

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

Красный плоский лишай (lichen ruber planus) – воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, характеризующееся плоскими папулезными высыпаниями, сопровождающееся зудом.

Эпидемиология. В общей структуре дерматологической заболеваемости оно составляет 0,16 – 1,2%; среди болезней слизистой оболочки рта – 35-60%. Несколько чаще болеют женщины, также могут болеть дети. Эрозивно-язвенную форму дерматоза рассматривают как преканцероз.

Красный плоский лишай отличается от многих других дерматозов частотой сочетания с различными соматическими болезнями (артериальная гипертензия, сахарный диабет – синдром Потеекаева-Гриншмана; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, билиарный цирроз и рак печени, гепатит С, пернициозная анемия и т.д.). Кроме того, описываются лихеноидные поражения желудка, кишечника, мочевого пузыря, что позволяет говорить о системности патологического процесса. Некоторые авторы предполагают, что неспецифический язвенный колит – это форма КПЛ слизистой оболочки кишечника. Высыпания красного плоского лишая появляются у лиц с пересаженными органами и тканями при реакции отторжения трансплантата (РТПХ).

Этиология и патогенез. В настоящее время причина и механизм развития красного плоского лишая изучены недостаточно. В развитии дерматоза большая роль отводится инфекционным факторам, особенно вирусам (так, у 16-20% больных обнаруживаются антитела к вирусу гепатита С); определенным антигенам экзо- (лекарственные, красящие вещества, материалы зубных протезов) и эндогенного (лиганды различных метаболитов) характера; генетической предрасположенности, неврогенным и иммунным нарушениям. Патоморфологическая картина КПЛ с характерной для нее лимфоцитарной инфильтрацией дермы, проникновением CD4-лимфоцитов в эпидермис, дистрофией и разрушением кератиноцитов подтверждает роль гиперэргических иммунных реакций в возникновении высыпаний. Все вышеуказанное позволяет отнести этот дерматоз к аутоиммунным заболеваниям. Эпидермальные клетки

выступают в роли аутоантигена, вызывая клеточный иммунный ответ, проявляющийся высыпаниями на коже и слизистых оболочках.

Классификация. Существует много классификаций КПЛ. Их можно систематизировать по особенностям и расположению первичного морфологического элемента, локализации сыпи, а также характеру течения (табл. 7).

Таблица 7

КЛАССИФИКАЦИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

По особенностям первичного морфологического элемента	Типичная папулезная; гипертрофическая или бородавчатая (веррукозная); буллезная или пемфигоидная; атрофическая; пигментная; эритематозная
По расположению элементов	Кольцевидная; дугообразная; линейная; фолликулярная
По локализации	Ладоней и подошв (синдром Литтла-Ласауэра); волосистой части головы; монилиформная (в форме ожерелья); слизистой полости рта; ногтей
По течению	Острое, подострое, хроническое

Клиническая картина.

Типичная папулезная форма красного плоского лишая характеризуется мономорфными высыпаниями плоских узелков (папул), размером от булавочной головки до просяного зерна или чечевицы, полигональной формы, с гладкой блестящей поверхностью, с пупкообразным вдавлением в центре или поперечной исчерченностью (сетка Уикхема). Папулы не склонны к периферическому росту и слиянию. Элементы на коже имеют красновато-розовую окраску с синюшным оттенком, а на слизистой они опалового, белого или серого цвета.

Локализация: весь кожный покров, но преимущественно на сгибательных поверхностях конечностей, в крупных складках, тыле стоп, область голеностопных суставов, голенях.

Типичные папулы могут располагаться линейно, кольцами, дугами, в устьях волосяных фолликулов. В стадии прогрессирования заболевания отмечается положительный феномен изоморфной реакции (феномен Крейбиха). На месте любого раздражения кожи появляются элементы КПЛ. Течение, как правило, острое или подострое. Прогноз типичной формы благоприятный.





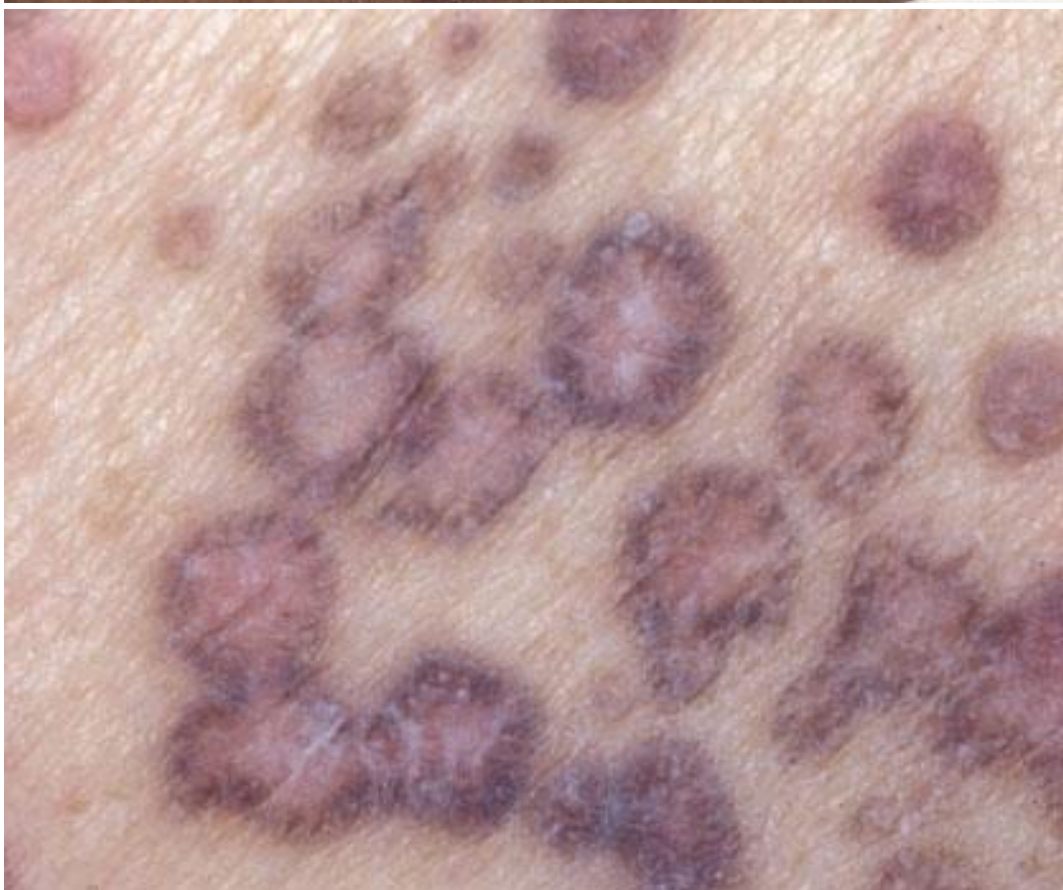
Гипертрофическая, или бородавчатая (веррукозная) форма характеризуется образованием довольно крупных папул и бляшек с ячеистой поверхностью темно-красного, иногда фиолетово-коричневого цвета, покрытых плотными чешуйками. Располагаются они чаще на голенях, очень беспокоит зуд.



Буллезная, или пемфигоидная форма характеризуется пузырями с плотной крышкой, вскрываясь, они образуют неглубокие язвы, заживающие нередко рубцом. На коже волосистой части головы в результате этой рубцовой атрофии возникают очаги алопеции (синдром Литтла-Ласауэра). Этот синдром может быть результатом атрофии фолликулярно расположенных элементов.



Атрофическая форма красного плоского лишая может быть первичной и вторичной. Первичную некоторые авторы считают разновидностью склеродермии, другие – белым атрофическим лишаем. Клиническая картина характеризуется цветом слоновой кости, небольшими участками четкой атрофии (до чечевицы). Иногда по периферии виден лиловый венчик. Вторичная атрофия иногда отмечается на месте типичных папулезных высыпаний.



Пигментная форма характеризуется образованием буро-коричневых пятен полигональной формы.



Эритематозная форма отличается внезапным появлением эритемы с малиновым оттенком, небольшого отека и шелушения, сопровождающаяся сильным зудом. После стабилизации процесса можно обнаружить типичные узелки.

Прогноз при гипертрофической, атрофической формах, синдроме Литла-Лассуэра неопределенный.

Поражение ногтевых пластинок наблюдается у 20% больных. Оно может существовать изолированно или чаще сопровождать высыпания на коже и слизистых, или предшествовать им. Изменения ногтей могут быть при всех формах КПЛ, но чаще – при буллезной, эрозивно-язвенной. Поражаются ногти кистей, стоп, чаще первых пальцев.

Клиническая картина ониходистрофии у больных КПЛ отличается большим разнообразием. Ногтевые пластинки деформируются чаще всего за счёт продольных гребешков, канавок, бороздок, располагающихся параллельно. Ногти выглядят бугристыми. На дне бороздок образуются трещины. Очень характерны продольные трещины ногтя – каналиформная дистрофия, может образоваться дефект в виде треугольника, иногда наступает истончение (гаплонихия) или онихолизис. Реже бывают атрофические изменения ногтя в виде ямок, впадин. В области заднего ногтевого валика иногда возникает паронихия, что приводит к ананихии и деструкции матрицы.



Особенности поражения слизистых оболочек. Поражения слизистых оболочек отмечается у 75% больных. Следует помнить, что существует самостоятельный КПЛ слизистой полости рта – lichen oris. Выделяют следующие клинические формы КПЛ слизистых оболочек:

- а/ типичная папулезная – 45-50%;
- б/ гипертрофическая – редко (по типу веррукозной лейкоплакии);
- в/ экссудативно-гиперемическая (25%);
- г/ эрозивно-язвенная (10-20%);
- д/ буллезная (20-30%).

Чаще поражается слизистая оболочка полости рта, реже – половых органов.

Наиболее часто высыпания располагаются на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов (наиболее часто, до 75%), реже – на языке (32%), небе – 21%, деснах – 11%, губах – 2%, дне полости рта – 3,5%, глотке – 2%. Высыпания на нижней губе бывают чаще, чем на верхней. Самая тяжелая эрозивно-язвенная форма диагностируется по наличию типичных элементов. Данная форма сопровождается тяжёлыми соматическими заболеваниями, на красной кайме губ она считается предраковой.





Диагностика КПЛ основывается, главным образом, на клинической картине поражения кожи и слизистых оболочек, наличии типичных высыпаний, их локализации, жалоб больного на зуд. Также немаловажное значение имеет анамнез, выявление сопутствующих заболеваний. Иногда для диагностики требуется биопсия с определением патоморфологии высыпаний.

Дифференциальная диагностика. КПЛ с высыпаниями на коже следует дифференцировать с псориазом, папулёзным сифилидом (табл. 8).

Таблица 8

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

	Красный плоский лишай	Псориаз	Папулёзный сифилид
Субъективные ощущения (зуд)	+	- /+	-
Локализация	Сгибательные поверхности конечностей, крупные складки, ладони, подошвы	Разгибательные поверхности конечностей, волосистая часть головы, подошвы.	Любые складки, волосистая часть головы, ладони, подошвы.
Поражение слизистой	До 75%	Редко	Часто
Первичный элемент	Папула	Папула	Папула
Форма	Полигональная	Округлая	Округлая
Размер	От булавочной головки до просяного зерна и чечевицы	От чечевицы до монеты	Любой (милиарный, лентикулярный, монетовидный сифилид)
Цвет	Розовый с фиолетовым оттенком	Ярко - розовый	Розовый с синюшным оттенком

Поверхность	Гладкая, блестящая, пупкообразное вдавление, сетка Уикхема	Чешуйки в центре	Чешуйки по периферии
Наклонность к слиянию	Нет	Очень выражена	Нет
Полиморфизм	Нет	Нет	Выражен
Серологические реакции на сифилис	Отрицательные	Отрицательные	Положительные

Дифференциальный диагноз КПЛ слизистой оболочки проводят со следующими патологиями:

1. Лейкоплакия – четко очерченные пятна или бляшки белого цвета, которые невозможно соскоблить.
2. Кандидозный стоматит (молочница) – налет белого цвета, легко снимающийся, отек, гиперемия.
3. Волосатая лейкоплакия языка – удлиненные гипертрофированные сосочки языка серого или даже черного цвета (только у ВИЧ-инфицированных)
4. Красная волчанка дискоидная форма на красной кайме губ – очаги гиперемии, плотные чешуйки, рубцовая атрофия.
5. Вторичный сифилис – папулезные высыпания на слизистой языка, uvulae, небных дужек – округлые папулы синюшно-розового цвета, другие признаки сифилиса.
6. Вульгарная пузырчатка – пузыри с тонкой крышкой, эрозии, а не язвы, окаймленные обрывками пузыря, положительный симптом Никольского (подтверждающий явления акантолиза). Отсутствие тенденции к эпителизации.
7. Новообразования на красной кайме губ – базалиома и плоскоклеточный рак – длительно существующая эрозия или язва с плотным инфильтратом в основании, плотными краями, корками (цитологическое исследование у онколога).
8. Симптомы болезней кроветворной системы – поражения слизистой полости рта:

- Пернициозная анемия – глоссит Меллера-Хантера – ярко-красный “зеркальный” язык на фоне бледно-желтой слизистой полости рта.

- Железодефицитная анемия – синдром Пламмера-Винсона. На языке – эрозии, лейкоплакия.

- Гастрит, авитаминоз В – депапиллированный язык или бородавчатый

- Полицитемия – бороздчатый воспаленный язык, гиперплазированные десны, пародонт погибает, зубы выпадают.

- Эритроцитоз – слизистая цианотична, гингивит, гибель пародонта, молодой возраст.

Лечение. *Цель терапии* состоит в уменьшении выраженности воспаления и устранении субъективных симптомов.

Успех терапии зависит от тщательного обследования для выявления соматической патологии и ее адекватной коррекции.

Глюкокортикостероидные средства. Показаны короткие курсы глюкокортикостероидных препаратов по 10-14 дней в дозе 60-80 мг в сутки (по преднизолону) с постепенным снижением каждые 3-2-1 день или пролонгированные кортикостероидные препараты (дипроспан, флостерон, кеналог) однократно.

Иммуносупрессивная терапия. Показаны при распространенных и рефрактерных к терапии формах. Циклоспорин А (сандиммун-неорал) назначают в дозе 2,5 - 5 мг/кг/сутки до достижения положительного эффекта. Во время лечения контролируют артериальное давление и уровень креатинина в крови (при повышении данных показателей на 30% или более доза препарата должна быть скорректирована в сторону уменьшения).

Ароматические ретиноиды (ацитретин, этретинат, тигазон, неотигазон) назначают в дозе 1 мг/кг массы тела в сутки. Показанием к применению данных лекарственных средств являются эрозивно-язвенная и экссудативно-гиперемическая форма КПЛ. Доказано, что ретиноиды обладают выраженной эмбриотоксичностью и тератогенностью, в связи с чем их применение при беременности категорически противопоказано. Более того, женщинам детородного возраста следует использовать средства контрацепции в период терапии данными лекарственными средствами. В процессе лечения целесообразно контролировать уровень липидов в периферической крови, активность трансаминаз печени. С осторожностью препараты

данной группы следует назначать при сахарном диабете, алкоголизме и нарушениях липидного обмена. На фоне лечения ретиноидами целесообразно отказаться от использования контактных линз и избегать прямого воздействия солнечного света. При выраженном загаре следует воздержаться от использования данных средств до ослабления загара.

Седативные средства и транквилизаторы (медазепам, феназепам) показаны в стандартных дозах при любых формах заболевания.

Фотохимиотерапия предполагает комбинированное использование фотосенсибилизаторов аммифурина (0,8 мг/кг/сутки) или оксоралена (0,6 мг/кг/сутки) и общего ультрафиолетового А-излучения (УФА) с длиной волны 320-400 нм. Больному обычно назначают 3-5 сеансов фотохимиотерапии в неделю (на курс – до 20-25 процедур). Метод применяется при диссеминированных и генерализованных формах КПЛ.

Физиотерапия. При ограниченном КПЛ показан ультрафонофорез топических стероидов. При диссеминированном процессе применяют магнитотерапию или индуктотермию на область надпочечников. При интенсивном зуде и нарушениях сна назначают электросон.

Наружная терапия. Применяются топические глюкокортикостероидные мази и кремы II, III поколений. В ряде случаев показаны аппликации озокерита, парафина, лечебных грязей.

При поражении слизистой оболочки целесообразно назначить полоскания антисептическими растворами с целью предотвращения вторичной инфекции, глюкокортикостероиды в виде лосьонов.

Оценка эффективности терапии. При адекватном лечении в течение 5-7 дней удается купировать интенсивный зуд. Через 1-1,5 месяца высыпания папул разрешаются. При этом, длительное время на их месте могут сохраняться гипер- или гипопигментированные пятна. При резистентных к терапии эрозивно-язвенной, атрофической и гипертрофической формам элементы сыпи могут сохраняться в течение нескольких лет.