

Красный плоский лишай

(лишай Вильсона)

Запорожье, 2016

Красный плоский лишай
(КТПЛ) - хронический
мультифакториальный,
иммунозависимый дерматоз,
характеризующийся
мономорфной
пролиферативной сыпью на
коже и слизистых оболочках

Красным плоским лишаем

чаще болеют женщины в возрасте от 35 до 55 лет.

В общей структуре дерматологической заболеваемости этот дерматоз составляет до 1,5%, среди болезней слизистой оболочки полости рта – 35%.

В этиологии и патогенезе заболевания большая роль отводится:

- инфекционным факторам (вирусам),
- неврогенным нарушениям,
- токсико-аллергическим воздействиям (в том числе лекарственным),
- хроническим болезням, ослабляющим защитные силы макроорганизма,
- изменениям в иммунной системе, характерным для аутоиммунных процессов.

К предрасполагающим факторам развития заболевания следует отнести также генетическую предрасположенность

(описаны 70 случаев семейного заболевания этим дерматозом, болели чаще родственники во втором и третьем поколении)

– гены В8, DR3, которые обуславливают гипофункцию Т-супрессоров, ослабление элиминации иммунных комплексов в связи с дефектами

В развитии КТЛ наибольшее значение имеют:

- инфекции (вирусная),
- нейрогенные,
- иммунные нарушения,
- токсико-аллергические реакции,
- обменные процессы;
- возможна роль наследственной предрасположенности.

Заболевание встречается во всех возрастных группах.

КТПЛ -хронический процесс, реже подострый, иногда бывает острым.

Возникает КТПЛ исключительно на коже, либо исключительно на слизистых полости рта, либо одновременно на коже и слизистых.

Изолированное поражение слизистой оболочки полости рта наблюдается в 75-78% случаев.

Слизистая оболочка чаще поражается у женщин от 40 до 60 лет.

Общее состояние
обычно остается
удовлетворительным

•
Субъективно
беспокоит зуд,
иногда
мучительный.



Патогистология:

- неравномерный гиперкератоз,
- гранулез,
- акантоз с удлинением и заострением (в виде пилы) эпидермальных отростков, вакуолизация клеток базального слоя, полосовидная лимфоцитарная инфильтрация сосочкового слоя дермы.

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Типичная форма.
2. Экссудативно-гиперемическая форма.
3. Эрозивно-язвенная.
4. Буллезная.
5. Гиперкератотическая.
6. Атипичная форма.
7. Кораллоподобная.
8. Вегетирующая, веррукозная.
9. Пигментная форма.
10. Атрофический КТЛ.
11. Анулярный КТЛ.



КЛИНИКА

Основной морфологический элемент—уплощенная папула:

- имеет плоскую форму,
- восковидный блеск,
- размеры от 1—2 до 5 мм,
- полигональные очертания,
- пупковидное вдавление в центре,
- цвет красно-фиолетовый,
- шелушение незначительное,
- чешуйки отделяются с трудом;
- при смазывании папул растительным маслом обнаруживается сетевидный рисунок—симптом сетки Уикхема.

- имеется склонность к скученному расположению высыпаний,
- группировка с образованием дуг, гирлянд, линий, иногда образуются бляшки;
- расположение сыпи симметричное;
- локализация — сгибательные поверхности конечностей, туловище, слизистые;
- возможно зостериформное расположение;
- субъективно — зуд различной интенсивности вплоть до нестерпимого;
- возможно поражение ногтевых пластинок.





1 14:00











- в период обострения: положителен феномен (изоморфная реакция) Кебнера— появление новых морфологических элементов на местах травматизации кожи.















На слизистой оболочке полости рта различают 5 клинических форм КТЛЛ:

- Типичную
- Экссудативно-гиперемическую
- Эрозивно-язвенную
- Буллезную
- Инфильтративно-перигландулярную.

Типичные очаги поражения КТЛ на слизистых полости рта наблюдаются билатерально, в области щек в проекции моляров, на деснах, на спинке языка, реже на красной кайме губ и других участках. Патологический процесс проявляется в виде:

- кружева
- белых полосок
- кератотических колец

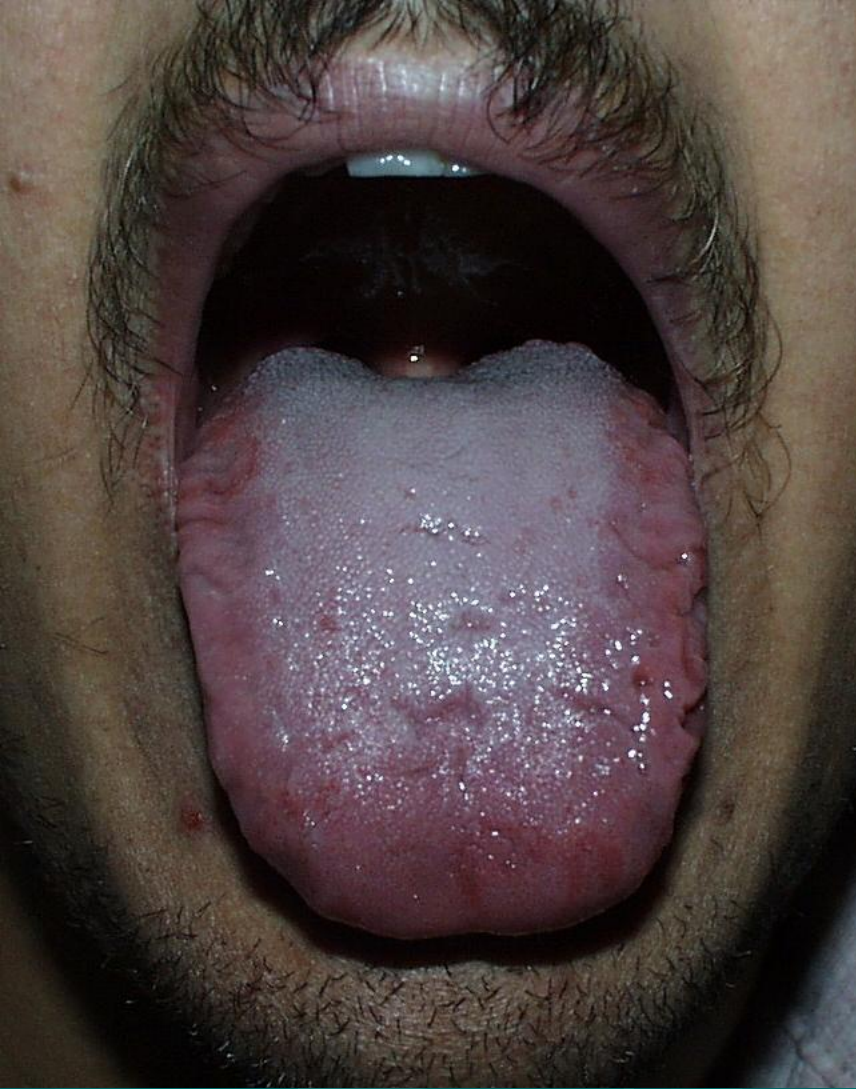
На языке папулы имеют вид бляшек до 1 см и диаметре, напоминая лейкоплакию, с серовато-белым, не снимающимся налетом на поверхности.





<http://dermis.net>



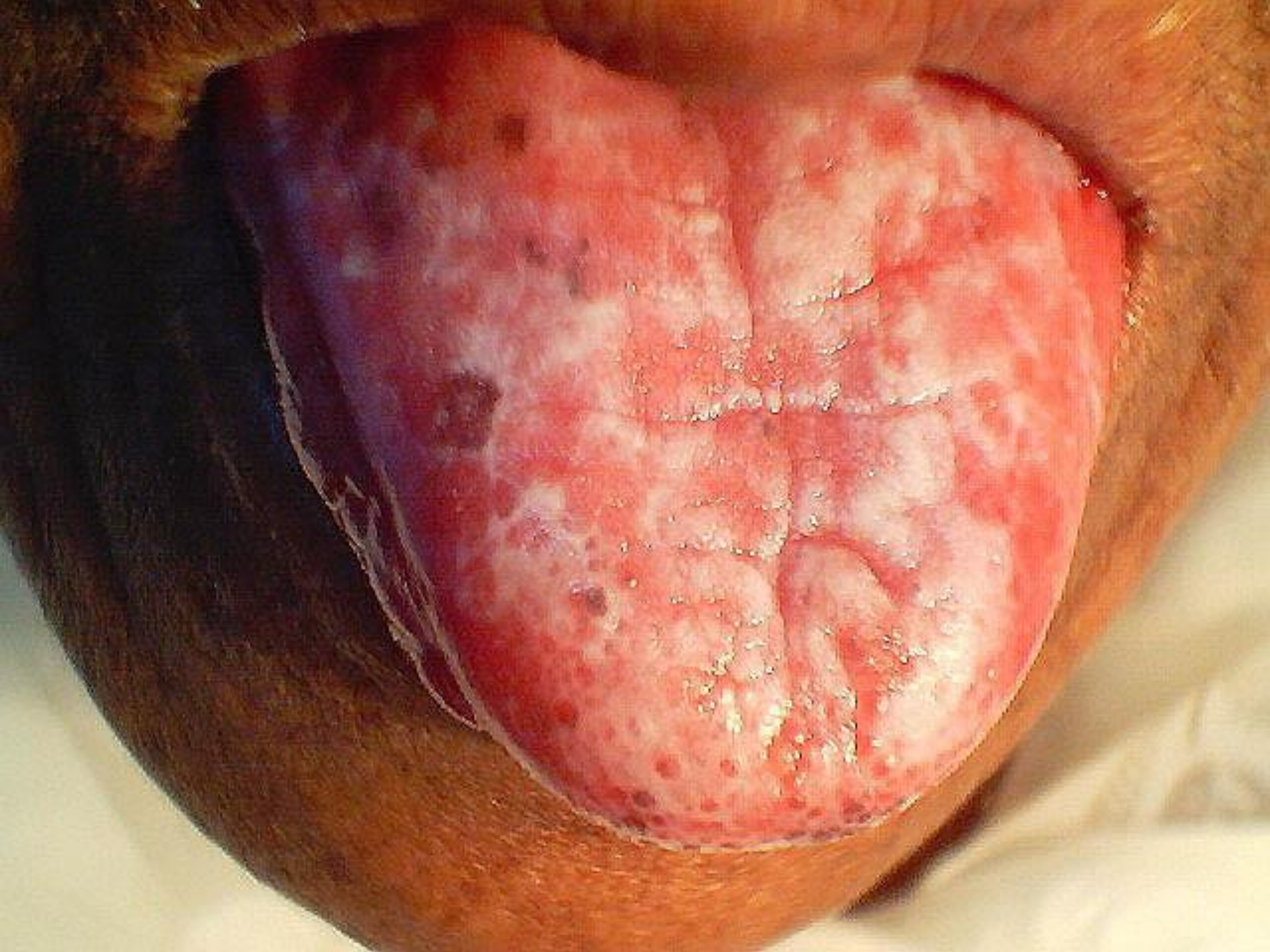




<http://dermis.net>



<http://dermis.net>



На красной кайме губ папулы
имеют либо звёздчатую
форму, либо сливаются в виде
сплошной шелушащейся
полосы;





<http://dermis.net>



В полости рта субъективно может определяться сухость, небольшая болезненность при приеме грубой и горячей пищи.

На слизистой полости рта высыпания локализуются на слизистой оболочке щек, по линии смыкания коренных зубов, на языке, губах, реже на деснах, небе и дне полости рта.

Экссудативно-гиперемическая форма - типичные папулы КТЛ на отечной и гиперемированной слизистой оболочке полости рта, сопровождается болевыми ощущениями.

Эрозивно-язвенная форма—тяжелая форма КТЛ слизистой полости рта в виде эрозий и язв на гиперемированном и отечном основании.

Эрозии (язвы) имеют неправильные очертания, покрыты фибринозным налетом, кровоточат, могут быть очень болезненными и могут держаться годами.

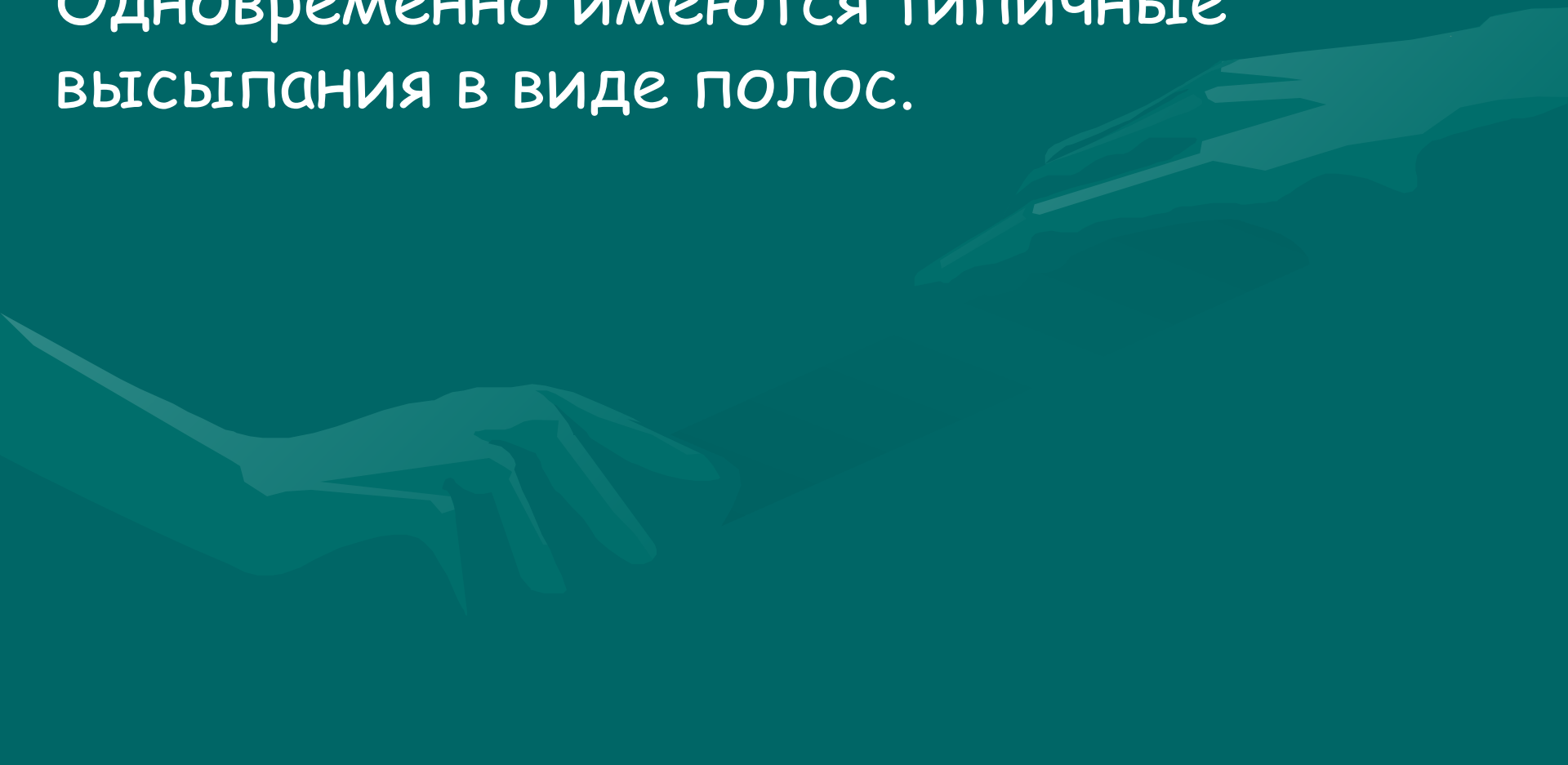
Буллезная форма КТЛ - наряду с типичными папулами появляются буллезные элементы, размером от булавочной головки до фасоли с плотной крышкой.

Если процесс возникает на слизистой полости рта, пузыри могут держаться до 2-х суток, а эрозии быстро эпителизируются.

При локализации на гладкой коже количество пузырей необильное, возникает сильный зуд.

Гиперкератотическая форма проявляется возникновением участков ороговения различной формы и очертаний с резкими границами.

Одновременно имеются типичные высыпания в виде полос.



Атипичная форма (инфильтративно-гландулярная) наблюдается на слизистой оболочке верхней губы и соприкасающейся с ней слизистой оболочке верхней десны в виде двух очагов застойной гиперемии, резко отграниченные, несколько выступающие за счет воспалительного инфильтрата и отека с белесоватым налетом, не снимающимся при приближении с расширенными устьями слюнных желез по всей поверхности (вторичный glandулярный хейлит).



<http://dermis.net>



<http://dermis.net>



<http://dermis.net>



<http://dermis.net>





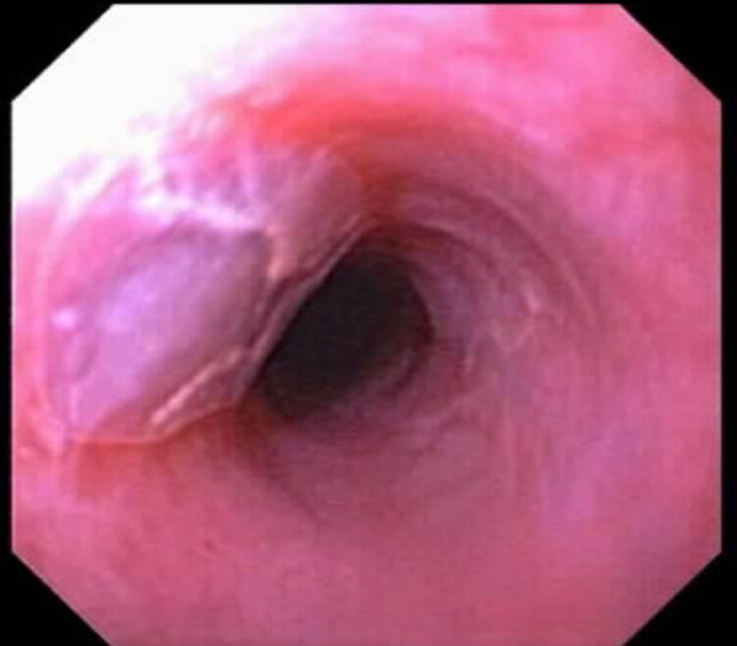
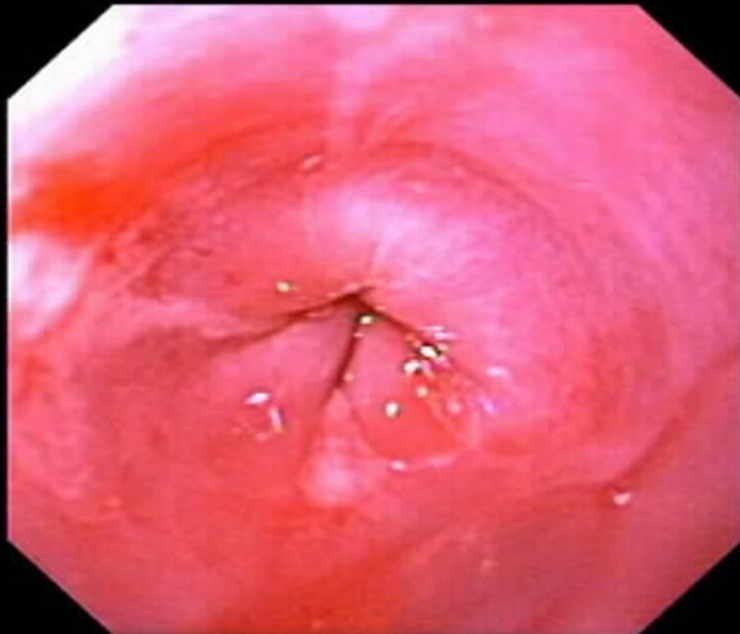
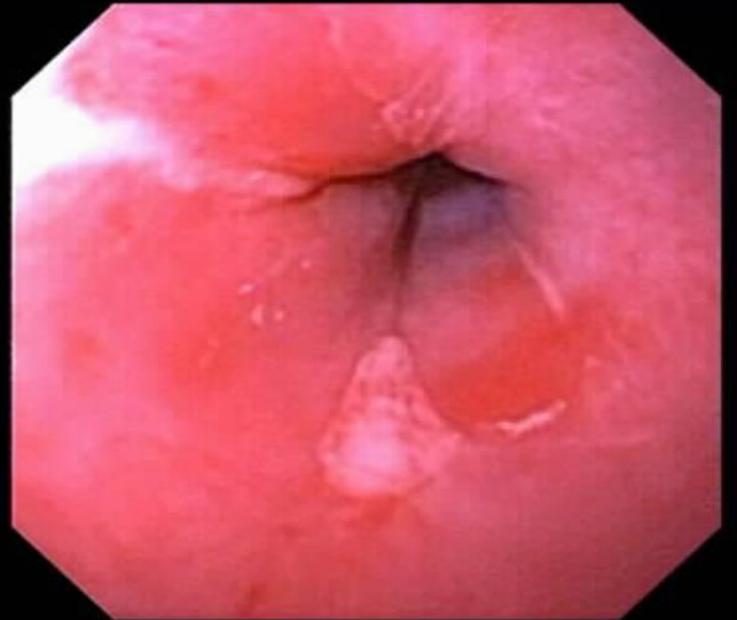
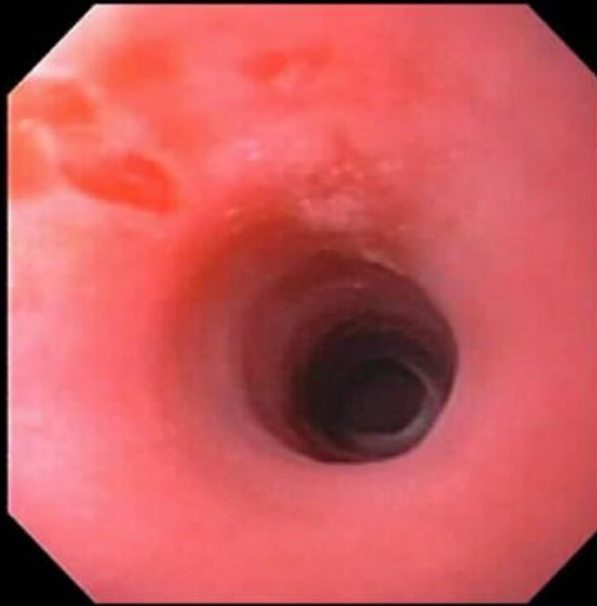
<http://dermis.net>



<http://dermis.net>



<http://dermis.net>



Лечение

должно быть комплексным,
патогенетическим и
индивидуализированным, с
использованием современных средств и
методов.

Важно учитывать:

- условия, способствующие появлению болезни,
- факторы риска, сопутствующую патологию,
- наличие очагов фокальной инфекции,

В остром периоде при
наличии интенсивного зуда
показаны:

- гистаминовые H1-блокаторы
- антисеротониновые препараты

блокаторы катехоламинов:
наряду с этим назначают:

- седативные средства,
- антидепрессанты, способствующие нормализации сна и уменьшению зуда,
- витамины: А, D, E,
- антицитки

Ретиноиды наиболее эффективны при поражении слизистой оболочки рта и красной каймы губ:

1. аналоги витамина А – каротиноиды (особенно при атипичных формах, в частности эрозивно-язвенной, а также при поражении слизистой рта и половых органов);
2. витамин Е (α-токоферола ацетат), используемый как антиоксидант и ингибитор системы цитохрома Р-450, позволяет при комплексном лечении кортикостероидами снизить суточную дозу и сократить сроки стероидной терапии

Методы немедикаментозной

терапии :

-фототерапия (субэритемные дозы
УФО)

-метод фотохимиотерапии (PUVA),
Для прерывания кооперативной связи
иммуно-компетентных клеток в качестве

базисной терапии назначают:

- глюкокортикостероиды в сочетании с производными 4-аминохинолина (хлорохин);
- ВИЛОЗЕН (препарата вилочковой железы крупного рогатого скота),
- широко используются экзогенные

- Использованная литература:

1. Дерматовенерология. Под редакцией В.П.Федотова и др., Дн-ск, 2011, стр.652
2. Гистопатология и клиническая характеристика дерматозов Г.С. Цераидис, В.П.Федотов, А.Д. Дюдюн, В.А.Туманский, Запорожье-Харьков, 2004, стр.536
3. Д.Е.Фитцпатрик, Д.Л.Элинг, 1999
4. Рук-во по кожным и вен. болезням под ред. Ю.К. Скрипкина (т.2,), 1995
5. Дерматология. Венерология. За ред. В.І.Степаненка, Київ, 2012, стр.846

- 6. Дерматовенерология. За ред. М. О. Дудченко. Полтава, 2011, стр. 319
- 7. В. Савчак, С. Галникіна Хвороби шкіри. ХПСШ, Тернопіль, 2001, стр. 506
- 8. Носатенко В. Е, Гуцу Н. В Цветной атлас кожных болезней. Харьков, 2002, стр. 431
- 9. П. П. Рыжко, Я. Ф. Кутасевич, В. М. Воронцов Атлас кожных и венерических болезней. Харьков, 2008, стр. 206
- 10. В. Г. Радионов Энциклопедический словарь дерматовенеролога. Луганск, 2009, стр. 616
- 11. Skin Disease. Diagnosis and Treatment. Thomas P. Habif. New York. 2005, s. 662

- 12.Dermatologie
E.G.Jung,I.Moll.Thieme,2003,s.506
- 13.Diseases of the
skin.Andrews.London,2000,p.1135
- 14.Dermatology A.B.Fleischer a.al.
New York,2000,p.303
- 15.Запалення шкіри Бочаров В.А.та ін.
Запоріжжя,2011,стр.280

Благодарим

за внимание!