**ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф Войно-Ясенецкого» Министерства Здравоохранения РФ**

Кафедра дерматологии с курсом косметологии и

ПО им. проф. В.И. Прохоренкова

Реферат: Красный плоский лишай.

Выполнил: врач-ординатор 2-го года обучения

Пупова Юлия Андреевна

Преподаватель: Карачева Ю.В.

Красноярск 2022г.

**Оглавление**

[Введение……………….](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/neurodermatitis#h2_1)……………………………………………………..3

[Этиология](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/neurodermatitis#h2_5)……...……………………………………………………………..4

[Классификация](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/neurodermatitis#h2_7). Клиника...………………………………………………….4

[Морфология](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/neurodermatitis#h2_11)………………………………………………………………….11

Патогистология………………………………………………………………11

[Диагностика](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/neurodermatitis#h2_16)…………………………………………………………………..12

Дифференциальная диагностика…………………………………………….13

[Лечение ………………](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/neurodermatitis#h2_19)……………………………………………………....14

**Введение.**

Красный плоский лишай (lichen ruber planus) – неинфекционный воспалительный дерматоз мультифакториальной природы, характеризующийся появлением зудящих плоских полигональных папул на коже и слизистых оболочках (синоним: лишай Вильсона).

Впервые красный плоский лишай был описан в 1860 годом Ф.Гебра. Несколько позже (в 1869 году) была детально описана клиническая картина этого патологического процесса. Автором его был дерматолог Вильсон, работающий в Англии. В России первые случаи были зарегистрированы Бехтеревым и Полотебновым (1881 год).

На протяжении последних лет отмечается увеличение обращаемости в медицинские учреждения по поводу этого заболевания, а при наблюдении за больными на протяжении от полугода до 20 лет в 0,4-5% регистрируется трансформация в рак. Каковы причины и симптомы, как лечить красный плоский лишай при том, что в последние годы отмечается также значительный рост частоты редко встречающихся, трудно диагностируемых, тяжело и нетипично протекающих форм. Кроме того, заболеванию свойственно длительное (от 5 до 40 и более лет) тяжелое и рецидивирующее течение, устойчивость к традиционным методам лечения. К способствующим факторам относятся также: инфекционные заболевания, в частности гепатит “B” и, особенно, гепатит “C”; нарушения метаболических процессов в виде дислипидемии, метаболического синдрома, нарушения обмена углеводов при сахарном диабете и т. д.; первичный билиарный цирроз печени; ксантоматоз; хронические заболевания и нарушения функции органов пищеварения.

Это заболевание чаще встречается у женщин в возрасте 40-60 лет. При красном плоском лишае наряду с кожными поражениями часто диагностируют изменения слизистой оболочки рта и красной каймы губ. По данным Е.И. Абрамовой, одновременные поражения кожи и слизистой оболочки рта выявлены у 25 % больных, а изолированная локализация на слизистой оболочке рта без поражения кожи - у 75 % больных. Красный плоский лишай может локализовываться и на других слизистых оболочках: половых органов, заднего прохода, конъюнктивы, пищевода, желудка, уретры.

В структуре общей заболеваемости в дерматологии хронический красный плоский лишай составляет от 0,78 до 2,5%, в числе болезней, локализующихся на слизистой оболочке полости рта — до 35-40%.

**Этиология.**

Этиология окончательно не выяснена. Существуют неврогенная, вирусная, иммуноаллергическая, наследственная, интоксикационная теории возникновения этого заболевания. Красный плоский лишай, как правило, протекает на фоне хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, гипертонической болезни, сахарного диабета, неврозов, дисбаланса иммунной системы. У большинства больных выявлено значительное повышение проницаемости стенок сосудов и снижение иммунологической реактивности. По наблюдениям А.А. Каламкаряна, большинство больных связывали развитие заболевания с психическими травмами, значительно реже оно развивалось после длительного приёма лекарственных средств, контакта с фотореактивами, ангины, гриппа. Важное значение в развитии обострений красного плоского лишая слизистой оболочки рта имеет травма (острые края зубов, некачественные протезы, явления гальванизма, аллергическая реакция на пластмассу протезов и ДР).

**Классификация. Клиника.**

Различают следующие формы красного плоского лишая:

Типичная форма красного плоского лишая характеризуется мономорфной сыпью в виде мелких плоских блестящих (особенно при боковом освещении), полигональных папул, не склонных к периферическому росту. Элементы имеют красновато-розовую окраску с характерным сиреневатым или фиолетовым оттенком. В центре папул, как правило, отмечается небольшое пупкообразное вдавление. На поверхности сформировавшихся относительно крупных (0,5 мм в диаметре) узелков можно обнаружить патогномоничную для заболевания сетку Уикхема, характеризующуюся опаловидными белыми или сероватыми точками и полосками. Сетка становится более заметной, если смочить поверхность папул водой или маслом, ее формирование объясняют неравномерным гранулезом. Высыпания могут группироваться с образованием небольших бляшек, покрытых чешуйками, по периферии которых возникают новые, изолированно расположенные мелкие папулы, что объясняется «толчкообразным» характером появления высыпаний при данном дерматозе. В прогрессирующей стадии заболевания отмечается положительный феномен Кебнера (появление высыпаний в зоне даже незначительной травматизации кожи), пациентов беспокоит интенсивный зуд. При регрессе процесса на месте папулы обычно остается вторичная гиперпигментация.

Гипертрофическая (бородавчатая) форма красного плоского лишая характеризуется обусловленными гиперкератозом бородавчатыми наслоениями на поверхности буровато-красных или фиолетовых бляшек. Вокруг бляшек располагаются отдельные узелки. Излюбленная локализация высыпаний гипертрофической формы красного плоского лишая — передняя поверхность голеней. Иногда встречаются отдельные очаги гиперкератоза на верхних конечностях и на лице. По клинической картине они могут быть сходны с базалиомой или сенильным кератозом.

Атрофическая форма красного плоского лишая развивается в связи со склеротическими и атрофическими изменениями на месте разрешения высыпаний. На волосистой части головы могут наблюдаться мелкие очаги облысения.

Пемфигоидная (пузырчатая) форма красного плоского лишая проявляется образованием пузырьков (везикул) с серозным или серозно-кровянистым содержимым. Везикулы могут появляться как на видимо здоровой коже, так и на поверхности бляшек и папул. Часто наряду с пузырьками имеются типичные для красного плоского лишая высыпания. Обычная локализация этой формы заболевания — кожа голеней и стоп. При возникновении пузырей большого размера говорят о буллезной форме красного плоского лишая.

Монилиформный красный плоский лишай характеризуется округлыми восковидными высыпаниями, сгруппированными в виде ожерелья. Сыпь располагается на лбу, за ушными раковинами, на шее, тыльной стороне кистей, локтевых сгибах, животе и ягодицах. При этом кожа носа, щек, межлопаточной области, ладоней и подошв остается интактной.

Пигментная форма красного плоского лишая наряду с характерными элементами сыпи сопровождается появлением пигментных элементов: коричневых пятен и темно-коричневых узелков. Иногда они могут предшествовать типичным для красного плоского лишая высыпаниям.

Остроконечная форма красного плоского лишая локализуется преимущественно на коже шеи, лопаток и нижних конечностей. Ее элементы представляет собой остроконечные папулы. В центре каждой папулы расположен участок гиперкератоза, выступающий кверху в виде рогового шипика.

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.

Эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая наблюдается на слизистых оболочках, чаще в ротовой полости. Она характеризуется эрозиями и язвами, окруженными отечным и красным участком слизистой с находящимися на нем типичными высыпаниями красного плоского лишая. Эрозии заживают очень длительно, иногда годами. После заживления часто возникают рецидивы эрозий в том же месте или на ранее не измененной слизистой.

К редким формам красного плоского лишая относятся эритематозная, обтозная и серпигиозная.

Стадии заболевания. Красный плоский лишай как хроническое заболевание протекает с периодами ремиссии и рецидивов, которые могут повторяться от 1 до 5 раз в течение года, несмотря на проводимое лечение. В клиническом течении заболевания различают стадии, длящиеся месяцами:

* Острую или подострую.
* Прогрессирующую, когда на фоне уже имеющихся и увеличивающихся в размерах элементов появляются все новые папулезные высыпания или эрозии и язвы, отек и покраснение и т. д. (в зависимости от формы заболевания), сопровождающиеся интенсивным зудом и феноменом Кебнера.
* Стационарную — прекращение прогрессирования.
* Разрешения, иногда с образованием пятен избыточной пигментации.
* Ремиссии.

У курильщиков папулы более выраженные и крупные, иногда на них наслаиваются пятна лейкоплакии. На красной кайме губ папулы могут сливаться, образуя полосу белесоватого цвета, в отдельных случаях принимающую звездчатую форму. Красный плоский лишай на красной кайме и слизистой оболочке губ иногда приводит к возникновению гландулярного хейлита. Наиболее типична локализация красного плоского лишая на слизистой оболочек щек в месте прилегания больших коренных зубов с захватом переходных складок, на боковых поверхностях языка и спинке с переходом на нижнюю поверхность в области больших коренных зубов. Реже поражаются губы, десна, небо, дно полости рта.

Красный плоский лишай в полости рта. В связи с разнообразием его клинических проявлений различают следующие его формы: типичную (простую), экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллезную, гиперкератотическую.

Типичная форма встречается чаще других. Беловато-перламутровые папулы располагаются отдельно или в виде узоров, кружева, листьев папоротника, колец, полосок на видимо неизмененной слизистой оболочке рта. При такой типичной картине красного плоского лишая субъективные ощущения выражены минимально и могут проявляться чувством жжения, стянутости, шероховатости, сухости слизистой оболочки рта. Довольно часто заболевание протекает бессимптомно и может быть выявлено случайно при осмотре стоматологом.

Экссудативно-гиперемическая форма встречается реже. Папулы располагаются на гиперемированной, отечной слизистой оболочке. Эта форма сопровождается более выраженными болевыми ощущениями:

жжением, болями, усиливающимися при приеме острой пищи, разговоре. На фоне воспаленной, гиперемированной слизистой оболочки рисунок папул может терять четкость своих очертаний и даже частично исчезать, но в процессе обратного развития, когда уменьшаются отек и гиперемия слизистой оболочки, рисунок папул вновь проявляется.

Эрозивноязвенная форма - самая тяжелая из всех форм. Она может возникать как осложнение типичной или экссудативногиперемической форм в результате эрозирования области пораженной слизистой оболоч ки различными травмирующими факторами (острые края зубов, протезов, явления гальванизма и др.). При этой форме на гиперемированной и отечной слизистой оболочке рта имеются эрозии, иногда язвы, вокруг которых на фоне резко выраженного воспаления располагаются в виде рисунка типичные для красного плоского лишая папулы. Эрозии или язвы неправильной формы, покрыты фибринозным налетом, после удаления которого легко возникает кровоточивость. Они могут быть единичными, небольшими, слабоболезненными, однако могут быть и множественными с резко выраженной болезненностью. Такие эрозии и язвы держатся длительное время, иногда месяцами, даже годами не эпителизируясь. Часто под влиянием лечения они частично или полностью эпителизируются, но вскоре вновь рецидивируют на том же или другом участке слизистой оболочки, иногда даже сразу после прекращения лечения. Иногда на месте длительно существовавших эрозий и язв возникают участки атрофии слизистой оболочки. В некоторых случаях длительно существующие эрозии и язвы могут озлокачествляться.

Буллезная форма встречается редко. Характеризуется наряду с типичными высыпаниями беловатоперламутровых папул, появлением пузырей диаметром от 2-3 мм до 1 - 1,5 см с плотной покрышкой.

Пузыри могут быть с серозным или геморрагическим содержимым, довольно быстро вскрываются. Срок их существования от нескольких часов до 2 сут. Образующиеся на месте пузырей эрозии довольно быстро эпителизируются, что отличает буллезную форму красного плоского лишая от эрозивноязвенной. Длительность течения буллезной формы может быть различной, иногда пузыри могут появляться на протяжении многих месяцев и образовываться на слизистой оболочке рта одновременно с папулами или присоединяются к ним позднее. В отдельных случаях пузыри предшествуют возникновению папул, что создает трудности в диагностике красного плоского лишая.

Гиперкератотическую форму наблюдают очень редко. Для нее характерно наличие различной формы и очертаний гиперкератотических бляшек, возвышающихся над уровнем слизистой оболочки с резкими границами. Вокруг очагов гиперкератоза имеются папуллезные высыпания, типичные для красного плоского лишая. Чаще всего эта форма локализуется на слизистой оболочке щек и спинке языка.

Существующие формы красного плоского лишая могут трансформироваться одна в другую. Так, в результате осложнения типичная форма может перейти в экссудативногиперемическую и (или) эрозивноязвенную. Процесс трансформации обусловливается влиянием общих (соматических заболеваний) и местных факторов. Наличие острых краев зубов и протезов, разнородные металлы, зубочелюстные аномалии и деформации, пародонтит, зубной камень провоцируют трансформацию красного плоского лишая из типичной формы в более тяжелую.

Описаны случаи сочетания признаков красного плоского лишая и дискоидной волчанки. При этом очаги чаще располагаются в дистальных отделах конечностей, имеют синюшно-красный или фиолетовый цвет, с гипо- и гиперпигментациями, телеангиэктазиями, атрофией, а иногда с бородавчатыми, буллёзно-язвенными изменениями; шелушение незначительное, фолликулярный гиперкератоз непостоянен и нерезко выражен. На других участках, в том числе и на слизистой оболочке полости рта, могут выявляться типичные высыпания красного плоского лишая или атрофические сиреневато-красноватые бляшки. Наблюдаются также выраженные дистрофические изменения ногтей вплоть до анонихии, у некоторых больных развивается рубцовая алопеция. При гистологическом и иммунофлуоресцентном (прямая реакция) исследовании также выявляют признаки обоих заболеваний.

В качестве одной из причин подобного сочетания служит общность патогенетических механизмов. Видимо, для более точной диагностики в таких случаях, помимо комплекса гистологических, серологических, клинических, иммунофлуоресцентных параметров, может оказаться полезной непрямая реакция иммунофлуоресценции, предложенная R. G. Olsen (1984) для выявления специфического антигена красного плоского лишая. Этот антиген был обнаружен у 80 % больных красным плоским лишаем и ни у одного - красной волчанкой.

Красный плоский лишай - хроническое заболевание, характеризующееся упорным длительным течением. Оно может длиться десятилетиями с чередованием обострений и ремиссий, на продолжительность которых оказывают влияние течение общих соматических заболеваний и действие местных травмирующих факторов в полости рта.

Красный плоский лишай на слизистой оболочке рта может озлокачествляться, чаще всего у лиц пожилого возраста, длительно страдавших эрозивно-язвенной или гиперкератотической формами. Признаками озлокачествления красного плоского лишая являются образование уплотнения в основании очага поражения, усиление процессов ороговения, появление вегетации на поверхности длительно не заживающих и не поддающихся лечению эрозий и язв.

**Морфология.**

Основной морфологический элемент поражения - ороговевшая папула круглой или полигональной формы до 2 мм в диаметре. На коже папулы обычно плоские, с восковидным блеском, имеют розоватый или синюшнокрасный цвет. На слизистой оболочке рта вследствие ороговения эпителия и постоянной мацерации они приобретают беловатосерый цвет, выделяясь на фоне нормальной или гиперемированной слизистой оболочки. Характерная черта красного плоского лишая - склонность папул к слиянию в виде рисунка, напоминающего кружевную сетку, снежинки, древовидные разветвления, иногда кольца, полосы. Папулы слегка возвышаются над уровнем слизистой оболочки, придавая ей некоторую шероховатость. На спинке и боковой поверхности языка папулы, сливаясь, часто образуют гиперкератические бляшки различных размеров, напоминающие лейкоплакию; сосочки в этой области сглажены. Шелушение обычно незначительное, чешуйки отделяются трудно, иногда, однако, шелушение может напоминать псориатическое (псориазиформный красный плоский лишай). На поверхности более крупных узелков, особенно после смазывания растительным маслом, можно обнаружить сетевидный рисунок (симптом сетки Уикхема).

**Патогистология.**

Патогистологические изменения в эпителии характеризуются наличием гипер и паракератоза, а также акантоза. В ряде случаев выявляют образование зернистого слоя. В строме обнаруживают отек, диффузный воспалительный инфильтрат (преимущественно из лимфоцитов и плазмоцитов), клетки которого проникают в эпителий (экзоцитоз) и через базальную мембрану, вследствие чего она имеет нечеткие контуры. Инфильтрат почти никогда не проникает в глубжележащие слои и собственную пластинку слизистой оболочки. Он вплотную подходит к эпителию, как бы подпирая его снизу. Каждая форма заболевания имеет свои особенности. При эрозивноязвенном поражении, кроме явлений гипер и паракератоза, диагностируют изъязвление и деструкцию эпителия, геморрагии в собственно слизистом слое. Инфильтрат выявляют непосредственно под базальной мембраной. Буллезные поражения развиваются под эпителием в результате обширного отека в соединительной ткани. Пузыри располагаются субэпителиально, под ними имеется массивная круглоклеточная инфильтрация в собственную пластинку слизистой оболочки. Характерные для красного плоского лишая изменения эпителия при эрозивноязвенной и буллезной формах обнаруживают в пограничных с дефектом участках.

**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.

**Дифференциальная диагностика.**

Дифференциальную диагностику красного плоского лишая необходимо проводить с

* лейкоплакией;
* кандидозом;
* красной волчанкой;
* папулезным сифилисом;
* аллергическим стоматитом;
* хронической травмой;
* болезнью Боуэна.

При лейкоплакии в отличие от красного плоского лишая участок ороговения имеет вид слегка возвышающейся над уровнем слизистой оболочки сплошной белесоватой бляшки, вокруг которой слизистая оболочка не изменена, папулы отсутствуют. В отличие от красного плоского лишая лейкоплакия локализуется преимущественно в передних отделах полости рта, чаще в области слизистой оболочки углов рта, щек.

Дифференциальная диагностика с кандидозом основывается на различиях в клинических проявлениях. При кандидозе нет четкого рисунка на слизистой оболочке рта; при поскабливании белый налет снимается частично или полностью. Папулы же красного плоского лишая не удаляются. Окончательный диагноз ставят на основании данных бактериоскопических исследований.

Очаги поражения на слизистой оболочке рта при красной волчанке локализуются в основном на губах, щеках и реже на нёбе. Они гиперемированы, инфильтрированы, гиперкератоз имеется только в пределах очага воспаления, в центре которого атрофия. Этого не бывает при красном плоском лишае. Папулезные элементы по периферии очага поражения при красной волчанке отсутствуют.

Сифилитические папулы отличаются большими размерами, имеют круглую или овальную форму. Их поверхность покрыта сероватобелым налетом, легко снимающимся при поскабливании. В мазках с поверхности обнаженной эрозии обнаруживают бледные трепонемы. Реакция Вассермана положительная.

От аллергического стоматита красный плоский лишай дифференцируют на основании данных анамнеза, (взаимосвязь поражения и действия аллергена), а также результатов аллергологических проб.

Следует отличать поражение слизистой оболочки рта при красном плоском лишае от сходных изменений при хронической механической травме, при которой зона поражения соответствует действию травмирующего фактора, после устранения которого очаг воспаления быстро ликвидируется.

Буллезную и эрозивноязвенную форму красного плоского лишая необходимо также дифференцировать от других заболеваний, при которых имеются пузыри и эрозии. Это многоформная экссудативная эритема, акантолитическая и неакантолитическая пузырчатка, эрозивноязвенная форма хронической красной волчанки.

Гиперкератотическую форму нужно отличать от веррукозной лейкоплакии и рака.

**Лечение.**

Больные красным плоским лишаем должны пройти тщательное обследование для выявления соматических заболеваний. Особое внимание обращают на состояние желудочнокишечного тракта, нервной системы, определяют показатели артериального давления и содержание глюкозы в крови. При выявлении общесоматической патологии больной подлежит лечению у соответствующих специалистов.

Всем больным красным плоским лишаем проводят тщательную санацию полости рта, которую стоматолог начинает с устранения травмирующих факторов. Острые края зубов и протезов должны быть сошлифованы. При наличии в полости рта протезов из разнородных металлов необходима их замена на безметалловые конструкции. Съемные пластиночные протезы должны быть изготовлены из бесцветной пластмассы с внутренним эластичным слоем. Амальгамовые пломбы целесообразно заменить цементными, особенно в случае, если их постановка совпадает с периодом появления красного плоского лишая. Рекомендуется прекращение курения и приема раздражающей пищи, соблюдение рациональной гигиены полости рта.

Лекарственная терапия при красном плоском лишае зависит от его формы.

При всех формах заболевания целесообразно назначение седативных препаратов (валериана, пустырник, настойка пиона, препараты брома, транквилизаторы и антидепрессанты). Более мягким препаратом, не оказывающим кардиотоксического действия и эффекта кумуляции, является азафен, который назначают по 25 мг 2-3 раза в сутки после еды в течение 1 - 1,5 мес.

При типичной и экссудативно-гиперемической формах внутрь назначают витамин А (3,44 % раствор ретинола ацетата в масле или 5,5 % раствор ретинола пальмитата в масле) по 10 капель 3 раза в день во время еды, курс по 1,5-2 мес с 2месячными перерывами. Кроме того, необходим длительный прием витаминов группы В, особенно никотиновой кислоты. Одновременно масляный раствор витамина А используют для аппликаций на слизистую оболочку рта в области поражения.

При экссудативно-гиперемической и эрозивноязвенной формах эффективно применение 1 % никотиновой кислоты, которую вводят под очаги поражения по 1 мл вместе с 1 % раствором новокаина или тримекаина через день, на курс 15-20 инъекций. В случае если больные плохо переносят инъекции, никотиновую кислоту назначают внутрь по 0,05-0,1 г 3 раза в день после еды, а под очаги поражения делают блокаду новокаина или 0,5 % раствором тримекаина 2-3 раза в неделю, на курс 10-12 инъекций.

Имеются результаты эффективного лечения красного плоского лишая ароматическими ретиноидами, в частности препаратом тигазон [Машкиллейсон А Л . и др., 1986], который назначали первые 10 дней по 0,5 мг/кг (в среднем 30-40 мг/сут), затем в последующие 2 нед по 0,25 мг/кг (в среднем 20 мг/сут). Следует помнить, что ароматические ретиноиды при длительном применении могут вызывать побочные явления.

Лечение эрозивно-язвенной и буллезной форм красного плоского лишая проводят также комбинированным методом (сочетание кортикостероидных препаратов с антималярийными): преднизолон по 20-25 мг в сутки через день, или триамцинолон по 16-20 мг, или дексаметазон по 3-3,5 мг в сочетании с хингамином (делагилом ) по 0,25 мг 1-2 раза в день в течение 4-6 нед и никотиновой кислотой (по 0,05 г 3 раза в день после еды), или ксантинола никотинат (компламин, теоникол) по 1 таблетке 3 раза в день либо внутримышечно в течение 1,5 мес. Дозу преднизолона каждые 7-10 дней уменьшают на 5 мг. Такое лечение при отсутствии противопоказаний ускоряет эпителизацию эрозий и язв, уменьшает воспалительный процесс. Можно лечить только одним из указанных препаратов (преднизолоном или делагилом), но лечение будет менее эффективным. При ограниченных эрозивноязвенных пораженях эффективно их обкалывать суспензией гидрокортизона (или раствором преднизолона) и 5-10 % раствором хингамина. Инъекции осуществляют 1 раз в 3 дня по 1 - 1,5 мл под каждую эрозию, на курс 8-12 инъекций. Подобные курсы можно повторить через 3-4 мес. При лечении кортикостероидными препаратами следует учитывать их возможные побочные действия, в связи с чем необходимо сделать анализ крови (общий клинический и на содержание глюкозы), измерить артериальное давление, назначить препараты калия, кальция, поливитамины, диету с уменьшенным количеством поваренной соли.

Если кортикостероидные препараты противопоказаны, то при эрозивноязвенной форме красного плоского лишая рекомендуется гипосенсибилизирующая терапия повторными курсами гистаглобина (несколько курсов с двухмесячным перерывом; по 2 мл под кожу 2 раза в неделю, на курс 8-10 инъекций).

Для лечения эрозивноязвенной формы красного плоского лишая используют хонсурид в виде аппликаций 2-3 раза в день или инъекций по 1 мл под элемент поражения через день (0,1 г хонсурида разводят в 10 мл 0,5 % раствора новокаина или изотонического раствора натрия хлорида). Хонсурид стимулирует процесс эпителизации эрозий и язв, оказывает противовоспалительное действие.

Местное лечение проводят при наличии воспаления слизистой оболочки рта, эрозий или язв. Назначают противовоспалительные полоскания (раствор ромашки, эвкалипта, шалфея, 0,5 % раствор хлорамина, 0,02 % раствор фурацилина и др.) с последующими аппликациями на очаги поражения средств, стимулирующих эпителизацию масляных растворов витаминов А, Е, мазей "Солкосерил", " Актовегин ", корти костероидсодер жащих, 1 % дибуноловой мази, солкосерил дентальной адгезивной пасты.

Для повышения резистентности слизистой оболочки рта и стимуляции ее регенерации применяют аппликации или ротовые ванночки с 0,25 % раствором лизоцима.

В комплексном лечении красного плоского лишая важную роль играют физические методы лечения: лазеротерапия (гелийнеоновый, инфракрасный лазер), лекарственный электрофорез (никотиновой кислоты, интала, протеолитических ферментов и др.), электросон, гипносуггестивная терапия.

Следует помнить о возможности озлокачествления длительно существующих и не поддающихся лечению эрозий, язв, очагов гиперкератоза. В этих случаях необходимо их иссечение с последующим гистологическим исследованием. Хорошие результаты дает криодеструкция.

Красный плоский лишай - заболевание, которое не всегда хорошо поддается лечению. Часто после прекращения лечения вновь возникают рецидивы. Решающее значение в их профилактике имеет исключение местных травмирующих факторов, успешное лечение соматических заболеваний и санация очагов хронической инфекции. С целью повышения защитных сил организма проводят повторные курсы витаминотерапии, аутогемотерапии, в условиях стационара назначают пирогенал, продигиозан, тимоген и другие средства.

лишай эпителий болезнь

**Список использованной литературы:**

1. Кожные и венерические болезни // Под ред. Ю. К. Скрипкина. М. Медицина, 1995- 362с.
2. Красный отрубевидный волосяной лишай Б. А. Беренбейн, А. А. Студницин «Дифференциальная диагностика кожных болезней» Руководство для врачей. М. Медицина, 2001 – 72с.
3. Петрова Л.В. Клиника, патогенез и лечение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2002. — 42 с.
4. Рабинович О.Ф. Иммунологические аспекты патогенеза красного плоского лишая слизистой оболочки рта. (Клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2001. — 39 с.
5. Слесаренко Н.А. Красный плоский лишай (современные иммунологические и биохимические аспекты) и методы патогенетической терапии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1995. — 40 с.

Размещено на Allbest.ru