

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

Кодирование по МКБ 10

XII Болезни кожи и подкожной клетчатки

(L00-L99)

- 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

Определение

- Красный плоский лишай (lichen ruber planus) - хронический зудящий дерматоз, характеризующийся мономорфными полигональными папулезными высыпаниями на коже и видимых слизистых оболочках.

Эпидемиология

- 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.

Этиология и патогенез

Этиология и патогенез красного плоского лишая до конца не изучены.

В развитии заболевания могут принимать участие следующие факторы:

- инфекционные (вирусные),
- нейроэндокринные,
- генетические,
- иммунные,
- токсико-аллергические,
- аутоинтоксикационные (заболевания ЖКТ, поджелудочной железы, нарушение функции печени).
- Наиболее значимы расстройства неврогенного характера, связанные со стрессами, психическими перегрузками, нейровегетативными нарушениями.
- Также у больных с красным плоским лишаем отмечают выраженные нарушения иммунной системы (уменьшение Т-супрессоров и увеличение Т-хелперов в популяции Т-лимфоцитов, увеличение циркулирующих в крови иммунных комплексов и т.д.).

Клиническая картина

- По распространенности процесса при красном плоском лишае выделяют несколько форм.
- **Локализованная форма** - характеризуется высыпаниями на ограниченных участках кожного покрова.
- **Диссеминированная форма** - характеризуется множественными симметричными высыпаниями, которые сопровождаются сильным зудом.
- **Генерализованная** (эритродермическая) форма - проявляется распространенной эритемой, отеком и шелушением кожи, а также нарушением общего состояния больного.

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:
 1. Типичная.
 2. Гипертрофическая (веррукозная).
 3. Атрофическая.
 4. Пигментная.
 5. Пузырная.
 6. Эрозивно-язвенная.
 7. Фолликулярная.

Клиническая картина

Типичная форма

- Характеризуется появлением мелкой мономорфной сыпи, сопровождающейся сильным зудом.
- Преобладают папулы полигональной формы с четкими границами и плоской поверхностью.
- Величина элементов - диаметром 1-2 мм.
- В центральной части папулы имеется пупкообразное вдавление.
- Цвет высыпаний – синюшно-красный или пурпурно (розовато)-фиолетовый с характерным восковидным блеском, особенно хорошо заметным при боковом освещении.
- Высыпания имеют склонность к группировке с образованием бляшек.
- Бляшки могут быть покрыты мелкими

Клиническая картина

Типичная форма

При смазывании поверхности папул и особенно бляшек растительным маслом, отмечаются мелкие беловатые точки и переплетающиеся в виде паутины полосы, просвечивающие через роговой слой (сетка Уикхема), что обусловлено неравномерным утолщением зернистого слоя эпидермиса.

При разрешении очагов часто остается стойкая гиперпигментация.

Излюбленная локализация - внутренняя поверхность конечностей (запястья, предплечья, голено-стопного сустава), кожа нижней части живота, половые органы, поясница, слизистая оболочка рта.

Кожа лица, волосистой части головы, подолней

Клиническая картина

При красном плоском лишае прослеживается 3 стадии заболевания - прогрессирующая, стационарная, регрессирующая.

- В *прогрессирующей* стадии на месте травм и расчесов появляются свежие морфологические элементы (изоморфная реакция Кебнера), выражен зуд, элементы яркие, сочные.
- В *стационарной* стадии отмечают уплощение высыпаний, побледнение, уменьшение зуда.
- В *регрессирующей* стадии на месте папулезных элементов (бляшек) остаются пигментные пятна желтоватого или коричневого цвета.

Клиническая картина

При типичной форме красного плоского лишая клиническая картина описывается 5 «П»:

1) папулы;

2) плоские;

3) полигональные;

4) пурпурно-фиолетовые;

5) пруритические (зудящие).

х

х

х

х

х

х

6) с пупкообразным вдавлением в центре.

Поражение кожи

Гипертрофическая (веррукозная) форма КПЛ характеризуется симметричным образованием на переднебоковых поверхностях голени бородавчатоподобных образований, возвышающихся над уровнем кожи, с ноздреватой гиперкератотической поверхностью, округлыми, овальными или неровными очертаниями вследствие слияния между собой отдельных папул.

Цвет очагов застойно-красный, цианотичный или lividный.

Гладкая поверхность остается лишь по самому краю бляшек в виде валика, на ней встречаются отдельные лихеноидные папулы, которые располагаются и на участках кожи в непосредственной близости от бляшек.

Очень редко бородавчатоподобные элементы носят диссеминированный характер, распространяясь на кожу туловища.

В таких случаях папулы достигают величины 1,5-2 см, а бородавчатые разрастания занимают центральную поверхность красно-фиолетовых папул.

Поражение кожи

- 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.

Поражение кожи

- 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 и предшествуют появлению типичных лихеноидных папул.
- Это т.н. лихен без лихена, когда обнаружить типичные элементы сыпи удастся с трудом, часто только на слизистых оболочках.
- Пигментация может существовать неопределенно длительное время, пока не сформируются мельчайшие лихеноидные папулы

Поражение кожи

- Буллезная форма КПЛ клинически характеризуется образованием на поверхности папул напряженных пузырьков, а на более крупных бляшках – пузырей с серозным или серозно-геморрагическим содержимым.
- Как правило, пузыри развиваются только в пределах папулезных элементов и лишь при активном генерализованном процессе могут возникать и на неизменной коже.
- Обычно пузыри располагаются субэпидермально, после вскрытия их покрышек в пределах лихеноидных папул или бляшек возникают эрозивно-язвенные очаги, покрывающиеся в дальнейшем геморрагическими или серозно-геморрагическими корками.
- На слизистых оболочках пузыри сохраняются до 24 часов и затем вскрываются с образованием эрозивно-язвенных участков, которые по периферии имеют вид сетки или кружева.
- Развитию буллезной формы часто предшествует выраженная экссудация в области папул. Они становятся отечными, приобретают ярко-красную окраску, но сохраняют

Поражение кожи

- 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.

Поражение кожи

- Фолликулярная форма КПЛ характеризуется появлением преимущественно в области паховых складок, в подмышечных впадинах, на волосистой части головы фолликулярных и перифолликулярных остроконечных папул, покрытых плотными роговыми шипиками. При разрешении папул может наблюдаться поверхностная рубцовая атрофия.
- Синдром Литтла-Лассюэра - сочетание фолликулярной формы КПЛ, рубцовой алопеции на волосистой части головы, а также нерубцовой алопеции в области подмышечных впадин и лобка.
- В местах расположения фолликулярных и перифолликулярных папул на коже туловища выпадают пушковые волосы.
- Течение КПЛ с поражением кожи обычно благоприятное.

Поражения ногтей

- Типичное поражение ногтей включает наличие продольной ребристости ногтя, продольных трещин, уменьшение ногтевых пластинок в проксимально-дистальном направлении вплоть до их лизиса, а также формирование на месте матрикса ногтевой пластинки рубца.

Поражение слизистой оболочки полости рта при КПЛ

- 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.

Поражения слизистых оболочек

Типичная форма КПЛ слизистой оболочки полости рта характеризуется мелкими папулами до 2–3 мм в диаметре, покрытыми серовато-белым налетом.

Папулы могут сливаться между собой, образуя сетку, линии, дуги, напоминающие причудливый рисунок кружева или листок папоротника.

Возможно образование бляшек с резкими границами, выступающих над окружающей слизистой оболочкой и напоминающих лейкоплакию.

Субъективные ощущения при типичной форме КПЛ слизистой оболочки полости рта обычно отсутствуют.

Поражение слизистых оболочек

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.

Поражение слизистых оболочек

- 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.

Поражение слизистых

оболочек

- Эрозивно-язвенная форма КПЛ слизистой оболочки полости рта является осложнением типичной или экссудативно-гиперемической формы в результате травмирования отежных папул и развития на их поверхности 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 гиперемизированном и отежном основании могут располагаться типичные для КПЛ папулы.
- Сочетание эрозивного КПЛ полости рта с сахарным диабетом и артериальной гипертензией известно как **«синдром Гриншпана–Потекаева»**. Данное состояние впервые описано в середине 60-х годов прошлого столетия южно-африканским врачом D. Grinspan и отечественным ученым, проф. Н.С. Потекаевым. Чаще встречается у женщин старшего и пожилого возраста. Сахарный диабет, как правило, предшествует дерматозу, являясь благоприятной «платформой» для развития кожных проявлений, возникающих на фоне гипергликемии и гиперглюкодермии. Течение КПЛ при данном синдроме прямо зависит от тяжести гипертонической болезни и

Поражение слизистых оболочек

- Буллезная форма КПЛ слизистой оболочки полости рта характеризуется одновременным присутствием типичных папулезных высыпаний и беловато-перламутровых пузырей размером от 2-3 мм до 1–2 см в диаметре.
- Пузыри имеют плотную покрывку и могут существовать от нескольких часов до суток, затем вскрываются.
- После вскрытия пузырей образуются быстро эпителизирующиеся эрозии.
- Атипичная форма КПЛ слизистой оболочки полости рта чаще представляет собой поражение слизистой оболочки верхней губы в виде симметрично расположенных отежных инфильтрированных участков с белесоватым налетом и отежностью десневых сосочков в области верхних резцов, легко кровоточащих при механическом раздражении.

Поражение слизистых оболочек

- 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

Диагностика

Диагностика основывается на клинической картине:

- правило пяти «П»,
- поражение слизистых оболочек и ногтей,
- типичной локализации высыпаний,
- положительном феномене Кебнера,
- сильном зуде.

Назначают обследование пациента с целью выявить провоцирующие факторы: очаги хронической инфекции, поражение нервной системы, эндокринопатии и т.д.

Диагностика

- В случае наличия у пациента гипертрофической, атрофической, пигментной, пузырьной, 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, плотную примыкающий к эпидермису, нижняя граница которого «размыта» клетками инфильтрата.
- В более глубоких отделах дермы видны расширенные сосуды и периваскулярные инфильтраты, состоящие преимущественно из лимфоцитов, среди которых находятся гистиоциты, тканевые базофилы и меланофаги.
- В нижних отделах росткового слоя эпидермиса и верхней части дермы обнаруживаются **тельца Сиватта** (коллоидные тельца) – образования округлой или овальной формы, диаметром до 10 мкм.
- Представляют собой деструктивно измененные клетки, которые проникают из эпидермиса в дерму, что обозначают как апоптоз - процесс самоуничтожения клетки, характеризующийся поэтапным разрушением и фрагментацией ее содержимого с формированием мембранных пузырьков (апоптозных телец), впоследствии поглощаемых фагоцитами.
- Коллоидные тельца не являются специфичными для каких-либо заболеваний, однако часто встречаются при красной волчанке и красном плоском лишае.

Диагностика

- 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 комплемента.

В случае изолированного эрозивно-язвенного поражения слизистой оболочки полости рта может потребоваться проведение цитологического исследования в целях дифференциальной диагностики с истинной акантолитической пузырьчаткой, 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.

Диагностика

- 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 (могут вызвать ретинопатию);
 - для определения характера изолированного поражения слизистой оболочки полости рта может быть рекомендована консультация

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз КПЛ проводится с:

- вторичным сифилисом,
- атопическим дерматитом,
- красным отрубевидным волосяным лишаем,
- болезнью Дарье,
- псориазом.
- При сифилисе папулезные элементы овальные или округлые, шелушатся с образованием воротничка Бiettта, 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 КПЛ.
- 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

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 сопровождающимся 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.

Лечение

Медикаментозное лечение

Наружная терапия

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

- бетаметазон (Акридерм, Белодерм, Целестодерм, Целестодерм В), крем, мазь (С) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 12 недель
или
- клобетазол (Дермовейт, Этривекс), крем, мазь (С) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4-8 недель
или
- флуоцинолона ацетонид (Флуцинар, Синафлан, Флуокорт), крем, гель, мазь (С) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4-8 недель
или
- гидрокортизона-17 бутират (Локоид, Латикорт, Гидрокортизон), крем, мазь (С) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4-8 недель
или
- триамцинолон (Кеналог, Полькортолон, Фторокорт, Триамцинолон, Триакорт), мазь (D) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4-8 недель
или
- мометазон (Назонекс, Элоком, Момат), крем, мазь, лосьон (D) 1-2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4-8 недель
или
- бетаметазон + салициловая кислота (Белосалик, Дипросалик, Акридерм СК, Редерм), мазь (D) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4-8 недель
или
- салициловая кислота + флуметазон, мазь (Лоринден А) (D) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4-8 недель.

Лечение

- Системная терапия

1. *Глюкокортикостероидные препараты системного действия.*

- преднизолон (С) 20–30 мг в сутки перорально в течение 1–2 месяцев с последующей постепенной отменой
или

- бетаметазон (Дипроспан) (D) 1 мл 1 раз в 2–3 недели внутримышечно или внутривенно, на курс 3–4 инъекции

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

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

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

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

- мебгидролин (Диазолин) (D) 100 мг перорально 2–3 раза в сутки в течение 7–10 дней
или

- клемастин (Тавегил) (D) 1 мг перорально или внутримышечно 2–3 раза в сутки в течение 7–10 дней

Также с целью уменьшения зуда может назначаться нейролептик, обладающий H_1 -блокирующей активностью: гидроксизин (Атаракс) (D) 25-100 мг в сутки перорально в течение 28 дней.

Лечение

Немедикаментозное лечение

1. При незначительной инфильтрации очагов поражения назначается *узкополосная средневолновая фототерапия* с длиной волны 311 нм (С-D) 3–4 раза в неделю в течение 6–12 недель.
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 или
 - ПУВА-терапия с наружным применением фотосенсибилизаторов (С-D): метоксален 0,5–1 мг/л, на курс от 8 до 23 процедур.

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
или
 - триамцинолон, мазь (С) 3 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 12 недель
или
 - флуоцинолона ацетонид, крем, гель, мазь (С) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4–12 недель
или
 - клобетазол, крем, мазь (С) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4-8 недель
- 2. В случае неэффективности топических кортикостероидных препаратов назначают *ретиноиды (производные витамина А) для наружного применения*:
 - изотретиноин (Роаккутан), гель (С) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 8 недель .
- 3. Дополнительно применяют *обезболивающие и ранозаживляющие средства*:
 - алоэ древовидного листа, линимент (С) 2 раза в сутки наружно на очаги поражения;
 - лидокаин + ромашки аптечной экстракт цветов (Камистад), 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 (Холисал), 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.
- 4. 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.

Лечение

- **Особые ситуации**

Для лечения детей применяются топические глюкокортикостероидные препараты.

Тактика при отсутствии эффекта от лечения

В случае неэффективности проводимой терапии больным КПЛ могут быть назначены иммунодепрессанты (ацитретин (Неотигазон) или циклоспорин):

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

или

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

Лечение

- 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.

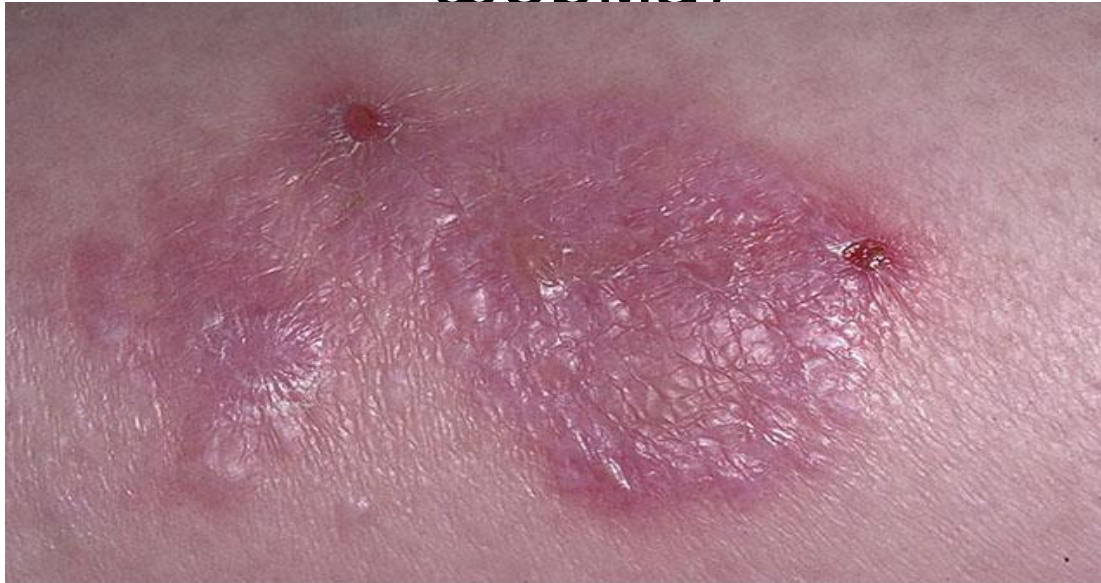
ПРОФИЛАКТИКА

Методов профилактики не существует.

Показания к госпитализации

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

Красный плоский лишай (типичная форма)



Гипертрофическая форма красного плоского лишая



Красный плоский лишай

Фолликулярная форма красного плоского лишая



Атрофическая форма красного плоского лишая



Пигментная форма красного плоского лишая



Синдром Литтла-Лассюэра



Синдром Литтла-Лассюэра



Поражение ногтей



Поражение слизистых оболочек при красном плоском лишае



Поражение слизистых оболочек



Красный плоский лишай, буллезная форма, до и после лечения.



Красный плоский лишай, эрозивно-язвенная форма, до и после лечения.

**Поражение слизистых оболочек.
Буллезная форма красного плоского
лишая**



**Поражение слизистых оболочек.
Буллезная форма красного плоского
лишая**



Лишай на языке