагностику та визначити наявність коморбідної патології у хворого з клінічними виявами притаманними як ліхеноїдному туберкульозу шкіри, так і червоному плескатыму лишаю із залученням комплексу сучасних діагностичних досліджень, зокрема патогістологічних, а також лазерної доплерівської флоуметрії.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебував *хворий Б.*, 2005 р. н., в якого було виявлено шкірні ураження, притаманні як ліхеноїдному ТБ шкіри, так і червоному плескатыму лишаю. Згідно з даними анамнезу тривалість захворювання становила 4 роки. Методом лазерної доплерівської флоуметрії за допомогою флоуметра Vingmed SD-100 («Medata», Швеція) визначали показник мікроциркуляції та його середньоквадратичне відхилення, коефіцієнт варіації, максимальну амплітуду повільних, швидких та пульсових коливань у ділянках ураження й візуально незміненої шкіри (на відстані 3–4 см від елементів висипки). Також проводили патогістологічне дослідження в ділянках ефлоресценцій.

Результати та обговорення. З урахуванням даних клінічного обстеження хворого, результатів комплексного лабораторного й патогістологічного досліджень і показників лазерної доплерівської флоуметрії в ділянках шкірного ураження діагностовано наявність коморбідного стану, зумовленого ліхеноїдним ТБ шкіри та червоним плескатым лишаєм. Пацієнта направлено до фтизіатра за місцем проживання для проведення комплексного специфічного лікування туберкулозостатичними препаратами. Хворому також було рекомендовано спостереження в дерматолога щодо ефективності призначеної нами патогенетичної терапії червоного плескатыго лишаю.

Висновки. Різноманіття клінічних форм ТБ шкіри та низки хронічних дерматозів, зокрема червоного плескатыго лишаю, а також подібність клінічної картини морфологічних елементів шкірної висипки при цих захворюваннях потребує мультидисциплінарного підходу та проведення комплексу клінічних, спеціальних лабораторних, патогістологічних і новітніх діагностичних інструментальних досліджень, які дають змогу провести своєчасну диференційну діагностику уражень шкіри, зокрема коморбідних станів, а також призначити раціональну комплексну терапію. Застосування лазерної доплерівської флоуметрії для визначення стану дермального кровообігу в ділянках ураження шкіри є важливим додатковим діагностичним тестом при проведенні диференційної діагностики деяких хронічних дерматозів або визначенні коморбідного стану.

Ключові слова

Ліхеноїдний туберкульоз шкіри, червоний плескатый лишай, діагностична лазерна доплерівська флоуметрія.

Нині туберкульоз (ТБ) визнано медико-соціальною проблемою. Це зумовлено його значним поширенням, збільшенням кількості випадків серед осіб активного працездатного віку, хронічно-рецидивним перебігом, частою резистентністю до традиційних засобів терапії. Усе це негативно впливає на психоемоційний стан хворих, створює умови для їхньої соціальної лабільності. Згідно з даними статистики, щороку у світі від ТБ помирають понад 2 млн осіб. В Україні ситуація щодо поширення ТБ є епідемічно-напруженою [1, 3].

Туберкульоз є інфекційним захворюванням, яке спричиняють мікобактерії туберкульозу (МБТ). Характеризується специфічним туберкульозним запаленням — утворенням гранулом у різних органах і тканинах у поєднанні з неспецифічними реакціями та поліморфною клінічною картиною. Патологічний процес може вражати всі органи та системи макроорганізму, тому хворий на ТБ може бути пацієнтом лікарів різних спеціальностей [5].

Патогенез ТБ шкіри складний і багато в чому нез'ясований. У його розвитку важливу роль відіграють два чинники — імунітет і зміна реактивності організму та шкіри, зокрема МБТ із місця їхньої локалізації в органах і системах проникають у шкіру частіше лімфогематогенним шляхом, рідше — унаслідок екзогенного зараження. Відносна рідкісність ураження шкіри може пояснюватися несприятливими умовами для росту та розвитку МБТ. Тому вважають, що екзогенне зараження можливе лише в разі масового інфікування крізь пошкодження шкіри [7].

У структурі захворюваності на ТБ 95 % випадків припадає на специфічне ураження легень і лише 5 % — на позалегенову локалізацію патологічного процесу. В Україні в статистичних звітах усі випадки ТБ шкіри відносять до «позалегенового ТБ». Це не дає змоги оцінити фактичний рівень захворюваності. Крім того, помітно змінилася структура клінічних виявів, зокрема частіше трапляються дисеміновані поєднані форми з відносно доброякісним перебігом і нетиповими клінічними виявами. Патоморфоз ТБ шкіри негативно вплинув на його діагностику. Так, його часто діагностують під маскою різних хронічних дерматозів [2, 6, 9, 10].

В Україні, як і в усьому світі, використовують три основних методи діагностики ТБ, що доповнюють один одного: мікробіологічний, рентгенологічний і патогістологічний. Нині в клінічну практику впроваджують діаскінтест, чутливість і специфічність якого становлять 97—100 %, і метод генотипування, що ґрунтується на відкритті повторюваних поліморфних ділянок у ланцюжку нуклеотидів ДНК МБТ [5, 8].

Привертає увагу поєднання ліхеноїдного ТБ шкіри, що належить до дисемінованих форм, і червоного плескатоного лишая в одного хворого.

Ліхеноїдний ТБ шкіри (*lichen scrophulosorum*) зазвичай трапляється в дітей і підлітків, хоча не є рідкісними випадки захворювання осіб віком понад 20 років. Він переважно локалізується на тулубі, особливо на бічних поверхнях, животі, спині, рідше — на обличчі, кінцівках, сідницях. Суб'єктивні відчуття відсутні або має місце незначний свербіж.

Первинним елементом висипки є маленька (до 1—2 мм) м'якої консистенції округла або овальна, міліарна або лентикулярна полігональна папула блідо-жовто-коричнюватого кольору. Нерідко забарвлення ефлоресценцій не відрізняється від навколишньої шкіри, іноді — червоного кольору із синюшним відтінком. На поверхні елементів висипки наявна тонка лусочка. Характерним є групування висипки. Інші елементи розташовуються так щільно, що здаються злитими, утворюючи блідо-коричнюваті вогнища, вкриті значною кількістю тонких білих або сіруватих лусочок. При зворотному розвитку залишається вторинна коричнева пігментація. Зазвичай атрофія не розвивається. У поверхневих шарах дерми утворюється гранулематозний інфільтрат, що складається з епітеліоїдних, лімфоїдних і гігантських клітин Лангханса. Характерною особливістю ліхеноїдного ТБ вважають зв'язок запального інфільтрату з волосяними фолікулами. На ранній стадії розвитку інфільтрат має невиразний характер і складається з лімфоїдних елементів, що оточують судини. У подальшому він набуває типового для ТБ складу. Його центр складають епітеліоїдні клітини, по периферії розташовані лімфоїдні елементи та гігантські клітини типу Лангханса. Казеозного розпаду зазвичай не буває. У тканинах МБТ виявляють дуже рідко.

Диференційну діагностику ліхеноїдного ТБ шкіри проводять насамперед із червоним плескатим лишаєм.

Червоний плескатиий лишай не можна вважати рідкісним захворюванням. Його частка в структурі дерматозів становить 1—2 %. Частіше хворіють особи віком від 30 до 60 років. Однак нерідко захворювання трапляється і в молодшому віці. Типова локалізація висипки — згинальна поверхня передпліч, особливо в ділянках променево-зап'ясткового суглоба, гомілка, попереку, статеві органи, долоні, підшви, бічні поверхні тулуба. Рідше вражаються обличчя та волосиста частина голови. Клінічна картина характеризується появою дрібних плоских блискучих, особливо при бічному освітленні, полігональних папул, які характеризуються помірним периферичним

ростом та супроводжуються свербіжем. У центральній частині елементів висипки утворюється пупкоподібне вдавлення. Висипки мають тенденцію до злиття із сусідніми, утворюючи вкриті лусочками бляшки темно-червоного та фіолетового (лівідного) кольору. Поверхня таких вогнищ має шорсткий характер. На розвинених вузликах можна бачити так звану сітку Вікхема, візуалізація якої збільшується при змочуванні папули водою або вазеліновою олією, що робить роговий шар епідермісу проникливішим. Розвинуті висипання покриті однією або двома тонкими білуватими лусочками. Характерною є згрупованість елементів висипки. Патогістологічно червоний плескатий лишай характеризується нерівномірним потовщенням мальпігієвого шару, витягнутістю та загостреністю епідермальних відростків. Зернистий шар значно гіпертрофований незалежно від ступеня гіперкератозу (вогнищевий гранульоз). Межа між епідермісом і дермою нерізно виражена за рахунок близького розташування інфільтрату з домішкою гістіоцитів. Характерною особливістю є чітка рівна нижня межа запального інфільтрату [4, 11].

Диференційної діагностики з ліхеноїдним ТБ шкіри потребує один із клінічних різновидів червоного плескатої лишая — фолікулярна форма, за якої спостерігають появу фолікулярних гострокінцевих папул без видимих запальних явищ та інтенсивного свербіжу. У більшості таких хворих одночасно спостерігають типові морфологічні елементи шкірної висипки, притаманні червоному плескатої лишая, а також гострокінцеві вузлики.

З огляду на наведене є необхідність у визначенні, чи є відповідна клінічна картина виявом лише ліхеноїдного ТБ шкіри або фолікулярної форми червоного плескатої лишая, або коморбідної патології. Додатковим методом для диференціації може бути лазерна доплерівська флоуметрія (ЛДФ). Цей метод дослідження дермального кровообігу є найінформативнішим. Він має високу роздільну здатність, доступний, неінвазивний, не спричиняє побічних виявів. Його широко застосовують у кардіології, ревматології, фтизіатрії, дерматології, судинній терапії як для діагностики, так і для контролю терапії [12]. В основі методу лежить реєстрація амплітудного параметра лазерного променя, віддзеркаленого від гемоелементів, переважно еритроцитів, які рухаються в його напрямку. За рахунок проникнення в шкіру на глибину 1,5 мм отримують інформацію про кровообіг у поверхневих мікросудинах. Зміна амплітуди відображення лазерного опромінення корелює зі швидкістю руху клітин крові у вимірюваному об'ємі (до 1,5 мм³). Проте через суттєву часову лабільність мікроциркуляції та пов'язану з

нею варіабельність кровообігу, що об'єктивно характеризують рівень життєдіяльності тканин, складно систематизувати отримані результати, оскільки генез коливальних процесів у системі мікроциркуляції є досить різноманітним. Однак можна з упевненістю стверджувати, що спонтанні коливання в тканинах переважно спричинені вазомоціями. Цей термін уведений у практику для позначення ритмічних змін діаметра прекапілярних судин [13]. Установлено, що цей процес насамперед пов'язаний із лабільністю вазотонусу та спричиняє ритмічні коливання швидкості руху еритроцитів. Для опису коливань потоку гемоелементів, які ідентифікуються за допомогою ЛДФ, запропоновані терміни «flow motion» і «flex motion», визнаючи, що, окрім вазомоцій, які формують активний механізм модуляції тканинного кровообігу в системі мікроциркуляції, є вазомоції, спричинені перепадами артеріального та венозного тиску і вазоконстрикторним впливом симпатичного відділу вегетативної нервової системи [13].

Оскільки кровообіг у мікроциркуляторному руслі шкіри не є статичним, а підлягає часовим коливанням, його зміни, з одного боку, відображують періодичні процеси, що відбуваються в основних системах макроорганізму (серцево-судинні, дихальні тощо), а з другого — характеризують стан адаптивних реакцій мікроциркуляції, що виникають відповідно до мінливих умов гемодинаміки та потреби тканин у перфузії їх кров'ю [14].

Найінформативнішими з коливань, які реєструють за допомогою ЛДФ, вважають: LF (повільні коливання, пов'язані з роботою вазомоторів), асоційовані з ритмічною активністю ендотелію капілярів і функціонуванням юстакапілярного «шунтувального» кровообігу, HF (швидкі коливання, пов'язані з актом дихання), асоційовані з передаточною пульсацією венозного кровообігу залежно від його змін. Одним із параметрів ЛДФ-сигналу, що інтегрально характеризують рух еритроцитів у досліджуваному об'ємі тканини, є показник мікроциркуляції (ПМ), який дає змогу оцінити потік гемоелементів за одиницю часу крізь одиницю об'єму тканини. Іншими показниками є середньоквадратичне відхилення МП(δ), що відображує тимчасову мінливість мікроциркуляції, або лабільність потоку гемоелементів. Співвідношення між перфузією тканини та величиною її мінливості називають коефіцієнтом варіації (CV).

Цілеспрямованих досліджень стану дермальної васкуляризації у хворих як на ліхеноїдний ТБ шкіри, так і на червоний плескатий лишай не проводили.

Доведено, що патогенетичні механізми розвитку як ліхеноїдного ТБ шкіри, так і червоного

плескатою лишаю є різноманітними, але відповідні механізми не з'ясовано, зокрема гемодинамічний тип, притаманний як ліхеноїдному ТБ шкіри, так і червоному плескату лишаю. Це ускладнює як діагностику, так і вибір терапії.

Мета роботи — провести диференційну діагностику та визначити наявність коморбідності патології у хворого з клінічними проявами притаманними як ліхеноїдному туберкульозу шкіри так і червоному плескату лишаю з залученням комплексу сучасних діагностичних досліджень, в тому числі патогістологічних, а також лазерної доплерівської флоуметрії.

Матеріали та методи

Під нашим спостереженням перебував *хворий Б.*, 2005 р. н., мешканець м. Києва, який звернувся зі скаргами на висипку на шкірі тулуба, що, за даними анамнезу, виникла 4 роки тому. Періодично звертався до лікарів-дерматологів за місцем проживання. Пацієнту встановлювали різні діагнози, зокрема рожевий лишай Жиберера, псоріаз, токсикодермія. Неодноразово призначали лікування антигістамінними препаратами, кортикостероїдними мазями та кремами, але терапія була неефективною, патологічний процес на уражених ділянках шкіри не регресував.

Результати та обговорення

Під час огляду пацієнта на шкірі бічних поверхонь тулуба та грудей ідентифікували міліарні папули (вузлики) до 2 мм у діаметрі жовто-червоного кольору м'якої консистенції з чіткими межами. На поверхні вузликів спостерігалось незначне лущення у вигляді поодиноких білуватих лусочок. Морфологічні елементи шкірної висипки розташовувалися групами. Крім того, у ділянці живота спостерігали лентикулярні полігональні папули діаметром до 8 мм, розташовані фокусно, які також мали чіткі межі, лівідний колір, були блискучими при бічному освітленні та мали шорстку поверхню із незначним лущенням. Лентикулярні папули супроводжувались незначним свербіжем. Видимі слизові оболонки не були уражені.

Діагностичний алгоритм передбачав збір даних анамнезу, аналіз ефективності проведеної терапії та результатів клініко-лабораторного обстеження хворого. Рентгенологічно в легенях, кістках верхніх і нижніх кінцівок, прикореневих лімфатичних вузлах зміни в межах норми. Серологічні реакції на наявність сифілітичної інфекції негативні. Реакція Манту виразно позитивна.

У біоптаті міліарних папул та сосочковому шарі дерми ідентифіковано гранулематозний інфільтрат, що складався з епітеліоїдних, лімфоїдних і гігантських клітин. Відзначено тенденцію

до розташування гранульом у зоні волосяних фолікулів. Казеозний некроз не спостерігався. Мікобактерії туберкульозу не виявлені.

У біоптаті лентикулярних папул в епідермісі виявлено гіперкератоз, нерівномірне потовщення зернистого шару, тобто гранульоз, акантоз, вакуольну дистрофію базального шару, у верхньому відділі дерми — полосоподібний інфільтрат, який щільно прилягав до епідермісу, його нижня частина була представлена нейтрофілами, гістіоцитами та фібробластами.

За результатами комплексного діагностичного дослідження хворому встановлено діагноз: ліхеноїдний туберкульоз шкіри. Однак необхідно було трактувати наявність у пацієнта лентикулярних папул, що мали нетипові клінічні вияви, а також результати їхнього патогістологічного дослідження. Попередньо отримані дані розглядали як наслідок неспецифічної реакції МБТ або як коморбідність ліхеноїдного ТБ шкіри та червоного плескатою лишаю. Для вирішення цього питання пацієнту була проведена ЛДФ у ділянках шкірної висипки, а також у ділянках візуально незміненої шкіри (контроль).

За допомогою флоуметра Vingmed SD-100 (Medata, Швеція) визначали ПМ, δ , CV, максимальну амплітуду повільних коливань (ALF), максимальну амплітуду швидких коливань (AHF) і максимальну амплітуду пульсових коливань (ACF) у ділянках ураження та візуально незміненої шкіри (на відстані 3–4 см від елементів висипки).

У ділянці шкіри з наявністю міліарних папул ПМ становив 4,42 перфузійних одиниці (перф. од.) δ — 0,60 перф. од., CV — 15,15 %, у візуально незміненої шкірі ПМ — 4,94 перф. од., δ — 0,76 перф. од., CV — 16,38 %. Показники ALF, AHF і ACF були підвищеними порівняно з контролем: ALF — відповідно 1,52 та 1,24 перф. од., AHF — 0,65 і 0,46 перф. од., ACF — 0,26 та 0,16 перф. од. Отримані результати відповідають спастичному типу гемодинаміки.

Інша картина спостерігалась при ЛДФ лентикулярних папул. Так, ПМ становив 4,55 перф. од., δ — 0,62 перф. од., CV — 15,72 %, ALF — 1,05 перф. од., AHF — 0,33 перф. од., ACF — 0,11 перф. од. Отримані дані відповідають застійно-стазичному типу гемодинаміки.

Таким чином, виявлені у хворого різні за розміром види папульозної висипки на шкірі, зокрема міліарні та лентикулярні полігональні папули, що відрізнялися за характером розміщення, кольором і консистенцією, а також результати патогістологічних досліджень і ЛДФ дали підставу для встановлення основного діагнозу — ліхеноїдний ТБ шкіри та супутнього діагнозу — червоний плескатиий лишай. Варта уваги відсут-

ність у пацієнта туберкульозного ураження внутрішніх органів.

З огляду на основний діагноз хворого направлено до фтизіатра і дерматолога за місцем проживання для проведення комплексного специфічного лікування, зокрема антимікобактеріальними препаратами, та патогенетичного лікування супутнього червоного плескатоного лишая.

Висновки

Розмаїття клінічних форм ТБ шкіри та низки хронічних дерматозів, зокрема червоного плескатоного лишая, а також подібність клінічної картини морфологічних елементів шкірної висипки

при цих захворюваннях потребує мультидисциплінарного підходу та проведення комплексу клінічних, спеціальних лабораторних, патогістологічних і новітніх діагностичних інструментальних досліджень, які дають змогу провести своєчасну диференційну діагностику уражень шкіри, зокрема коморбідних станів, а також призначити раціональну комплексну терапію.

Застосування лазерної доплерівської флоуметрії для визначення стану дермального кровообігу в ділянках ураження шкіри є важливим додатковим тестом при проведенні диференційної діагностики деяких хронічних дерматозів або визначенні коморбідного стану.

Конфлікту інтересів немає.

Список літератури

1. Айязтулов ВФ. Стандарти діагностики та лікування в дерматовенерології. Донецьк: Каштан; 2010. 559 с.
2. Александріна ТА. Особливості епідемії туберкульозу в Україні. Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2012;(2):7-13. http://tubvil.vitapol.com.ua/en/svzhij_nomer.php?nid=9.
3. Бойчук ТМ, Тодоріко ЛД, Бойко АВ та ін. Медико-соціальні проблеми, досягнення та перспективи розвитку фтизіатрії на сучасному етапі. Укр терапевтичн журн. 2013;(2):109-15.
4. Дерматологія. Венерологія. За ред. ВІ Степаненка. К.: КІМ; 2012. 904 с.
5. Поліщук ДС, Поліщук СЙ, Комарніцька ВС. Клінічні випадки локалізованих форм туберкульозу шкіри. Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2014;(1):83-7. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ujdvc_2014_1_14.
6. Разнатовская ЕН, Бобровнича-Двизова ЮМ, Двизов ОВ, Федченко ТС. Туберкулез кожи: клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика. Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2012;(1):99-105.
7. Ткач ВС, Мотуляк АП, Генік АІ та ін. Забута хвороба шкіри (про два випадки туберкульозу шкіри). Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2011;(4):77-80. http://www.vitapol.com.ua/user_files/pdfs/uzdvk/12PagesfromDermai4i2011-12.pdf.
8. Тодоріко ЛД. Молекулярно-генетичні аспекти формування резистентних мікобактерій туберкульозу. Клін імунол, алергол, інфектол. 2013;(4):7-11. <http://dspace.bsmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/20103?show=full>.
9. Федотов ВП, Макаруч АІ, Болотна ЛА. Клінічні лекції по дерматовенерології. За ред. ВП Федотова, АІ Макаруча. Запоріжжя, Дніпропетровськ: Просвіта; 2014. Т. 3. 474 с.
10. Федотов ВП. Туберкульоз шкіри. Дерматовенерол. Косметол. Сексопатол. 2008;3-4:181-200.
11. Цераїдіс ГС, Федотов ВП, Дюдюн АД, Туманський ВА. Гістопатологія та клінічна характеристика дерматозів. Дніпропетровськ: Свідлер; 2004. 536 с.
12. Чавченко КБ. Конструювання лазерного доплерівського витратоміру з еліпсоїдальним рефлектором. Матеріали VI Міжнародн. наук.-техн. конф. молодих вчених і студентів «Актуальні задачі сучасних технологій». Тернопіль (16-17 листопада 2017 р.). Тернопіль; 2017. С. 176-7. https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/22780/2/CAZST_2017v1_Chavchenko_K_B-Design_of_laser_doppler_176-177.pdf.
13. Динник ОВ, Марунчун НА, Mostovyi SYe. Endothelial dysfunction and methods of its treatment in clinical practice: the role of laser Doppler flowmetry (literature review). Inter J Endocrinol. 2018;14(8):783-9. doi: 10.22141/2224-0721.14.8.2018.154860.
14. Shaienko Z. Laser Doppler floumetry as the advanced non-invasive method of evaluation of microcirculation status in patients with diabetes mellitus. Clin. Endocrinology and Endocrine Surgery. 2021;(4):44-50. doi: 10.30978/CEES-2021-4-44. http://repository.pdmu.edu.ua/bitstream/123456789/19283/1/Laser_doppler_flowmetry.pdf.

K.A. Manvelova

Bogomolets National Medical University, Kyiv

Comorbid Condition Induced by Lichenoid Tuberculosis of the Skin and Lichen Planus. Significance of a Multidisciplinary Approach to Timely Diagnosis and Treatment

In Ukraine, all cases tuberculosis (TB) of the skin are classified as «extrapulmonary TB», which complicates the accurate determination of disease prevalence. Clinical cases of skin TB require a multidisciplinary approach for diagnosis, particularly for differential diagnosis from chronic dermatoses with similar morphological skin lesions and for treatment.

Objective – to conduct a differential diagnosis and determine the presence of comorbid pathology in a patient exhibiting clinical manifestations typical of both lichenoid tuberculosis of the skin and lichen

planus. This involves utilising a suite of modern diagnostic procedures, including pathohistological analysis and Doppler laser flowmetry.

Materials and methods. We observed a *patient, B.*, born in 2005, who presented with skin lesions characteristic of both lichenoid TB of the skin and lichen planus. According to the patient's history, the duration of the disease was 4 years. Using laser Doppler flowmetry with a *Vingmed SD-100* flowmeter (*Medata*, Sweden), we measured microcirculation and its standard deviation, coefficient of variation and maximum amplitude of slow, fast and pulse oscillations in the affected areas and visually unchanged skin (3–4 cm from the rash elements). Pathohistological examinations were also conducted in the areas of efflorescence.

Results and discussion. Considering the clinical examination data, results of comprehensive laboratory and pathohistological research, and indicators of laser Doppler flowmetry in the areas of skin lesions, a comorbid condition caused by lichenoid TB of the skin and lichen planus was diagnosed. The patient was referred to a phthisiologist at his place of residence for comprehensive specific treatment with antitubercular drugs. The patient was also recommended to undergo dermatological monitoring to assess the effectiveness of the pathogenetic therapy prescribed for lichen planus.

Conclusions. The variety of clinical forms of skin TB and a number of chronic dermatoses, particularly lichen planus, as well as the similarity in the clinical picture of morphological elements of the skin rash in these diseases, necessitate a multidisciplinary approach and the execution of a complex of clinical, specialised laboratory, pathohistological and modern diagnostic instrumental studies. These enable timely differential diagnosis of skin lesions, including comorbid conditions, and the prescription of rational comprehensive therapy. The use of laser Doppler flowmetry to determine the state of dermal blood circulation in the affected skin areas is an important additional diagnostic test in the differential diagnosis of some chronic dermatoses or in determining a comorbid state.

Keywords: lichenoid tuberculosis of the skin, lichen planus, diagnostic laser Doppler flowmetry.

Контактна інформація / Corresponding author

Манвелова Каріне Артурівна, аспірантка кафедри дерматології та венерології з курсом косметології
<https://orcid.org/0009-0004-1819-6328>
E-mail: pinkarine94@gmail.com

Стаття надійшла до редакції/Received 28.02.2024.
Стаття рекомендована до опублікування/Accepted 03.04.2024.

ДЛЯ ЦИТУВАННЯ

- Манвелова КА. Коморбідний стан, зумовлений ліхеноїдним туберкульозом шкіри та червоним плескатим лишаям. Значення мультидисциплінарного підходу до своєчасної діагностики і лікування. Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2024;2:44-49. doi: 10.30978/TB2024-2-44.
- Manvelova KA. [Comorbid Condition Induced by Lichenoid Tuberculosis of the Skin and Lichen Planus. Significance of a Multidisciplinary Approach to Timely Diagnosis and Treatment]. Tuberculosis, Lung Diseases, HIV Infection (Ukraine). 2024;2:44-49. <https://doi.org/10.30978/TB2024-2-44>. Ukrainian.