

Клиническая картина, дифференциальная диагностика и терапия пациентов с красным плоским лишаем

Л. А. Юсупова, Е. И. Юнусова, З. Ш. Гараева, Г. И. Мавлютова, К. Ф. Хайретдинова, Е. В. Бильдюк, Д. И. Яппарова

Красный плоский лишай — это хроническое заболевание, особенностью которого является папулы, располагающиеся преимущественно на сгибательных поверхностях верхних конечностей, передней поверхности голеней, чаще на слизистой оболочке рта и красной кайме губ, сопровождающиеся зудом различной тяжести [1]. Гебра впервые ввел термин *lichen ruber* в 1860 г., а впервые описал дерматоз Вильсон в 1869 г. Первое отечественное описание красного плоского лишая принадлежит В. М. Бехтереву. Красный плоский лишай относится к сравнительно редким заболеваниям. По мировым данным красный плоский лишай составляет 0,5% всех кожных заболеваний, встречается в 6 раз реже, чем псориаз, чаще в возрасте от 35 до 55 лет. Дети и люди пожилого возраста, как правило, болеют редко, хотя описаны случаи заболевания у 6-месячного ребенка и в возрастной группе 80 и 90 лет. В последние годы отмечается тенденция увеличения заболеваемости красным плоским лишаем, нет отчетливого преобладания одного пола над другим [2].

Исследования многих авторов указывают, что красный плоский лишай является реакцией гиперчувствительности замедленного типа на различные химические агенты, включая краски, химикаты для проявления фотопленок, золото. Среди лекарственных препаратов, вызывающих красный плоский лишай, могут быть такие препараты, как стрептомицин, тетрациклин, препараты золота, препараты ртути и йода, хлорохин, хинин, препараты сурьмы, ПАСК, аммоний [2]. Теории неврогенного происхождения поддерживали А. Г. Полотебнов, П. В. Никольский, А. И. Поспелов, J. Darier, H. Kobner. Провоцирующими факторами являются эмоциональное возбуждение, нервные перегрузки. Больные красным плоским лишаем — лица возбудимые, страдающие бессонницей, неразговорчивые, подчас плаксивые. Одним из доказательств неврогенной теории являются случаи высыпаний по ходу нервов — чаще седалищного нерва.

Инфекционная теория не подкреплена убедительными данными. Высказывались предположения о бактериальной или вирусной инфекции под влиянием провоцирующих факторов. Развитие заболевания базируется также на клинических наблюдениях. Описано развитие красного плоского лишая у ассистента, производившего биопсию очага у больного. Через месяц возникли высыпания на правой руке, а затем и на других участках кожи [3]. Сторонники инфекционной природы данного заболевания в доказательство приводят клинические наблюдения о возникновении красного плоского лишая после различных травм, указывая, что травма создает входные ворота для внедрения предполагаемого возбудителя [2].

В патогенезе красного плоского лишая большое значение имеют иммунные изменения, которые характеризуются снижением общего количества Т-лимфоцитов, функциональной активности Т-лимфоцитов, увеличением иммунорегуляторного индекса Т-хелперов/Т-супрессоров за счет повышения уровня Т-хелперов или снижения уровня Т-супрессоров. В первой фазе Т-лимфоциты взаимодействуют с макрофагами и клетками Лангерганса, что сопровождается увеличением числа последних. Во второй фазе повышается количество лимфоцитов: в свежих очагах содержание Т-лимфоцитов в дермоэпидермальном соединении и в том числе Т-супрессоров. В длительно существующих очагах, в инфильтрате вокруг сосудов, Т-хелперов, что расценивается как проявление цитотоксического иммунного процесса, направленного против кератиноцитов базального слоя эпидермиса. Методом прямой иммунофлуоресценции в биоптатах очагов поражения обнаруживается отложение IgG и IgM в дермоэпидермальной зоне, гранулы IgG, IgM, IgA и компонента — в тельцах Сиватта; линейные отложения фибрина и фибриногена — в зоне базальной мембраны; при непрямой иммунофлуоресценции антитела не обнаруживаются. Сообщается об ассоциации заболевания с антигенами HLA-A3, HLA-A5, HLA-Drl, а также о связи его с антигеном HLA-B7 [4].

При красном плоском лишае прослеживаются три стадии заболевания [5]:

1. **Прогрессирующая стадия.** В это время на коже на месте травматизации, расчесов и царапин в течение нескольких дней появляются свежие морфологические элементы (реакция Кебнера), выражен зуд.
2. **Стационарная стадия.** Отмечают побледнение, уплощение эффоресценции и значительное уменьшение зуда.
3. **Регрессирующая стадия.** В стадии регресса элементы уплощаются, приобретают бурый или коричневый цвет, блеск исчезает, регресс папул приводит к формированию коричневых пятен, участков атрофии, дисхромии и постепенному исчезновению зуда.

Типичная форма красного плоского лишая характеризуется мономорфной сыпью в виде красновато-сиреневых мелких (диаметром 2-5 мм), плоских, блестящих, особенно при боковом освещении, многоугольных папул с пупковидным вдавлением в центре элемента. Папулы могут группироваться в бляшки, приобретать форму колец, гирлянд, линий. При смазывании поверхности папул растительным маслом видны опаловидные белые или сероватые точки и полосы, просвечивающие через роговой слой (симптом Уикхема), что обусловлено

неравномерным утолщением зернистого слоя эпидермиса. Положительный симптом Кебнера отмечается в прогрессирующей стадии заболевания (появление новых высыпаний в зоне травматизации кожи).

Элементы высыпания располагаются симметрично, с излюбленной локализацией на сгибательных поверхностях конечностей, на коже нижней части живота, в области половых органов, на пояснице, боковых поверхностях туловища. Сыпь может иметь линейное расположение, чаще на конечностях передней поверхности голени. Иногда высыпания имеют распространенный характер и проявляются в виде эритродермии. Редко поражается волосистая часть головы, ладони и подошвы, описаны изолированные поражения стоп с отхождением ногтей. Красный плоский лишай обычно проявляется зудом, меняет психосоциальный портрет пациента: бессонница, раздражительность, дисморфобия, значительное снижение качества жизни приводят к формированию нозогенной депрессии, зачастую именно зуд заставляет пациента обратиться к врачу [4, 6].

Кольцевидная форма красного плоского лишая характеризуется элементами в форме колец с центральной зоной атрофии и возвышающимися краями. Чаще встречается у мужчин на коже половых органов, внутренней поверхности предплечий, характерен зуд. Представлена в виде папул и бляшек, диаметром от 1 до 3 см, образуют колечки, полукольца, центральная часть которых окрашена в коричневый цвет. Чаще дебют заболевания переходит в типичную форму [7].

Эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая встречается нередко, является атипичной и весьма трудной для диагностики. Эрозивно-язвенные поражения обычно располагаются на коже нижних конечностей и на слизистых оболочках ротовой полости и гениталий. Наблюдается как раздельное, так и сочетанное поражение кожи и слизистых. На слизистой оболочке появляются эрозии и язвы, а вокруг элементов располагаются папулы. Эрозии имеют неправильную форму, после удаления их легко возникает кровотечение. Во время лечения эрозии могут частично или полностью эпителизироваться, но после прекращения лечения могут рецидивировать [6, 8].

Гипертрофическая форма красного плоского лишая регистрируется примерно в 4% случаев. Проявляется в виде бляшек. Поверхность бляшки неровная, бородавчатые высыпания с множественными углублениями каменистой плотности с фиолетовым оттенком, значительно выступающая над окружающей кожей. Отличительные особенности этой разновидности — мучительный зуд, очень длительное, без изменений существование бляшки, необычайное упорство к терапии [2, 9].

При фолликулярной форме красного плоского лишая наряду с эритематозно-сквамозными очагами образуются узелки, расположенные вокруг фолликулов, очень маленькие, немного выступающие над уровнем кожи. Характерно наличие на вершине узелка точечной, плотно сидящей чешуйки. Эти элементы имеют заостренный вид, при проведении рукой дают ощущение терки. Число их может быть различно, но, даже будучи весьма многочисленными, они никогда не сливаются и не образуют бляшек. Разновидностью этой формы является синдром Little-Lassuer — остроконечные узелки появляются на коже и одновременно на волосистой части головы, обычно группами, не сливаясь. В данном случае процесс заканчивается атрофией и исчезновением волос (псевдопеллада Брока) [2].

Атрофическая форма красного плоского лишая характеризуется несколько возвышающимися над уровнем здоровой кожи узелками, оставляющими атрофические рубцы полигональной формы. Цвет участков атрофии кожи серовато-желтый, с коричневой каймой. На слизистых окраска белесоватого оттенка. Локализация — в крупных складках, на коже и слизистых оболочках половых органов. Больные обычно испытывают умеренный зуд [3].

При пигментной форме красного плоского лишая один из самых важных симптомов — пигментация, характерной для дерматоза конфигурации, локализации и окраски, и отсутствие зуда. В дальнейшем на пигментных пятнах появляются узелковые высыпания, вначале не типичные для красного плоского лишая, но затем переходящие в типичные элементы. Обычно пигментные пятна являются остаточным явлением. Принадлежность этой формы к красному плоскому лишаю доказана гистологически [2].

Пузырная форма красного плоского лишая характеризуется образованием пузырей на бляшках и папулах красного плоского лишая или на неповрежденной коже. Это форма нередко протекает тяжело. У одних больных на папулах и бляшках возникают различной величины пузыри, а у других — остро выступают пузыри, а при их инволюции появляются характерные для красного плоского лишая папулы. Наряду с этим на коже выступают крупные эритематозные пятна с неровной поверхностью и с пузырями на них. Преимущественная локализация — ладони и подошвы. Характерен выраженный зуд [2, 10].

Поражение слизистых оболочек при красном плоском лишае наиболее часто наблюдается в полости рта — на внутренней поверхности щек, языка. Характерна локализация на слизистой оболочке щек по линии смыкания коренных зубов, языка, губ, реже — на деснах, небе, дне полости рта. Узелки мелкие (с булавочную головку), плоские, многоугольные, плотные, серовато-белого цвета с блеском. Встречаются следующие разновидности поражений слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ при красном плоском лишае: буллезная; атипичная; эрозивно-язвенная; экссудативно-гиперемическая; типичная; гиперкератическая [11].

Типичная форма поражения слизистых оболочек красного плоского лишая характеризуется папулезными высыпаниями, мелкими, диаметром до 2 мм, беловато-перламутрового или серовато-белого цвета, которые образуют линии, сетку, дуги или имеют вид «листьев папоротника». На языке папулы чаще имеют вид бляшек диаметром до 1 см. На красной кайме губ (чаще нижней) слившиеся папулы иногда принимают звездчатую форму, а при слиянии выглядят как сплошная шелушащаяся полоса.

Характерна локализация на слизистой оболочке щек по линии смыкания коренных зубов, языка, губ, реже — на деснах, небе, дне полости рта.

Атипичная форма поражения слизистых оболочек красного плоского лишая отличается застойной гиперемией слизистой оболочки верхней губы, на фоне которой видны множественные мелкие участки мацерации и неяркие белесоватые папулы. Десневой край передних резцов интенсивно-красного цвета, пастозен, кровоточит при прикосновении шпателя. Указанные формы могут трансформироваться одна в другую.

Эрозивно-язвенная форма поражения слизистых оболочек красного плоского лишая сопровождается выраженным воспалением. На слизистой оболочке рта или губах образуются эрозии, реже — язвы, вокруг которых на гиперемизованном и отечном основании располагаются типичные папулы. Эрозии неправильных очертаний, покрыты фиброзным налетом, после удаления которого возникает кровотечение. Эрозии плохо эпителизируются и склонны к рецидивам.

Экссудативно-гиперемическая форма поражения слизистых оболочек красного плоского лишая визуализируется в виде типичных папул, расположенных на гиперемизованной и отечной слизистой оболочке. У этих больных наблюдаются выраженные болевые ощущения при приеме горячей, острой и грубой пищи.

При буллезной форме поражения слизистых оболочек красного плоского лишая вместе с типичными узелковыми высыпаниями появляются пузырьки или пузыри размером от булавочной головки до фасоли, с плотной покрывкой, диаметром от 0,2 до 10 мм, мутным или геморрагическим содержанием. Сохраняются от нескольких часов до 2 суток. Эпителизируются быстро.

При гиперкератической форме поражения слизистых оболочек красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта можно увидеть участки гиперкератоза различной формы, с четкими границами на фоне типичных папулезных элементов [12].

Поражение ногтей при красном плоском лишае отмечается в 10–15% случаев, обычно предшествует другим симптомам болезни и редко бывает изолированным. Чаще поражаются ногти кистей, чем стоп. Клинически наблюдаются истончение ногтевой пластинки; продольные борозды (гребешки); подногтевой гиперкератоз; продольное расщепление ногтевой пластинки (онихорексис); слюдообразное расслоение ногтя (онихошизис); точечные участки помутнения ногтевой пластинки; уменьшение ногтевых пластинок в проксимально-дистальном направлении вплоть до лизиса (анонихия); отторжение ногтевой пластинки от ногтевого ложа.

Срединная каналиформная дистрофия Геллера характеризуется появлением на ногтях или пальцах кистей или стоп широкого продольного канала со свободного или проксимального края ногтевой пластинки, которые располагаются ближе к латеральным краям ногтевой пластинки.

В качестве моносимптома изолированно от других проявлений красного плоского лишая может наблюдаться дистрофия всех 20 ногтевых пластинок (трахионихия) — это наиболее тяжелая форма ониходистрофии, которую не следует путать с идиопатической трахионихией при псориазе, очаговой и диффузной алопеции, ихтиозе и недержании пигмента. Трахионихия, обусловленная красным плоским лишаем, чаще поражает детей, клинически характеризуется шероховатостью и матовым оттенком ногтевых пластинок из-за избыточной продольной исчерченности, но не приводит к рубцовой анонихии.

Своеобразная форма ониходистрофии при красном плоском лишае — птеригиум ногтя, проявляющийся кожным лоскутом крыловидной формы (образованным прочным срастанием эпонихиума с истонченной ногтевой пластинкой), растущим вместе с ногтевой пластинкой. Возможны также паронихии, при которых вначале появляются гиперемия и инфильтрация заднего ногтевого валика, постепенно распространяющиеся на боковые валики и захватывающие всю ногтевую фалангу пальца. В области воспалительного валика могут возникать мелкие папулы, везикулы, трещины, шелушение. Иногда из-под ногтевого валика появляется серонойное отделяемое [13].

Гистопатологически типичный элемент красного плоского лишая представляет собою эпидермодермальную папулу. Эпидермис и собственно кожа в равной степени принимают участие в формировании зрелого элемента. Эпителий утолщен за счет рогового, зернистого и шиповидного слоев. Роговой слой имеет вид компактного толстого слоя, состоящего из вполне ороговевших клеток. Своеобразный блеск папулы объясняется наличием толстого рогового слоя, что изменяет отражение, преломление и поглощение лучей света. Изменение зернистого слоя характеризуется резко выраженным разрастанием клеток в одних местах и почти полным отсутствием в других. Сетка Уикхема обусловлена неравномерным распределением зернышек кератогиалина. Шиповидный слой

значительно утолщен. Под давлением утолщенного рогового слоя в центре элемента шиповидный слой истончается, что макроскопически проявляется характерным пупковидным вдавлением в центре папулы. Зародышевый слой отсутствует, граница между эпидермисом и собственно кожей резко изменена, нет нормальной волнообразной линии, исчезают сосочки и межсосочковые выросты. По краям элемента наблюдается акантоз.

В сосочковом слое дермы обнаруживается весьма плотный, горизонтально расположенный инфильтрат, который состоит из лимфоцитов и соединительнотканых клеток. В области инфильтрата коллагеновые волокна исчезают, эластические — не изменены [2].

Диагноз красного плоского лишая ставится на основании данных клинической картины. Для уточнения диагноза проводят стандартные гистологические исследования биоптатов кожи с характерных очагов поражения.

Красный плоский лишай гистологически характеризуется лимфогистиоцитарным инфильтратом в зоне дермоэпидермального соединения, гидропической дегенерацией эпидермиса, дискератозом с наличием дискератических кератиноцитов — телец Сиватта, проникающих в сосочковый слой дермы, субэпидермальными расщелинами, нерегулярным акантозом в виде «зубьев пилы» и гиперортокератозом, а также гипергранулезом, с которым связано возникновение сетки Уикхема. В то же время обнаружение в гистологическом препарате гиперпаракератоза должно вызывать подозрение на наличие лихеноидной лекарственной реакции [13].

Также реакция прямой иммунофлюоресценции может быть необходима больным с буллезной и эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая. При исследовании выявляют скопление фибрина, в тельцах Сиватта — IgM, реже IgG и IgA и компонент комплемента C3.

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 [10].

Перед постановкой диагноза красного плоского лишая следует исключить вакцинную иммунизацию, воздействие вирусов и стоматологических материалов, а также обратить внимание на прием лекарственных препаратов, для исключения лекарственных реакций, сходных по клинической и гистологической картине с красным плоским лишаем. Особое внимание нужно обратить на прием пенициллина, β-адреноблокаторов, нестероидных противовоспалительных и синтетических антималярийных препаратов.

При дифференциальной диагностике обычных форм красного плоского лишая следует иметь в виду папулезный сифилис. Папулы при сифилисе круглой или овальной формы, при лишае — многоугольной. При сифилисе папулы более выпуклые, отличаются красно-коричневым цветом, поверхность их блестит, не имеет пупковидного центрального вдавления, окружена отслоенным эпидермисом — воротничком Бiettта. Сифилитические папулы не сопровождаются зудом, не существуют без изменений так долго, как при красном плоском лишае, не оставляют столь темную пигментацию.

Сыпь при сифилисе полиморфна, а при красном плоском лишае — монотипна. При сифилисе поражаются участки кожи, на которых редко встречается красный плоский лишай: лицо, ладони, подошвы, волосистая часть головы. При сифилисе на половых органах и в заднем проходе могут быть мокнущие папулы, чего никогда не бывает при красном плоском лишае. В отделяемом из папул при сифилисе находят белые трепонемы, серологические реакции положительные.

Необходимо дифференцировать красный плоский лишай с атопическим дерматитом. При красном плоском лишае не отмечается лихенификация — характерный симптом атопического дерматита. Папулы при атопическом дерматите хотя и отличаются некоторым блеском, имеют округлую форму, никогда не ограничены столь резко, как при красном плоском лишае. Цвет узелков при атопическом дерматите совершенно иной — грязный, серо-коричневый, на поверхности нет вдавления, нередко в центральной части узелка имеется кровянистая корочка. Узелки при атопическом дерматите почти всегда связаны с лихеноидным очагом, располагаются вокруг него [2, 14].

Также проводят дифференциальную диагностику между красным плоским лишаем и псориазом. При псориазе первичным морфологическим элементом является папула розово-красного цвета, покрытая серебристо-белыми чешуйками, при поскабливании обнаруживается положительная псориазная триада [15–17].

Дискоидная красная волчанка отличается от гипертрофического красного плоского лишая по клинической картине — наличием дисковидной бляшки с мелкими чешуйками и шипиком, погруженным в устье волосяного фолликула (симптом дамского каблучка), в результате чего чешуйки удаляются с большим трудом, что сопровождается болезненностью (положительный симптом Бенъе-Мещерского), локализацией на открытых участках кожи, а также течением с ухудшением в летнее время, что связано с фотосенсибилизацией.

Первичный амилоидный лишай от гипертрофической формы красного плоского лишая отличается наличием округлых, уплощенных, блестящих папул застойно-розового или коричневого цвета с желтоватым оттенком, имеющих тенденцию к слиянию с образованием плотных ограниченных бляшек, интенсивным мучительным зудом, отсутствием высыпания на других участках кожного покрова и слизистых оболочках. Различию обоих процессов помогает окрашивание гистологического препарата конгоротом, позволяющее выявить амилоид. При вторичном амилоиде, возникающем в очагах поражения красного плоского лишая, появляется плотность в области очагов поражения и могут формироваться шагреноподобные очаги, сопровождаемые интенсивным зудом. Постановке правильного диагноза способствует выявление типичных элементов красного плоского лишая на слизистых оболочках [13].

Кольцевидный красный плоский лишай может быть иногда ошибочно принят за кольцевидную гранулему, при которой высыпанные элементы большей величины и не имеют характерных для красного плоского лишая признаков: центрального пупковидного вдавления, блеска и полигональных очертаний. Кроме того, отсутствует зуд и совершенно другая излюбленная локализация: тыл кистей, тыл стоп, лицо.

Блестящий лишай Пинкуса проявляется узелками, весьма похожими на элементы при красном плоском лишае. Эти узелки имеют округлую или полигональную форму, резко очерчены, очень маленьких размеров, цвета кожи, едва возвышаются, гладкие и блестящие, с точечным вдавлением в центре. При диаскопии обнаруживается цвет яблочного желе, как при волчанке. Несмотря на столь большое сходство, это заболевание даже клинически легко дифференцируется от красного плоского лишая. Оно отличается очень малой величиной элементов, папулы никогда не сливаются, заболевание не сопровождается зудом, исчезает самопроизвольно, не оставляя ни рубцов, ни пигментации. Характерная локализация — кожа полового члена и его головка, живот, сгибательные поверхности рук. Гистологически при блестящем лишае обнаруживается гранулематозное строение.

Пемфигоидную разновидность красного плоского лишая необходимо дифференцировать с герпетиформным дерматитом Дюринга, которому свойственны полиморфизм, герпетическое расположение, эозинофилия пузырей, положительная проба Яддасона (проба на йодистый калий), обычно более острое течение.

Атрофический красный плоский лишай надо отличать от белого или склерозирующего лишая, который проявляется совершенно мономорфным высыпанием — склерозирующими белыми пятнами без зуда.

Бородавчатую разновидность красного плоского лишая отличает от бородавчатого туберкулеза кожи отсутствие центрального рубцевания, наличие зуда, совершенно другая гистологическая картина.

Коралловидный красный плоский лишай Капоши легко перепутать с коралловидной лихеноидной болезнью, описанной в 1936 г. Визе и Райном. Это заболевание клинически имеет ряд общих черт с красным плоским лишаем, но гистологически строение красного плоского лишая не обнаруживается, поэтому его нельзя считать разновидностью этого дерматоза. При болезни Визе-Райна узелки меньшей величины, чрезвычайно плотны, напоминают келоиды, нет типичных высыпаний красного плоского лишая, в том числе и на слизистой, которая при этом заболевании вообще интактна. Зуд очень незначителен [2, 18–20].

Терапия больных красным плоским лишаем недостаточно эффективна и поэтому должна проводиться комплексно. Выбор метода лечения зависит от формы, стадии заболевания, распространенности высыпаний, их локализации, глубины поражения кожи и слизистых оболочек, вовлечения в патологический процесс придатков кожи — волос и ногтей, вторичных изменений (рубцовая алопеция, атрофия кожи), выраженности субъективных ощущений, соматического состояния и возраста пациента [13].

Больным рекомендуется устранение этиологического фактора. При необходимости дезинтоксикационные, гипосенсибилизирующие, антигистаминные средства. При наличии зуда и нарушений сна в течение 1–4 недель седативные средства. При эрозивно-язвенной, буллезной формах, при поражении слизистых оболочек назначают преднизолон 20–30 мг в сутки до улучшения клинических проявлений, затем суточную дозу уменьшают до полной отмены [2].

При неэффективности проводимой терапии больным красным плоским лишаем могут быть назначены ацитретин или циклоsporин. При наличии ограниченных высыпаний лечение начинают с назначения топических глюкокортикостероидных препаратов с возможным их чередованием [10].

При распространенном кожном процессе применяется фотохимиотерапия в виде фотоактивирования принятого внутрь фотосенсибилизатора под действием длинноволнового ультрафиолетового излучения (ПУВА). В качестве фотосенсибилизатора применяют препарат Пувален из расчета 0,6 мг на 1 кг массы тела больного. Прием

таблеток производится за 2 часа до сеанса облучения, так как именно через 2 часа после приема отмечается максимальное накопление препарата в крови и коже. До лечения определяют биодозу, облучение производят с постепенным увеличением дозы.

При гипертрофической форме: лазеродеструкция с использованием углекислотного, инфракрасного лазеров или аппаратная криодеструкция отдельных очагов (процедуры проводят один раз в неделю, на курс 4-6 сеансов) [2].

В период обострения пациентам рекомендуется щадящий режим с ограничением физических и психоэмоциональных нагрузок. Диета с ограничением соленых, копченых, жареных продуктов. С поражением слизистой оболочки полости рта необходимо исключить раздражающую и грубую пищу.

С целью предупреждения возможной малигнизации длительно существующих гипертрофических и эрозивно-язвенных очагов поражения больные должны находиться под диспансерным наблюдением [21, 22].

Профилактикой дальнейшего распространения заболевания служат обращение к врачу в более ранние сроки его возникновения, своевременная диагностика и правильно выбранное лечение, хотя даже оно не гарантирует от развития рецидива заболевания. Именно в борьбе с рецидивами заключается главная задача профилактики красного плоского лишая. В связи с этим большое значение имеют санации очагов фокальной инфекции, своевременное лечение сопутствующих заболеваний, предотвращение приема некоторых лекарственных препаратов, способных спровоцировать развитие заболевания (препараты золота, ртути и др.), проведение оздоровительных мероприятий, предупреждение нервного перенапряжения, санаторно-курортное лечение [21, 23].

Диспансерному наблюдению подлежат пациенты с частыми рецидивами красного плоского лишая, а также больные с длительно существующими гипертрофической, атрофической и эрозивно-язвенной формами заболевания, особенно с локализацией в области языка, десен, слизистой оболочки щек. С учетом повышенного риска озлокачествления очагов красного плоского лишая в полости рта такие больные должны подвергаться регулярному обследованию от 2 до 4 раз в год. Они также должны сообщать врачу обо всех изменениях или о возникновении каких-либо других симптомов заболевания [13, 24].

Таким образом, прогноз в целом для жизни больного благоприятный, однако ладонно-подошвенный красный плоский лишай отличается длительным, рецидивирующим течением, красный плоский лишай слизистых оболочек со временем может трансформироваться в рак, что требует индивидуального подхода при выборе методов диагностики и терапии этих пациентов.

Литература

1. Бишарова А. С. Красный плоский лишай // Лечащий Врач. 2012. № 5. С. 44–47.
2. Рокинская В. Н., Сафина С. Ф. Красный плоский лишай. Учебное пособие для врачей. 2012. С. 4–24.
3. Довжинский С. И., Слесаренко Н. А. Красный плоский лишай. Саратов, 1990. С. 16–44.
4. Бутов Ю. С., Потекаев Н. Н. Дерматовенерология. Рук-во для врачей. 2017. С. 224.
5. Чеботарев В. В., Тамразова О. Б., Чеботарева Н. В., Одинец А. В. Дерматовенерология. Учебник для студентов высших учебных заведений. 2013. С. 237–246.
6. Скрипкин Ю. К., Кубанова А. А., Акимов В. Г. Кожные и венерические болезни. Учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. С. 315–316.
7. Юсупова Л. А., Ильясова Э. И. Красный плоский лишай. Современные патогенетические аспекты и методы терапии // Практическая медицина. 2013. С. 13–17.
8. Патрушева М. С., Родькина В. В., Бекеева Л. Ю., Филлюк Е. А. Комплексное лечение больных с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2014. С. 50–52.
9. Летаева О. В., Филимонкова Н. Н., Римар О. Г. Клинико-морфологические особенности гипертрофической формы красного плоского лишая // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2013. С. 40–43.
10. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс, 2016. 768 с.
11. Чуйкин С. В., Акмалова Г. М. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта: клинические формы и лечение // Казанский медицинский журнал. 2014. № 5. С. 680.
12. Чеботарев В. В. Дерматовенерология. Учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования, обучающихся по специальности 060201.65 «Стоматология» по дисциплине «Дерматовенерология». М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 272 с.
13. Молочкова Ю. В. Красный плоский лишай и лихеноидные дерматозы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 135 с.
14. Юсупова Л. А. Диагностика и комплексная терапия атопического дерматита у больных с психическими расстройствами // Вестник последипломого медицинского образования. 2003. № 2. С. 11–14.
15. Гараева З. Ш., Юсупова Л. А., Мавлютова Г. И. и др. Красный плоский лишай. Современные аспекты дифференциальной диагностики. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции «Казанские дерматологические чтения: синтез науки и практики». Казань, 2014. С. 17–23.
16. Юсупова Л. А. Распространенность хронических дерматозов у больных с психическими расстройствами //

Вестник последипломного медицинского образования. 2003. № 3–4. С. 46–48

17. Eisen D. The clinical feature malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: a study of 723 patients // J Am Acad Dermatol. 2002. 46. P. 207
18. Юсупова Л. А. Современное состояние проблемы ангиитов кожи // Лечащий Врач. 2013. № 5. С. 38–43.
19. Бутов Ю. С., Скрипкин Ю. К., Иванов О. Л. Дерматовенерология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. С. 463–476.
20. Юсупова Л. А. Современный взгляд на проблему розацеа // Журнал международной медицины. 2014. № 2 (7). С. 66–73.
21. Gillian Weston. Update on the red planar lichen and its clinical variants // International Journal of Women's Dermatology. 2015. 1 (3). P. 140–149.
22. Юсупова Л. А., Хайретдинова К. Ф. Современный взгляд на проблему красного плоского лишая // Лечащий Врач. 2015. № 7. С. 61–65.
23. Zakrzewska J. M. A system: review of placebo-controlled randomized clinical trials of treatments used in oral lichen planus // Br J Dermatol. 2005. P. 336.
24. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных красным плоским лишаем. М., 2013. 23 с.

Л. А. Юсупова*¹, доктор медицинских наук, профессор

Е. И. Юнусова*, кандидат медицинских наук

З. Ш. Гараева*, кандидат медицинских наук

Г. И. Мавлютова*, кандидат медицинских наук

К. Ф. Хайретдинова*

Е. В. Бильдюк**

Д. И. Яппарова*

* ГБОУ ДПО КГМА МЗ РФ, Казань

** ГАУЗ РККВД, Казань

¹ Контактная информация: skinderma@rambler.ru

Клиническая картина, дифференциальная диагностика и терапия пациентов с красным плоским лишаем/ Л. А. Юсупова, Е. И. Юнусова, З. Ш. Гараева, Г. И. Мавлютова, К. Ф. Хайретдинова, Е. В. Бильдюк, Д. И. Яппарова
Для цитирования: Лечащий врач № 4/2018; Номера страниц в выпуске: 30-34
Теги: заболевания кожи, слизистые оболочки, дерматоз, зуд