



**КРАСНЫЙ  
ПЛОСКИЙ  
ЛИШАЙ:  
многообразиие форм  
и локализаций**

**Красный плоский лишай** —  
мультифакториальная, хроническая  
Т-клеточно-опосредованная  
воспалительная реакция,  
проявляющаяся папулезными  
высыпаниями на коже и слизистых  
оболочках, а также поражением  
придатков кожи





von Hebra, Ferdinand  
(1816—1880) —  
австрийский  
дерматолог

**1860 г.** — F. von Hebra сделал первое научное описание КПЛ под названием «leichen ruber» (от др.-греч. λειχήν — лишай, лишайник, мох на дереве и лат. ruber — красный)

**1869 г.** — E. Wilson подробно описал характерные для КПЛ высыпания на коже и слизистых и предложил термин «lichen planus» (от лат. planus — плоский)



Wilson, Erasmus (1809—1884) —  
английский дерматолог и хирург <sup>3</sup>

# ЛИХЕНОИДНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

Группа заболеваний, характеризующихся зудящими папуло-сквамозными высыпаниями и лентовидным лимфоцитарным инфильтратом, идущим параллельно эпидермису и захватывающим зону дермоэпидермального соединения

- КПЛ
- Симптоматические лихеноидные реакции: лихеноидная токсикодермия (медикаментозный КПЛ), РТПХ — клинически и патоморфологически идентичны типичной форме КПЛ
- Синдром Джанотти–Крости (папулезный акродерматит детей)
- Блестящий лишай
- Персистирующая дисхромическая эритема
- Линейный лишай
- Доброкачественный лихеноидный кератоз
- Хронический лихеноидный кератоз (б-нь Некама)
- Летние солнечные лихеноидные высыпания
- Кольцевидный лихеноидный дерматит у детей



## OVERLAP-СИНДРОМЫ

- с красной волчанкой
- с буллезным пемфигоидом
- со склероатрофическим лихеном

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- КПЛ кожи — до 1% взрослого населения; КПЛ слизистой оболочки рта — до 4% взрослого населения (м.б. единственным проявлением)
- Чаще встречается у лиц в возрасте 40–50 лет, дети — не более 4–5% всех сл.
- Ж : М ~ 2 : 1, но мужчины болеют в более молодом возрасте, а женщины — после 50 лет
- Расовой и географической предрасположенности нет
- При поражении кожи слизистые оболочки вовлекаются в 40–60% сл., ногти — в 3–15%
- У 10–20% пациентов с поражением слизистых оболочек впоследствии вовлекается кожа
- Семейные случаи (у родственников первой линии) — 10–11% сл., более раннее начало, выше частота рецидивов и чаще поражаются слизистые оболочки



# ЭТИОЛОГИЯ

- Неизвестна
- Наследственная предрасположенность: прослежена ассоциация с HLA-DR1, HLA-B7, HLA-DR6, и HLA-DR10

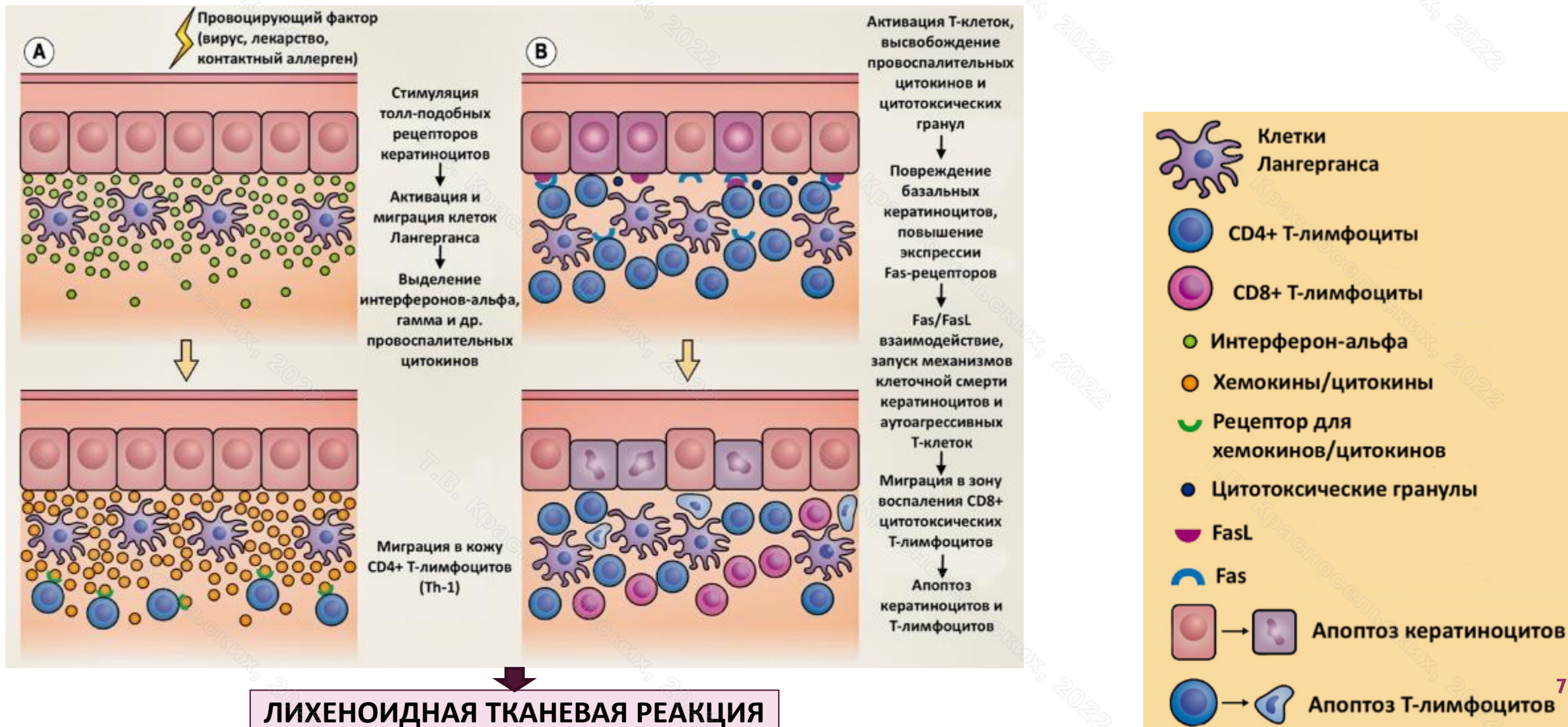
# ТРИГГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ

- Вирусные инфекции (**ВГС**, ХАГ – до 16% больных, ассоциирован с эрозивно-язвенным КПЛ слизистой рта; **ВЭБ, HHV-6, HHV-7, ВИЧ**)
- Лекарства (Au, As, Cu, Hg, Li, гипотиазид,  $\beta$ -блокаторы, ингибиторы АПФ, антималярийные, ингибиторы ФНО- $\alpha$ , НПВС, пеницилламин, хинидин, противотуберкулезные, кетоконазол, вакцины против гепатита В, гриппа и др.)
- Контактные аллергены (стоматологические материалы)
- Аутоинтоксикация (паранеопластический КПЛ – при раке желудка, почки, лимфосаркоме и др.)
- Иммунные нарушения (дисрегуляция реакции на антигены)
- Стресс (может провоцировать дебют или обострение КПЛ), у больных часты астено-невротический, ипохондрический и тревожно-депрессивный синдромы



# ПАТОГЕНЕЗ

Опосредованный CD8+ Т-лимфоцитами апоптоз базальных кератиноцитов, экспрессирующих на своей поверхности неидентифицированные аутоантигены



# МКБ-11

- EA91.Z — Лишай плоский неуточненный
- EA91.0 — Острый эруптивный плоский лишай
- EA91.1 — Гипертрофический плоский лишай
- EA91.2 — Фолликулярный плоский лишай
- EA91.3 — Плоский лишай кожи и слизистой оболочки гениталий
- EA91.4 — Плоский лишай и лихеноидные реакции слизистой оболочки рта
  - EA91.42 — Плоский лишай слизистой оболочки рта неуточненный
  - EA91.40 — Плоский лишай слизистой оболочки рта неэрозивный
  - EA91.41 — Плоский лишай слизистой оболочки рта эрозивный
- EA91.5 — Плоский лишай ногтей
- EA91.Y — Другой уточненный плоский лишай
- EB41.Y — Пемфигоидный плоский лишай
- 2F21.Y — Лихеноидный кератоз
- EA91.6 — Подострый плоский лишай

# МКБ-10

- L43 — Лишай красный плоский
  - L43.0 — Лишай красный плоский гипертрофический
  - L43.1 — Лишай красный плоский буллезный
  - L43.2 — Лихеноидная реакция на лекарственное средство
  - L43.3 — Лишай красный плоский подострый (активный)
  - L43.8 — Другой красный плоский лишай
  - L43.9 — Лишай красный плоский неуточненный



# КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

Описано около 60 клинических форм КПЛ

## КПЛ кожи

- Типичная форма
- Атипичные формы:

— гипертрофическая (веррукозная)	— буллезная	— ладонно-подошвенная
— атрофическая	— эрозивно-язвенная	— эритематозная
— фолликулярная	— линейная	— актиническая
— пигментная	— каплевидная	— молиIFORMная
— кольцевидная	— инверсная	— приплюснутая и др.

## КПЛ слизистой оболочки рта и губ

- Типичная форма
- Атипичные формы:

— гиперкератотическая	— буллезная
— экссудативно-гиперемическая	— атрофическая
— эрозивно-язвенная	

## КПЛ кожи и слизистой оболочки гениталий

- Типичная форма
- Атипичные формы:

— кольцевидная	— эрозивно-язвенная
— гипертрофическая	— атрофическая





# КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ КОЖИ

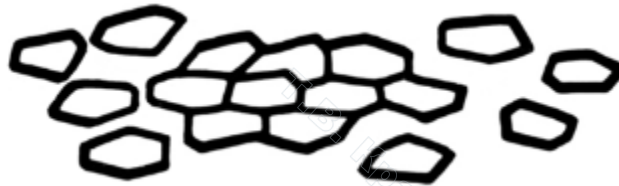
# ТИПИЧНАЯ ФОРМА

**Мономорфная** симметричная папулезная сыпь  
Появляется остро (дни) или постепенно (недели)

- Папулы мелкие (2–8 мм)
- Розово-сиреневые или фиолетовые, с перламутровым оттенком
- Плоские
- Зудящие (80% сл.)
- Не склонны к периферическому росту
- Изолированные, но группируются с образованием бляшек, по периферии которых – отдельные мелкие папулы



- Папулы полигональные (гипертрофированные треугольные и ромбические кожные поля)
- С восковидным блеском
- В центре свежих мелких папул – небольшое пупкообразное вдавление
- Шелушение незначительное, чешуйки отделяются с трудом



T.В. Красносельских, 2022



T.В. Красносельских, 2022





Несмотря на интенсивный зуд, эксфолиации и импетигинизация не характерны

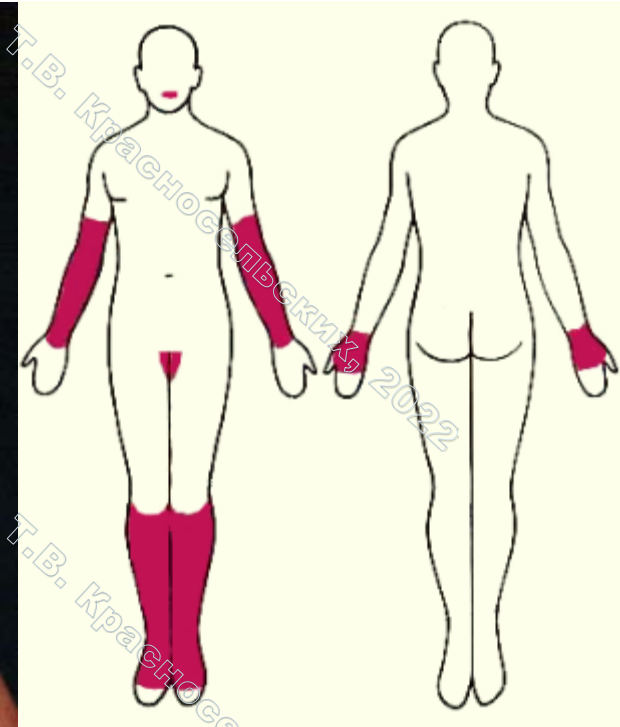


**1895 г.** – L.F. Wickham  
описал патогномичные  
серовато-белые полосы и  
точки на поверхности папул,  
напоминающие тонкое  
кружево или сеточку



Wickham, Louis Frédéric (1861–1915) – французский врач и патолог

# ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ



- Сгибательная поверхность лучезапястных суставов и предплечий, тыл кистей
- Передняя поверхность голеней, голеностопных суставов, тыл стоп
- Область крестца, ягодицы







COLLECTION  
MARC  
LARRÈGUE  
LRIAGE

# СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

## По длительности заболевания:

**Острая** – до 6 недель

**Подострая** – от 6 недель до 6 месяцев

**Хроническая** – более 6 месяцев

Типичные высыпания на коже у 60–70% пациентов разрешаются в течение 1 года, но в 50% сл. возникают рецидивы

## По клиническому течению:

**Прогрессирующая** (~ 1–2 мес.) – появляются свежие высыпания, выражен зуд, феномен Кёбнера положительный

**Стационарная** – прекращение появления свежих папул, уменьшение зуда, уплощение центра элементов, шелушение

**Регрессирующая** – исчезновение зуда, папулы еще более уплощаются, приобретают бурый или цианотичный оттенок, исчезает блеск → вторичные пигментные пятна, дисхромия



# АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: гипертрофическая (веррукозная)

- У 15% больных, чаще у мужчин, часто фон – венозная недостаточность
- Излюбленная локализация: передняя поверхность голеней, область голеностопных суставов, симметрично
- Значительно возвышающиеся папулы и бляшки
- Фиолетового или буровато-красного цвета
- Неровная, бугристая поверхность, массивные роговые наслоения
- По периферии бляшек могут быть отдельные типичные папулы
- **Очень** интенсивный зуд
- Высыпания существуют длительно, склонны к склерозированию, резистентны к терапии
- Вероятность малигнизации – 0,3-3,0%

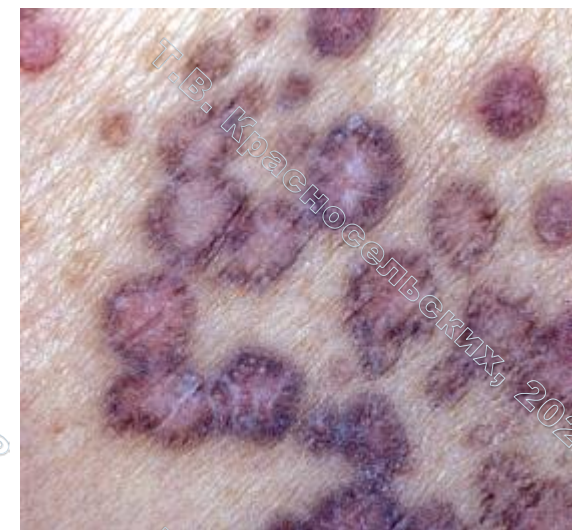






# АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: атрофическая

- Встречается в 2–10% сл.
- Атрофия может формироваться после разрешения высыпаний кольцевидного или гипертрофического КПЛ, после аппликации сильных ГКС
- Папулы и бляшки с участками поверхностной рубцовой атрофии в центре
- Участки атрофии немного западают, четко очерчены, белесоватые с перламутровым оттенком, край очагов фиолетовый или гиперпигментированный
- Излюбленная локализация – шея, грудь, живот, лучезапястные и голеностопные суставы, подмышечные впадины







# АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: фолликулярная (lichen ruber follicularis et acuminatus, lichen planopilaris)

Встречается в двух основных проявлениях, которые могут сочетаться:

- ✓ мелкие остроконечные папулы, приуроченные к фолликулярному аппарату, на конечностях и туловище
- ✓ рубцовая алопеция волосистой части головы, а также нерубцовая алопеция подмышечных впадин и лобка
- В центре фолликулярных папул на гладкой коже обычно имеется конический роговой шипик (гиперкератоз)
- Они располагаются изолированно или группируются
- Излюбленная локализация: туловище, проксимальные отделы конечностей, паховые складки, подмышечные впадины
- При разрешении папул иногда может наблюдаться поверхностная рубцовая атрофия
- Наряду с фолликулярными и перифолликулярными элементами на коже встречаются типичные папулы КПЛ, типичное поражение слизистых оболочек





На волосистой части головы развивается **ограниченная рубцовая алопеция (псевдопелада)**

Цитотоксическое повреждение эпителиальных стволовых клеток волосяного фолликула в области луковицы → гибель фолликула

- Зудящие фолликулярные и perifолликулярные воспалительные папулы → сливаются в диффузные очаги поражения
- Формируется белесоватая атрофия с эритемой, единичными фолликулярными и perifолликулярными папулами по периферии



# Синдром Лассюэра–Литтла (Пиккарди–Лассюэра–Грэма-Литтла)

(G. Piccardi, 1914; A. Lassueur, E. Graham-Little, 1915)

- Фолликулярный КПЛ кожи туловища и конечностей
- Рубцовая алопеция волосистой части головы
- Нерубцовая **на вид** алопеция подмышечных впадин и лобка



Вся триада синдрома  
наблюдается не всегда



# АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: пигментная



- У представителей III-IV фототипов
- Первичные высыпания – стойкие пигментные пятна или папулы от светло- до темно-коричневого, иссиня-черного, голубовато-серого цвета
- Появляются без предшествующей эритемы, увеличиваются и сливаются
- Поражается обычно не более 10% площади кожи
- Высыпания симметричны
- Локализация: лицо, сгибательные поверхности конечностей (чаще верхних), складки, кожа туловища
- Впоследствии на фоне пигментации могут появляться типичные лихеноидные папулы и/или бляшки
- В 30% сл. – слабый зуд (признак прогрессирования)
- Слизистые оболочки поражаются редко



Только у 9-27% пациентов  
одновременно с пигментными  
пятнами наблюдают типичные  
элементы КПЛ

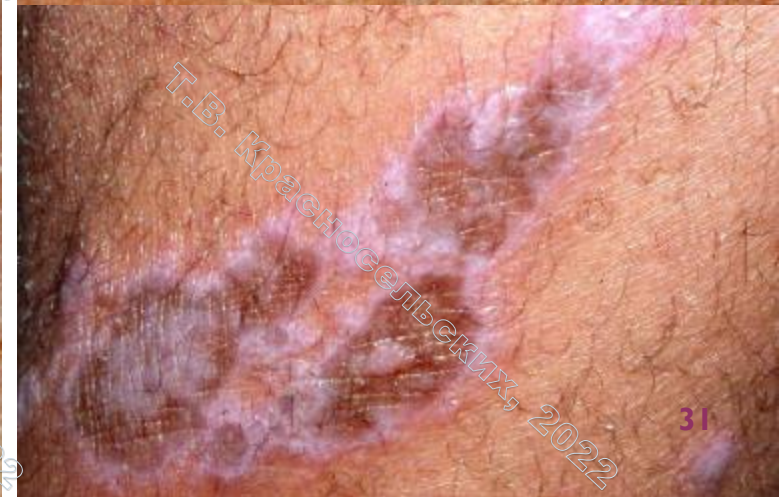


Течение хроническое,  
возможно развитие на  
гиперпигментированном  
фоне легкой атрофии



# АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: кольцевидная (аннулярная)

- Встречается в 10% сл.
- Кольцевидные элементы формируются в результате:
  - разрешения бляшек в центре с атрофией, западением и сохранением по периферии слегка приподнятого валика из неразрешившегося инфильтрата (кольцевидно-атрофический вариант)
  - разрешения бляшек в центре с сохранением пигментации
  - группировки и слияния мелких папул с образованием дуг, колец, гирлянд, внутри которых остается неизменная на вид кожа





- Диаметр кольцевидных очагов – обычно 1-3 см, количество – 1–10, сосуществуют с типичными высыпаниями
- Локализация: подмышечные впадины, спина, ягодицы, боковые поверхности туловища, шея
- Без субъективных ощущений



# Распространенный кольцевидный КПЛ у ВИЧ-инфицированного



# АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: буллезная

- Редкая форма, связана с распространенным Т-клеточно-опосредованным повреждением дермоэпидермального соединения, наличие пузырей подчеркивает остроту процесса
- Может быть проявлением паранеопластического синдрома (рак желудка, нейробластома, лимфосаркома и др.)
- Пузыри появляются на папулах и бляшках КПЛ, на эритематозных участках и неизменной коже
- Чаще на нижних конечностях
- Высыпания различной величины, с толстой напряженной крышкой, которая в дальнейшем становится дряблой, морщинистой
- Содержимое пузырей прозрачное, желтоватое, слегка опалесцирующее, реже — геморрагическое
- После разрешения высыпаний могут оставаться гиперпигментация и атрофия
- Может нарушаться общее состояние





# АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: эрозивно-язвенная

- Редкая и наиболее тяжелая форма
- Развивается при эволюции типичных, гипертрофических, буллезных высыпаний
- Локализация: голени, пальцы стоп, подошвы
- Эрозии и язвы имеют круглые или неправильные очертания, плотные края, неровное дно, в основании и по периферии – четко ограниченный бляшечный инфильтрат
- Высыпания болезненны, боль усиливается при ходьбе





Анонхия



# АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: линейная (зостериформная)



- Чаще у молодых людей (20–30 лет)
- Папулы самопроизвольно располагаются по прямой линии или линиям Блашко (не в результате феномена Кёбнера!)
- Локализация: чаще в области конечности, по ходу нервов, сосудов
- Часто очаги пигментированы (линейный пигментный КПЛ)
- Течение продолжительное

**Линии Блашко (1901)** – невидимые при обычных условиях линии на коже, расположение которых обусловлено генетически. Предположительно их наличие связано с нарушением миграции клеток кожи в период эмбриогенеза



# АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: каплевидная



- Острый вариант заболевания
- Множество диссеминированных мелких дискретных лихеноидных папул





# АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: инверсная

Характеризуется поражением крупных складок (особенно подмышечных), в других локализациях высыпания могут отсутствовать



Инверсный фолликулярный КПЛ



Инверсный пигментный ПЛ

# АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: эритематозная

- Острая форма КПЛ, составляет 2–5% сл.
- Характеризуется внезапным быстрым развитием диффузной эритемы малиново-фиолетового цвета на значительной части кожного покрова туловища и конечностей
- Кожа отечна, выражено шелушение, отдельные папулы не различимы
- Эритема и чешуйко-корки на волосистой части головы
- Интенсивный зуд
- Типичные для КПЛ элементы в небольшом количестве можно обнаружить по периферии эритематозных очагов
- Лихорадка, лимфаденит





# КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА И ГУБ

- 95% всех поражений слизистых оболочек при КПЛ – стоматиты, глосситы, гингивиты, тонзиллиты и хейлиты
- Изредка поражаются слизистые оболочки глотки, пищевода, желудка, конъюнктивы
- Поражения слизистой оболочки рта протекают более торпидно, чем поражения кожи, средняя продолжительность существования – около 5 лет
- При типичной форме поражения спонтанная ремиссия происходит в 40% сл.
- Эрозивно-язвенная форма поражения не склонна к спонтанному разрешению, ее рассматривают как предраковое состояние (3–12% малигнизации)



# ТИПИЧНАЯ ФОРМА: ретикулярная

- На фоне неизменной слизистой оболочки появляются милиарные папулы серовато-белого цвета (мацерация)
- Инфильтрация незначительна, папулы почти не возвышаются
- Папулы группируются, образуя рисунок в виде сетки, кружева, колец, дуг («морозные узоры» или «лист папоротника»)
- Возможно слияние папул в бляшки с четкими границами, напоминающие лейкоплакию
- Сухость, стянутость, шероховатость слизистой оболочки
- Высыпания двухсторонние





Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022



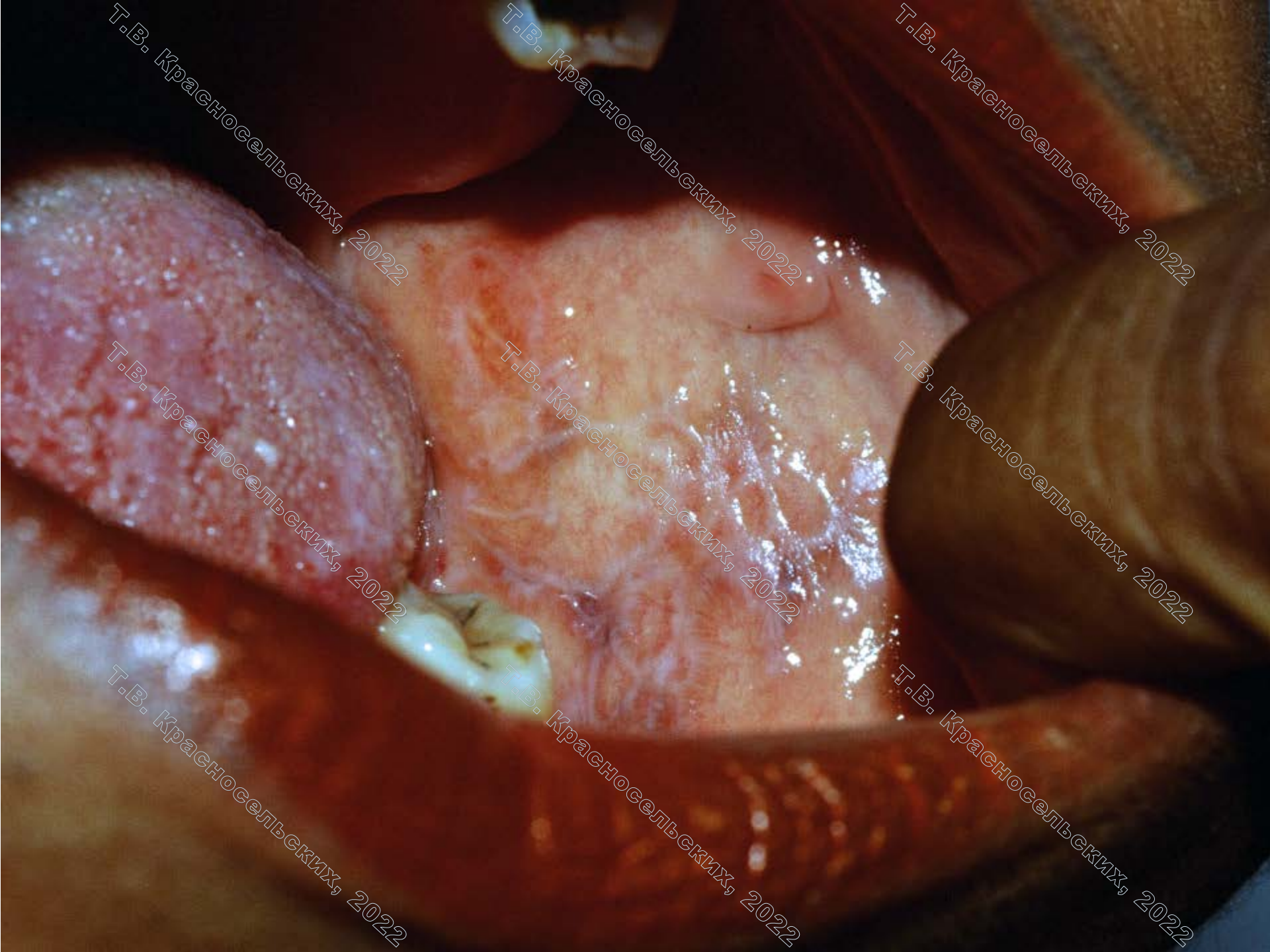
Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022



Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022



Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

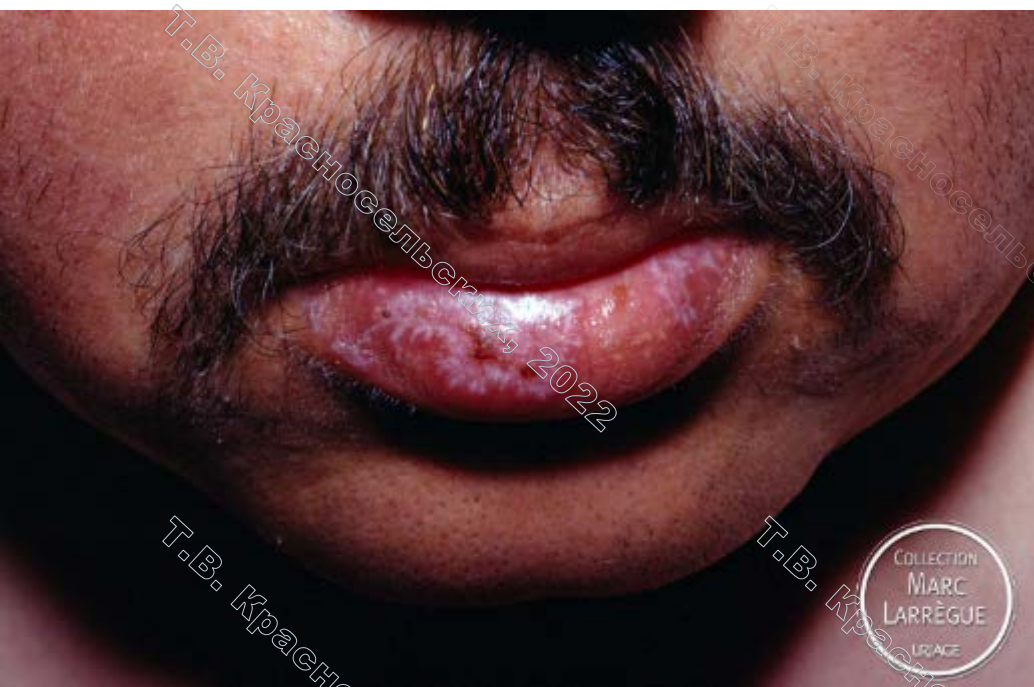
Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

- Локализация: щеки, особенно вдоль линии смыкания зубов (90%), язык (30%), альвеолярный край десен (10%), твердое и мягкое небо, дно полости рта, губы; процесс **двухсторонний**







- На красной кайме губ (чаще на нижней) образуются небольшие, слегка шелушащиеся, фиолетового цвета плоские бляшки, на поверхности которых выявляется серовато-белая сеточка Уикхема



# АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ

**Гиперкератотическая** – очаги ороговения с четкими границами на фоне типичных папул или веррукозные разрастания на поверхности папул



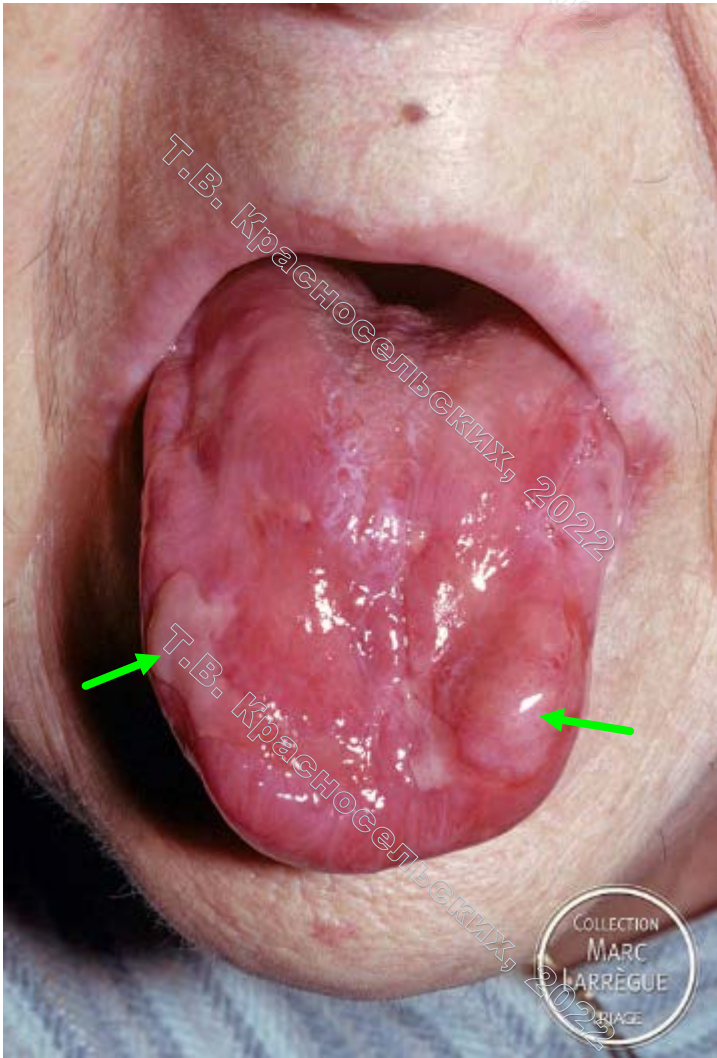
**Эксудативно-гиперемическая** – типичные серовато-белые папулы на эритематозной и отечной слизистой оболочке



# АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ

**Буллезная** – характеризуется одновременным присутствием типичных папулезных высыпаний и беловато-перламутровых пузырей диаметром до 1,5–2 см, с серозным содержимым

- Пузыри имеют плотную крышку, существуют до 2 суток
- После вскрытия – быстро эпителизирующиеся болезненные эрозии



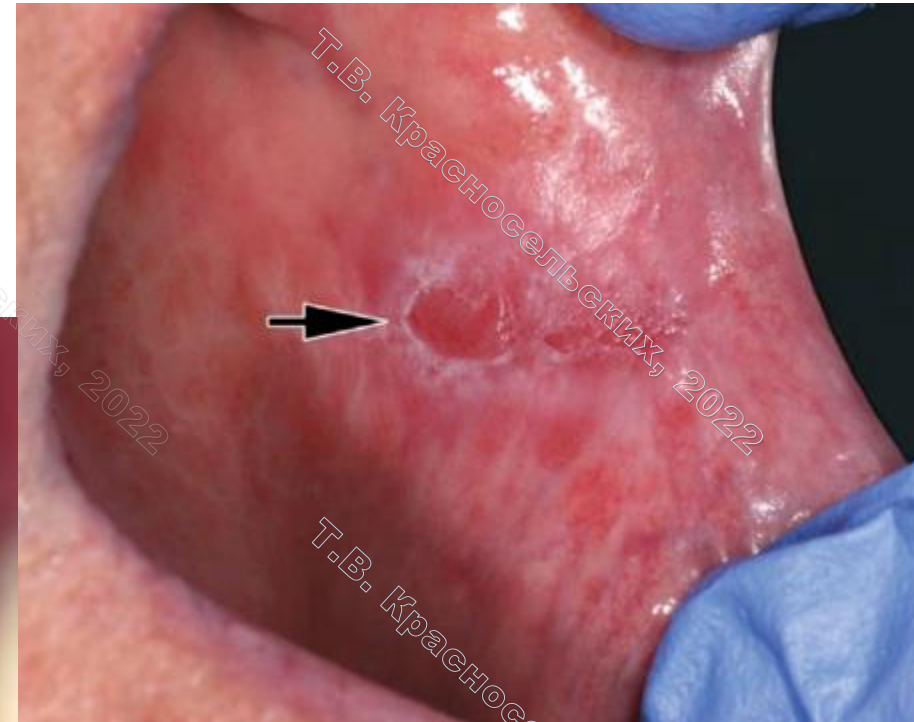
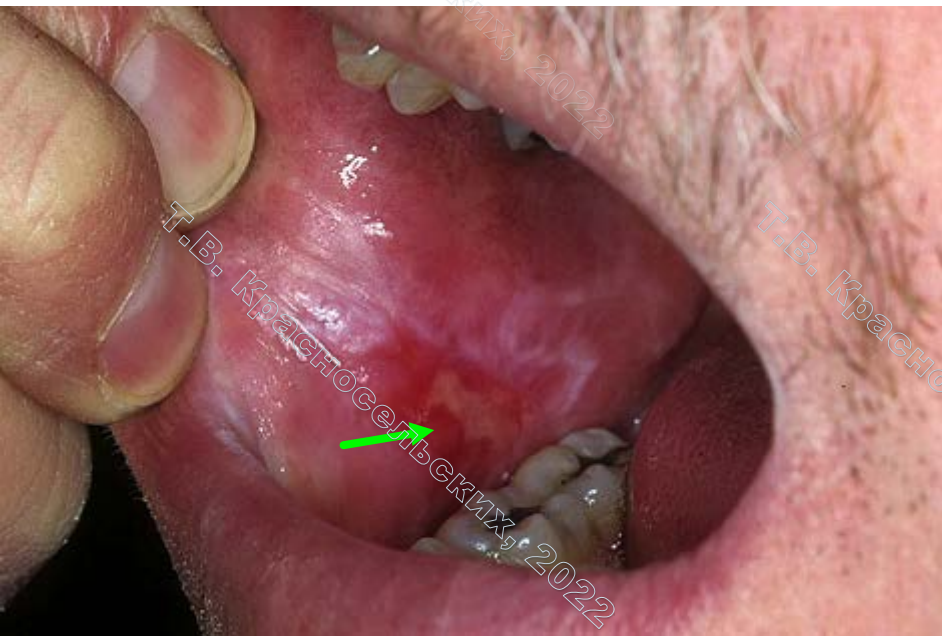
**Атрофическая** – белые сетевидные участки атрофии на фоне эритемы. Описана у ВИЧ-инфицированных больных на фоне приема зидовудина и кетоконазола



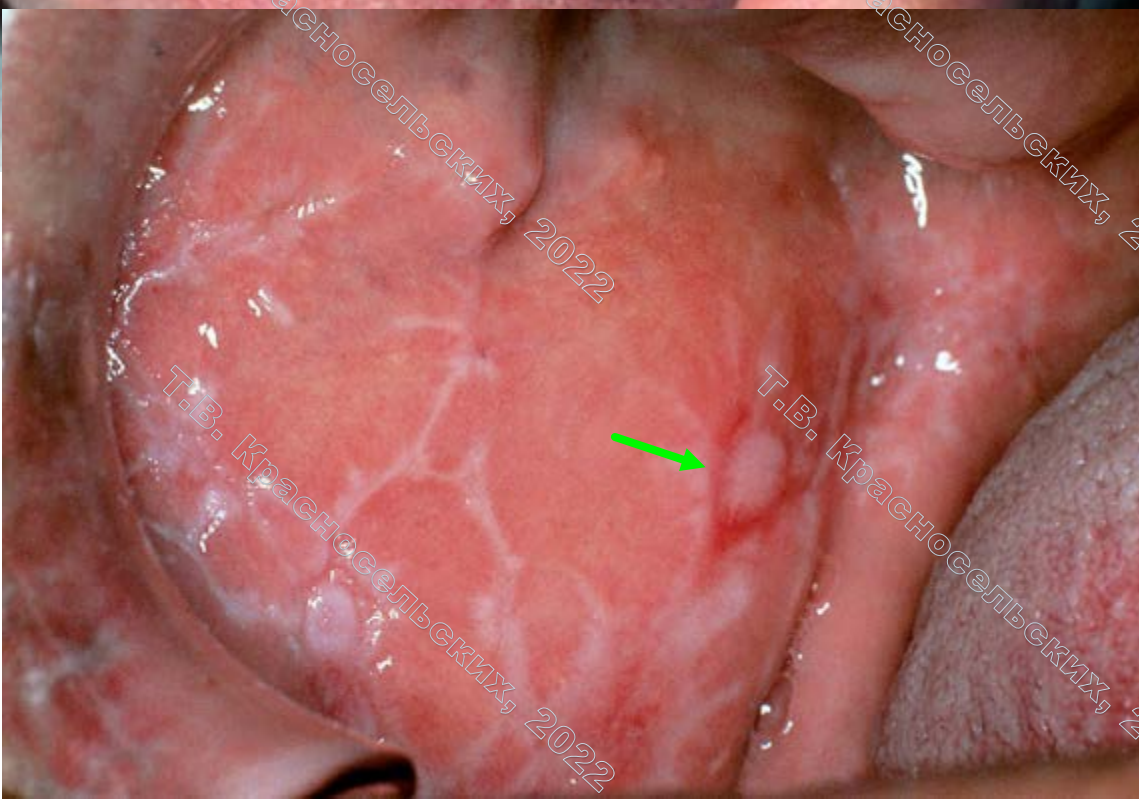
# АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ

**Эрозивно-язвенная** – развивается после травматизации типичных, экссудативно-гиперемических и буллезных очагов

- Единичные или множественные эрозии или язвы, неправильных очертаний, часто покрытые желтоватым фибринозным налетом
- Резко болезненны, могут кровоточить
- Вокруг эрозий/язв могут располагаться типичные сетчатые высыпания на эритематозном и отечном основании
- Характерно многолетнее существование эрозий и язв, резистентность к терапии, повышен риск малигнизации







## Синдром Гриншпана–Потекаева (D. Grinspan, 1966; Н.С. Потекаев, 1964)

- эрозивно-язвенный КПЛ слизистой оболочки рта
- сахарный диабет
- артериальная гипертензия

Течение КПЛ прямо зависит от тяжести гипертонической болезни и сахарного диабета



# КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ ГЕНИТАЛИЙ

- В последние годы частота поражений генитальной области при КПЛ увеличивается, особенно у женщин европеоидной расы в перименопаузальном периоде
- КПЛ гениталий развивается у 20–25% женщин и 3–4% мужчин, имеющих высыпания на слизистой оболочке рта
- Заболеваемость генитальной формой КПЛ недооценена
- Высыпания при КПЛ гениталий, кроме слизистых оболочек, могут располагаться на коже полового члена, мошонки, больших половых губ, в промежности, на лобке, а также распространяться на внутреннюю поверхность верхней трети бедер
- Течение хроническое с обострениями и ремиссиями, при обострении – зуд, жжение, болезненность, диспареуния



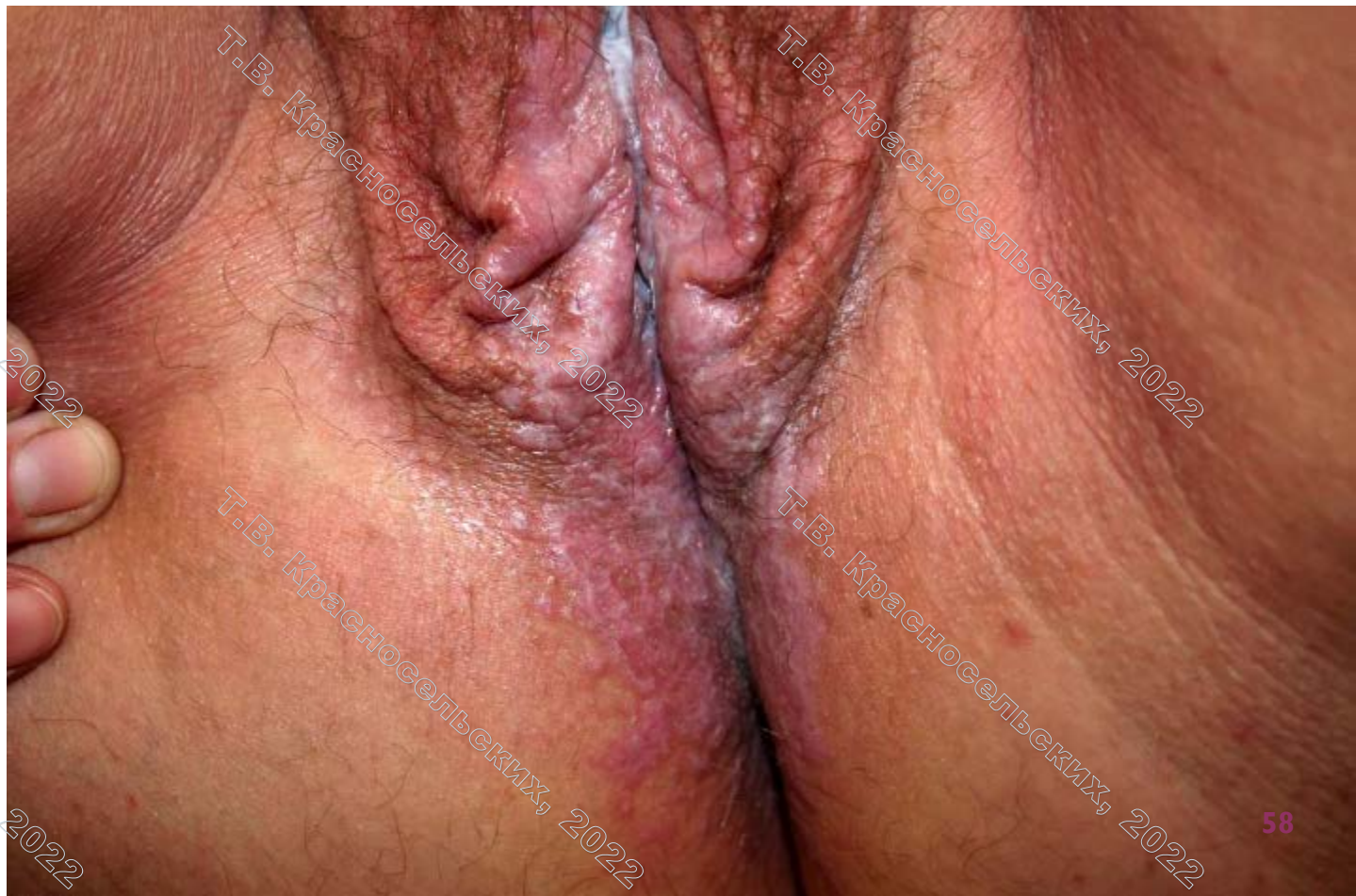


# ТИПИЧНАЯ ФОРМА





Т.В. Красносельских, 2022



Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

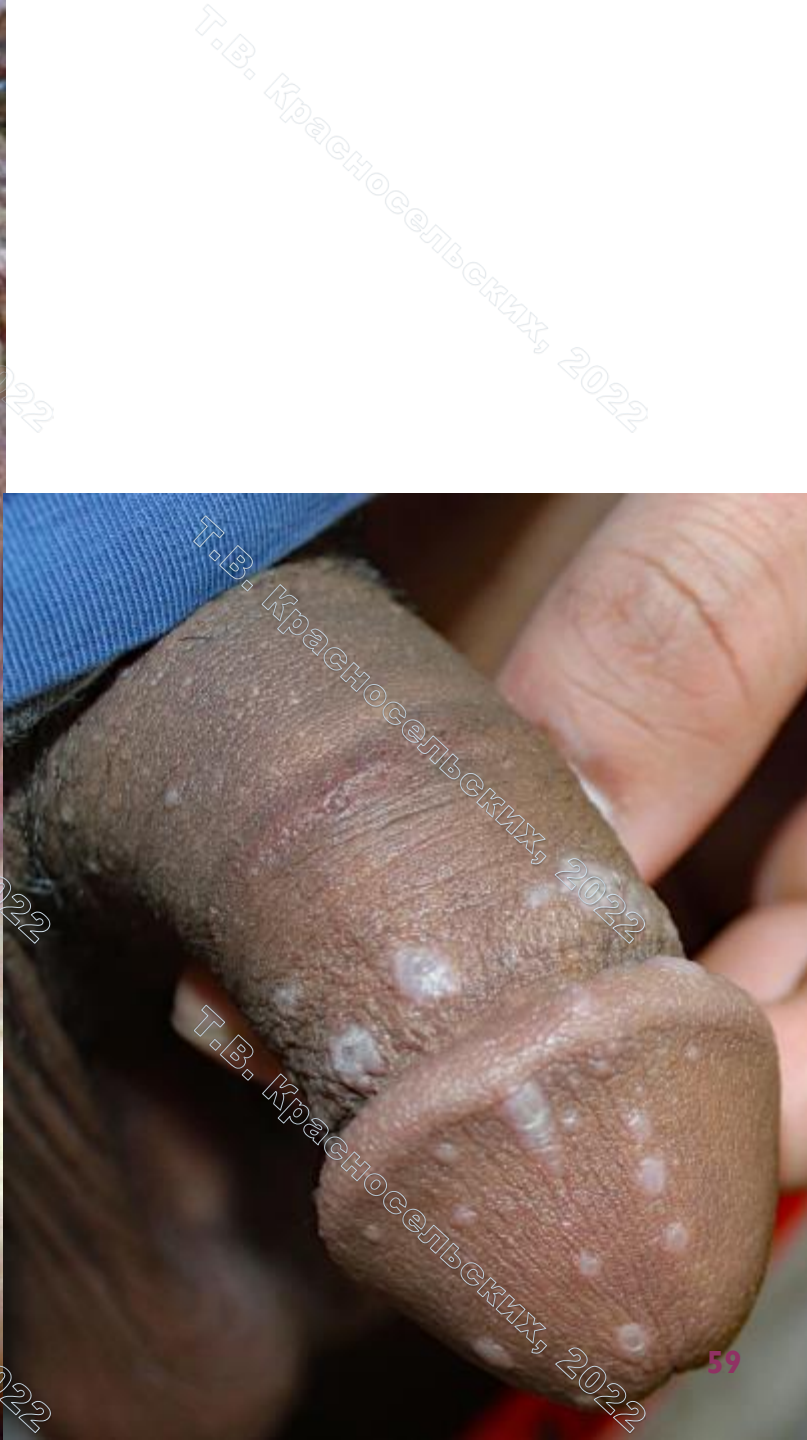
Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022



COLLECTION  
MARC  
LARRÈGUE  
LRIAGE





# АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: кольцевидная

- Встречается чаще у мужчин
- Лихеноидные папулы формируют гирляндоподобные очаги на коже головки и тела полового члена



# АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: гипертрофическая



- Встречается редко, локализуется чаще на коже промежности, перианально
- Бородавчатые разрастания, могут изъязвляться и инфицироваться → болезненность
- Никогда не поражается слизистая оболочка влагалища



# АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: ПИГМЕНТНАЯ



# АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: эрозивно-язвенная



- Встречается чаще у женщин в постменопаузальном периоде
- Выраженная болезненность, диспареуния
- При вовлечении влагалища – кровоточивость, выделения
- При хроническом течении – рубцовый стеноз влагалища, нарушение архитектоники гениталий
- Фактор риска развития плоскоклеточного рака





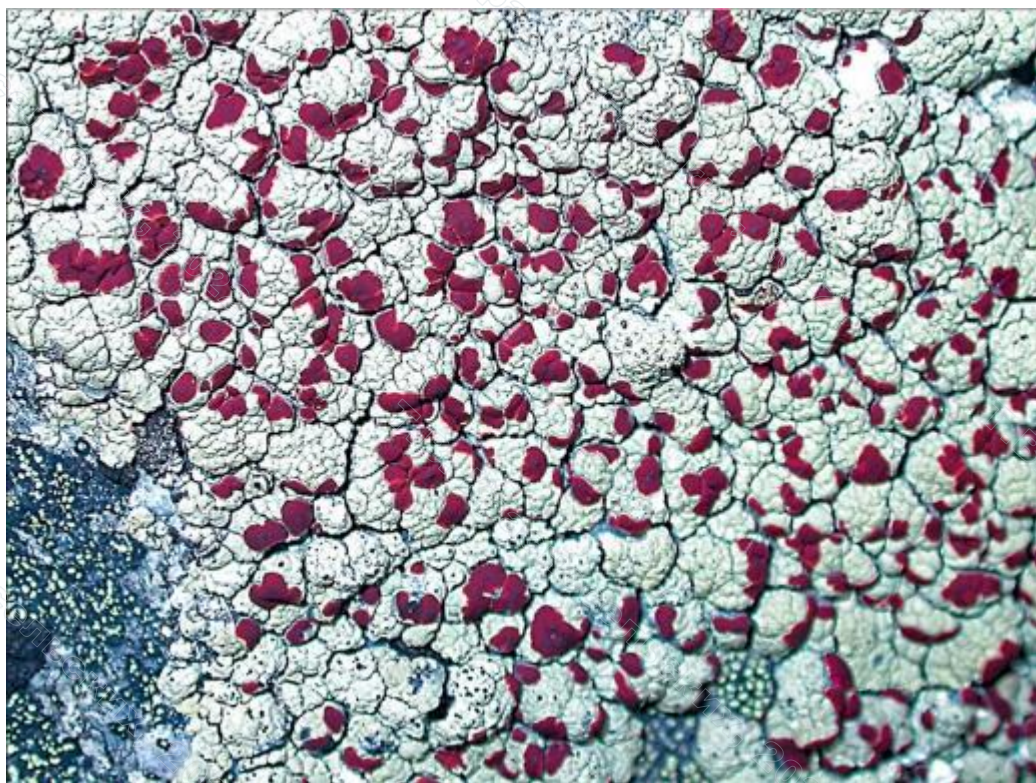
**Вульвовагинально-гингивальный синдром, или синдром Хевитта–Пелиссе** (J. Hewitt, M. Pelisse и др., 1989) – редкая, хронически протекающая форма КПЛ, проявляющаяся:

- эрозивно-язвенным вульвовагинитом (высыпания на внутренней поверхности малых половых губ, преддверия и стенок влагалища, боль, выделения, диспареуния, посткоитальные кровотечения), а иногда – цервицитом
- эрозивно-язвенным или неэрозивным гингивитом, стоматитом, глосситом

Также могут иметь место:

- алопеция
- ониходистрофия
- стриктура пищевода
- стриктура слухового прохода с поражением барабанной перепонки
- субконъюнктивальный фиброз и стеноз слезного канала
- генерализованный зуд





# КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ НОГТЕЙ

- Изменения ногтей – у 10–15% больных, изредка могут быть единственным проявлением заболевания
- Обычно поражаются несколько ногтевых пластинок, чаще кистей, чем стоп
- **Диагностически значимые** изменения ногтей: истончение, продольные борозды, ониходексис, атрофия ногтевой пластинки вплоть до анонихии, дорсальный птеригиум
- **Возможные, но диагностически не значимые** изменения: онихолизис, онихауксис, онихошизис, ксантонирия, трахионирия







**Дорсальный птеригиум ногтя** –  
крыловидное разрастание заднего  
ногтевого валика с плотным  
прикреплением непосредственно к  
ногтевому ложу и разделением ногтевой  
пластинки на две половины





# ДИАГНОСТИКА

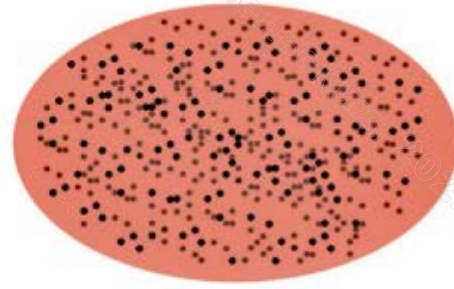
# ДЕРМАТОСКОПИЯ



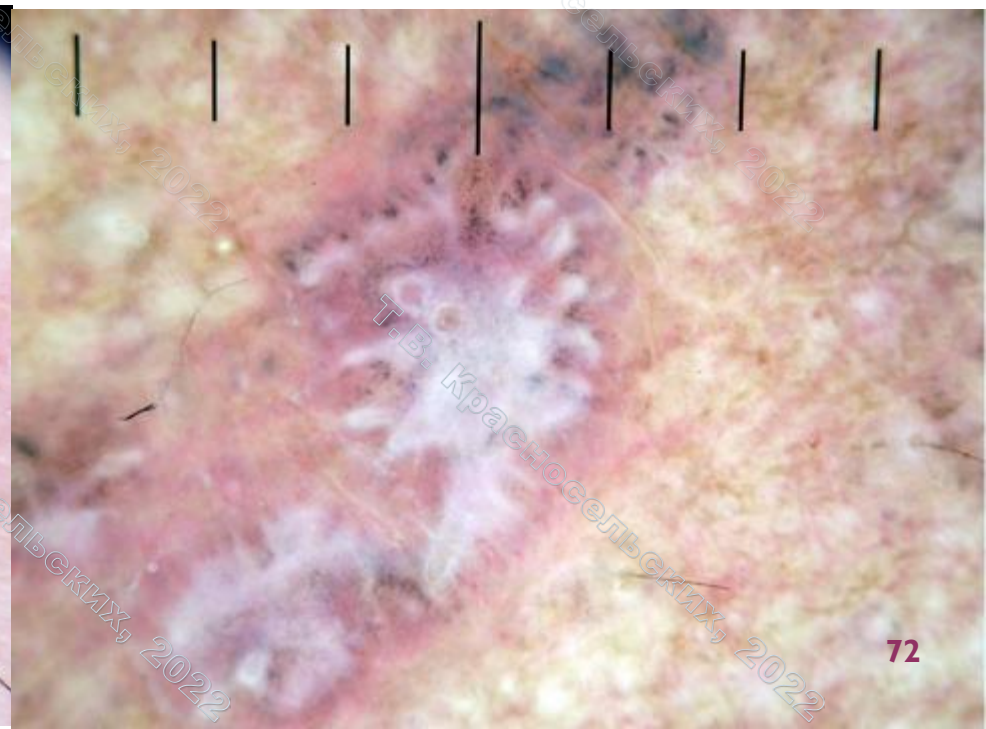
Периферические короткие тонкие телеангиэктазии



Гомогенные розовые области



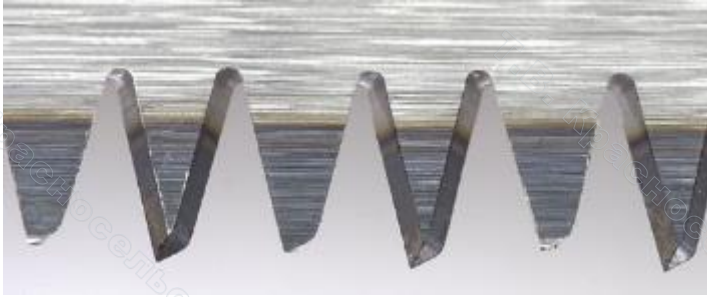
Зернистая серо-голубая пигментация



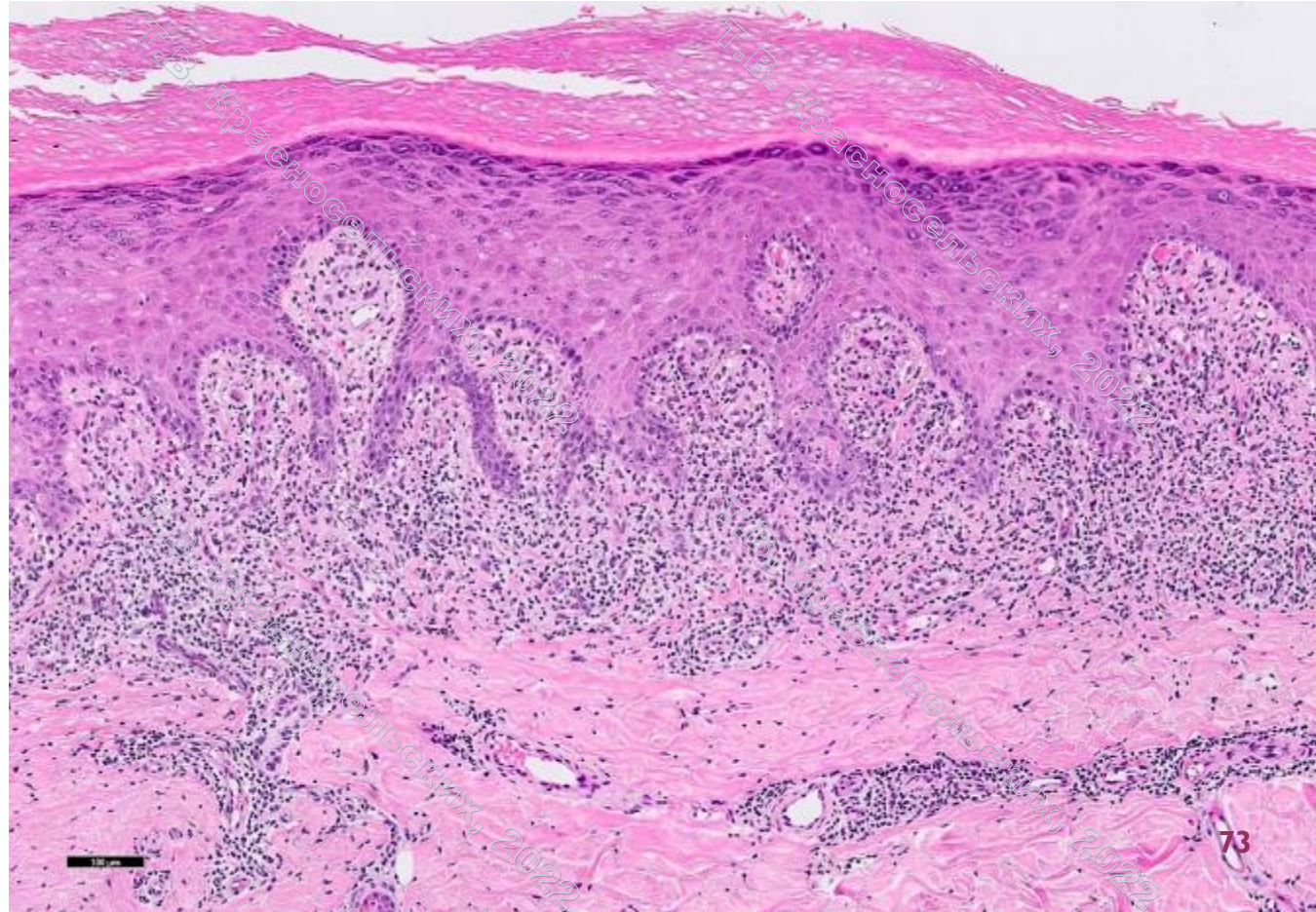


# ПАТОМОРФОЛОГИЯ

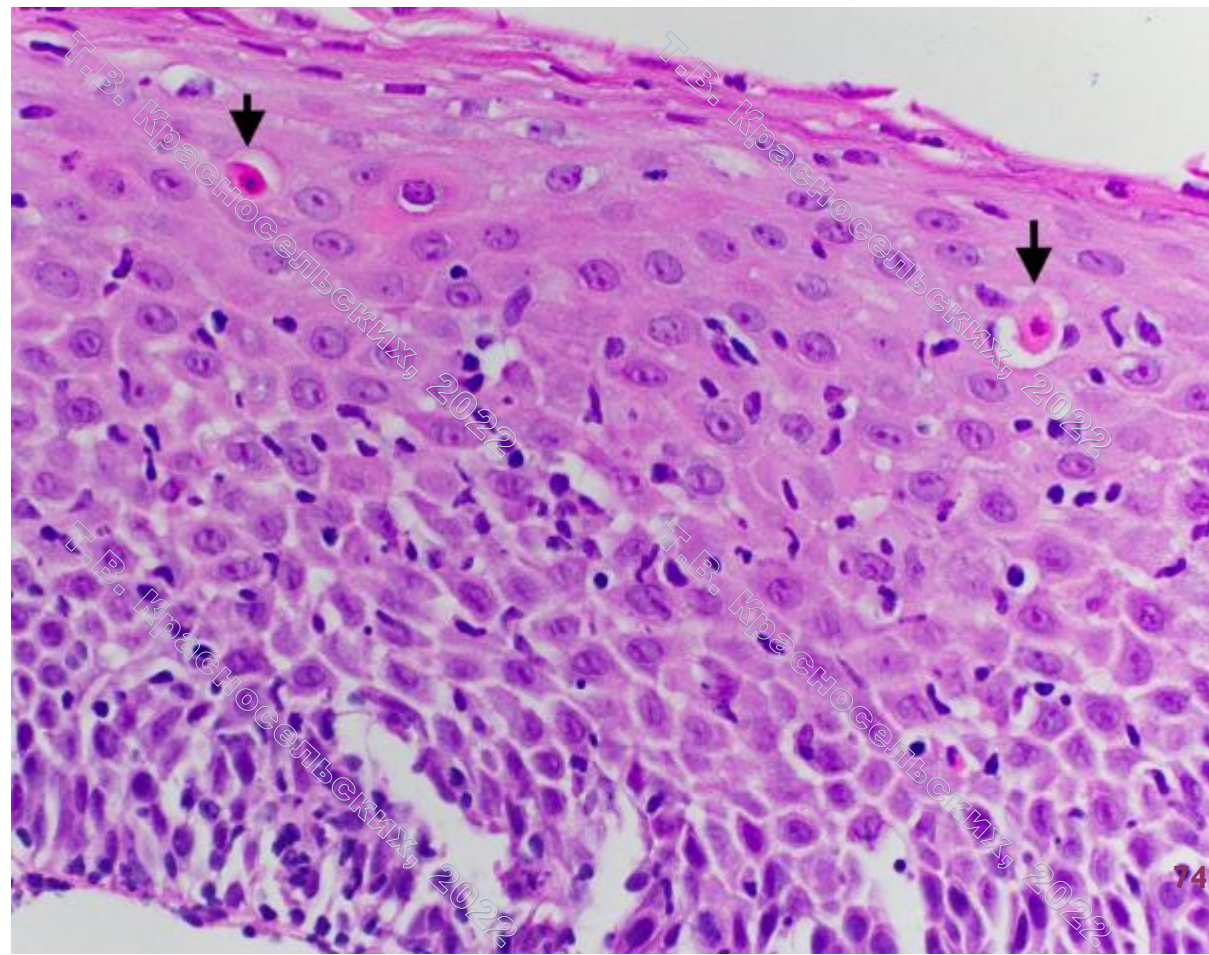
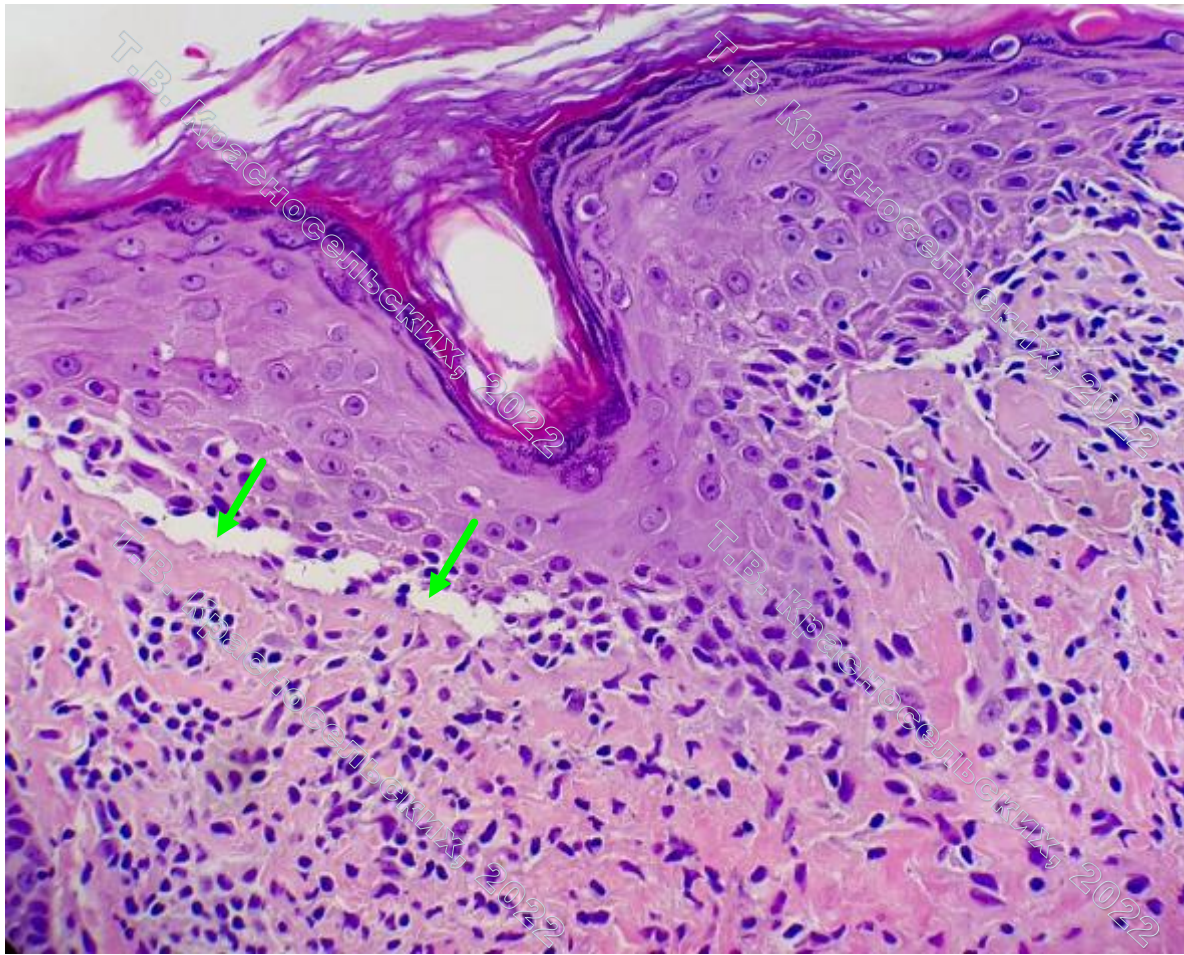
- Гиперкератоз, фокальный паракератоз
- Неравномерное утолщение зернистого слоя (гипергранулез)
- Неравномерный акантоз (удлиненные межсосочковые отростки заострены книзу в виде «зубьев пилы»)

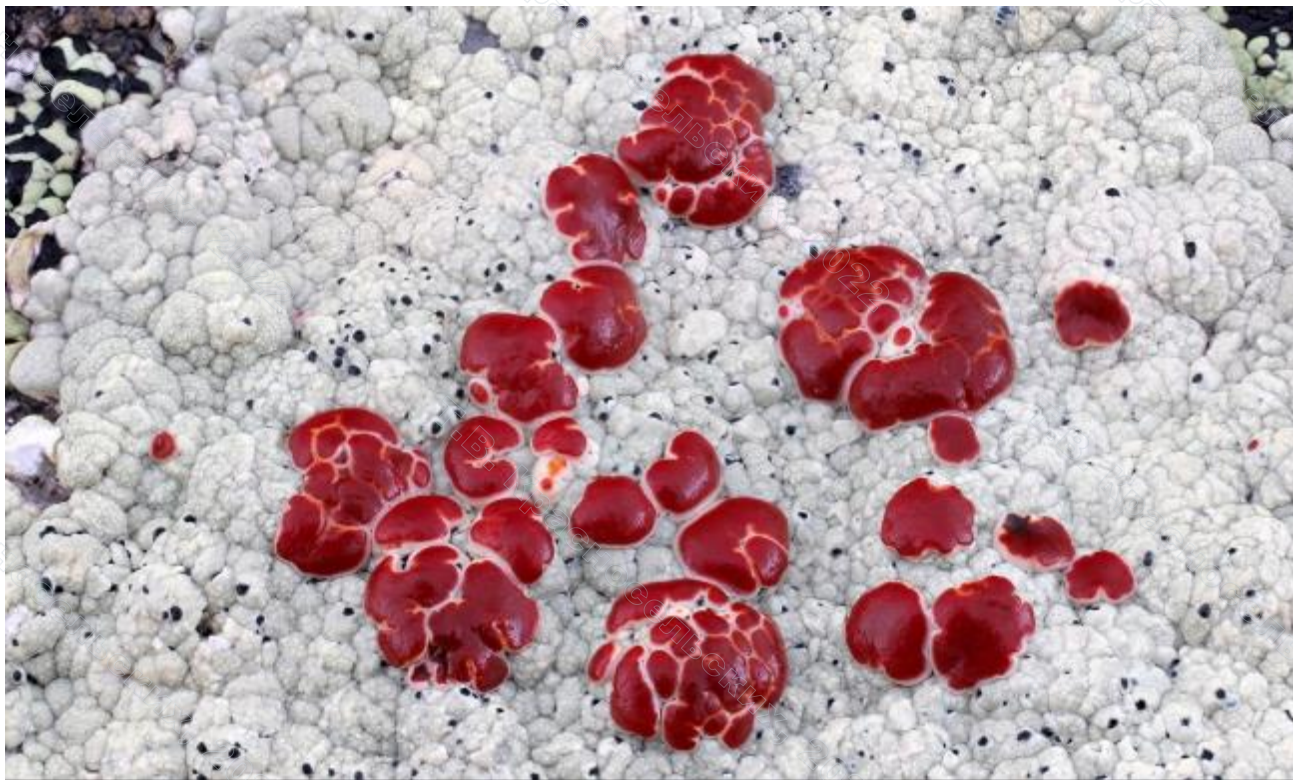


- Очаговый супрабазальный спонгиоз
- Вакуольная дистрофия клеток базального слоя эпидермиса
- В дерме – поверхностный полосовидный аркадообразный лимфогистиоцитарный инфильтрат, в верхнем отделе дермы вплотную примыкающий к эпидермису, «размывая» его нижнюю границу
- Расширение сосудов сосочкового слоя дермы



- Между эпидермисом и дермой часто наблюдаются небольшие субэпидермальные расщелины Мах Joseph
- В зоне дермо-эпидермального соединения – гиалиновые (коллоидные) тельца, или тельца Сиватта (отдельные дискератотические кератиноциты)





# ЛЕЧЕНИЕ

- **Антималарийные препараты:**

- гидроксихлорохин (Плаквенил) 200 мг п/о 2 р/сут в течение 1–2 мес. под контролем клинич. анализа крови 1 р/мес.

- хлорохин (Делагил) 250 мг п/о 2 р/сут в течение 1 мес., затем по 250 мг 1 р/сут в течение 1 мес. под контролем клинич. анализа крови 1 р/мес.

Антималарийные препараты часто назначают курсами по 7–10 дней с перерывами 3–5 дней ( $\Sigma \approx 90$ –100 табл.), можно сочетать с ГКС.

Перед назначением антимальрийных препаратов и в процессе лечения 1 раз в 6 мес. рекомендуется осмотр офтальмолога, включающий исследование глазного дна (**ретинопатия!**)

- **Ароматические ретиноиды:**

- ацитретин (Неотигазон) 30 мг/сут перорально в течение 3–8 нед. (под контролем уровня липидов, глюкозы, функций печени, учитывать **тератогенные свойства!**) **off-label**

- **Глюкокортикостероиды** (короткие курсы при острых генерализованных формах):

- преднизолон 20–30 мг/сут п/о до 1–2 мес. с последующей постепенной отменой

- бетаметазон 1 мл 1 раз в 2–3 нед. в/м или внутривенно, на курс 3–4 инъекции

- **Иммунодепрессанты** (при резистентных и распространенных формах):

- циклоспорин 5 мг/кг массы тела в сут п/о 3–8 нед. **off-label** (под контролем АД, креатинина (**нефротоксичен!**), калия, мочевой кислоты, билирубина, трансаминаз, липидного профиля)

- метотрексат 15 мг в неделю в течение 3–4 мес. **off-label** (под контролем клинич. анализа крови, мочи, АЛТ, АСТ, креатинина, мочевины)

- **Антидепрессанты, транквилизаторы, анксиолитики**

- гидроксизин 25–100 мг/сут п/о 28 дней

- **Антигистаминные препараты** (с седативным эффектом)

- мебгидролин 100 мг п/о 2–3 р/сут 7–10 дней

- клемастин 1 мг п/о или в/м 2–3 р/сут 7–10 дней

- **Наружная терапия:**

- противозудные взбалтываемые взвеси с ментолом и анестезином

- глюкокортикостероидные кремы и мази средней и высокой активности (в т.ч. под окклюзионную повязку):

- бетаметазон крем, мазь — 2 р/сут в течение 12 нед.

- клобетазол крем, мазь — 2 р/сут в течение 4–8 нед.

- флуоцинолона ацетонид, крем, гель, мазь — 2 р/сут в течение 4–8 нед.

- гидрокортизона-17 бутират, крем, мазь — 2 р/сут в течение 4–8 нед.

- триамцинолон, мазь — 2 р/сут в течение 4–8 нед.

- мометазон крем, мазь, лосьон — 1–2 р/сут в течение 4–8 нед.

- бетаметазон + салициловая кислота, мазь — 2 р/сут в течение 4–8 нед.

- флуметазон + салициловая кислота, мазь — 2 р/сут в течение 4–8 нед.

- обкалывание глюкокортикостероидами крупных и веррукозных очагов



- **Фототерапия:** узкополосная средневолновая ( $\lambda=311$  нм) 3–4 р/нед. 6–12 нед. (при незначительной инфильтрации очагов) или PUVA-терапия с метоксаленом (**off-label**), на курс 8-23 процедур (при распространенных формах, выраженной инфильтрации очагов)

- **При поражении слизистой оболочки рта, губ и**

- вульвы: топические ГКС**

- бетаметазон крем, мазь 2 р/сут 8 нед.
- триамцинолон мазь — 3 р/сут 12 нед.
- флуоцинолона ацетонид крем, гель, мазь — 2 р/сут 4–12 нед.
- клобетазол крем, мазь — 2 р/сут 4–8 нед.

- **При эрозивно-язвенном поражении слизистой оболочки рта, губ и**

- вульвы:**

- **ранозаживляющие** средства наружно: алоэ древовидного листья, линимент — 2 р/сут на очаги поражения
- **обезболивающие** средства:
  - лидокаин + экстракт цветов ромашки аптечной, гель (Камистад) — полоску длиной 0,5 см наносят на болезненные или воспаленные участки слизистой оболочки рта и втирают 3 р/сут
  - холина салицилат + цеталкония хлорид, гель стоматологический (Холисал) — полоску длиной 1 см для взрослых и 0,5 см для детей втирают легкими массирующими движениями в пораженный участок 2–3 р/сут до или после еды и перед сном



*Ophioparma ventosa*