

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

Красный плоский лишай

- - хроническое заболевание, которое проявляется на коже и слизистых оболочках образованием ороговевших папул. Впервые красный плоский лишай (КПЛ) описал и предложил термин *Lichen ruber* Е.Небра в 1860 г. Английский дерматолог W. E. Wilson в 1869 г., признавая приоритет Е. Небра, описал это заболевание под названием *Lichen planus* и дал характеристику поражения СОПР

Этиология

- ***Наследственная теория.***
- В литературе описано около 70 случаев семейного заболевания КПЛ, а также КПЛ СОПР у близнецов.
- ***Инфекционная теория.***
- Brody (1965) при электронно-микроскопическом исследовании описал палочковидные структуры, расположенные между эпителиальными клетками и около сосудов, считая их бактериями. Инфекционное происхождение КПЛ подтверждают клинические наблюдения: развитие КПЛ у ассистента, который брал биопсию у больного КПЛ; появление высыпаний в местах укуса насекомых, после инфекционных заболеваний, а также 70 случаев семейного КПЛ.

- ***Роль лекарственных средств, физических и химических факторов.***
- С момента первого наблюдения медикаментозного КПЛ, который развился в результате приема мышьяка, арсенал группы средств, способных вызвать заболевание, расширился до 30. Это препараты золота, мышьяка, ртути, витамины, антималярийные препараты, бромиды, стрептомицин, тетрациклин, фуросемид, сульфаниламиды, антиаритмические средства, и др.

- Токсико-аллергическое поражение СОПР и кожи медикаментозного происхождения нередко протекает с лихеноидной реакцией - так называемый медикаментозный КПЛ, при этом у 65% больных понижена активность ферментов N-ацетилтрансферазы, которая инактивирует эти препараты. Вопрос о связи КПЛ с физическими факторами (ультрафиолетовое, рентгеновское облучение, механическая травма) является дискуссионным, однако травмы, ранения, сотрясения мозга могут быть причиной манифестации КПЛ.
- Поражение СОПР возможно в результате механического раздражения ее металлической пломбой или коронкой, после фиксации во рту протезов из разнородных металлов возможно развитие эрозивной или язвенной формы КПЛ.

- ***Нейрогенная теория.***
- Известные отечественные ученые В.М. Бехтерев (1881), А.Г. Полотебнов (1887) одни из первых указали на нейрогенный механизм развития КПЛ, отметив появление лихеноидного высыпания у больных с заболеваниями нервной системы (хорея, бульбарный паралич, неврит). У 65% больных прослеживается четкая связь с эмоциональными стрессами, нервно-психическими потрясениями, негативными эмоциями, диэнцефальными кризами, нарушением сна, сахарным диабетом, нейроэндокринной регуляцией (раннее начало климактерического периода, гипертония).

- ***Эндокринные и метаболические нарушения.***
- Высокая частота сочетания КПЛ с сахарным диабетом, особенно при поражении СОПР и атипичных формах КПЛ.
- ***Иммунологические механизмы.***
- развития КПЛ обуславливают поражения тканей эпителия и собственной пластинки по типу поздней иммунологической реакции с цитотоксическим эффектом.

Элементы поражения



- Проявления КПЛ очень разнообразны. На коже появляются отдельные папулы, чаще миллиарные. Основа их слегка инфильтрирована, форма круглая, овальная, а иногда вытянутая. Здесь папулы сначала матового цвета, потом становятся бледно-розовыми, красноватыми и даже сиренево-фиолетовыми; иногда долго существующая папула бывает коричневой. Поскольку папулы ороговевают, они слегка поднимаются над окружающей кожей.



Рис. 55.1. Красный плоский лишай: фиолетовая бляшка на коже запястья.



- Характерным для папул есть то, что они располагаются часто в виде гнезд, разной величины и формы. Скопление их может быть гирляндоподобным. На суставах кисти бывают чаще полигональные узелки, такие же, как и на задней поверхности локтя и сакролюмбальном участке. Излюбленными местами высыпаний папул КПЛ на коже являются сгибательные поверхности. На руках — это область луче-запястного сустава. Бывают высыпания на спине в области поясницы. Возможны папулы на половых органах (особенно у мужчин).

Классификация

Гиперкератозная
(типичная)
форма

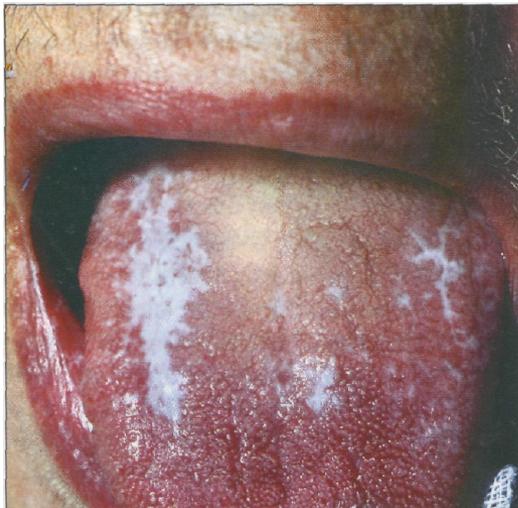
Бородавчатая
форма

Эрозивная
форма

Язвенная форма

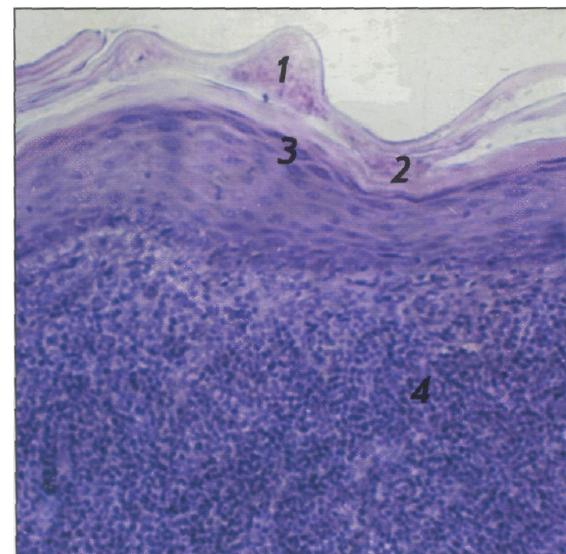
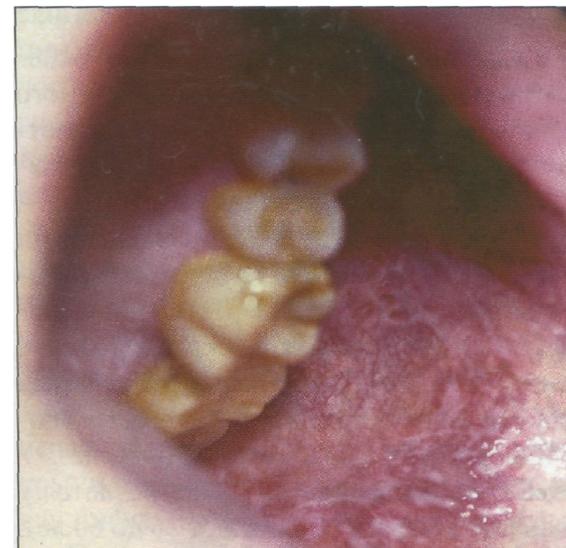
Пемфигоидная
форма

Гиперкератозная форма



- Наиболее распространена и признана всеми клиницистами (составляет 63,5% всех разновидностей этого заболевания). Характеризуется наличием полигональных папул беловатого цвета плотной консистенции на фоне почти неизменной СОПР. Субъективных ощущений у большинства больных нет. Некоторые больные замечают изменение цвета СО в виде беловатых полосок; другие жалуются на незначительную стянутость, сухость, шероховатость пораженных участков СО или жжение во рту.

- Объективно при гиперкератозной форме КПЛ СОПР (в том числе и на губах) заметен беловатый участок, состоящий из папул с ороговевшей верхушкой. Папулы сливаются линейным соединением, формируя сетку, кружево, ветви деревьев, или напоминают рубцы на СО щек, десен, СО и красной кайме губ. На спинке языка эти папулы располагаются в виде атрофичных белых кругов, колец, на боковых поверхностях - в виде полудуг и волнистых линий. Окружающая их СО обычно неизменена, сохраняет бледно-розовый или розовый цвет. Нередко на СО щек и языка заметны отпечатки зубов.



Патогистологическая картина при гиперкератозной форме красного плоского лишая. Х90.

1 — гиперкератоз; 2 — паракератоз; 3 — гранулез; 4 — воспалительный инфильтрат в собственной пластинке слизистой оболочки.

Гиперкератозная форма

- При стоматоскопии резко выделяется слой ороговевших беловато-синих вершук папул КПЛ. Окружающая СО, как правило, без видимых патологических изменений. Люминесцентное исследование устанавливает голубое или голубовато-фиолетовое свечение пораженного участка. В цитограмме отмечается значительное количество ороговевающих и ороговевших эпителиальных клеток. Увеличенная десквамация ороговевших эпителиальных клеток (до 75%) свидетельствует о воспалительном процессе СО.

Эрозивная форма



- Составляет 14,3% среди других форм КПЛ. Больные жалуются на ощущение жжения, иногда боль при употреблении острой, горячей пищи и при жевании - от дотрагивания пищевого комка. Отдельные больные отмечают незначительную кровоточивость. Излюбленная локализация эрозивной формы КПЛ ретромолярная область СО щек, боковые поверхности языка, редко - красная кайма губ. Вокруг очага из папул определяется ярко-красная эритема, а среди полигональных папул — эрозия, чаще — неправильной формы и различной протяженности. Наслоение банальной инфекции приводит к развитию значительного катарального воспаления прилегающих участков СО: процесс приобретает подострое или острое течение.

Эрозивная форма

- При стоматоскопии обнаруживают чередование участков с кератинизированными папулами и дефектов эпителия. Люминесцентное исследование на месте эрозий выявляет коричневый цвет свечения фона и голубое свечение ороговевших папул.

Язвенная форма



- Встречается в 4,5% случаев заболевания. Больные жалуются на боль, затрудненное открывание рта, болезненное ощущение во время жевания и от других механических и химических раздражителей, усиление саливации, иногда плохой запах изо рта.

Объективно обследование

- язвенной формы КПЛ выявляет среди сетчатого или кружевного рисунка, образованного скоплением полигональных папул, обычно на СО щек, языка, на линии смыкания зубов, - язву неправильной, удлиненной формы. Она обычно неглубокая, располагается в пределах собственной пластинки СО. Дно язвы заполнено некротическим распадом, остатками слущенного эпителия. Края язвы неровные, при пальпации болезненны, вокруг язвы умеренный инфильтрат. Лимфатические узлы нередко увеличены, болезненны. Большое значение имеет давность язвенного процесса. Длительное незаживание язвы должно вызвать онконастороженность к такому течению КПЛ.
- **При стоматоскопии** видны участки ороговевших папул и глубокие дефекты СОПР. Люминесцентное исследование выявляет на месте язвы коричнево-черное свечение.

Пемфигоидная форма

- встречается у 8,3% больных. Возраст больных от 35 до 60 лет, большинство - женщины. У половины больных процесс локализуется изолированно на СОПР, у остальных сопровождается типичными высыпаниями на коже. По частоте локализации пемфигоидной формы КПЛ на первом месте стоит СОПР ретромолярной области и боковая поверхность языка; реже пузыри образуются на СО губ и десен.
- Как правило, у всех больных с пемфигоидной формой КПЛ анамнез отягощен (гипертоническая болезнь, хронические нефропатии, операция резекции желудка, холецистэктомия, ревмокардиты, хронические ангины, воспаления яичников), что свидетельствует об общем ослаблении организма у этих больных. Пемфигоидная форма чаще встречается у людей с выраженными проявлениями сенсибилизации организма.

Клиническая картина



- Больных беспокоят общее недомогание, плохой сон, повышенная потливость, болезненность от химических раздражителей, от употребления кислой, соленой пищи. На СОПР у них определяются папулы белого цвета с перламутровым оттенком, чаще они сливаются, формируя рисунок листьев папоротника, дуги, сетку, “морозный” рисунок.
- Пузыри, а чаще эрозии с обрывками покрышек пузырей, расположены среди папул на СО щек, губ и окружены яркой гиперемией. Размеры пузырей от 2-3 до 10-15 мм в диаметре. Содержимое их прозрачное или с элементами крови.

- У больных с гипертонической болезнью почечного происхождения пузыри часто образуются при гипертонических кризах. Поскольку пузыри лопаются, образуются эрозии, от небольших до значительных размеров.
- Поверхность эрозий в первые дни чистая, но с присоединением банальной или грибковой инфекции, она покрывается налетом от молочно-белого до желто-коричневого, а иногда серовато-гнойного цвета. При пемфигоидной форме КПЛ нередко возникает грибковый стоматит со всеми его клиническими проявлениями.
- Из-за болезненности при приеме пищи и нарушения самоочищения полости рта у больных появляется налет на языке, зубах. Выделение слюны усиливается. Отмечаются явления дискомфорта в работе кишечника.

Пемфигоидная форма

- *Цитологическое* исследование мазков-отпечатков, взятых с эрозии после удаления покрышки пузыря является нередко решающим для диффдиагностики и определения диагноза. При этой форме КПЛ акантолитические клетки отсутствуют.

Бородавчатая форма

- встречается относительно редко — (9,4%). При этом из значительно ороговевших отдельных папул формируются бородавчатые разрастания. Обычно больные замечают их во рту самостоятельно и обращаются к врачу. Они ощущают на СОПР возвышения на фоне шероховатой поверхности вокруг них. Некоторые больные отмечают сухость во рту.
- Некоторые больные отмечают сухость во рту. Участок поражения умеренно плотный, безболезненный. На термические и химические раздражители не реагирует. Часто такое развитие процесса наблюдается на участках СОПР, которые долгое время подвергались хронической травме.

- **При стоматоскопии** устанавливают чередование отдельных возвышенных ороговевших папул с разрастаниями в виде сосочков и наслоением ороговения на их вершущках. Между папулами расположены гиперкератотические тяжи, мостики, которые объединяют их в линии, круги, сетку. При люминесцентном исследовании участок поражения дает фиолетовое свечение.
- **Цитологически** выявляют большое количество ороговевших и молодых эпителиальных клеток, отдельные из них с явлениями дискариоза.

Общее лечение КПЛ

Основные принципы лечения:

- сочетание этиотропной и патогенетической терапии;
- сочетание системного и местного применения лекарственных препаратов.

Основными целями лечения служат уменьшение выраженности воспаления и устранение субъективных симптомов.

Выбор метода лечения зависит:

- от формы заболевания;
- стадии заболевания;
- распространенности высыпаний;
- локализации высыпаний;
- глубины поражения кожи и слизистых оболочек;
- вовлечения в процесс придатков кожи (волосы, ногти);
- вторичных изменений (рубцовая алопеция, рубцовая атрофия кожи);
- выраженности субъективных симптомов;
- соматического состояния больного (функциональное состояние печени, ЖКТ, нервной системы).

В процессе лечения постоянно оценивается его эффективность и переносимость. При необходимости осуществляется смена используемых препаратов или их дозы.

Местное лечение КПЛ.

- Местное лечение заключается в устранении раздражающих факторов. Необходима санация полости рта, которая включает в себя устранение:
 - зубных отложений
 - гальваноза
 - зубного камня
 - острых краев зубов
 - пломбирование кариозных полостей
 - коррекцию пломб и зубных протезов
 - лечение заболеваний пародонта.

- Больным категорически запрещаются алкоголь, курение; надо исключать употребление острой и горячей пищи. Рекомендуется молочно-растительный пищевой рацион с нужным количеством белков и витаминов.
- При гиперкератозной форме КПЛ больным назначают полоскания раствором сероводорода, цитраля, ротовые ванночки из отвара льнянки. Очаги кератоза обрабатывают витамином А 3 раза в день перед едой, витамином Е или цигеролом.
- При стойком течении и гнездном скоплении папул на СОПР или губ применяют кератолитические средства или криодеструкцию очагов поражения. Наиболее целесообразно контактное замораживание в пределах собственной пластинки. Оптимальная температура — 160-190° С, экспозиция 1,0-1,5 мин.

- **При бородавчатой форме** бородавчатые образования удаляют с помощью криодеструкции, диатермокоагуляции или хирургическим методом. Улучшают кератолизис ороговевших участков аппликации 5% раствором салициловой кислоты. Для регуляции кератинизации эпителия (кроме общего влияния) участок поражения непосредственно обрабатывают витамином А, каротолином, тигазоном или винилином 3 раза в день перед едой.
- **В комплексном лечении эрозивной формы** кроме средств, общепринятых в терапии КПЛ (витамины А, D2 D3 РР, Е), назначают иммуномодуляторы, преднизолон и делагил, поливитамины, биогенные стимуляторы (солкосерил, плазмол, стекловидное тело, спленин, полисол, пропосол, натрия нукленат). Особенность местной терапии эрозивной формы — это необходимость в процессе лечения систематических гигиенических полосканий растворами слабых антисептиков (стопангин, йокс, раствор пищевой соды, риванола, калия перманганата, календулы, ромашки, шалфея).

- **Лечение пемфигоидной формы**, кроме уже названных общих принципов терапии, предусматривает применение кортикостероидной терапии (преднизолон или триамцинолон) по схеме: 64-32-16 мг в сутки с последующим уменьшением дозы до поддерживающей. Параллельно назначают препараты с анаболической активностью, чаще калия оротат. Из антигистаминных препаратов на протяжении месяца назначают тинсет, пипольфен, флонидан, димедрол, кларитин, диазолин, фенкарол, тавегил, клемастин, аллергодил или кальция хлорид. Применение преднизолона (10-15 мг) в комбинации с резохинном (1-2 табл. в день) повторными 10-дневными курсами.

- **Лечение при язвенной форме КПЛ** направлено на ликвидацию острых воспалительных явлений и последующее воздействие на изъязвление. В связи с этим больным, кроме обязательных при КПЛ лечебных мероприятий, назначают преднизолон (1-2 недели), после чего переходят на триамцинолон (начиная с дозы 64 мг в сутки) до наступления улучшения. Курс стероидной терапии 2-2,5 месяца.
- Если консервативное лечение язвы в течение трех недель от начала лечения не дает желаемого успеха, показано хирургическое лечение: удаление, криообдывание или диатермокоагуляция.