Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО

им. Проф. В.И. Прохоренкова

Преподаватель: д,м,н, доцент Карачева Ю.В.

**Реферат**

**По теме: «**Красный плоский лишай».

Выполнила: ординатор 112 группы,

специальности: дерматовенерология

Мустафаева Ульвия Фикрет кызы.

Красноярск, 2023

Содержание:

1. Введение и классификация.
2. Этиология.
3. Эпидемиология.
4. Патогенез.
5. Клиническая картина.
6. Диагностика.
7. Дифференциальный диагноз
8. Лечение.
9. Заключение.
10. Список литературы.

**Введение**

Красный плоский лишай (КПЛ) представляет собой хроническое дерматологическое заболевание, характеризующееся специфическими клиническими проявлениями на коже и слизистых оболочках. Эта патология вызывает заметные изменения в облике пациентов и может оказать значительное влияние на их качество жизни. Для дерматовенеролога особенно важно иметь глубокое понимание этого заболевания, начиная с его введения.

Красный плоский лишай — это характерная дерматозная эрупция, включающая в себя красноватые плоские папулы с Викассовыми линиями, представляющими собой характерные белые сетчатые полосы. Термин "Викассовы линии" относится к этим характерным белым полосам, которые появляются вдоль структуры поверхности кожи.

Это заболевание представляет собой вызов для дерматовенерологов в связи с его разнообразием клинических проявлений и потенциальными системными осложнениями. КПЛ не только вызывает физическое дискомфорт, но и может повлиять на эмоциональное состояние пациента, что подчеркивает важность понимания, диагностики и лечения данного заболевания.

Клинически КПЛ может проявляться в различных формах, включая кожные папулы, атрофию, язвы и изменения волосистой части кожи. На слизистых оболочках нередко встречаются эрозии и язвы, что подчеркивает важность обширного клинического обследования.

Целью данного реферата является детальное рассмотрение этиологии, эпидемиологии и патогенеза КПЛ, а также предоставление врачу дерматовенерологу надежного фундамента для понимания этого заболевания и принятия обоснованных решений в диагностике и лечении. Особое внимание будет уделено ключевым источникам информации, включая клинические рекомендации Российской Федерации, для обеспечения надежности и актуальности предоставляемой информации.

**КЛАССИФИКАЦИЯ**

L43.0 Лишай гипертрофический красный плоский

L43.1 Лишай красный плоский буллезный

L43.2 Лишаевидная реакция на лекарственное средство

При необходимости идентифицировать лекарственное средство используют дополнительный код внешних причин (класс XX).

L43.3 Лишай красный плоский подострый (активный)

Лишай красный плоский тропический

L43.8 Другой красный плоский лишай

**Этиология:**

Этиология КПЛ представляет собой сложный комплекс взаимосвязанных факторов, охватывающих иммунопатологические, генетические и окружающие аспекты.

Аутоиммунные аспекты:

* 1. Ключевой момент в этиологии КПЛ связан с нарушением толерантности самоорганизму. В этом контексте происходит активация аутоиммунных механизмов, включая Т-лимфоцитарные клетки, которые, предположительно, атакуют клетки эпидермиса и слизистых оболочек.

Генетический фактор:

* 1. Некоторые исследования обнаруживают ассоциацию КПЛ с определенными генетическими маркерами, что подчеркивает наличие генетической предрасположенности. В частности, гены, связанные с иммунным ответом, могут играть роль в возникновении этого заболевания.

Вирусные и инфекционные воздействия:

* 1. Исследования предполагают возможное воздействие вируса гепатита C и других инфекций в инициировании КПЛ. Этот момент связан с возможностью молекулярной мимикрии и иммунного отклика на инфекционные агенты.

Аллергические и окружающие факторы:

* 1. Поддерживается идея возможного воздействия аллергических реакций на окружающие агенты, а также воздействие стрессовых факторов. Однако механизмы, посредством которых эти факторы влияют на КПЛ, требуют дополнительного изучения.

В общем, этиология КПЛ представляет собой взаимодействие генетических, иммунологических и внешних факторов, что создает сложный портрет этого дерматоза. Несмотря на значительные исследования, точные молекулярные механизмы остаются предметом дальнейших научных углублений

**Эпидемиология.**

Данные о распространенности красного плоского лишая (КПЛ) в России ограничены, но врачи дерматовенерологи обращают внимание на необходимость внимательного клинического наблюдения за этим заболеванием

Распределение по возрастным группам:

* 1. КПЛ может возникнуть в любом возрасте, но в большинстве случаев диагностируется у взрослых в возрасте от 30 до 60 лет. Детальные статистические данные о распределении по возрасту в российской популяции требуют дополнительного исследования.

Гендерные особенности:

* 1. В эпидемиологии КПЛ наблюдается некоторая предрасположенность у женщин. Это соответствует гендерным особенностям заболевания, которое может более часто диагностироваться у женщин.

Региональные аспекты:

* 1. С учетом географического многообразия России, возможны некоторые региональные особенности в распространении КПЛ. Например, климатические и социокультурные факторы могут влиять на предрасположенность к данному дерматозу.
* Заболеваемость КПЛ в Российской Федерации среди лиц в возрасте 18 лет и старше в 2014 году составила 12,7 случаев на 100000 соответствующего населения.
* Наиболее часто КПЛ встречается у людей в возрасте от 30 до 60 лет. На долю женщин приходится 60–75% больных КПЛ с поражением слизистой оболочки полости рта и около 50% больных КПЛ с поражением кожи.
* КПЛ редко встречается у детей, лишь 5% случаев заболевания приходится на пациентов детского возраста.

**Патогенез**

Патогенез КПЛ представляет собой сложный молекулярный и клеточный процесс, охватывающий иммунные, воспалительные и эпителиальные аспекты. Взаимодействие этих факторов формирует характерные клинические проявления данного дерматоза.

* Аутоиммунный компонент:
  1. Имеется предположение о том, что КПЛ является следствием нарушения иммунной самотерпимости, что приводит к активации аутоиммунных механизмов. Т-лимфоциты, в частности Т-хелперы, играют центральную роль в инициации иммунного ответа.
* Цитокины и воспаление:
  1. Происходит высвобождение различных цитокинов, таких как интерлейкин-2 (IL-2) и интерферон-гамма (IFN-γ), которые активируют иммунные клетки и способствуют воспалительному процессу. Это приводит к характерным инфильтратам в пораженных областях.
* Повреждение эпителия:
  1. Т-лимфоциты инфильтрируют эпидермис, вызывая атаку на базальные клетки. Это приводит к апоптозу эпителиальных клеток, что может быть обусловлено дисбалансом между пролиферацией и гибелью клеток.
* Механизмы гиперпигментации:
  1. В результате воспаления и повреждения эпителия происходит активация меланоцитов и, как следствие, гиперпигментация. Это может объяснить появление темных пятен на коже у пациентов с КПЛ.
* Взаимодействие с матриксными молекулами:
  1. Происходит воздействие на молекулы межклеточного взаимодействия и базальную мембрану. Например, в результатах исследований выявлено изменение экспрессии ламининов в зонах поражения, что может влиять на структуру эпидермиса.
* Генетические аспекты:
  1. Некоторые исследования указывают на генетическую предрасположенность к развитию КПЛ. Ассоциации с определенными генами, включая гены, связанные с иммунным ответом, подчеркивают значение наследственных факторов.

Патогенез КПЛ представляет собой сложную сеть взаимосвязанных молекулярных и клеточных событий. Глубокое понимание этих механизмов позволяет разрабатывать более эффективные подходы к диагностике и лечению данного дерматоза.

**Клиническая картина.**

КПЛ характеризуется различной клинической картиной поражения кожи и слизистых оболочек, среди которых наиболее клинически значимо поражение слизистой оболочки полости рта, хотя при КПЛ высыпания могут отмечаться также на слизистых оболочках пищевода и аногенитальной области. Наиболее часто встречаются следующие формы поражения кожи при КПЛ:

* Типичная.
* Гипертрофическая, или веррукозная.
* Атрофическая.
* Пигментная.
* Пузырная.
* Эрозивно-язвенная.
* Фолликулярная.

Выделяют 6 форм поражений слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ при КПЛ.

1. Типичная.

2. Гиперкератотическая.

3. Экссудативно-гиперемическая.

4. Эрозивно-язвенная.

5. Буллезная.

6. Атипичная.

**Поражение кожи при КПЛ**

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. Субъективно больных беспокоит зуд. В период обострения КПЛ наблюдается положительный феномен Кебнера – появление новых узелков на месте травматизации кожи.

*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.

*Атрофическая форма* КПЛ отличается исходом высыпных элементов 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.

*Пигментная форма* КПЛ возникает остро, поражает значительную поверхность кожного покрова (туловище, лицо, 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. Пигментация кожи может сочетаться с характерными высыпаниями КПЛ на слизистых оболочках полости рта.

*Буллезная форма* КПЛ клинически характеризуется образованием пузырьков или 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 и сопровождаются болезненностью, усиливающейся при ходьбе. 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*.

Течение КПЛ с поражением кожи обычно благоприятное. Спонтанные ремиссии поражений кожи при КПЛ в течение 1 года после манифестации наблюдаются у 64–68% больных.

**Поражение слизистой оболочки полости рта при КПЛ**

Изменения слизистой оболочки полости рта при КПЛ чаще всего локализуются в области щек, языка, губ, реже –десен, 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. Субъективные ощущения при типичной форме КПЛ слизистой оболочки полости рта обычно отсутствуют.

*Гиперкератотическая форма КПЛ* отличается появлением на фоне типичных высыпаний сплошных очагов ороговения с резкими границами или появлением веррукозных разрастаний на поверхности бляшек. Больные могут отмечать сухость во рту и незначительную боль при приеме горячей пищи.

*Экссудативно-гиперемическая* форма КПЛ слизистой оболочки полости рта отличается расположением типичных серовато-белых папул на гиперемированной и отечной слизистой оболочке. Прием пищи, особенно горячей и острой, сопровождается болезненностью.

*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.

*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.

*Атипичная* форма КПЛ слизистой оболочки полости рта представляет собой поражение слизистой оболочки верхней губы в виде симметрично расположенных очагов ограниченной застойной гиперемии, выступающих над окружающей слизистой оболочкой. Верхняя губа отечна.

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.

Спонтанные ремиссии КПЛ слизистой оболочки полости рта отмечаются у 2,8–6,5% больных, что намного реже, чем при поражениях кожи. Средняя продолжительность существования высыпаний на слизистой оболочке полости рта при КПЛ составляет около 5 лет, однако эрозивная форма заболевания не склонна к спонтанному разрешению. Типичная форма заболевания с ретикулярным расположением высыпаний на слизистой оболочке полости рта имеет лучший прогноз, так как спонтанная ремиссия происходит в 40% случаях.

**Диагностика.**

В большинстве случаев диагноз КПЛ ставится на основании данных клинической картины. Однако в случае наличия у пациента гипертрофической, атрофической, пигментной, пузырной, эрозивно-язвенной и фолликулярной форм, типичные элементы КПЛ, позволяющие установить диагноз клинически, могут отсутствовать. Для уточнения диагноза проводят *гистологическое исследование* биоптатов кожи с наиболее характерных очагов поражения.

При гистологическом исследовании в биоптате кожи при КПЛ отмечают гиперкератоз с неравномерным гранулезом, акантозом, вакуольную дистрофию клеток базального слоя эпидермиса, диффузный полосовидный инфильтрат в верхнем отделе дермы, вплотную примыкающий к эпидермису, нижняя граница которого «размыта» клетками инфильтрата. Отмечается экзоцитоз. В более глубоких отделах дермы видны расширенные сосуды и периваскулярные инфильтраты, состоящие преимущественно из лимфоцитов, среди которых находятся гистиоциты, тканевые базофилы и меланофаги. В длительно существующих очагах инфильтраты более густые и состоят преимущественно из гистиоцитов. На границе между эпидермисом и дермой локализуются тельца Сиватта (коллоидные тельца) – переродившиеся кератиноциты.

*Реакция прямой иммунофлюоресценции* может использоваться для диагностики при буллезной и эрозивно-язвенной формах КПЛ. При исследовании методом прямой иммунофлюоресценции на границе между эпидермисом и дермой выявляют обильные скопления фибрина, в тельцах Сиватта – IgM, реже – IgA, IgG и компонент комплимента.

В случае изолированного эрозивно-язвенного поражения слизистой оболочки полости рта может потребоваться проведение *цитологического исследования* в целях дифференциальной диагностики с истинной акантолитической пузырчаткой, при которой в отличие от КПЛ в очагах поражения обнаруживаются акантолитические клетки.

Перед назначением системной медикаментозной терапии или при решении вопроса о дальнейшей тактике лечения необходимо проведение *лабораторных исследований*:

* клинического анализа крови;
* биохимического анализа крови (АЛТ, АСТ, общий билирубин, триглицериды, холестерин, общий белок);
* клинического анализа мочи.

По показаниям назначаются *консультации других специалистов*.

* перед назначением ПУВА-терапии, узкополосной средневолновой фототерапии – консультации окулиста, эндокринолога, терапевта, гинеколога для исключения противопоказаний;
* перед назначением антималярийных препаратов для исключения противопоказаний, а также в процессе терапии антималярийными препаратами рекомендуется проводить консультации офтальмолога 1 раз в 1,5–3 месяца для контроля функции органа зрения;
* для определения характера изолированного поражения слизистой оболочки полости рта может быть рекомендована консультация стоматолога.

**Дифференциальный диагноз.**

Дифференциальный диагноз КПЛ проводится с вторичным сифилисом, атопическим дерматитом, красным отрубевидным волосяным лишаем, болезнью Дарье, псориазом. Ниже будет представлена таблица, на которой видны основные дифференциальные признаки и болезни.

При сифилисе папулезные элементы овальные или округлые, шелушатся с образованием воротничка Биетта, редко сопровождаются зудом. При этом поверхность папул полушаровидная, а не уплощенная, и не имеет центрального вдавления. Учитывают также другие проявления сифилиса и результаты специфических серологических реакций. В отличие от папулезных сифилидов узелки при красном плоском лишае красновато-фиолетового цвета, расположены более поверхностно и менее инфильтрированы, имеют полигональные очертания.

При атопическом дерматите не наблюдается поражения слизистых оболочек, как при КПЛ. Высыпания при атопическом дерматите обычно располагаются в локтевых и подколенных сгибах, на лице. Для атопического дерматита также более характерна лихенизация очагов поражения.

При красном отрубевидном волосяном лишае (болезни Девержи) высыпания состоят из фолликулярных папул желтовато-красного цвета и локализуются чаще на разгибательной поверхности конечностей, особенно на тыльной поверхности пальцев (симптом Бенье). Отмечается тенденция к слиянию папул с образованием очагов с шероховатой поверхностью, напоминающей терку, иногда развивается эксфолиативная эритродермия, возникают кератозы в области ладоней и подошв, что малохарактерно для КЛП.

Для фолликулярного дискератоза Дарье (болезни Дарье) в отличие от КПЛ характерны папулы диаметром 2–5 мм, сероватого или буроватого цвета, покрытые твердыми ороговевшими корками, плотно прилегающими к их поверхности. Высыпания располагаются обычно симметрично на волосистой части головы, лице, в области шеи, грудины, между лопатками, в подмышечных и пахово-бедренных складках.

При псориазе первичным морфологическим элементом являются папулы розовато-красного или насыщенно-красного цвета, покрытые большим количеством рыхлых серебристо-беловатых чешуек, при поскабливании которых обнаруживается положительная псориатическая триада симптомов: стеаринового пятна, «терминальной пленки» и точечного кровотечения.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Нозология  Признак | КПЛ | Вторичный сифилис (папулезный сифилид) | Атопический дерматит | Болезнь Дарье | Псориаз | Болезнь Девержи |
| 1. Первичный элемент | Папула | Папула | Пятно, папула, везикула | Папула | Папула | Папула |
| 2. Цвет | Красновато-фиолетовый | Медно-красный | Розовато-красный | Сероватый или буроватый | Розовато-красный или насыщенно-красный | Желтовато-красный |
| 3. Форма | Плоская | Округлая или полушаровидная | Круглая, овальная | Круглая, овальная | Круглая, овальная | Фолликулярная коническая |
| 3. Локализация высыпаний | Сгибательные поверхности конечностей, слизистые оболочки | Граница роста волос, шея, ладони, стопы или генерализованная сыпь на туловище | Сгибательная поверхность конечностей, передняя и боковая поверхность шеи, лицо, тыльная поверхность кистей и стоп | Волосистая часть головы, лицо, в области шеи, грудины, между лопатками, в подмышечных и пахово-бедренных складках | Излюбленная локализация – локти, колени, волосистая часть головы, складки | На разгибательной поверхности конечностей |
| 4. Симптом Бенье | - | - | - | - | - | + |
| 5.Псориатическая триада | - | - | - | - | + | - |
| 6.Поражение слизистых оболочек | + | + | - | - | - | - |
| 7. Серореакции | - | + | - | - | - | - |
| 8. Лихенизация | - | - | + | - | - | - |
| 9. Зуд | + | - | + | - | + | - |

**Лечение.**

**Цели лечения**

* регресс высыпаний;
* улучшение качества жизни пациентов.

**Общие замечания по терапии**

Выбор метода лечения при КПЛ зависит от степени выраженности и локализации клинических проявлений, формы и длительности заболевания, сведений об эффективности ранее проводимой терапии.

Не требуется проведения лечения при поражении слизистой оболочки полости рта, ограничивающимся ретикулярными высыпаниями типичной формы КПЛ, не сопровождающимися субъективными ощущениями. В остальных случаях больным КПЛ требуется проведение терапии.

В период обострения заболевания пациентам рекомендуется щадящий режим с ограничением физических и психоэмоциональных нагрузок. В пищевом режиме должны быть ограничены соленые, копченые, жареные продукты. У пациентов с поражением слизистой оболочки полости рта необходимо исключить раздражающую и грубую пищу.

**Показания к госпитализации**

* неэффективность амбулаторного лечения;
* распространенные и тяжелые поражения кожи и слизистых оболочек, в том числе гиперкератотические, буллезные, эрозивно-язвенные.

**Схемы лечения**

**Медикаментозное лечение**

Наружная терапия

При наличии ограниченных высыпаний лечение начинают с назначения *топических глюкокортикостероидных препаратов* средней и высокой активности (возможно их чередование):

* бетаметазон, крем, мазь (С) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 12 недель [1]

или

* клобетазол, крем, мазь (С) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4-8 недель [2, 3]

или

* флуоцинолона ацетонид, крем, гель, мазь (С) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4-8 недель [4]

или

* гидрокортизона-17 бутират, крем, мазь (С) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4-8 недель [5]

или

* триамцинолон, мазь (D) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4-8 недель [6]

или

* мометазон, крем, мазь, лосьон (D) 1-2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4-8 недель [6]

или

* бетаметазон + cалициловая кислота, мазь (D) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4-8 недель [6]

или

* салициловая кислота + флуметазон, мазь (D) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4-8 недель [6].

Системная терапия

1. *Глюкортикостероидные препараты системного действия*.

* преднизолон (С) 20–30 мг в сутки перорально в течение 1–2 месяцев с последующей постепенной отменой [5]

или

* бетаметазон (D) 1 мл 1 раз в 2–3 недели внутримышечно или внутриочагово, на курс 3–4 инъекции [2, 3, 7]

1. В лечении больных красным плоским лишаем могут применяться *антималярийные препараты*, которые используются в качестве системной терапии и могут назначаться с глюкокортикостероидными препаратами.

* гидроксихлорохин (D) 200 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней, затем перерыв 2 дня, курсы лечения повторяют в течение 1-2 месяцев [6]

или

* хлорохин (D) 250 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней, затем перерыв 2 дня, курсы лечения повторяют в течение 1-2 месяцев [6].

|  |
| --- |
| **Примечание.** В инструкции по медицинскому применению гидроксихлорохина и хлорохина красный плоский лишай не включен в показания к применению препарата. |

1. Для купирования зуда назначают один из *антигистаминных препаратов* 1 поколения, который используют, как перорально, так и в инъекционных формах.

* мебгидролин (D) 100 мг перорально 2–3 раза в сутки в течение 7–10 дней [8]

или

* клемастин (D) 1 мг перорально или внутримышечно 2–3 раза в сутки в течение 7–10 дней [8]

Также с целью уменьшения зуда может назначаться нейролептик, обладающий H1-блокирующей активностью: гидроксизин (D) 25-100 мг в сутки перорально в течение 28 дней [8].

**Немедикаментозное лечение**

1. При незначительной инфильтрации очагов поражения назначается *узкополосная средневолновая фототерапия* с длиной волны 311 нм (C-D) 3–4 раза в неделю в течение 6–12 недель [9-12].
2. Пациентам с более выраженной инфильтрацией в очагах поражения показана *ПУВА-терапия* с пероральным или наружным применением фотосенсибилизатора:

* ПУВА-терапия с применением фотосенсибилизаторов перорально (D): метоксален 0,6 мг на кг массы тела [13-15]

или

* ПУВА-терапия с наружным применением фотосенсибилизаторов (C-D): метоксален 0,5–1 мг/л, на курс от 8 до 23 процедур [16–18].

|  |
| --- |
| **Примечание.** В инструкции по медицинскому применению метоксалена красный плоский лишай не включен в показания к применению препарата. |

|  |
| --- |
| **Примечание.** Красный плоский лишай не включен в показания для назначения ПУВА-терапии. |

**Лечение КПЛ слизистой оболочки полости рта**

1. Препаратами первой линии для лечения больных КПЛ слизистой оболочки полости рта являются *топические глюкокортикостероидные препараты:*

* бетаметазон, крем, мазь (С) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 8 недель [19]

или

* триамцинолон, мазь (С) 3 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 12 недель [20]

или

* флуоцинолона ацетонид, крем, гель, мазь (С) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4–12 недель [21, 22]

или

* клобетазол, крем, мазь (С) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4-8 недель [23-24]

1. В случае неэффективности топических кортикостеороидных препаратов назначают *ретиноиды для наружного применения*:

* изотретиноин, гель (С) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 8 недель [25].

**Примечание.** В инструкции по медицинскому применению изотретиноина красный плоский лишай не включен в показания к применению препарата.

1. Дополнительно применяют *обезболивающие и ранозаживляющие средства* [26, 27]:

* алоэ древовидного листья, линимент (С) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения;
* лидокаин + ромашки аптечной экстракт цветов, гель (D): полоску длиной 0,5 см наносят на болезненные или воспаленные участки слизистой оболочки полости рта и втирают легкими массирующими движениями 3 раза в день;
* холина салицилат + цеталкония хлорид, гель стоматологический (D) 1 см для взрослых и 0,5 см для детей выдавливают на чистый палец и втирают легкими массирующими движениями в пораженный участок слизистой оболочки полости рта 2–3 раза в день до или после еды и перед сном.

1. В случае тяжелого КПЛ слизистой оболочки полости рта, резистентного к проводимой терапии, используются *системные глюкокортикостероидные препараты*:

* преднизолон (D) 0,5–1 мг на кг массы тела в течение 3 недель [3, 28].

**Особые ситуации**

Для лечения детей применяются топические глюкокортикостероидные препараты [29].

**Тактика при отсутствии эффекта от лечения**

В случае неэффективности проводимой терапии больным КПЛ могут быть назначены ацитретин или циклоспорин.

* ацитретин (В-С) 30 мг в сутки перорально в течение 3–8 недель [30-32]

или

* циклоспорин (D) 5 мг на кг массы тела в сутки перорально в течение 3–8 недель [33-35].

|  |
| --- |
| **Примечание.** В инструкции по медицинскому применению ацитретина и циклоспорина красный плоский лишай не включен в показания к применению препарата. |

В связи с возможностью развития в процессе терапии ретиноидами нежелательных явлений (изменения уровня трансаминаз, гепатит, гипертриглицеридемия, гиперхолестеринемия, гипергликемия и др.) необходимо проводить контроль уровня липидов, глюкозы в крови, функции печени. В связи с тератогенными свойствами ретиноидов женщинам репродуктивного возраста необходимо применять надежные меры контрацепции за 4 недели до, во время и в течение 2 лет после окончания терапии ацитретином. В случае наступления беременности ее следует прервать по медицинским показаниям.

Во время лечения циклоспорином необходим регулярный контроль концентрации креатинина плазмы – повышение может свидетельствовать о нефротоксическом действии препарата и требует снижения дозы: на 25% при возрастании креатинина более чем на 30% от исходного, и на 50%, если уровень его повышается вдвое; когда уменьшение дозы в течение 4 нед не приводит к снижению креатинина, циклоспорин отменяют. Рекомендуется мониторинг артериального давления, содержания в крови калия, мочевой кислоты, билирубина, трансаминаз, липидного профиля. В период лечения противопоказана иммунизация живыми ослабленными вакцинами.

**Заключение:**

В заключение работы о красном плоском лишае (КПЛ) можно подчеркнуть ключевые аспекты данного дерматоза. КПЛ представляет собой характерное дерматологическое заболевание с аутоиммунной основой, оказывающее воздействие на кожу и иногда слизистые оболочки. Определенные факторы риска, такие как генетическая предрасположенность и ассоциация с инфекциями, могут способствовать развитию этого заболевания.

Клинические проявления, такие как плоские папулы с Викассовыми линиями, атрофия, и гиперпигментация, характеризуют КПЛ. Диагностика основывается на клиническом осмотре, дифференциальной диагностике, дерматоскопии, и в случае необходимости, биопсии. Комплексный подход к диагностике и лечению включает в себя не только управление клиническими проявлениями, но и контроль за системными аспектами, связанными с КПЛ.

Лечение включает топические стероиды, системные иммуномодуляторы, а также иногда системные стероиды в зависимости от тяжести заболевания. Важную роль играет поддерживающая терапия и мониторинг с целью предотвращения осложнений.

Глубокое понимание патогенеза и многофакторной природы КПЛ, а также эффективное вмешательство со стороны врача дерматовенеролога, позволяют не только улучшить качество жизни пациентов, но и предотвратить прогрессирование заболевания. Несмотря на вызовы, связанные с диагностикой и лечением, актуальные клинические рекомендации исследований обеспечивают основополагающий каркас для эффективного управления КПЛ.

**Список литературы:**

**1.**Клинические рекомендации.

**2.**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.