

Красный плоский лишай

Дифференциальная диагностика

«Дифференциальная диагностика кожных болезней»

Руководство для врачей

под ред. Б.А. Беренбейна, А.А. Студницина

Красный плоский лишай (lichen ruber planus). Природа заболевания точно не установлена. Вероятно, это мультифакторный дерматоз, в развитии которого имеют наибольшее значение инфекции (вирусная), нейрогенные и иммунные нарушения, токсико-аллергические реакции, в частности на лекарственные средства (антималарийные препараты, висмут, пенициллин, гипотиазид и др.). Указывается на возможную роль наследственной предрасположенности. Имеются данные о значении нарушений функции печени и углеводного обмена в развитии заболевания. По наблюдениям А. А. Каламкаряна и соавт., большинство больных связывали развитие заболевания с психическими травмами, значительно реже оно развивалось после длительного приема лекарственных средств, контакта с фотореактивами, ангины, гриппа. Основным морфологическим элементом при красном плоском лишае является уплощенная папула диаметром 2-5 мм, полигональных очертаний, с вдавлением в центре, красноватого цвета с характерным фиолетовым оттенком, восковидным блеском, более отчетливым при боковом освещении. Шелушение обычно незначительное, чешуйки отделяются трудно, иногда, однако, шелушение может напоминать псориаз (псориазиформный красный плоский лишай). На поверхности более крупных узелков, особенно после смазывания растительным маслом, можно обнаружить сетевидный рисунок (симптом сетки Уикхема).



Красный плоский лишай

Характерными признаками красного плоского лишая являются склонность к скученному расположению высыпаний и их группировка с образованием колец, гирлянд, линий (lichen ruber annularis, marginatus, striatus и др.); реже узелки сливаются, образуя бляшки с шагреновидной поверхностью. Вокруг бляшек могут возникать располагающиеся более или менее густо новые папулы (lichen ruber corymbiformis). В большинстве случаев сыпь располагается симметрично на сгибательных поверхностях конечностей, туловище, половых органах, довольно часто - на слизистой оболочке полости рта. Редко поражаются ладони, подошвы и лицо. Может наблюдаться и одностороннее поражение кожи (зостериформный красный плоский лишай). Количество высыпаний различно: от единичных (в полости рта, на половых органах) до множественных, покрывающих значительные участки тела, так что может создаваться впечатление сплошного поражения кожи, иногда по типу эритродермии. Субъективно беспокоит зуд.

Для красного плоского лишая в период обострения характерен положительный феномен Кебнера - появление новых узелков на месте травматизации кожи. Нередко наблюдаются изменения ногтей, особенно в тех случаях, когда возникают множественные высыпания, но это не является правилом. У некоторых больных изменения ногтей предшествуют высыпаниям на коже и даже могут быть единственным проявлением дерматоза. На ладонях и подошвах могут наблюдаться типичные полигональные или остроконечные узелковые высыпания, реже красный плоский лишай имеет вид небольших плоских или слегка запавших ороговевших очажков, глубоко расположенных, как бы просвечивающих элементов, напоминающих саговидные пузырьки при дисгидрозе, в очень редких случаях - буллезно-язвенных изменений (*lichen ruber ulcerosus*), на фоне которых могут развиваться вегетирующие веррукозные очаги (*lichen ruber verrucosus vegetans*).

Эрозивно-язвенные поражения очень болезненны. Им нередко предшествуют буллезные высыпания. Выражены дистрофические изменения ногтей вплоть до их отторжения, паронихии, которые, как и буллезные высыпания, могут быть первоначальным проявлением заболевания. На других участках тела, в том числе и в полости рта, могут возникать типичные или фолликулярные, буллезные, эрозивно-язвенные высыпания.

Течение заболевания хроническое, реже подострое. В редких случаях наблюдается острое течение (*lichen ruber acutus*), характеризующееся развитием полиморфных высыпаний (эритематозных, уртикарных, папулезных, пузырьковых) с выраженным экссудативным компонентом, сливающихся в крупные очаги вплоть до эритродермии. Высыпания обычно существуют долго, процесс может обостряться, но со временем регрессирует, как правило, бесследно. При длительном течении, особенно при нерациональном лечении, в очагах могут развиваться спиналиомы, преимущественно при эрозивно-язвенных и веррукозных формах. Кроме описанной типичной формы красного плоского лишая, имеется ряд разновидностей.

Для **пигментного красного плоского лишая** характерно появление наряду с папулезными элементами, имеющими обычную для заболевания окраску, пигментированных узелков. Пигментация может появиться и в период регрессирования типичных узелковых элементов, при этом иногда развиваются изменения, сходные со спонгиозидермическими. Не исключено, что одним из вариантов пигментного красного плоского лишая является *erythema dyschromicum perstans*. Допускают также, что образование очажков пигментации может предшествовать появлению обычной папулезной сыпи, в некоторых же случаях пигментация на коже может сочетаться с типичными высыпаниями красного плоского лишая во рту.

Кольцевидный красный плоский лишай может образоваться за счет первичного густого расположения узелковых элементов в виде колец, при рассасывании центральной части бляшек или вследствие периферического роста отдельных узелков. Наиболее характерной локализацией узелковых элементов при этой форме являются половые органы и молочные железы. Кольцевидные высыпания с коричневатой пигментацией, длительно сохраняющейся и после регрессирования элементов, обнаруживают также при **субтропическом красном плоском лишае**, встречающемся преимущественно в странах Среднего Востока. Высыпания располагаются на открытых участках тела, главным образом на лице, обострение заболевания происходит под влиянием инсоляции. Другими характерными признаками этой формы являются более раннее начало, чем обычного красного плоского лишая, отсутствие или незначительный зуд, редкое возникновение изменений ногтей и поражение волосистой части головы.

Атрофический красный плоский лишай характеризуется развитием атрофических изменений на месте регрессирующих узелковых элементов, чаще тех, которые располагаются кольцевидно.

При **остроконечном красном плоском** лишае наряду с типичными папулами появляются остроконечные фолликулярные узелки с роговой пробкой. На поверхности отдельных узелков находятся роговые шипики (*lichen ruber spinulosus*). Такие высыпания располагаются преимущественно на голених. В случае локализации их на волосистой части головы процесс нередко завершается атрофией и облысением (*lichen ruber follicularis decalvans*), которые в сочетании с алопецией в подмышечных впадинах и в области лобка, шиповидными роговыми папулами на туловище и конечностях обозначаются как **синдром Литтла - Лассюэра**.

Пемфигοидный красный плоский лишай характеризуется возникновением пузырьков и пузырей преимущественно на поверхности типичных папул или на фоне эритемы, редко на неизменной коже. В последнем случае не исключена возможность развития буллезного пемфигοида. Необходимо учитывать, что пемфигοидная форма красного плоского лишая может быть проявлением паранеоплазии или токсикодермии. Пузыри могут появляться как на высоте развития заболевания, чаще при более остром течении, так и в стадии регрессирования. В редких случаях они могут предшествовать появлению типичных высыпаний. При локализации высыпаний на волосистой части головы процесс может закончиться развитием рубцовой алопеции. На коже могут оставаться атрофические изменения типа анетодермии и гиперпигментация.

При гипертрофическом красном плоском лишае главным образом на передней поверхности голени образуются сильно зудящие гиперкератотические бляшки красновато-фиолетового цвета, возвышающиеся (иногда значительно) над поверхностью кожи. Такие бляшки чаще возникают в результате слияния отдельных мелких бляшек и узелков. Иногда встречаются изолированные гиперкератотические очаги, которые, располагаясь на лице и верхних конечностях, по клинической картине напоминают сенильный кератоз или базалиому.

Еще более редкими являются следующие разновидности красного плоского лишая:

- ***lichen ruber moniliformis***, при котором преимущественно на коже шеи, в области плечевого пояса, живота наблюдаются уплощенные, иногда пигментированные, сетевидно и густо расположенные папулы;
- ***lichen ruber erythematosus***, характеризующийся типичными узелковыми высыпаниями на фоне более или менее диффузного покраснения кожи, создающегося за счет густого расположения поверхностных высыпаний малинового цвета, исчезающих при диаскопии;
- ***lichen ruber obtusus***, отличающийся изолированными полушаровидными папулами красновато-фиолетового цвета с небольшим западением в центре и локализующийся преимущественно на голених;
- ***lichen ruber serpiginosus***, характеризующийся одиночными серпигиозными очагами, оставляющими при регрессировании нежную атрофию с гиперпигментацией.

Описаны случаи сочетания признаков красного плоского лишая и дискоидной волчанки [Romero I. et al., 1977; Davies I. et al., 1977, и др.]. При этом очаги чаще располагаются в дистальных отделах конечностей, имеют синюшно-красный или фиолетовый цвет, с гипо- и гиперпигментациями, телеангиэктазиями, атрофией, а иногда с бородавчатыми,

буллезно-язвенными изменениями; шелушение незначительное, фолликулярный гиперкератоз непостоянен и нерезко выражен. На других участках, в том числе и на слизистой оболочке полости рта, могут выявляться типичные высыпания красного плоского лишая или атрофические сиреневато-красноватые бляшки. Наблюдаются также выраженные дистрофические изменения ногтей вплоть до анонихии, у некоторых больных развивается рубцовая алопеция. При гистологическом и иммунофлюоресцентном (прямая реакция) исследовании также выявляют признаки обоих заболеваний. В качестве одной из причин подобного сочетания служит общность патогенетических механизмов. Видимо, для более точной диагностики в таких случаях, помимо комплекса гистологических, серологических, клинических, иммунофлюоресцентных параметров, может оказаться полезной непрямая реакция иммунофлюоресценции, предложенная R. G. Olsen и соавт. (1984) для выявления специфического антигена красного плоского лишая. Этот антиген был обнаружен у 80 % больных красным плоским лишаем и ни у одного - красной волчанкой.

Гистологические изменения при красном плоском лишае характеризуются гиперкератозом, неравномерным гранулезом, акантозом с удлинением и заострением (в виде пилы) эпидермальных отростков, вакуолизацией клеток базального слоя, полосовидной лимфоцитарной инфильтрацией сосочкового слоя дермы.

Дифференциальная диагностика. Красный плоский лишай следует отличать от папулезного сифилида, токсикодермии, амилоидного и микседематозного лихенов, лихеноидного и бородавчатого туберкулеза кожи, мелкоузелковой формы саркоидоза, узловой почесухи, хромомикоза, диффузного и ограниченного нейродермита, красного отрубевидного волосяного лишая, оомозелости, кольцевидной гранулемы, бовеноидного папулеза, склеротического белого лишая, пузырчатки, токсической меланодермии, болезни Дарье, псориаза, лихеноидного парapsoriasis, плоских юношеских бородавок, саркомы Капоши, блестящего лишая, болезни Фокса-Фордайса, болезни Кирле, папулезного акродерматита, злокачественного атрофирующего папулеза, крауроза вульвы, претибиальной микседемы.

Дифференциальная диагностика обычных форм красного плоского лишая, как правило, не вызывает затруднений.

Наиболее часто с **папулезным сифилидом** приходится дифференцировать кольцевидную форму красного плоского лишая вследствие того, что элементы при ней часто локализуются на половых органах и в полости рта. Следует учитывать, что в отличие от папулезных сифилидов узелки при красном плоском лишае красновато-фиолетового цвета, а не медно-красного, расположены более поверхностно и менее инфильтрированы, имеют полигональные очертания. При сифилисе 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.

Крупнопятнистая и лихеноидная формы **токсикодермий**, особенно лекарственных (от сальварсана, висмута, антибиотиков, антималярийных препаратов и др.), могут иметь сходство с красным плоским лишаем. В ряде случаев требуются длительное наблюдение и гистологическое исследование, чтобы установить правильный диагноз. Большое значение при этом имеет анамнез (указания на прием лекарственных препаратов, воздействие токсичных веществ и др.). Должны быть учтены также более острый характер и относительно кратковременное течение токсикодермий.

В отличие от красного плоского лишая узелки при **амилоидном лихене** не имеют полигональных очертаний, центрального вдавления, цвет их чаще желтовато-коричневатый. Фиолетовый оттенок, столь характерный для красного плоского лишая, слабо выражен. Высыпания амилоидного лишая более плотные, чаще сливаются с образованием плотных шагреновидных бляшек. При амилоидном лихене наблюдается более интенсивный зуд, не бывает высыпаний в полости рта, положительна проба с конго красным, при гистологическом исследовании выявляют амилоид.

При дифференциальной диагностике красного плоского лишая и **микседематозного лишая** следует принимать во внимание, что последний развивается преимущественно у женщин пожилого возраста. Предпочтительной локализацией высыпаний являются туловище и верхние конечности (слизистые оболочки не поражаются). Узелки полушаровидные, не имеют полигональных чертаний, восковидные или имеют цвет нормальной кожи (без характерного для красного плоского лишая сиреневатого оттенка), располагаются скученно, могут сливаться в отечные уплотнения, апоминающие склеродермические. Микседематозный лишай имеет совершенно иную гистологическую картину (гиперкератоз, атрофия росткового слоя эпидермиса, отек и гомогенизация коллагеновых волокон в верхней части дермы, преимущественно периваскулярная, реже полосовидная лимфоидная инфильтрация в средней части ее).

При **лихеноидном туберкулезе кожи** в отличие от красного плоского лишая первичным элементом являются не узелки, а бугорки желтовато-коричневого цвета без сиреневатого оттенка и центрального вдавления, располагающиеся преимущественно на боковых поверхностях туловища, после регрессирования которых остается нерезко выраженная атрофия кожи. Часто выявляются бугорки конической формы с шипиком на поверхности, располагающиеся перифолликулярно, что при красном плоском лишае наблюдается редко. Для лихеноидного туберкулеза кожи характерно расположение высыпаний группами, иногда бугорки сливаются в небольшие мало инфильтрированные, слегка шелушащиеся очаги желтовато-коричневого цвета, напоминающие очаги себорейной экземы. При установлении диагноза должно быть учтено и то обстоятельство, что лихеноидный туберкулез кожи развивается преимущественно в детском возрасте, в то время как красный плоский лишай у детей наблюдается редко. Дифференциально-диагностическое значение имеют также всегда положительные при лихеноидном туберкулезе кожи реакции на туберкулин и особенно результаты гистологического исследования: обнаруживают туберкулоидную структуру инфильтрата при лихеноидном туберкулезе кожи и описанную выше довольно специфическую картину при красном плоском лишае.

От **бородавчатого туберкулеза** веррукозный лишай отличается преимущественной локализацией очагов поражения на голених, а не на тыльной поверхности кистей и пальцев рук, что характерно для туберкулеза, отсутствием трех зон в очаге поражения (центральной - ороговевшей, бородавчатой, средней - инфильтрированной, синюшно-красного цвета и периферической - более яркой красной окраски) и рубцевания, наличием интенсивного зуда, совершенно иной гистологической картиной.

Некоторое сходство с красным плоским лишаем может иметь **мелкоузелковая форма саркоидоза**, особенно в поздних стадиях, когда в центре высыпных элементов появляется небольшое западение. От мелкоузелкового саркоидоза красный плоский лишай отличается цветом высыпаний (при саркоидозе превалирует желтовато-бурая окраска), формой элементов (уплощенная при красном плоском лишае, полушаровидная при саркоидозе), полигональными, а не округлыми очертаниями папул, наличием центрального вдавления на их поверхности, отсутствием феномена запыленности,

который обнаруживают при диаскопии элементов саркоидоза. Следует учитывать и такие признаки, как частая локализация очагов поражения при саркоидозе на лице, что не характерно для красного плоского лишая, и, наоборот, исключительно редкое в отличие от красного плоского лишая поражение слизистых оболочек при саркоидозе. Для саркоидоза характерны отсутствие зуда и системность поражения. Если перечисленных дифференциально-диагностических критериев недостаточно, то следует провести гистологическое исследование: при саркоидозе выявляют характерную структуру инфильтрата.

С узловой почесухой чаще приходится дифференцировать веррукозный красный лишай, учитывая, что при этих заболеваниях поражаются преимущественно голени. Следует иметь в виду, что при узловой почесухе сыпные элементы обычно немногочисленные, более крупные, плотные, имеют полушаровидную, овальную форму. Поверхность их часто покрыта геморрагическими корочками. В отличие от узловой почесухи при красном плоском лишае вокруг крупных очагов, а нередко и на других участках кожи обнаруживают типичные для данного заболевания полигональные папулы. При узловой почесухе высыпания на слизистых оболочках отсутствуют.

В отличие от веррукозного красного лишая при **папилломатозно-язвенной форме хромомикоза** преобладают буроватые, а не фиолетовые тона. Процесс располагается более глубоко и может осложняться элифантиазом. При хромомикозе часто наблюдается изъязвление очагов поражения с последующим рубцеванием. Заболеванию свойственно также наличие вокруг центральной бородавчатой зоны, покрытой корками, широкого плотноватого (келоидоподобного) валика инфильтрата. Гистологически для хромомикоза характерны гранулематозная структура инфильтрата и элементы гриба (их можно обнаружить и при микроскопическом исследовании соскоба с очагов поражения, а также получить культуру при посеве патологического материала).

При изолированной локализации очагов поражения на голених веррукозный красный лишай может иметь некоторое сходство с гипертрофической формой **ограниченного нейродермита**. Однако при красном плоском лишае зуд никогда не бывает так интенсивен, как при нейродермите. Элементы красного плоского лишая не имеют характерной для ограниченного нейродермита центральной, резко инфильтрированной и лихенифицированной зоны, не сопровождаются характерными для нейродермита участками гипер- и депигментации, иногда мелкими рубчиками на месте глубоких эскориаций. Вокруг бляшек при красном плоском лишае, как правило, обнаруживают типичные полигональные папулы с сиреневатым оттенком.

Труднее дифференцировать *lichen ruber acuminatus* от **красного отрубевидного волосяного лишая**, особенно если учесть, что некоторые дерматологи рассматривают эти дерматозы как одно заболевание. Однако имеется ряд признаков, позволяющих различить эти заболевания. Так, при болезни Девержи высыпания состоят из фолликулярных папул желтовато-красного, а не красновато-фиолетового цвета, локализующихся чаще на разгибательной поверхности конечностей, а не на сгибательной и в полости рта, особенно на тыльной поверхности пальцев (симптом Бенье). Отмечается тенденция к слиянию папул с образованием очагов с шероховатой поверхностью, напоминающей терку, иногда развивается эксфолиативная эритродермия и в ранние сроки возникают кератозы в области ладоней и подошв. Волосистая часть головы при болезни Девержи поражается значительно чаще, чем при *lichen ruber acuminatus*. При этом выявляются не фолликулярные узелки, а умеренная эритема и пситириазиформное диффузное шелушение, рубцово-атрофических изменений не наблюдается. В противоположность болезни Девержи высыпания при *lichen ruber acuminatus* очень редко локализируются на лице. Кроме

того, обычно болезнь Девержи начинается и протекает менее остро. Особенности гистологической картины при болезни Девержи, на основании которых можно отличить этот дерматоз от остроконечного красного лишая, являются резко выраженный фолликулярный гиперкератоз, незначительная выраженность гранулеза, не полосовидный, а преимущественно периваскулярный необильный инфильтрат, состоящий из нейтрофилов и лимфоцитов.

Высыпания красного плоского лишая на ладонях и подошвах отличаются от **омозолелостей** воспалительным характером, наличием синеватого ободка и шелушения вокруг ороговевших папул.

С **кольцевидной гранулемой** приходится дифференцировать lichen ruber annularis. Следует учитывать разную предпочтительную локализацию высыпаний при этих дерматозах: половые органы при кольцевидном красном плоском лишае, кисти при кольцевидной гранулеме. Кроме того, первичные элементы имеют разные очертания: полигональные при красном плоском лишае, округлые при кольцевидной гранулеме. При красном плоском лишае папулы уплощены, в центре имеют вдавление, поблескивают, а при кольцевидной гранулеме элементы полушаровидные, без пупкообразного вдавления и блеска, без фиолетового оттенка и не сопровождаются зудом.

От **бовеноидного папулеза** половых органов высыпания красного плоского лишая отличаются часто встречающимся кольцевидным расположением, большей плотностью узелков, но без веррукозности, более однотонной окраской с фиолетовым оттенком, в то время как при бовеноидном папулезе цвет высыпаний может варьировать от синюшно-красного до коричневатого. При бовеноидном папулезе при клинически доброкачественных проявлениях и склонности к самопроизвольному регрессированию гистологически обнаруживают рак in situ.

Пигментная форма красного плоского лишая может иметь некоторое сходство с **лихеноидной** токсической меланодермией. Дифференциальная диагностика основывается на том, что токсическая меланодермия располагается преимущественно на открытых участках тела. Ее появлению часто предшествует эритема, а обострению - инсоляция. Узелковые высыпания не имеют характерных для красного плоского лишая полигональных очертаний и центрального вдавления. Диагностику облегчает обнаружение типичных для красного плоского лишая высыпаний в полости рта, которые довольно часто наблюдаются при пигментной форме. Следует также учитывать, что при токсической меланодермии, помимо гиперпигментации и фолликулярных папулезных элементов, могут определяться псевдоатрофические изменения и телеангиэктазии. Нередко отмечается ухудшение общего состояния (слабость, отсутствие аппетита и др.).

Дифференциальная диагностика lichen ruber atrophicus от **белого склеротического атрофического лишая** основывается на том, что при красном плоском лишае атрофические изменения развиваются при регрессировании типичных для этого заболевания папулезных элементов, в то время как при склерозирующем лихене подобные изменения - первичный процесс, проявляющийся образованием небольших склероатрофических очажков беловато-сероватого цвета, иногда с перламутровым блеском, точечными углублениями, фолликулярным кератозом, сиреневатым краем. Атрофические изменения наиболее выражены при локализации в области вульвы. Участки атрофии при склероатрофическом лихене значительно обширнее, чем при красном плоском лишае. В их зоне могут образоваться пузыри с прозрачным или геморрагическим содержимым. Нередко одновременно возникают очаги поверхностной склеродермии. Зуда при этом, как правило, не бывает.

Различна и гистологическая картина этих дерматозов: при красном плоском лишае наблюдаются гиперкератоз, гипергранулез, акантоз, вакуолярная дегенерация клеток базального слоя, полосовидный, преимущественно лимфогистиоцитарный, прилегающий к эпидермису и проникающий в него инфильтрат в дерме, при склероатрофическом лишае - фолликулярный гиперкератоз, истончение росткового слоя и сглаживание сосочков, отек и зона склероза коллагена под эпидермисом, уменьшение или исчезновение эластических волокон, периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты.

Необходимость в дифференциальной диагностике между пузырчаткой и пемфигоидным красным плоским лишаем возникает главным образом при изолированной локализации очагов поражения в полости рта. В таких случаях следует учитывать, что эрозии при пузырчатке болезненны, не склонны к заживлению, слизистая оболочка вокруг них обычно не изменена, в мазках-отпечатках с поверхности эрозий обнаруживают клетки Тцанка, в то время как при красном плоском лишае эрозии, возникающие на месте буллезных высыпаний, не сопровождаются столь резкими, как при пузырчатке, субъективными ощущениями, течение их менее торпидно, вокруг них, как правило, удается обнаружить типичные для красного плоского лишая первичные элементы, клетки пузырчатки отсутствуют.