

# 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:

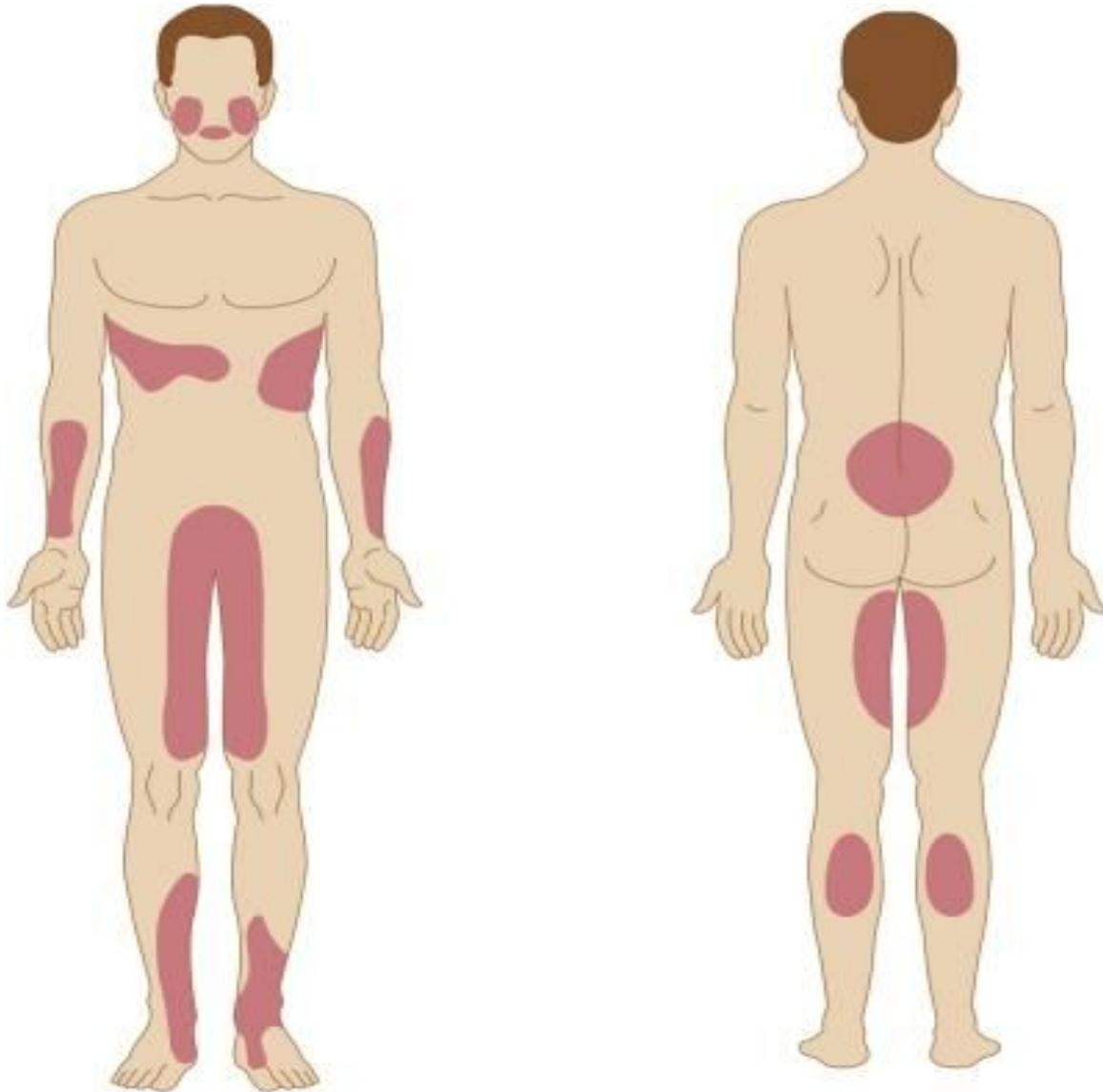
**склонность к скученному расположению высыпаний и их группировка с образованием колец, гирлянд, линий ;**  
реже **образование бляшек с шагреновидной поверхностью.** Вокруг бляшек могут возникать располагающиеся более или менее густо новые папулы.

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)

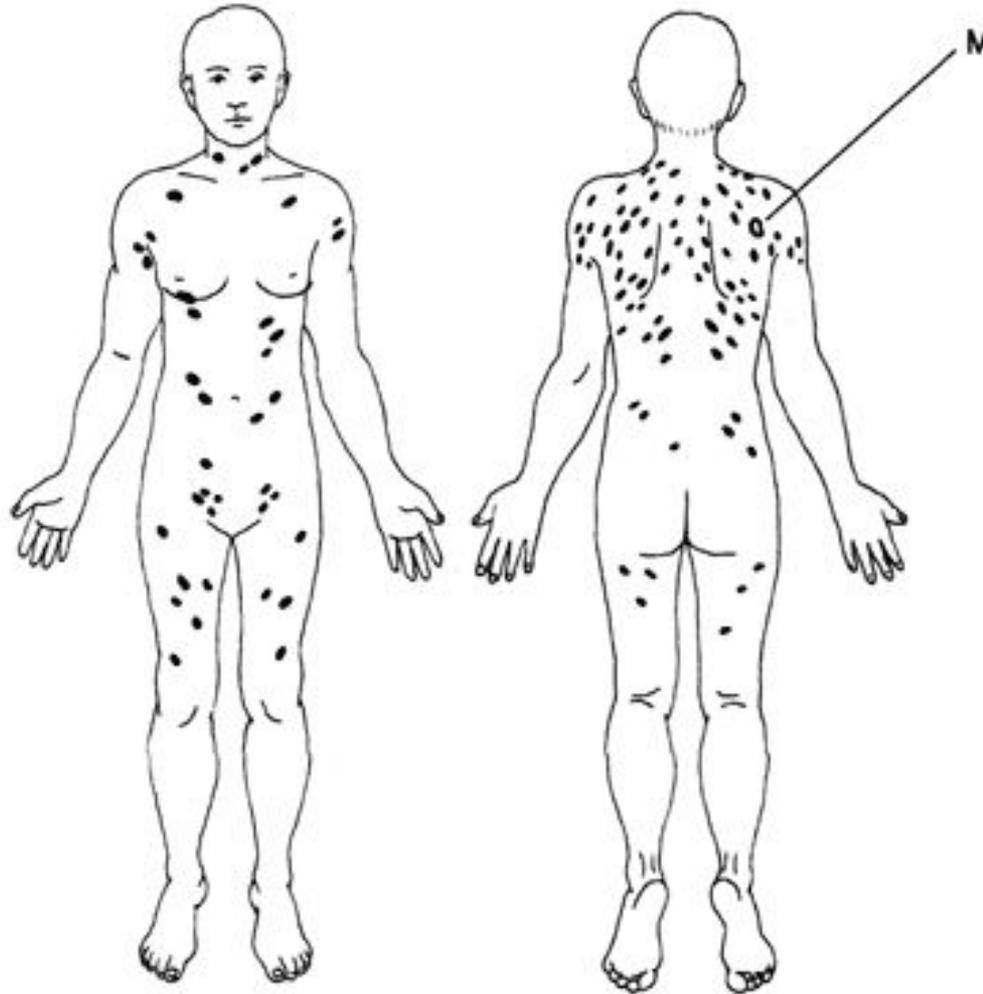




Photo Courtesy of CDC



<http://dermis.net>



SKINMASTER.RU

572

Из коллекции Сергеева Ю. В.







