



Красный плоский лишай

- Красный плоский лишай (кпл) — хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых, характеризующееся папулезными высыпаниями и сопровождающееся зудом. Термин «красный плоский лишай» ввел Ф. Гебра в 1860 г. Английский дерматолог Е. Вильсон в 1869 г. впервые дал клиническое описание этого заболевания. За последние десятилетия число больных этим дерматозом увеличилось вдвое. Красный плоский лишай появляется в любом возрасте, однако большинство случаев приходится на возрастную группу от 30 до 60 лет. Женщины болеют чаще мужчин.

- 
- Есть данные о наследственной предрасположенности к красному плоскому лишаю.
 - Начало КПЛ могут спровоцировать нейровегетативные, сосудистые, обменные нарушения, вирусные инфекции, интоксикации.
 - Красный плоский лишай характеризуется хроническим рецидивирующим течением, продолжительность которого варьирует от 5 до 40 лет. Начало заболевания возникает с высыпаний, зуда, недомогания, нервного стресса, слабости. Нередко элементы красного плоского лишая проявляются остро.

Классификация

Проявления красного плоского лишая на коже достаточно вариабельны, и их подразделяют на формы:

- типичная;
- гипертрофическая (бородавчатая);
- атрофическая;
- пемфигоидная (пузырчатая);
- монилиформная;
- пигментная;
- фолликулярная или остроконечная;
- кольцевидная;
- эрозивно-язвенная;
- редкие формы.

Типичная форма

- Характеризуется дермо-эпидермальными папулами полигональных очертаний, с пупкообразным центральным вдавлением, диаметром 1—3 мм, синюшно-красной окраски и восковидным блеском при боковом освещении.

Лихеноидные папулы располагаются симметрично на сгибательных поверхностях предплечий, боковых поверхностях туловища, на животе, слизистых оболочках полости рта и половых органов.



- После нанесения на поверхность воды или глицерина просматривается сетка Уикхема (неравномерно выраженный гапергранулез). Папулезные элементы в дальнейшем имеют выраженную тенденцию к слиянию между собой, образуя более крупные очаги в виде бляшек, различных фигур, колец. Очаги поражения при красном плоском лишае могут быть локализованными или генерализованными, приобретая характер эритродермии. Несмотря на проведенную терапию, рецидивы заболевания могут возникать с частотой 1—5 раз в год.

Гипертрофическая (бородавчатая) форма

- характеризуется бородавчатыми наслоениями на поверхности буровато-красных или фиолетовых бляшек. Вокруг бляшек располагаются отдельные типичные папулезные элементы. Излюбленная локализация высыпаний гипертрофической формы красного плоского лишая — передняя поверхность голеней.

Атрофическая форма.

- В зоне патологических элементов за счет поверхностных атрофических процессов эпидермальный слой истончен и имеет вид пергамента. Наиболее типичная для этой формы локализация сыпи — области шеи, плечевых суставов, грудных желез, наружных половых органов, а также слизистая оболочка полости рта.

Пемфигоидная (буллезная) форма

Характеризуется появлением пузырей на папулах и бляшках красного плоского лишая, а также на эритематозных участках и неизменной коже. При этой форме заболевания нередко нарушается общее состояние больного. При разрешении высыпаний может оставаться атрофия и гиперпигментация. При локализации элементов на волосистой части головы возможно развитие рубцовой алопеции. Пемфигоидная форма красного плоского лишая может выступать как паранеопластический синдром.

Пигментная форма.

- Симптомом этой формы является преобладание резко выраженного темно-коричневого фона очагов поражения, в котором еле заметны слегка поблескивающие островки элементов сыпи синюшной окраски. Они локализуются преимущественно на коже живота, конечностей и в области ягодиц. Эти очаги сочетаются с характерными для заболевания высыпаниями в ротовой полости, которые иногда могут быть избыточно пигментированными.

Фолликулярный красный лишай

Красный плоский лишай этой разновидности встречается редко. Отличительные черты элементов фолликулярной формы — мелкие остроконечные папулы, расположенные в области устьев волосяных фолликулов. Часто они имеют синюшный или насыщенно-красный цвет, свойственный вообще элементам этой патологии. Нередко они сочетаются с типичными эрозивно-язвенными элементами лишая, как на коже, так и на слизистой оболочке ротовой полости. После разрешения высыпаний могут формироваться поверхностные атрофические рубчики.

Кольцевидная форма красного плоского лишая

- Образуется как результат периферического роста очага поражения с регрессом элементов в его центре. Таким образом высыпания формируют полукольца, кольца и дуги. Кольцевидная форма красного плоского лишая чаще всего встречается у мужчин на коже внутренней поверхности ног и в области половых органов.

Для эрозивно-язвенной формы

- Характерно образование на слизистой оболочке рта (щеках, деснах, красной кайме губ) или на коже голеней эрозивно-язвенных дефектов. Эрозии или мелкие язвы неправильных или округлых очертаний с розовато-красной поверхностью, в основании и по периферии их может довольно длительно сохраняться резко ограниченный бляшечный инфильтрат.

Монилиформный кпл

● Высыпания расположены в виде цепочек и напоминают "нанизанные бусы". Элементы представляют собой узелки, которые могут иметь разный внешний вид. Они могут быть расположены так близко друг к другу, что вместе напоминают один длинный рубец.

Высыпания при этой форме заболевания могут находиться по всему телу, чаще встречаются на коже лба, шеи, задней поверхности ушей, тыла кистей, локтевых сгибов, ягодиц, живота.

КПЛ слизистой полости рта

Около 25% больных КПЛ имеют только поражения слизистых оболочек (рот, головка полового члена, преддверие влагалища) и не сопровождаются проявлениями на коже. КПЛ слизистой полости рта также может быть представлен различными клиническими формами:

**-типичной,
гиперкератотической,
экссудативно-
гиперемической, эрозивно-
язвенной, буллезной,
атипичной.**

- При наиболее часто встречающейся типичной форме на слизистой оболочке щек образуются серовато-опаловые точечные папулы, группирующиеся в виде колец, сети, кружев, на поверхности языка — плоские, напоминающие очаги лейкоплакии, белесоватые опаловые бляшки с четкими зазубренными краями, на красной кайме губ (чаще нижней) — небольшие фиолетового цвета бляшки, слегка шелушащиеся, имеющие на поверхности серовато-белую сетку.

- Изменение ногтей с выраженной продольной исчерченностью, иногда в виде гребешков, гиперемией ногтевого ложа с очаговым помутнением ногтевых пластинок кистей и стоп отмечается у некоторых больных с КПЛ.
- Для КПЛ характерна изоморфная реакция на раздражение (феномен Кебнера). Заболевание протекает длительно, нередко многие месяцы. Отмечены случаи генерализации дерматоза с развитием явлений вторичной эритродермии.

Диагноз.

- При классических проявлениях КПЛ диагностика не представляет трудностей. Характерная окраска элементов с сиреневато-перламутровым оттенком, полигональные очертания плоских папул с пупкообразным вдавлением в центре, наличие сеточки Уикхема, локализация очагов поражения на сгибательной поверхности предплечий и нередко на слизистой полости рта, половых органов. В сомнительных случаях может помочь гистологическое исследование, где будет присутствовать типичный мононуклеарный инфильтрат, нарушающий базальную линию кератиноцитов ..

Лечение.

- 1. Терапия антималярийными препаратами.
- 2. Терапия ароматическими ретиноидами (производными ацитретина).
- 3. ПУВА-терапия (при распространенных формах).
- 4. Кортикостероидная терапия (короткие курсы при острых генерализованных формах).
- 5. Терапия циклоспорином А (при резистентных к другим вариантам терапии и генерализованных формах).
- 6. Лечение антидепрессантами, транквилизаторами, анксиолитиками.
- 7. Гипосенсибилизирующая терапия препаратами кальция и антигистаминными средствами.
- 8. Лечение сопутствующих заболеваний, осложняющих течение дерматоза.

Наружно

- назначают противозудные взбалтываемые смеси с ментолом и анестезином, кортикостероидные кремы и мази (возможно под окклюзионную повязку). Крупные и веррукозные очаги обкалывают кортикостероидами либо проводят криодеструкцию или лазеротерапию. При тяжелом поражении слизистой полости рта назначают полоскания раствором циклоспорина или кортикостероида или дентальные пленки с кортикостероидами -диплен дента .ХД (дексаметазон, хлоргексидин)