

Изменения СОПР при дерматозах

Красный плоский лишай

Красный плоский лишай (lichen ruber planus) – хроническое заболевание возникающее на коже и видимых слизистых оболочках. Впервые это заболевание описал Уилсон (1869). Много работали над этой проблемой Б. М. Пашков и др.

Примерно в 25% случаев красный плоский лишай поражает только слизистую оболочку полости рта. Чаще красным плоским лишаем заболевают женщины в возрасте старше 40 лет.

Этиология: причины возникновения этого заболевания окончательно не выяснены. Вероятно это мультифакторный дерматоз, в развитии которого имеет наибольшее значение инфекции (вирус), нейрогенные и иммунные нарушения, токсико-аллергические реакции, в частности на лекарственные средства. Имеет значение и наследственная предрасположенность. Имеются данные о значении нарушений функций печени и углеводного обмена в развитии заболевания. Важное внимание уделяют выявлению хронических очагов инфекции.

По наблюдению Каламчаряна большинство больных связывали развитие заболевания с психическими травмами.

Пломбы и протезы из разных металлов, изменяя микроэлементный состав слюны и тем самым способствуя возникновению гальванизма в полости рта, могут провоцировать возникновение красного плоского лишая. Определенное значение имеет и работа с фотореактивами.

Анамнез заболевания отражает жалобы больного:

- длительность болей, парестезии, дискомфорт в полости рта, нарушение тактильной чувствительности слизистой оболочки полости рта, извращение вкусовой чувствительности.

Первичное проявление болезни – синевато-красная папула диаметром 2-3 мм, иногда с пупкообразным вдавлением. На поверхности более крупных узелков, особенно после смазывания растительным маслом, можно обнаружить сетевидный рисунок (сетка Уикхема).

Характерным признаком красного плоского лишая является склонность к скученному расположению высыпаний и их группировка с образованием колец, сетки.

Наиболее частая их локализация на коже – запястья и сгибательная поверхность предплечья, а также крестцовая область и половые органы. Иногда папулы покрывают всю кожу, включая ладони и подошвы.

Механическое раздражение (расчёсывание) вызывает образование новых папул. Это явление называют феноменом Кёбнера. У некоторых больных изменения ногтей предшествуют высыпаниям на коже. Лишайная сыпь почти всегда вызывает сильный зуд. Течение болезни длительное и может продолжаться годами.

В полости рта папулы проявляются повышенным ороговением, поэтому их поверхность белесоватая. Часто они появляются на обеих сторонах слизистой оболочки щек, больше в дистальных её участках, образуя рисунок в виде папоротника, сетки, морозного рисунка на стекле. Эта локализация имеет важное значение для дифференциальной диагностики. Такие же проявления заболевания встречаются и на спинке языка, реже под языком и очень редко на деснах и небе. На красной кайме губ образуются не белые, а сине-красные папулы, часто в виде кольца. Аналогичные изменения обнаруживаются и на слизистой оболочке желудка, мочевого пузыря и прямой кишки.

Классификация:

на слизистой оболочке полости рта различают следующие формы красного плоского лишая:

- типичную,**
- экссудативно-гиперемическую,**
- эрозивно-язвенную,**
- буллезную,**
- гиперкератотическую,**
- атипичную.**

Типичная форма – характеризуется мелкими, до 2 мм в диаметре папулами, которые сливаясь образуют сетку. Иногда они сливаются в сплошные очаги ороговения с чёткими границам и это уже напоминает **гиперкератотическую форму**.

Характерно, что папулы и очаги ороговения при поскабливании не удаляются. В лучах Вуда папулы имеют беловато-желтое свечение.

Экссудативно-гиперемическая форма – характерна тем, что папулы располагаются на гиперемированной и отечной слизистой оболочке.

Эрозивно-язвенная форма возникает в результате эрозирования пораженных участков. Вокруг эрозий и язв при этой форме красного плоского лишая располагаются типичные папулы. Эрозии могут существовать длительное время. Эрозивно-язвенная форма иногда сочетается с сахарным диабетом и гипертонией. Это сочетание впервые описал в 1963 г. Гриншпан и с тех пор оно носит название **синдром Гриншпана**.

Буллезная форма красного плоского лишая характеризуется тем, что появляются пузыри размером до фасоли с плотной крышкой, поэтому пузыри держаться относительно длительное время – до 2-х суток, а возникающие на их месте эрозии быстро эпителизируются.

Атипичная форма – чаще возникает на слизистой верхней губы в виде двух симметрично расположенных гиперемизированных пятен. Часто возникает при этом вторичный glandулярный хейлит. Гистологическая картина позволяет увидеть явления гиперкератоза и паракератоза.

Больные красным плоским лишаем кроме внешних проявлений, особенно при длительном течении отмечают боли, как спонтанные, так и при потреблении кислых и пряных блюд.

Дифференциальный диагноз проводят с:

- **Кандидозом (имеется налет, который можно снять);**
- **Лейкоплакией (нет папул, а есть бляшки + локализация - передние отделы щек);**
- **Сифилисом вторичным (он сравнительно быстро переходит в третичный + серологические реакции);**

Дифференциальный диагноз проводят с:

- **Красной волчанкой** (чаще проявляется на губах, небе и в меньшей степени на щеках + образование рубцов);
- **Пузырчаткой** (вокруг эрозий нет папул);
- **Многоформной экссудативной эритемой** (поражаются передние отделы слизистой полости рта и при этом отмечается значительная гиперемия и отек слизистой полости рта + возраст).

Лечение красного плоского лишая - непростая задача. Необходимо исключить все раздражающие факторы, вызывающие феномен Кёбнера. Рекомендовать бессолевую диету. Исключить из употребления алкоголь. Удалить все плохие протезы, устранить острые края зубов и провести полную санацию полости рта.

Общее лечение: - назначение седативной терапии (микстура Кватера или Сухинина, малые транквилизаторы и др.), витамины А и Е («Аевит») или вит. А + вит. Е по 10 капель 3 раза в день в течение 2-х месяцев, затем 2 месяца перерыв. Никотиновую кислоту *per os*, тиамин бромид, пиродиксин. Можно назначить метилурацил который ускоряет процессы регенерации, ускоряет заживление ран, стимулирует клеточные и гуморальные факторы защиты, оказывает противовоспалительное действие. Метилурацил назначают по 0,5 × 3 раза в день – 10 - 15 дней.

Наличие у больных красным плоским лишаем с длительными сроками заболевания вторичного иммунодефицитного состояния, что подтверждается изменениями показателей гуморального и клеточного иммунитета, позволяет проводить иммунокорректирующую терапию:

Диуцифон назначают по 0,1г 2 раза в день в течение 6 дней. Проводят 2-3- курса с интервалом в один день под контролем биохимических и иммунологических показателей крови.

Кемантам – назначают по 0,2г 3 раза в день после еды, ежедневно в течении 14 дней.

Показанием к применению глюкокортикоидов (преднизалон, гидрокортизон, дексаметазон, триамцинолон) при лечении красного плоского лишая является их противовоспалительное, иммунодепрессивное, десенсибилизирующее действие. Кортикостероиды следует назначать весьма осторожно, учитывая вероятность осложнения.

Значительную роль в терапии красного плоского лишая играют препараты хинолинового ряда (делагил, резохин, хингамин, и др.), оказывающие тормозящее действие на синтез нуклеиновых кислот, активность некоторых ферментов, иммунологические процессы. Делагил назначают 2 раза в день по 0,25 – на курс лечения 20-25 г.

Физиотерапевтические методы лечения красного плоского лишая включают – электро и фонофорез лекарственных препаратов, УФО, лазеротерапию, рефлексотерапию.

При эрозивно-язвенной форме красного плоского лишая рекомендуют ещё применять бонафтон по 0,1 – 3 раза в день после еды – 10 дней.

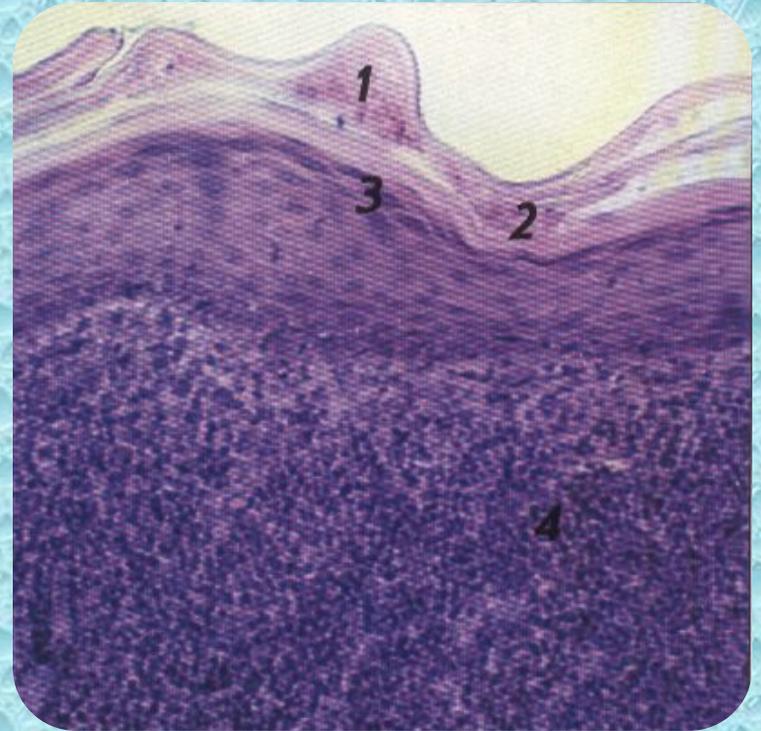
Местное лечение: противовоспалительные полоскания, аппликации витаминами А и Е, кератопластиками - масло шиповника, облепиховое масло, тыквеол и др. Инъекции гидрокортизона 1 раз в 3 дня по 1-1.5 мл под эрозию. На курс 8-12 инъекций.



КПЛ, типичная форма

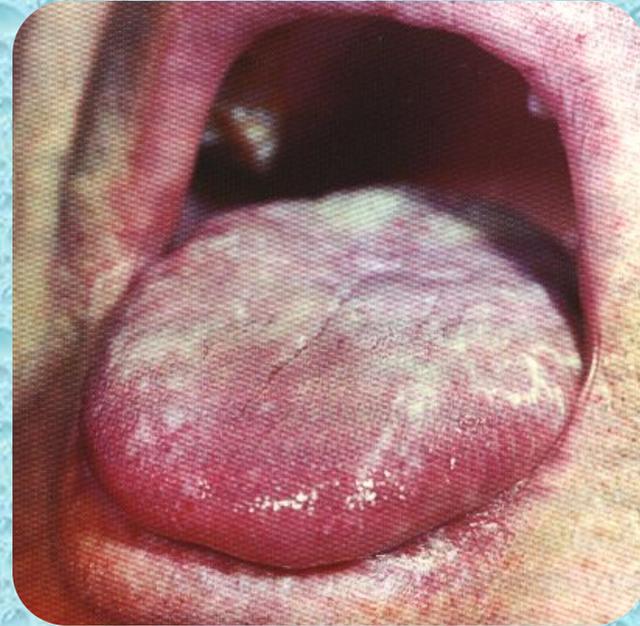


КПЛ, гиперкератотическая форма



Патогистологическая картина при гиперкератотической форме КПЛ:

- 1- гиперкератоз;**
- 2- паракератоз;**
- 3- гранулез;**
- 4- воспалительный инфильтрат**



КПЛ, гиперкератотическая форма. Папулы на спинке языка



КПЛ, эрозивная форма



КПЛ, язвенная форма



КПЛ, буллезная форма



**КРАСНАЯ
ВОЛЧАНКА
(Lupus erithematosus)**

Хроническое заболевание кожи и слизистой оболочки. Женщины болеют чаще в возрасте 20-40 лет. Красная волчанка относится к аутоиммунным заболеваниям. Исследования выявили присутствие отложений иммуноглобулинов в самом верхнем слое дермы и в стенках кровеносных сосудов.

Различают 2 формы заболевания: - **дискоидную** (отграниченную) локализирующуюся на коже или слизистых оболочках, и **системную** форму, вызывающую системное заболевание всего организма. Иногда дискоидная форма переходит в системную, но никогда обратно.

Имеются предрасполагающие факторы (провоцирующие или способствующие возникновению красной волчанки – солнечная радиация, фокальная инфекция, холод, травма и др).

Клиника – заболевание начинается с эритемы, на которой довольно быстро возникают участки ороговения, а затем в центре возникает атрофия, т. е. для красной волчанки характерны три основных признака - гиперемия, гиперкератоз и атрофия. Кроме того имеются дополнительные признаки - телеангиоэктазии, пигментации.

Чаще поражается кожа лица, ушные раковины, нижняя губа. В полости рта красная волчанка локализуется на твердом небе и слизистой оболочке щек, деснах. Красная волчанка на губе может длительное время существовать без очагов на коже.

Антонова (1965) выделяет три формы красной волчанки в полости рта:

- **типичную;**
- **эксудативно-гиперемическую;**
- **эрозивно-язвенную.**

На лице при красной волчанке формируется симптом бабочки.

Острая форма красной волчанки – очень тяжелое заболевание, протекающее с повышением температуры, болями в суставах, поражением почек, сердца.

Дифференциальная диагностика

поводится в основном с красным плоским лишаем (локализация, рисунок, свечение в лучах Вуда – оно снежно-голубое при красной волчанке, а при красном плоском лишае – беловато-желтое).

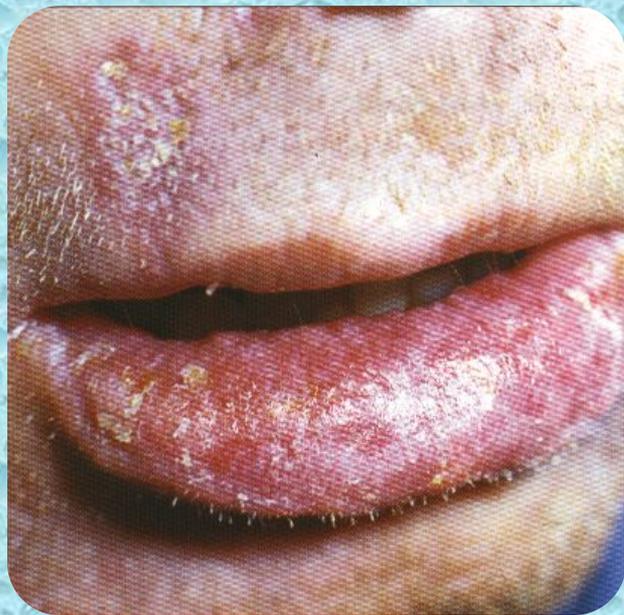
Лечение: санация полости рта, применение противомаларийных препаратов (хингамин по 0,25 × 2 раза в день. На курс – 20 г). Хорошо помогает преднизолон, никотиновая кислота, декарис.

Профилактика этого заболевания – предохранение от солнечных лучей, (с этой целью применяют солнцезащитные мази «Щит», «Луч»), не переохлаждаться.

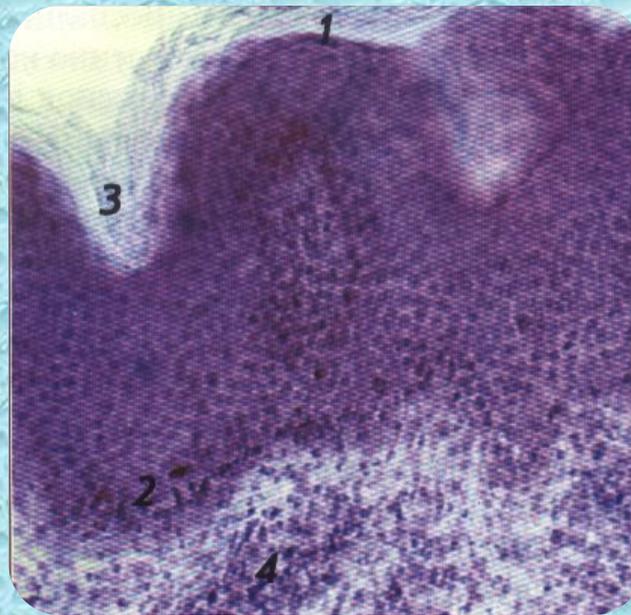
Прогноз при хроническом течении благоприятный.



**Хроническая
(дискоидная) красная
волчанка, типичная
форма**



**Хроническая
(дискоидная) красная
волчанка, эрозивно-
язвенная форма**



**Хроническая
(дискоидная) красная
волчанка, эрозивно-
язвенная форма.
Патогистологическая
картина (3 - очаг
атрофии)**



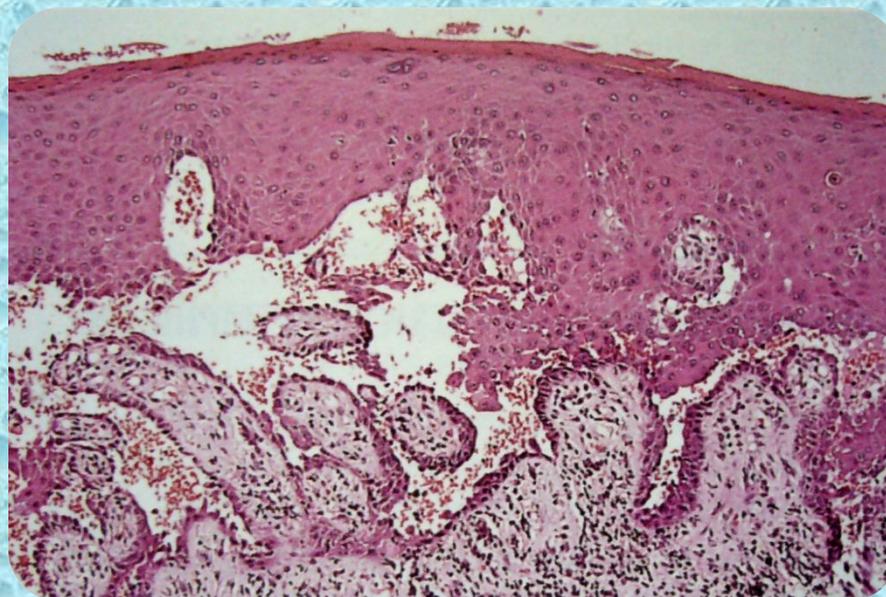
**Пузырчат
ка**

Пузырчатка – тяжелая кожная болезнь, проявляющаяся образованием пузырей и без лечения в течение 1-2 лет приводящая к летальному исходу.

Без особых воспалительных и субъективных явлений на коже всего тела возникают пузыри с вялой стенкой размером от горошины до грецкого ореха, которые при вскрытии приводят к образованию плохо заживающих эрозий.

В равной степени болеют мужчины и женщины, чаще в возрасте старше 35 лет.

*Трение видимо здоровой кожи вызывает образование пузыря – **симптом Никольского**, появление которого обусловлено прекращением десмосомальной связи между клетками шиповатого слоя (акантолиз).*



**Вульгарная
пузырчатка.
Патогистологическая
картина.**

В полости рта пузыри быстро вскрываются, а возникают они на всех участках слизистой оболочки полости рта, но чаще на небных дужках, мягком небе, слизистой щек, дне полости рта.

В 70-80% пузырчатка начинается с полости рта и часто пузыри в течение нескольких недель или даже месяцев локализуются только в полости рта. Иногда они возникают после удаления зубов, протезирования.

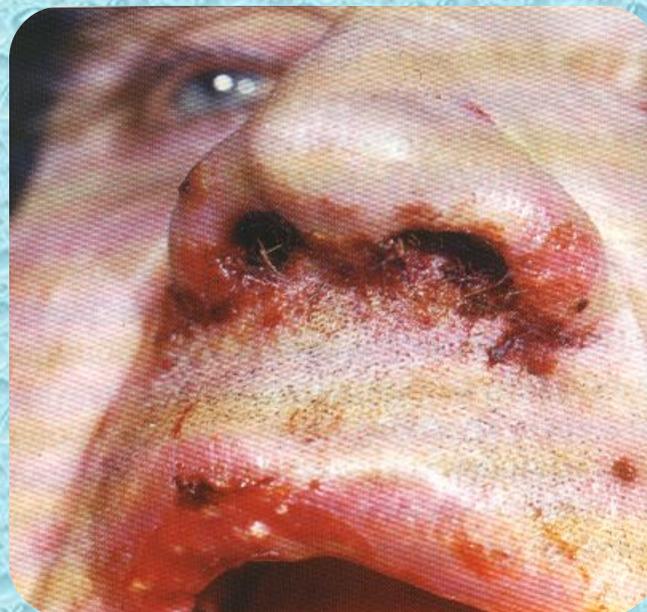
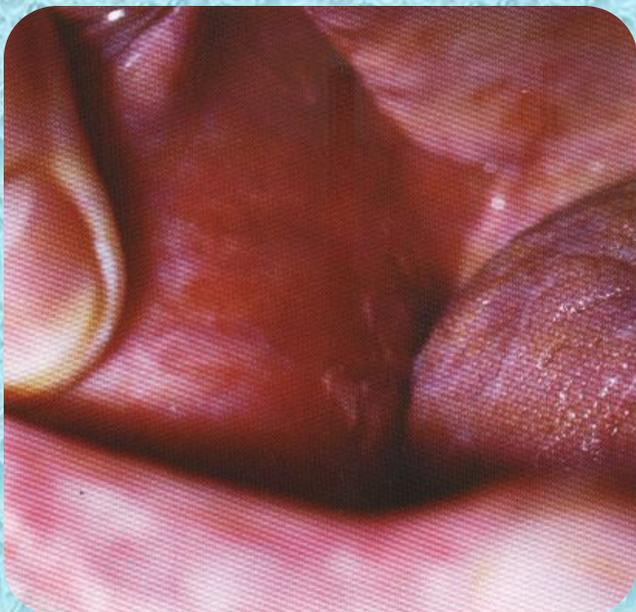
Образовавшиеся эрозии имеют ярко-красный цвет и располагаются на фоне неизменной слизистой оболочки. Эрозии могут сливаться и образуют обширные эрозивные поверхности, долго не заживающие. Прием пищи очень затруднителен, у больных отмечается обильная саливация и возникают болезненные трещины. Часто возникает охриплость голоса, что говорит о поражении гортани.



**Вульгарная
пузырчатка.
Пузырь на твердом нёбе.**



**Вульгарная
пузырчатка.
Эрозии по линии
смыкания зубов.**



Вульгарная пузырчатка. Эрозии на слизистой щек, красной кайме губ и крыльях носа.

Различают 4 клинические формы пузырчатки:

- **вульгарную,**
- **вегетирующую,**
- **листовидную,**
- **себорейную.**

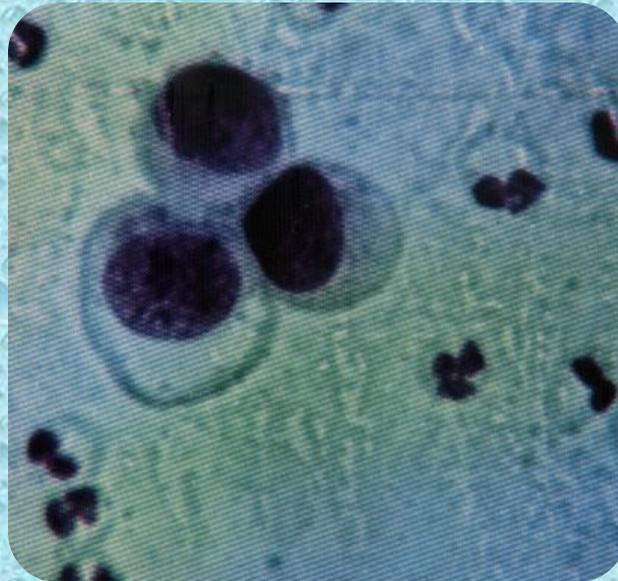
При листовидной форме пузырчатки полость рта не поражается. Наиболее часто встречается вульгарная пузырчатка. При вегетирующей пузырчатке в зоне поражения на слизистой полости рта возникают разрастания, напоминающие сосочковые грануляции.

Этиология: не ясна. Предполагали вирусную, бактериальную теорию возникновения пузырчатки. Но эти точки зрения не подтвердились. В последние годы склоняются в пользу аутоиммунных механизмов образования пузырчатки, так как нашли аутоантитела эпителиальных клеток. Обнаружена прямая связь между повышением уровня ядерной ДНК и тяжестью заболевания, что ведет к изменению антигенной структуры этих клеток и выработке против неё аутоантител типа иммуноглобулина. Однако, до настоящего времени не решен вопрос о том, первичный ли это процесс или вторичный - последствие вирусной инфекции.

Диагностика: - при всех пузырьных заболеваниях всегда нужно думать о пузырчатке. При ней имеется положительный симптом Никольского, наличие гигантских клеток Тцанка, длительно не заживающие эрозии, преимущественное появление пузырей в местах наибольшего трения.

Симптом Никольского проверяется тремя путями:

- 1.- при потягивании за обрывок пузыря происходит отслаивание эпителия.
2. – при трении видимо здоровой кожи, особенно между двумя пузырями, происходит образование нового пузыря (за счет акантолиза)
3. – при надавливании предметным стеклом на пузырь происходит расползание пузыря.



**Акантолитические
клетки Тцанка. X 900.**

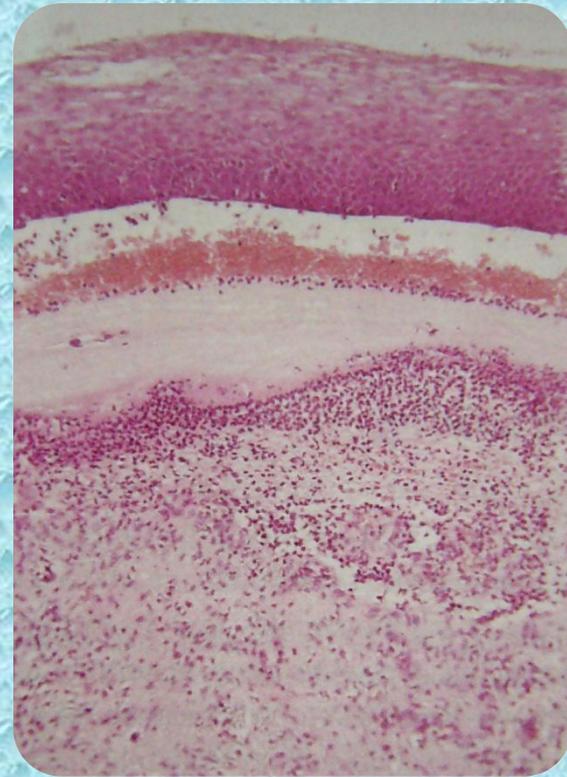
Пемфигоид – пузыри располагаются субэпителиально и они имеют толстую покрывку, поэтому мы их можем увидеть.

В настоящее время при диагностике пузырчатки большую помощь оказывает РИФ – реакция иммунофлюоресценции. При этом обнаруживается отложение иммунных комплексов, содержащих IgA и IgG.

Дифференциальную диагностику проводят также с МЭЭ, герпетическим дерматитом Дюринга.



Пемфигоид.



**Пемфигоид.
Патогистологическая
картина.**

Лечение. При лечении пузырчатки применяют преднизолон, триамцинолон, дексаметазон. Преднизолон назначают в ударных дозах 50-80 мг в сутки, триамцинолон – 40-80 мг в сутки, дексаметазон – 8-10 мг в сутки. После исчезновения пузырей дозу препарата уменьшают по 5 мг через каждые 5 дней вплоть до отмены. Поддерживающая доза составляет 10-15 мг. При приеме преднизолона для профилактики одновременно назначают хлорид калия, ацетат калия, оротат калия. В больших дозах назначают аскорбиновую кислоту. Для профилактики остеопороза рекомендовано назначать препараты кальция, а начиная с 3-4 месяца – тирокальцитонин. Назначают также цитостатики – метотрексат 1 раз в неделю по 35-50 мг. Благоприятное воздействие оказывает назначение совместно с кортикостероидами гепарина по 10000 ЕД внутримышечно 2 раза в день в течение 15-20 дней.

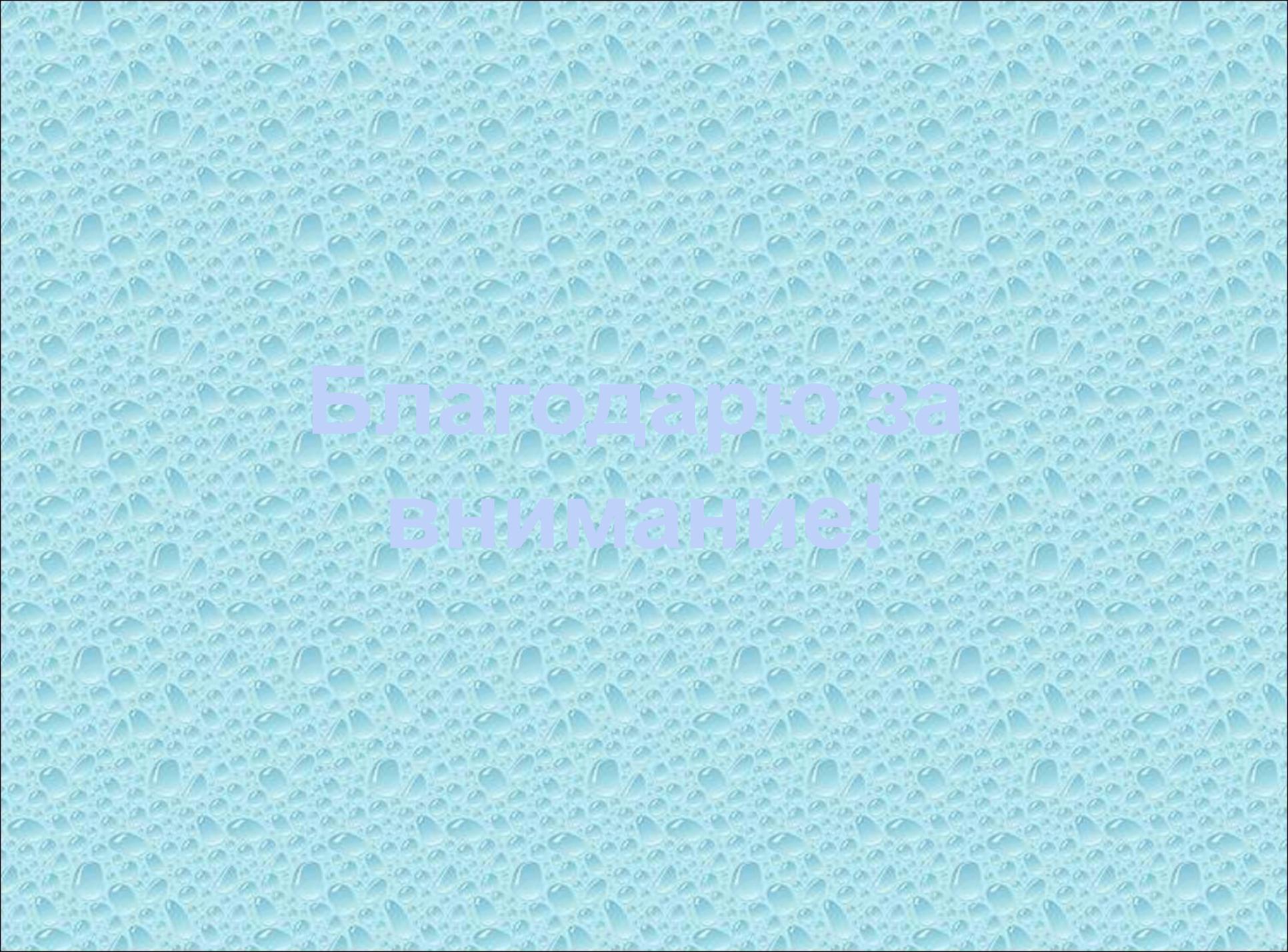
**Герпетиформн
ый
дерматит
Дюринга**

Дерматит Дюринга – кожные симптомы пузырьчатки клинически очень трудно могут быть отдифференцированы от везикуло-буллезной кожной болезни, называемой герпетиформным дерматитом Дюринга, который характеризуется сильным зудом, образованием мелких, расположенных группами субэпидермальных пузырьков. Это заболевание впервые описал в 1884 году Дюринг. Базальная мембрана при этой болезни не показывает иммунофлюоресценции. Часто наблюдается эозинофилия в крови и в тканях. Симптомы со стороны полости рта выражены слабо.

Этиология: до настоящего времени не выяснена. Учитывая повышенную чувствительность к йоду, бромю, многие исследователи относят это заболевание к группе аллергических. Ряд авторов отмечали клиническую эффективность у больных, получавших диету с исключением злаков и клейковины.

Клиника:- на эритематозных отечных очагах появляются герпетиформные сгруппированные пузырьки, повышается температура тела до 38-40°с. Отмечается головная боль, бессонница, диспептические расстройства. Через 2-3 недели наступает ремиссия. Различают 2 формы – крупнопузырную и мелкопузырную форму. Симптом Никольского отрицателен. Отмечается повышенная реакция на йод, и с целью диагностики этого заболевания можно провести провокационные пробы - столовую ложку 3-5% раствора йодистого калия внутрь или нанесение 50% мази с йодидом калия на кожу в виде повязки на 24-48 часов. При положительном результате провокационной пробы наблюдаются новые высыпания в месте нанесения мази.

Лечение: диаменодифенилсульфон (ДДС) назначают циклами в дозировках от 0,005 до 0,025 г 2 раза в день в течение 5 дней. Взрослым по 0,5 г 3 раза в день, на курс 15 г. Прогноз благоприятен.



Благодарю за
внимание!