

Многоформная экссудативная эритема





































Красный плоский лишай

Красный плоский лишай (Lichen ruber planus) - это хроническое воспалительное, часто встречающееся заболевание кожи.

На **красный плоский лишай** приходится до 2,4% всех заболеваний кожи и от 7 до 10% заболеваний слизистой оболочки полости рта. Среди больных преобладают лица в возрасте 30—60 лет, несколько чаще женщины.

- Термин «**красный плоский лишай**» ввел Ф. Гебра в 1860 г.
- Английский дерматолог Е. Вильсон в 1869 г. впервые дал клиническое описание этого заболевания.
- Первое сообщение о нем в отечественной литературе сделали В. М. Бехтерев и А. Г. Полотебнов в 1881 г.

Существует несколько теорий возникновения красного плоского лишая:

- вирусная,
- неврогенная,
- наследственная,
- интоксикационная,
- иммуноаллергическая.

Вирусная теория происхождения КПЛ предполагает наличие у больных располагающегося внутрикожно фильтрующегося вируса, который при определенных обстоятельствах (физические травмы, психоэмоциональный стресс и др.) способен индуцировать продукцию антител, что приводит к повреждению базальной мембраны и развитию аутоиммунного процесса. Основными критериями, на которых зиждется вирусная теория КПЛ, являются следующие:

- 1. выявление вирусоподобных изменений в области очагов поражения (наличие в цитоплазме клеток мальпигиева слоя структур, напоминающих микоплазмы, а также округлых включений диаметром 200-300 мкм);**
- 2. расположение высыпаний по типу опоясывающего лишая;**
- 3. случаи возникновения КПЛ у супругов;**
- 4. лимфоцитоз в кровяном русле, увеличение лимфатических узлов;**
- 5. эффективность в целом ряде случаев антибиотикотерапии.**

Однако предполагаемый вирус до настоящего времени не идентифицирован и не выделен.

Неврогенная теория красного плоского лишая подтверждается тем, что первые вспышки заболевания у многих пациентов обнаруживались после какого-либо нервного потрясения или после хронического нервного перенапряжения, послужившего провоцирующим фактором. На основании анамнеза и клинического исследования больных красным плоским лишаем выясняется, что большинство из них страдает теми или иными расстройствами нервной системы (истерия, неврастения, вегетоневрозы и т.д.).

Интоксикационная Большинство больных красным плоским лишаем имеют отягощенный анамнез.

У них отмечаются различные заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы и установлена зависимость течения красного плоского лишая от патологии внутренних органов.

За последнее время все чаще стали появляться сообщения о развитии красного плоского лишая на слизистой оболочке в ответ на воздействие химических веществ, включая лекарства.

Описаны так называемые лихеноидные реакции у лиц, работа которых связана с проявлением цветной киноплёнки, имеющих контакт с парафенилдиамином, длительно принимавших тетрациклин, ПАСК, препараты золота.

Из этого следует, что красный плоский лишай в некоторых случаях может представлять собой общую аллергическую реакцию организма на некоторые медикаментозные и химические раздражители

Наследственная предрасположенность.

Описаны случаи, когда красный плоский лишай был констатирован в нескольких поколениях.

Наследственный анамнез отмечается примерно у 0,6% из всего количества больных.

В настоящее время установлено и значительное угнетение иммунологической реактивности организма у больных красным плоским лишаем, о чем свидетельствует низкий титр комплемента примерно у 60,3% больных и снижение общей иммунологической реактивности у 40% больных. Ослаблению защитных сил организма способствуют фоновые заболевания и длительное течение самого красного плоского лишая.

Иммуноаллергическая теория КПЛ

КПЛ возникает на фоне дисфункционального состояния иммунного гомеостаза, что выражается в изменении соотношения основных субпопуляций Т-лимфоцитов, в повышении коэффициента T_H/T_S , увеличивается содержание Т-клеток в дермально-эпидермальной зоне, в том числе клеток Лангерганса и активированных Т-лимфоцитов. Последние в конечном итоге разрушают базальные кератиноциты.

Но первичным событием в возникновении красного плоского лишая является не повреждение базальных клеток эпидермиса, а развитие гиперчувствительности замедленного типа, в процессе которой пока еще не идентифицированный антиген после стимуляции им клеток Лангерганса становится объектом воздействия Т-лимфоцитов.

Дегенеративные изменения кератиноцитов обусловлены цитотоксическим воздействием Т-лимфоцитов. Кроме того, у ряда больных с КПЛ выявляются в крови циркулирующие антитела к шиповидным клеткам эпидермиса и структурным элементам базальной мембраны.

Данное предположение основано на том, что лимфоциты в дермальном инфильтрате при красном плоском лишае представлены главным образом Т-лимфоцитами (в большинстве случаев Т-хелперами) и что количество клеток Лангерганса в эпидермисе резко возрастает уже на ранних этапах формирования патологического процесса [Ragaz A., Askermann A. B., 1981].

Нельзя исключить того, что пока неизвестным антигеном, стимулирующим функции клеток Лангерганса и активирующим функции Т-клеток, может явиться вирус.

Патоморфологически в эпидермисе выявляется гипергранулез, гиперкератоз, вакуольная дегенерация базального слоя.

В верхних слоях дермы определяется плотная полосовидная инфильтрация за счет лимфоцитов, гистиоцитов и меланоцитов

Клиническая картина.

Типичная форма красного плоского лишая характеризуется **мономорфной сыпью в виде красно-сиреневых мелких (диаметром 2—5 мм) блестящих полигональных папул с пупковидным вдавлением в центре элемента.**

На более крупных элементах видна **сетка Уикхема (опаловидные белые или сероватые точки и полосы – проявление неравномерного гранулеза).**

Характерными признаками красного плоского лишая являются:

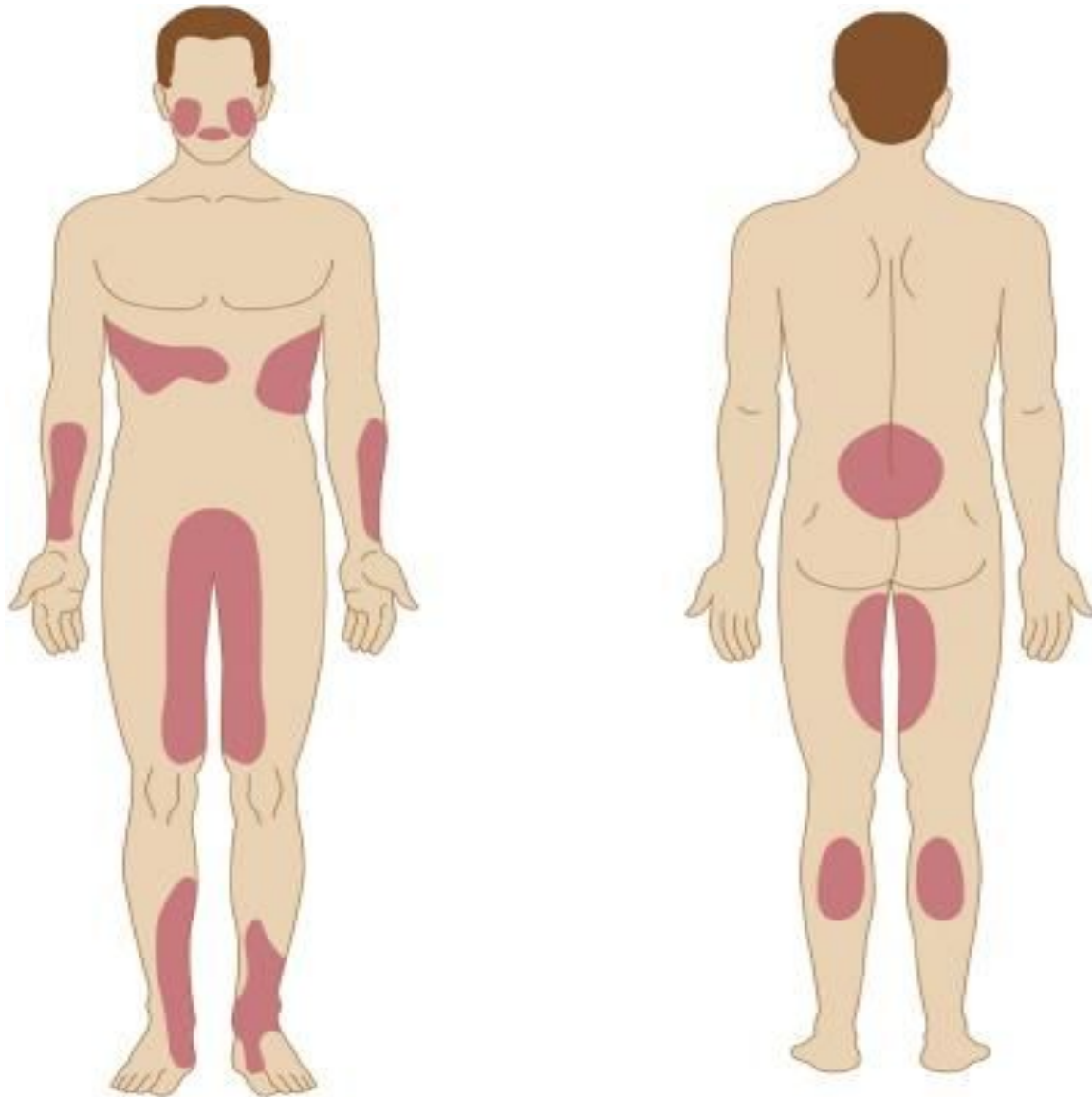
склонность к скученному расположению высыпаний и их группировка с образованием колец, гирлянд, линий ;
реже **образование бляшек с шагреновидной поверхностью.** Вокруг бляшек могут возникать располагающиеся более или менее густо новые папулы.

Высыпания располагаются **симметрично на сгибаемых поверхностях конечностей, лучезапястных суставов и предплечий, передней поверхности голеней, в области крестца, на туловище.**

Субъективно беспокоит интенсивный зуд.

В прогрессирующей стадии отмечается положительный феномен Кебнера (появление новых высыпаний в зоне травматизации кожи).

Излюбленная локализация сыпи



Регресс сыпи обычно сопровождается гиперпигментацией.

Редко поражаются ладони, подошвы и лицо.

Может наблюдаться и одностороннее поражение кожи **(зостериформный красный плоский лишай)**.

Количество высыпаний различно: от единичных (в полости рта, на половых органах) до множественных, покрывающих значительные участки тела, так что может создаваться впечатление сплошного поражения кожи, иногда по типу эритродермии.

Слизистые оболочки полости рта (включая щеки, язык, десны, небо), половых органов поражаются в 25—70% случаев; при этом папулы имеют белесоватый цвет, сетчатый или линейный характер и не возвышаются над уровнем окружающей слизистой оболочки;

возможны также веррукозная, эрозивно-язвенная формы поражений слизистой оболочки.

Ногтевые пластинки поражаются в виде продольных борозд, углублений, участков помутнения, продольного расщепления и онихолизиса. У некоторых больных изменения ногтей предшествуют высыпаниям на коже и даже могут быть единственным проявлением дерматоза.

- **Кольцевидный красный плоский лишай** может образоваться за счет 1. первичного густого расположения узелковых элементов в виде колец, 2. при рассасывании центральной части бляшек 3. вследствие периферического роста отдельных узелков.

Наиболее характерной локализацией узелковых элементов при этой форме являются половые органы и молочные железы.

- **Атрофический красный плоский лишай** характеризуется развитием атрофических изменений на месте регрессирующих узелковых элементов, чаще тех, которые располагаются кольцевидно.

- **Остроконечный = фолликулярный КПЛ** наряду с типичными папулами появляются остроконечные фолликулярные узелки с роговой пробкой. На поверхности отдельных узелков находятся роговые шипики. Такие высыпания располагаются преимущественно на голенях.

- В случае локализации их на волосистой части головы процесс завершается рубцовой атрофией и облысением, которые в сочетании с алопецией в подмышечных впадинах и в области лобка, шиповидными роговыми папулами на туловище и конечностях обозначаются как **синдром Литтла - Лассюэра**.

- **Пемфигоидный КПЛ** характеризуется возникновением пузырьков и пузырей преимущественно на поверхности типичных папул или на фоне эритемы, редко на неизменной коже. В последнем случае не исключена возможность развития [буллезного пемфигоида](#) характеризуется возникновением пузырьков и пузырей преимущественно на поверхности типичных папул или на фоне эритемы, редко на неизменной коже. В последнем случае не исключена возможность развития буллезного пемфигоида. Необходимо учитывать, что пемфигоидная форма красного плоского лишая может быть проявлением [паранеоплазии](#) характеризуется возникновением пузырьков и пузырей преимущественно на поверхности типичных папул или на фоне эритемы, редко на неизменной коже. В последнем случае не исключена возможность развития буллезного пемфигоида. Необходимо учитывать, что пемфигоидная форма красного плоского лишая может быть проявлением

- **веррукозная**, крупные гипертрофированные папулы синевато-красного или коричневого цвета, с бородавчатыми наслоениями на их поверхности, значительно возвышаются над уровнем кожи. Очаги поражения обычно располагаются на нижних конечностях, отмечается выраженная резистентность к терапии:

- **буллезная**, сопровождающаяся образованием пузырей с серозно-геморрагическим содержимым на фоне типичных проявлений красного плоского лишая на коже и слизистых оболочках;

- **эрозивно-язвенная** возникает чаще на слизистой оболочке рта с образованием болезненных эрозий и язв неправильной формы с красным, бархатистым дном на фоне типичных папулезных элементов.

Наблюдается чаще у больных сахарным диабетом и гипертонической болезнью (**синдром Гриншпана—Потекаева**);

Элементы на слизистых оболочках регрессируют медленнее, чем на коже. Гипертрофические и эрозивно-язвенные очаги могут трансформироваться в плоскоклеточный рак.

- **пигментная** проявляется пигментными пятнами, которые предшествуют формированию лихеноидных папул, чаще поражаются лицо и верхние конечности;

- **линейная** отличается линейным поражением высыпаний.

Течение красного плоского лишая обычно хроническое, без лечения продолжающееся 6—9 мес, и в 20% случаев рецидивирующее.

Диагноз устанавливается в основном на основании клинических данных, подкрепленных в сомнительных случаях гистологическими и иммуноморфологическими исследованиями.

Лечение красного плоского лишая

Необходимо устранить факторы риска – бытовые и профессиональные вредности, сопутствующие заболевания, очаги инфекции. Проводят санацию полости рта, протезирование.

В качестве основной терапии назначают препараты хингаминового ряда — делагил (резохин), гидроксихлорохин (плаквенил).

Если процесс продолжает распространяться, применяют **кортикостероидные препараты** (преднизолон, триамцинолон, дексаметазон) .

При наличии выраженного зуда **показаны седативные средства** (бром, валериана, пустырник, **иногда – нейролептики и антидепрессанты**, способствующие нормализации сна и уменьшению зуда, а также **антигистаминные препараты** (тавегил, кларитин, телфаст и др.).

Применяют **десенсибилизирующие средства** — препараты кальция (хлористый кальций, глюконат или глицерофосфат кальция), сульфат магния, тиосульфат натрия.

На обменные процессы благоприятное действие оказывает **витаминотерапия**.

Производные витамина А (тигазон, неотигазон, этретионат) уменьшают выраженность воспаления и нормализуют процессы деления клеток. Более эффективны производные витамина А при поражении слизистой оболочки рта и красной каймы губ. **Суточная доза составляет от 25 до 50 мг, лечение продолжается 2–3 недели**

Витамин Е (альфа-токоферола ацетат) позволяет при комплексном лечении гормонами снизить суточную дозу и сократить сроки гормональной терапии.

Крупные бляшки разрушают путем **криодеструкции** или **электрокоагуляции** .

Язвенные очаги лечат **заживляющими** средствами (**солкосерил, тантум-верде, облепиховое масло, масло шиповника**).

Из методов нелекарственной терапии красного плоского лишая заслуживает внимания **фототерапия - лазер, ПУВА-терапия , ре-ПУВА-терапия.**

Из **физиотерапевтических процедур** используют **электросон, диадинамические токи паравертебрально, индуктотермию поясничной области.**

Используется терапия красного плоского лишая с применением **иммуномодуляторов** (реаферон, интерлок, неовир, ридостин). Неовир 12,5% назначают внутримышечно по 2 мл 1 раз в 2–3 дня, на курс 5 инъекций, ридостин – по 2 мл через 2 дня на 3-й, всего 4 инъекции.

Наружно назначают мази с кортикостероидными гормонами (элоком, дипрогент, дермовейт, целестодерм, белосалик и др.), наносимые нередко под окклюзионную повязку;

веррукозные очаги обкалывают хингамином или дипроспаном;

при лечении слизистых оболочек применяют 1% дибуноловую мазь, полоскания настоем шалфея, ромашки, обработку тантум-верде, солкосерилом, маслами облепихи, шиповника.

Профилактика заключается в санации очагов хронической инфекции, лечении психоневрологических расстройств, исключения стрессовых ситуаций. При профилактике обострений показано использование водных процедур (сероводородные, радоновые ванны, души), соблюдение диеты с исключением алкоголя, соленых блюд, пряностей

















Сетка Уикхема























©Dr. Dubin's collection

















































2077

Из коллекции Сергеева Ю. В.



Розовый лишай Жибера (Pityriasis Rosea)

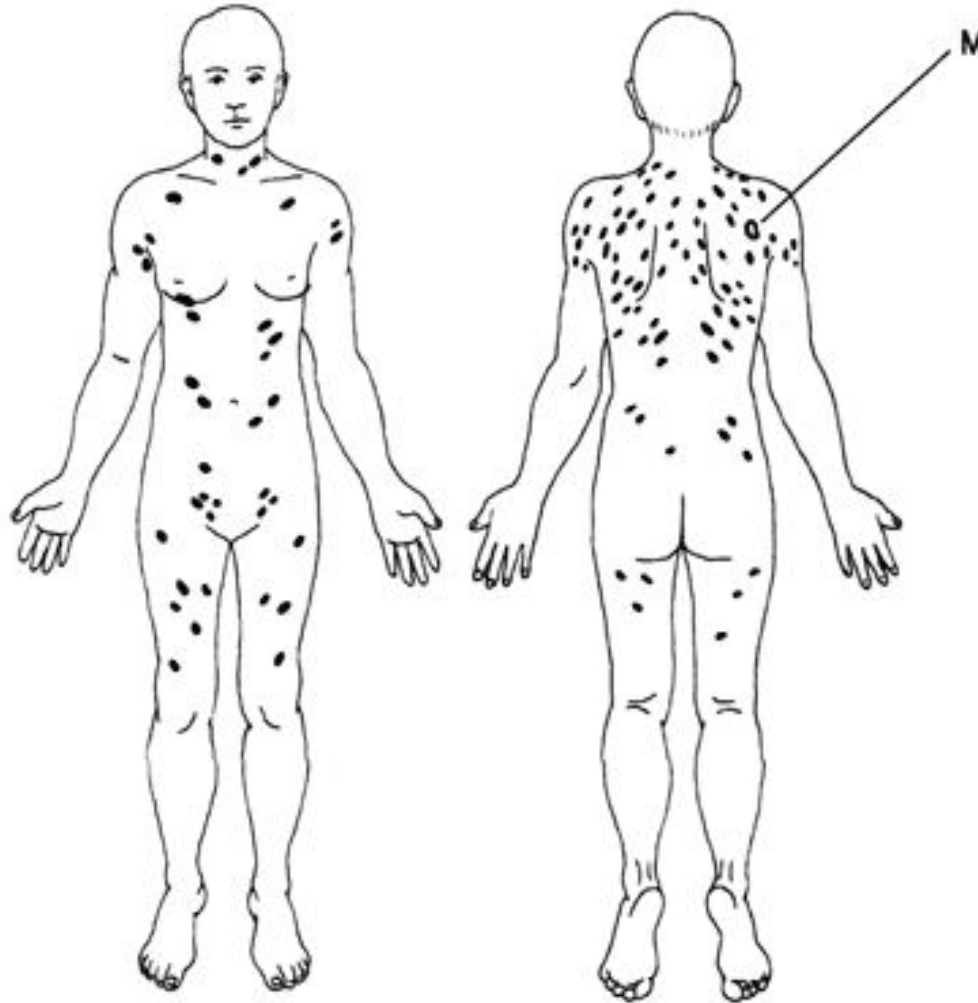




Photo Courtesy of CDC



<http://dermis.net>



SKINMASTER.RU

572

Из коллекции Сергеева Ю. В.







