**Красный плоский лишай**-это заболевание, характеризующееся мелкими лихеноидными папулами на коже и слизистых оболочках, ониходистрофией.

Этиология. Неясная. Возможно: вирусы, бактерии, функциональные расстройства нервной системы (умственное переутомление, стрессовые ситуации, отрицательные эмоции, психические травмы), нарушение функции коры надпочечников, усиленный синтез и выделение катехоламинов (дофамина, адреналина, норадреналина), непереносимость лекарственных веществ.

Патогенез. Определенная роль отводится иммунным изменениям, характеризующимся снижением общего количества Т-лимфоцитов и их функциональной активности, увеличением иммунорегуляторного индекса Т-хэлперов/Т-супрессоров.

Клинические проявления. Типичная форма красного плоского лишая характеризуется мономорфной сыпью в виде красновато-сиреневых мелких (диаметром 2-5 мм) блестящих полигональных папул с пупковидным вдавлением в центре элемента. На более крупных элементах видна сетка Уикхема (опаловидные белые или сероватые точки и полоски – проявления неравномерного гранулеза). Папулы могут группироваться в бляшки, кольца, располагаться линейно. В прогрессирующей стадии отмечается положительный феномен Кебнера. Сыпь чаще локализуется на сгибательной поверхности лучезапястных суставов и предплечий, передней поверхности голеней, в области крестца, иногда носит распространенный характер вплоть до эритродермии. Регресс сыпи сопровождается гиперпигментацией. Слизистые оболочки полости рта, половых органов поражаются в 25-70% случаев; при этом папулы имеют белесоватый цвет, сетчатый или линейный характер и не возвышаются над поверхностью слизистой оболочки. Ногтевые пластинки поражаются в виде продольных борозд, углублений, участков помутнения, продольного расщепления и онихолизиса. Красный плоский лишай обычно сопровождается интенсивным зудом. Течение обычно хроническое, без лечения продолжающееся 6-9 месяцев, и в 20% случаев рецидивирующее. Элементы на слизистых оболочках регрессируют медленнее, чем на коже. Гипертрофические и эрозивно-язвенные очаги могут трансформироваться в плоскоклеточный рак.

От формы, расположения, группировки папул различают:

1. Остроконечная форма.2. Бородавчатая форма.3. Кольцевидная форма4. Полосовидная, или линейная, форма.5. Буллезная, или пемфигоидная, форма.6. Атрофическая, или склерозирующая, форма.7. Универсальная форма.

Клинические формы красного лишая слизистой оболочки полости рта:

1. Типичная.2. Экссудативно-гиперемическая.3. Эрозивно-язвенная.4. Буллезная

5. Гиперкератотическая.

Лечение. Комплексное:

1. Седативные препараты: бром, валериана, пустырник, иногда нейролептик2.антигистаминные препараты.3. Синтетические противомалярийные (делагил, хингамин).4. Антибиотики: тетрациклины.5. Витамины: С, Е, РР, В1, В6, В12, А.6. Ароматические ретиноиды: тигазон.7. Кортикостероиды.8. ПУВА-терапия.

9. Наружное лечение: кортикостероидные мази (элоком, прогент, дермовейт); обкалывание верукозных очагов хингамином или дипроспаном; при лечении слизистых оболочек применяют 1% дибуноловую мазь, полоскания настоем шалфея, ромашки, эвкалипта.

ВТЭ. При ограниченной форме трудоспособность сохраняется; при остром распространенном процессе, при вторичной эритродермии она утрачивается на время лечения (в стационаре); необходимо исключить травмирующие факторы кожи.