Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Институт последипломного образования

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И.Прохоренкова

Заведующий кафедрой:

д.м.н., проф. Карачёва Юлия Викторовна



Реферат

Красный плоский лишай

Выполнила:

Ординатор 1 года обучения

Цих В.С.

Проверил:

д.м.н., проф. Карачёва Юлия Викторовна

Красноярск 2020

**Содержание**

Определение…………………………………………………………………………………..….3

Этиология……………………………………………………………………………..……….....3

Клинические формы………………………………………………………………………..……4

Диагностика………………………………………………………………………………………7

Лечение…………………………………………………………………………………………...8

Прогфилактика…………………………………………………………………………………...9

Список литературы……………………………………………………………………………..10

**Красный плоский лишай (Lichenrubberplunus)** – хроническое заболевание, поражающее покровные ткани; клинически проявляется на коже и слизистых оболочках. Поражение слизистой оболочки полости рта при красном плоском лишае может сочетаться с поражением кожи, но нередко носит изолированный характер. Среди заболеваний слизистой оболочки полости рта красный плоский лишай встречается наиболее часто (50-75%). Болеют преимущественно женщины в возрасте от 30 лет и старше.

**Этиология**

Этиология заболевания окончательно не выяснена. Некоторые авторы относят красный плоский лишай к аутоиммунным заболеваниям, в инициации которого существенная роль принадлежит клеткам Лангерганса, поставляющим Т-клеткам аутоантигены и продуцирующим ряд противовоспалительных цитокинов.

На сегодняшний день существует несколько теорий возникновения красного плоского лишая:

1. Наследственная предрасположенность
2. Инфекционные агенты
3. Лекарственные средства - препараты золота, мышьяка, ртути, витамины, антималярийные препараты, бромиды, ПАСК, стрептомицин, тетрациклин, фуросемид, сульфаниламиды, антиаритмические средства и многие другие.
4. Стресс - у 65% больных прослеживается четкая связь с эмоциональными стрессами, нервно-психическими потрясениями, негативными эмоциями, диэнцефальными кризами, нарушением сна, нейроэндокринной регуляцией (раннее начало климактерического периода, гипоэстрогенэмия, гипертония).
5. Эндокринные и метаболические нарушения - существует определенная связь КПЛ с сахарным диабетом, в патогенезе которого прослеживается нарушение симпатико-адреналовой системы.
6. Иммунологические нарушения - обусловливают поражения тканей эпителия (эпидермиса) и собственной пластинки по типу поздней иммунологической реакции с цитотоксическим эффектом. Клиническая картина КПЛ у лиц, страдающих сахарным диабетом в сочетании с гипертонической болезнью, получила название синдрома Гриншпана.

Таким образом, на сегодня КПЛ рассматривают как многофакторный процесс, в котором ведущими звеньями патогенеза являются нейроэндокринные, метаболические и иммунные механизмы.

**Клинические формы КПЛ**

**КПЛ кожи**

Поражение кожи при типичной форме красного плоского лишая характеризуется плоскими папулами диаметром 2–5 мм, с полигональными очертаниями, с вдавлением в центре, розовато-красного цвета с характерным фиолетовым или сиреневатым оттенком и восковидным блеском, более отчетливым при боковом освещении. Шелушение обычно незначительное, чешуйки отделяются с трудом. На поверхности более крупных узелков,

особенно после смазывания маслом, можно обнаружить сетевидный рисунок (симптом сетки Уикхема). Характерным признаком красного плоского лишая является склонность к сгруппированному расположению высыпаний с образованием колец, гирлянд, линий. Реже узелки сливаются, образуя бляшки с шагреневой поверхностью. Вокруг бляшек могут возникать новые папулы, располагающиеся более или менее густо. В большинстве случаев сыпь локализуется симметрично на сгибательных поверхностях конечностей, туловище, половых органах, довольно часто – на слизистой оболочке полости рта. Редко поражаются ладони, подошвы, лицо. В период обострения КПЛ наблюдается положительный феномен Кебнера (изоморфная реакция) – появление новых узелков на месте травматизации кожи.

Гипертрофическая форма развивается преимущественно у мужчин в возрасте от 30 до 60 лет. Гипертрофическая форма КПЛ характеризуется образованием бляшек округлых или овальных очертаний, диаметром 4–7 см и более. Цвет бляшек – ливидный с фиолетовым оттенком. Поверхность бляшек неровная, бугристая, испещрена бородавчатыми выступами с множеством углублений. По периферии основных очагов поражения могут обнаруживаться мелкие фиолетово-красноватые узелки, характерные

для типичной формы КПЛ. Бородавчатые разрастания сопровождаются интенсивным приступообразным зудом. Излюбленной локализацией гипертрофической формы КПЛ является передняя поверхность голеней и тыльная поверхность стоп. Вероятность малигнизации при данной форме составляет 0.3-3.0%.

Атрофическая форма КПЛ формируется преимущественно в зависимости от локализации дерматоза и отличается исходом лихеноидных папул и бляшек КПЛ в атрофию. Поражение кожи чаще наблюдается на голове, туловище, в подмышечных впадинах и на половых органах. Высыпания немногочисленны, состоят из типичных узелков и атрофических пятен с лиловой и желтовато-бурой окраской. При их слиянии образуются синевато-буроватые атрофические бляшки размером от 1 до 2–3 см. Локализация КПЛ на волосистой части головы обуславливает формирование рубцовой алопеции, формирование которой характеризуется распространением атрофии от периферии к центру и наличием валика фиолетового цвета.

Пигментная форма КПЛ возникает остро, поражает значительную поверхность кожного покрова (туловище, конечности) и характеризуется множественными бурыми пятнистыми высыпаниями, которые сливаются в диффузные очаги поражения. При этом можно обнаружить как узелки, характерные для типичной формы КПЛ, так и пигментированные элементы.

Буллезная форма КПЛ клинически характеризуется образованием пузырей на бляшках и папулах на эритематозных участках или на неповрежденной коже. Высыпания имеют различную величину, толстую напряженную покрышку, которая в дальнейшем становится дряблой, морщинистой. Содержимое пузырей прозрачное, слегка опалесцирующее с желтоватым оттенком, местами - с примесью крови. При эрозивно-язвенной форме КПЛ на коже и слизистых оболочках отмечаются эрозии, чаще с фестончатыми краями, размером от 1 до 4–5 см и более. Язвенные поражения встречаются редко, локализуются на нижних конечностях. Края язв плотные, розовато-синюшной окраски, возвышаются над уровнем окружающей здоровой кожи. Дно язв покрыто вялыми зернистыми грануляциями с некротическим налетом.

Фолликулярная форма КПЛ характеризуется появлением преимущественно на коже туловища и внутренних поверхностей конечностей фолликулярных остроконечных папул, покрытых плотными роговыми шипиками. Сочетание фолликулярной формы КПЛ, рубцовой алопеции на волосистой части головы, а также нерубцовой алопеции в области подмышечных впадин и лобка известно как синдром Грэма-Литтла-Лассюэра.

Кольцевидная форма характеризуется появлением лихенодных папул, формирующих кольцевидные или гирляндоподобные очаги на коже генитальной области чаще всего у мужчин. Данная форма заболевания, как правило, является дебютом дерматоза и чаще всего трансформируется в типичную форму.

**Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта (СОПР) и губ**

При КПЛ высыпания чаще всего локализуются на слизистой оболочке в области щек, языка, губ, десен, реже –нёба, дна полости рта.

Типичная форма КПЛ слизистой оболочки полости рта характеризуется мелкими папулами серовато-белого цвета до 2–3 мм в диаметре. Папулы могут сливаться между собой, образуя сетку, линии, дуги, причудливый рисунок кружева. Возможно появление бляшек с резкими границами, выступающих над окружающей слизистой оболочкой и напоминающих лейкоплакию. Высыпания при этой форме редко сопровождаются субъективными симптомами.

Гиперкератотическая форма КПЛ отличается появлением на фоне типичных высыпаний сплошных очагов ороговения с резкими границами или появлением веррукозных разрастаний на поверхности бляшек.

Экссудативно-гиперемическая форма КПЛ слизистой оболочки полости рта отличается расположением типичных серовато-белых папул на гиперемированной и отечной слизистой оболочке.

Эрозивно-язвенная форма КПЛ слизистой оболочки полости рта характеризуется наличием мелких единичных или множественных, занимающих большую площадь эрозий, реже – язв, неправильных очертаний, покрытых фиброзным налетом, после удаления которого наблюдается кровотечение. Для эрозивно-язвенной формы КПЛ характерно длительное существование возникших эрозий и язв, вокруг которых на гиперемированном и отечном основании могут располагаться типичные для КПЛ папулы.

Сочетание эрозивно-язвенной формы КПЛ, артериальной гипертензии и сахарного

диабета известно как синдром Гриншпана. Данная форма КПЛ наиболее резистентна к проводимой терапии, а длительное существование эрозий и язв в полости рта и на губах может приводить к трансформации в плоскоклеточную карциному.

Буллезная форма КПЛ слизистой оболочки полости рта характеризуется одновременным присутствием типичных папулезных высыпаний и беловато- перламутровых пузырей размером до 1–2 см в диаметре. Пузыри имеют плотную покрышку и могут существовать от нескольких часов до 2 суток. После вскрытия пузырей образуются быстро эпителизирующиеся эрозии.

КПЛ слизистой оболочки полости рта рассматривается как потенциально предраковое состояние с возможностью развития плоскоклеточного рака. Описаны случаи развития плоскоклеточного рака в хронических очагах КПЛ аногенитальной области, пищевода, при гипертрофическом КПЛ.

**Поражение вульвы при КПЛ**

Типичная форма КПЛ вульвы развивается у 50% женщин с локализацией дерматоза на коже или в полости рта. В большинстве случаев протекает бессимптомно и характеризуется типичными лихеноидными папулами белесоватого цвета, образующих кружевной рисунок.

Гипертрофическая форма КПЛ вульвы локализуется на коже промежности или в перианальной области и никогда не обнаруживаются на слизистой влагалища. Данная форма КПЛ характеризуется бородавчатыми разрастаниями, которые могут изъязвляться или инфицироваться, в результате чего может появиться болезненность.

Эрозивно-язвенная форма КПЛ вульвы - наиболее часто встречаемое поражение в данной локализации. Средний возраст регистрации симптомов 55-60 лет. Наличие данной формы КПЛ сопровождается активными жалобами пациенток: боль, резь, диспареуния, посткоитальное кровотечение. Высыпания характеризуются появлением длительной незаживающих эрозий и язв, края которых отёчны и имеют тёмно-красную и фиолетовую окраску и окружены сетчатым рисунком, образованным за счет слияния типичных папул КПЛ. После заживления эрозий и язв образуются гипертрофические рубцы и синехии.

**Другие формы КПЛ**

1 Инверсная форма КПЛ характеризуется поражением крупных складок тела, в других областях высыпания могут отсутствовать.

2 Каплевидная форма КПЛ: мелкие лихеноидные папулы широко рассеяны и остаются дискретными.

3 Синдромы наложения (Overlap syndromes): поражения типа ДКВ и КПЛ на волосистой части головы, на коже шеи, верхней части туловища и конечностях. Возможна трансформация в СКВ.

4 Лихеноидная реакция при болезни трансплантат против хозяина: клинически и гистологически идентичные поражениям при типичной форме КПЛ.

5 Лихеноидный кератоз: макулопапулы от красного до коричневого цвета, иногда покрытые чешуйками на конечностях и в области грудины у женщин среднего и пожилого возраста.

6 Красный плоский лишай, вызванный лекарственными препаратами. Поражения кожи идентично различным формам КПЛ, возникающие в результате приема следующих лекарственных средств: гипотензивные средства (ингибиторы АПФ, бета- адреноблокаторы, нифедипин, метилдопа), диуретики (45 - гидрохлоротиазид, фуросемид, спиронолактон), нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) (производные фенотиазина), противосудорожные препараты, противогрибковые лекарственные средства (кетоконазол), химиотерапевтические средства (гидроксимочевина, 5-фторуорурацил, иматиниб), противомалярийные средства (гидроксихлорохин), средства, содержащие сульфогруппу (сульфонилмочевинные гипогликемические средства, дапсон, мезалазин, сульфазол, радиоконтрастная среда, омепразол), ингибиторы фактора некроза опухолей (инфликсимаб, этанерцепт и адалимумаб), ингибиторы тирозинкиназы, мизопростол (простагландин Е1)

**Диагностика красного плоского лишая**

В типичных случаях, особенно при наличии элементов поражения на коже, диагноз красного плоского лишая трудностей не представляет. Сложнее бывает поставить правильный диагноз при изолированном поражении слизистой оболочки рта.

**Лечение**

Больным рекомендуется гипоаллергенная диета. При острых и подострых формах назначают седативные препараты, транквилизаторы, антидепрессанты, гипносуггестивную терапию и электросон.

При чрезмерно распространенных высыпаниях назначают антибиотики и противовирусные препараты (пенициллин и его аналоги, тетрациклин, метисазон), седативную терапию, препараты интерферона, гризеофульвин.

Показано применение витаминов (В1, В6, В12, А, Е, С, никотиновая кислота).

Часто, особенно при поражении слизистой оболочки рта, применяют цитостатики (циклофосфамид).

При длительном течении процесса используют кортикостероиды (преднизолон, дексаметазон). Также используются рефлекторная диатермия, диадинамические токи, ультразвук, электрофорез, лазеротералил, при генерализированных формах - импульсное поле, УВЧ паравертебрально. При генерализированных формах применяют системную ГКС-терапию (дипроспан, флостерон).

Рекомендуют на ограниченные очаги парафиноозокеритные аппликации, грязелечение, при бородавчатой форме - криотерапию, диатермокоагуляцию. Эффективные воды и процедуры: морские купания, хвойные, сульфидные и радоновые ванны. Местно широко используют кортикостероидные аэрозоли, кремы и мази. При сильном зуде протирают очага поражения 2-5%-м раствором резорцина, 0,1%-м раствором ментола и 1%-м раствором хлоралгидрата.

Для снятия выраженной инфильтрации применяют дегтярно-нафталановую мазь, при бородавчатой форме делают аппликации подофиллина, инъекции кортикостероидов в очаги.

При поражении слизистой оболочки рта применяют аппликации концентрата витамина А или орошения 0,6%-м раствором ретинола ацетата и 0,4% гидрокортизона в 40% растворе димексида.

Рекомендуют полоскания ротовой полости; при поражении половых органов - ванночки с раствором шалфея, ромашки, эвкалипта.

**Профилактика**

Важным фактором в комплексе профилактических мероприятий является диета с исключением раздражающей пищи (кислой, горячей, острой), а также отказ от курения и алкоголя. Для профилактики рецидивов и повышения защитных свойств организма в период ремиссии рекомендуется проводить курс лечения компламином, который усиливает кровоток в капиллярах, улучшает клеточный метаболизм в тканях, способствует развитию коллатерального кровообращения. Курсы инъекции компламина повторяют 2 раза в год в сочетании с приемом поливитаминов.

Погрешности в питании, стрессы как правило обостряют течение заболевания. Отмена лечения врачом или прекращение лечения пациентом сразу после эпителизации эрозии часто приводит к обострению заболевания.

**Список литературы**

1. Бутов Ю.С., Васенова В.Ю., Анисимова Т.В. Лихены. В: Клиническая дерматовенерология. / под ред. Ю.К Скрипкина, Ю.С. Бутова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т.II. - С.184—211. Терапевтическая стоматология под ред. Г.М. Барера, М.:ГЭОТАР-Медиа, 2005г;

2. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ под ред. Е.В Боровского, А.Л.Машкиллейсона, М.: МЕДпресс-информ, 2001;

3. Заболевания слизистой оболочки полости рта, Н.Ф Данилевский, В.К Леонтьев, А.Ф.Несин, Ж.И.Рахний, М.:Стоматология, 2001г;

4. Заболевания слизистой оболочки полости рта, А.И Рыбаков, Г.В. Банченко, М.:Медицина, 1978;

5. Терапевтическая стоматология под ред. Г.М. Барера, М.:ГЭОТАР-Медиа, 2005г;