

Термін	Визначення
Псоріаз , або лускатий лишай	хронічне рецидивуюче захворювання шкіри мультифакторіальної етіології з домінуючим значенням у розвитку генетичних факторів, з мономорфними папульозними висипами, у разі якого можливі прояви на слизовій оболонці рота, особливо на червоній окрайці губ, з тенденцією до розповсюдження шкірного процесу, яке іноді викликає серйозні зміни у різних органах та системах. Розповсюдженість цього захворювання надзвичайно висока — вона реєструється у 1,5 - 2 % населення розвинутих країн, зустрічається у будь-якому віці, однаково серед жінок та чоловіків
Етіологія, патогенез	псоріазу до кінця нез'ясовані. Вважається, що це захворювання має мультифакторну природу, і це підтверджується окремими дослідженнями. Деякі автори, зокрема, висувають припущення про <i>вірусну</i> етіологію псоріазу, проте воно на сьогодні не підтверджено. У деяких хворих встановлено зв'язок псоріазу з вогнищевою інфекцією (тонзиліт), що якоюсь мірою дає підстави думати про <i>інфекційно-алергічне</i> походження захворювання. Існує немало спостережень, що свідчать про виникнення псоріазу та його загострень під впливом <i>психічних травм</i> (стрес). У певної частини хворих захворювання пов'язують з <i>ендокринними порушеннями</i> , свідченням чого є випадки поліпшення і навіть повного одужання від псоріазу під час вагітності. Є теоретичні докази про зв'язок псоріазу з <i>порушеннями обміну</i> , зокрема ліпідного (холестеринового), ферментного, вітамінного. В останній час стає все більше прихильників погляду, що одним із провідних чинників у патогенезі захворювання є <i>імунні порушення</i> . Ґрунтуючись на новітніх генетичних дослідженнях, окремі вчені доводять <i>генетичну</i> природу псоріазу.
Клініка	Псоріаз виникає у різних хворих по різному. Але часто захворювання починається гостро з висипання дрібних, діаметром від 1 до 5мм, яскраво - рожевих папул на усьому шкірному покриві (<i>краплевидний</i> псоріаз), що швидко покриваються сріблясто - білими лусочками. Папули поступово збільшуються в розмірах і перетворюються на бляшки різної величини, що різко відокремлені від неураженої

	шкіри (<i>бляшковий</i> псоріаз). Бляшки часто зливаються між собою, утворюючи значні за розмірами вогнища, займаючи значні ділянки шкірного покриву та утворюючи вогнища з фігурними обрисами: кільцевидні, дугоподібні, серпігінозні, „географічні”. Висипи можуть локалізуватися на будь - якій ділянці шкіри, як правило, симетрично, хоча можливе і одностороннє розміщення бляшок. Переважна локалізація висипів на розгинальних поверхнях верхніх і нижніх кінцівок, особливо на ліктях і колінах, у ділянці крижів і волосистої ділянки голови. Тут псоріатичні бляшки утримуються особливо довго, інколи залишаючись тривалий час у вигляді так званих чергових бляшок. Іноді псоріатичним процесом ізольовано уражаються долоні й підошви, а також великі шкірні складки — пахові, пахвинно-стегнові, під молочними залозами у жінок. Може розвинутихся ураження усього шкірного покриву. Іноді висипи розташовуються на червоній окрайці губ та на слизових оболонках рота.
Ексудативний псоріаз	-У деяких хворих псоріатичні висипи в гострий період відрізняються значною серозною ексудацією, внаслідок чого на поверхні бляшок утворюються пластівчасті кірко - лусочки жовтуватого кольору, після відокремлення яких, оголюється волога, трохи кровоточива поверхня. Виявлення феноменів псоріазу при цій формі утруднене.
У розвитку псоріазу розрізняють три стадії:	прогресуючу (гостру), стаціонарну, регресуючу (стадію завершення).
Прогресуюча стадія	характеризується виникненням нових папул, збільшення їх розмірів; лущення не досягає меж здорової шкіри, залишаючи по периферії бляшок вузьку рожеву смужку. Хворі скаржаться на свербіж. Крім того, у прогресуючій стадії може спостерігатися так звана ізоморфна реакція (феномен Кебнера), що виражається появою через 7 – 10 днів псоріатичних папул на місці травми шкіри. Псоріатична тріада симптомів позитивна
Стаціонарна стадія	нові висипні елементи не з’являються, інтенсивність свербіжу менша або він зникає. Феномен Кебнера негативний, а отримання тріади симптомів утруднене.
Регресуюча стадія	характеризується зменшенням лущення, поступовим сплюсненням бляшок до повного їх зникнення з

	утворенням депігментованих або гіперпігментованих плям. Характерні псоріатичні симптоми негативні.
Перебіг псоріазу	хронічний, рецидивуючий, загострення частіше спостерігається восени та взимку (<i>зимовий тип</i>), рідше - влітку (<i>літній тип</i>).
Себорейний псоріаз	Найбільш часто первинно псоріаз локалізується на волосистій частині голови, де він тривало може бути ізольованим. Тут та на інших „себорейних” місцях (обличчя, шкіра за вухами, груди) висипи вкриті лусочками досить інтенсивно. Хворі відчувають сильний свербіж.
Псоріаз крупних складок	лущення майже відсутнє, поверхня вогнищ гладка, яскраво – червона, іноді волога. У глибині складок, особливо під молочними залозами, можуть виникати тріщини. У міжпальцевих складках вогнища ураження іноді мають вигляд вологих, різко обмежених ділянок білуватого кольору без почервоніння – так званий білий псоріаз. На статевих органах псоріатичні висипи можуть бути єдиними проявами хвороби. Вони розташовуються на голівці статевого члену та внутрішній поверхні крайньої плоті, на малих статевих губах. Межі вогнищ різкі, лущення незначне, а феномени псоріазу не досить чіткі.
Пустульозна форма псоріазу	утворення своєрідних мікроабсцесів у епідермісі, лусочки стають вологими й перетворюються на мікролусочки. Ця форма локалізується, як правило, на долонях та підошвах, але може приймати і генералізований характер з лихоманкою, нездужанням, лейкоцитозом, підвищеною <i>ШОЕ</i>
Артропатичний псоріаз	Спочатку хворі лише відчувають біль, а згодом спостерігається припухання суглобів і обмеження їх рухомості. Можуть спостерігатися деформації суглобів, анкілози, іноді міозити, атрофічні зміни м'язів. Під час рентгенологічного дослідження виявляють явища навколосуглобового остеопорозу, звуження міжсуглобових щілин, остеофіти, кистозні просвітлення кісткової тканини, ерозії кісток.
Псоріаз долоней та підошв.	При цьому поряд з типовими папульозно – бляшковими елементами, спостерігатимуться гіперкератотичні вогнища, схожі на оmozоленості. На їх поверхні можуть бути болючі тріщини, а також пустульозні висипи. Феномени термінальної плівки та крапкової кровотечі викликати важко.

Частим симптомом псоріазу є ураження нігтьових пластинок	яке виявляється утворенням крапкових вдавлень (симптом наперстку), деформацією нігтьової пластинки, крихкістю вільного краю, зміною забарвлення нігтя, появою поперечних та повздовжніх борозенок, піднігтьових крововиливів. Іноді оніхопатологія розвивається задовго до появи клінічних висипань.
Ураження слизової оболонки рота залежить від форми захворювання	При звичайному псоріазі висипи локалізуються на щоках, губах, язиці та представлені овальними дещо піднятими над слизовою оболонкою вузликами з різкими межами білуватого або сірувато – білого кольору з рожевим обідком навкруги. Висипи можуть вкриватися білувато – сірим нальотом, після видалення якого оголюється яскраво – червона поверхня з явищами крапкової кровотечі. При появі псориатичної бляшки на дні порожнини рота, вона має неправильні обриси, вкрита плівкою та окреслена запальним обідком. Висипи у роті з'являються під час загострення шкірного псориатичного процесу, але зникають не завжди одночасно. При пустульозному псоріазі слизова оболонка уражується частіше. Переважно висипи локалізуються на язиці та утворюють картину географічного глоситу. Слизова оболонка зтоншується, сосочки язика атрофуються. На слизовій оболонці щік та ясен можуть з'являтися окремі гладенькі червоні вогнища з підвищеними сірувато – білими краями різних обрисів та розмірів
Діагностика	- псоріазу ґрунтується на типовій локалізації, мономорфності висипів характерного рожево - червоного кольору, наявності тріади феноменів, результатах гістологічних, рентгенологічних, імунологічних досліджень.
Диференціюють	від парапсоріазу, папульозного сифіліду, червоного плоского лишая, дискоїдного червоного вовчаку, себореїної екземи, кандидозу, рубромікозу, пахової епідермофітії, кератодермій, ревматоїдного артрити.
Лікування	При призначенні лікування хворих урахують форму, стадію та ступінь розповсюдженості висипів. При необхідності проводять корекцію виявлених супутніх захворювань. Хворим показана дієта з обмеженням повареної солі, екстрактивних речовин, жирів, вуглеводів. Із загальних засобів застосовують: гіпосенсибілізуючі (30% розчин тіосульфату натрію, 10 % розчин хлориду кальцію), седативні засоби

	(броміди, валеріана, транквілізатори), антигістамінні препарати (тавегіл, лоратадін, кларитин, телфаст), сечогінні (гіпотіазид, фуросемід, цикламін), вітаміни (А, В₁, В₁₂, В₆, фолієва кислота, аскорбінова кислота), гепатопротектори (есенціале, хофітол), пірогенні препарати (пірогенал, продігіозан), імуностимулюючі препарати (тактивін, тималін, нейропептиди). При псоріатичні еритродермії та прогресуючому розповсюджені псоріазі – короткочасно кортикостероїди. При артропатичному псоріазі слід застосовувати нестероїдні протизапальні засоби (індометацин, вольтарен, бутадіон, немесулід, арава), при тяжких формах псоріазу застосовують цитостатики (метатрексат, азатіоприн, 6 – меркаптопурин) та ПУВА - терапію.
Місцева терапія	застосовується з обережністю при вираженому запаленні. У прогресуючу стадію застосовують індеферентні мазі: 1 – 2 % саліцилова мазь, крем Унни, кортикостероїдні креми та мазі. У стаціонарній стадії застосовуються: 5 – 10 % нафталанова мазь, 3% саліцилова мазь, 2 – 5 % сірчано – дьогтьова мазь, псоркутан, бетасалік, аерозоль та крем Скін - кап; ванни з відваром шалфею, ромашки. У регресуючій стадії застосовують 3—5 % саліцилова мазь, 10 – 20 % нафталанова мазь, 5 – 10 % сірчано – дьогтьова мазь, псоркутан, псоріазин. При псоріазі волосистої частини голови використовують 2 % ртутно – саліцилову мазь, лосьон Беласалік, шампунь Скін – кап, Фрідерм – цинк, дьоготь. Одночасно призначають теплі ванни 1 раз у 2—3 дні або теплий душ. Для лікування хворих на зимову форму псоріазу корисно комбінувати мазьову терапію із загальним опромінюванням ультрафіолетовими променями, у літній період рекомендують геліотерапію в поєднанні з морськими купаннями (озеро Кунігунда, Кримське узбережжя, Сочі, Мертве море).
Псоріаз у дітей	Фактори ризику розвитку псоріазу у дітей: - Спадковий фактор. Псоріаз належить до генетично детермінованих захворювань, з аутосомно-домінантним типом успадкування з частковою пенетрантністю - Інфекційні захворювання (ангіна, гострі респіраторні захворювання, скарлатина, вітряна

	віспа, кір, дизентерія) Передують розвитку псоріазу майже у половини дітей* - Неадекватна харчова поведінка Вживання значної кількості солодощів, жирної їжі може бути провокуючим фак- тором щодо виникнення перших проявів псоріазу** - Фізичні стреси (переохолодження, травми, підвищена інсоляція) Є провокуючими факторами хвороби - Емоційно-психічні стреси (переляк, смерть близьких, розлучення батьків, проблеми у школі). Є частими провокуючими факторами розвитку псоріазу у дітей та підлітків
Диференційна діагностика	Див. таблиця 1.
Особливості клінічного перебігу хвороби у дітей	- Безперечним є те, що клінічний перебіг псоріазу у дітей та підлітків має свої особливості: - нетипова локалізація висипки (великі складки, ділянки, що заз- нають впливу тертя або травму- вання); - ураження шкіри обличчя, волосистої частини голови за типом себорейного дерматиту, статевих органів; - висипка супроводжується свербінням, іноді значним; - наявність ексудативних форм з явищами мацерації, інколи мокнення з утворенням нашарувань кірко-лусочок; - «psoriasis inversus» – переважна локалізація висипки у великих складках та ділянці промежини; - поєднання проявів псоріазу з алергічними реакціями; - переважання краплиноподібних форм унаслідок перенесених бактерійних та вірусних інфекцій; - імітування клінічної картини інших дерматозів (кандидози, атопічний дерматит, екзема); - відсутність інфільтрації висипки, наявність еритематозних плям із чіткими межами; - патогномонічний «псоріатичний феномен» слабо виражений або взагалі відсутній, це можна пояс- нити тим, що бляшки дещо запа- дають у центрі, а лусочкові наша- рування

	різко виражені; - рідко трапляються варіанти ускладнень псоріазу, псоріатична еритродермія і псоріатична артропатія; - суглоби у дітей майже не вражаються; - псоріатична еритродермія може розвинутися у дітей, якщо в прогресивній стадії застосовувати подразнюючу місцеву терапію, ультрафіолетове опромінення.
Ведення дітей, хворих на псоріаз	Діагностичні заходи, обов'язковий спектр обстежень дітей з уперше встановленим діагнозом псоріазу: 1)консультація отоларинголога, стоматолога, гастроентеролога; 2)біохімічна гепатограма, 3)обстеження на дисбактеріоз, гельмінтоносійство, 4)копрограма, 5)імунограма. • частий прийом їжі з урахуванням загальної її кількості залежно від віку дитини чи підлітка; • моноїжа одноразово, але різноманітна протягом дня; • достатня кількість рослинних жирів із обмеженням тваринних; • велика кількість овочів (буряк, гарбуз, кабачок, капуста, ріпа, зелений горошок), фруктів (крім цитрусових); • достатня кількість мікроелементів; • вживання фіточаїв, відвару вівса. У режимі дня дитини з метою покращення мікроциркуляції та біоенергетичного стану клітин в усіх органах мають бути заплановані активні ігри на свіжому повітрі, тривалі піші прогулянки.
Лікування	1.3 метою детоксикації: • Хофітол: по 1–2 таблетки 3 рази на день перед їжою; • Ентеросгель: діти до 5 років – 5 г (1 чайна ложка) 3 рази на день; діти від 5 до 14 років – 10 г (1 десертна ложка) 3 рази на день за 1 год перед їжою; • Холівер: дітям до 4 років – по 1–2 табл. 3 рази на день; дітям після 4 років – по 2–4 табл. 3 рази на день під час їди (10–20 днів); • Екстракт артишоку: дітям від 6 до 12 років – по 1 краплі 3 рази на день; дітям після 12

	років – по 2 краплі 3 рази на день за 30 хв. до їжи (2–4 тижні). 2.Обов'язковим компонентом у лікуванні дітей із псоріазом є обстеження з подальшою санацією глистяних інвазій. Слід зауважити, що протипаразитарне лікування необхідно призначати лише після попередньої дезінтоксикаційної терапії, сліпого зондування, тюбажів • Піперазину адипінат – по 1 табл. 1 раз на день; • Вермокс – по 1 табл. 2 рази на день. Обов'язковим є призначення після цього пробіотиків з метою відновлення нормальної мікрофлори кишечника: • Ентерол: новонародженим та дітям до 1 року – по 0,5 пак. 2 рази на день; дітям від 1 до 10 років – по 1 пак. 2 рази на день; • «Йогурт»: дітям до 1 року – по 0,5 капсули на день; 1–3 роки – 1–2 капсули на день; 3–12 років – 1 капсула 3 рази на день; 12 років – 1–2 капсули 3 рази на день; • Біфі-Форм: дітям від 2 місяців до 2 років – по 0,5 капсули 2 рази на день (капсули розкривати і змішувати з їжею); від 6 місяців до 2 років – 1 капсула 2 рази на день; • Лактовіт: до 2 років – по 1 кап-сулі (відкрити і розвести з молоком перед годуванням); старше 2 років – по 2 капсули 2 рази на день за 40 хв. до їжи; • Пробіовіт: діти до 1 року (сироп) – по 1 мл 1–2 рази на добу; 1–5 років – по 2 мл 1–2 рази на добу; 5–10 років – по 3 мл 1–2 рази на добу; 11–14 років – по 3 мл 1–2 рази на добу; старше 14 років – по 5 мл 1–2 рази на добу. При виявленні порушень з боку функції печінки доцільно призначити гепатопротектори: • Тіотріазолін: після 12 років – по 1–2 таблетки 3–4 рази на день; • Дарсил: діти з 5 років – 5 мг/кг маси тіла 2–3 рази на день; • Карсил: для дітей з 5 років – доза 5 мг/кг маси тіла, розділена на 2–3 прийоми; • Урсохол забезпечує сучасний рівень
--	---

	гепатопротекції, оскільки справляє повний комплекс необхідної дії на печінку та жовчовивідні шляхи: дітям з масою тіла 25–50 кг – 1 капсула на добу; дітям з масою тіла більше 50 кг – 2 капсули на добу. Актуальним у комплексній терапії псоріазу залишається використання вітамінотерапії. Рекомендуються альфа-токоферолацетат (синтетична похідна вітаміну Е), ретинол-ацетат (вітамін А) та аскорбінова кислота. Ці препарати призначаються per os, доза розраховується відповідно до віку. За умови гострого перебігу хвороби, наявності свербіжу, алергічного компонента індивідуально вирішується питання щодо лікування антигістамінними препаратами на короткий термін. Перевагу надають сучасним препаратам з одноразовим дозуванням упродовж доби: • Лоратадин: дітям від 2 до 12 років, якщо маса тіла менше 30 кг – 0,5 таблетки 1 раз на день; вік більше 12 років, маса тіла більше 30 кг – 1 таблетка 1 раз на день; • Еріус: дітям після 12 років – по 1 таблетці 3 рази на день; • Белфаст: 1 таблетка 1 раз на день; • Цетиризин: дітям від 2 до 12 років, якщо маса тіла менше 30 кг – 5 мл на добу; дітям з масою тіла більше 30 кг – 10 мл на добу; • Супрагістим-Дарниця: 1 таблетка на добу. Не слід призначати димедрол і піпольфен! Враховуючи роль нервової системи у патогенезі та розвитку маніфестних проявів псоріазу, певну увагу приділяють корекції психоемоційних розладів. До комплексної терапії доцільно включити заспокійливі засоби: • Фітосед: дітям старше 12 років – по 5 мл (1 чайна ложка) у невеликій кількості води 3 рази на добу; • Седасен: дітям старше 12 років – по 1 капсулі 2 рази на день; • Седавіт: дітям старше 12 років – по 5 мл (1 чайна ложка) 3 рази на день; • Гліцисед: дітям старше 3 років – по 1 таблетці 2 рази на день. Засоби зовнішньої терапії при псоріазі представлено у табл. 2.
--	--

	Для зменшення або запобігання ускладнень при застосуванні ГКС у дітей ми пропонуємо тандем-терапію: - перший раз (о 9-й годині) наносити стероїдний препарат; - другий раз (о 17-й годині) наносити зволожувальний крем. Тривалість лікування – 7–10 днів. Усі топічні ГКС рекомендуємо розводити індиферентною маззю.
Реабілітація та фізіотерапія при псоріазі у дітей	Завдання фізіотерапії: • нормалізувати функцію центральної нервової системи; • знизити її підвищену збудливість; • стимулювати функцію кори надниркових залоз; • збільшити проникність гематосиновіального бар'єру; • покращити кровопостачання і тканинний обмін; • збільшити чутливість шкіри до ультрафіолетових променів; • покращити пото- та саловиділення; • досягти пом'якшення бляшок та їх розсмоктування. Широко застосовують фізичні методи. У гострій або прогресуючій стадії для нормалізації збудливо-гальмівних процесів у головному мозку, покращення сну і для швидкого переходу захворювання в ста-ціонарну стадію рекомендований електросон (частота 5–15 Гц), тривалість процедури 30–40 хв. Фізіотерапію призначають у стаціонарній стадії: 1. УФО загальне за прискореною схемою, щоденно. 2. Ванни (див. таб. 3) 3. Електрофорез сульфідної води (концентрація до 0,4 ч./л) на осередки ураження, тривалість 20 хв. 4. Світлотеплова ванна на кінцівки, тривалість 20 хв. щоденно або через день. 5. Грязьові аплікації (температура 40–42°C) на ділянки уражень, тривалість 20 хв. через день. 6. Сонячн і ванни. 7. УФО місцево (4–6 біодоз через 2–3 дні) або опромінення сегментної зони, 3–4 біодози. 8. Дарсонвалізація (або ультратонтерапія) на

	осередки ураження, тривалість 15 хв. щоденно. 9. Ультразвук (або фонофорез гідрокортизону) на вогнища ураження, доза 0,6 Вт/см², 3–5 хв. на один осередок, через день. 10. Купання морські, ЛФК, щоденно.
--	---

Червоний плоский лишай	Хронічний дерматоз, що характеризується появою на шкірі та на слизових оболонках, особливо часто на слизовій оболонці рота та червоній окрайці губ, мономорфних папульозних висипів. Це захворювання зустрічається досить часто та складає близько 1% усіх шкірних хвороб. Хворіють частіше у віці 30 – 60 років. Чоловіки, як правило, хворіють у молодому віці, жінки – після 50 років. Люди похилого віку та діти хворіють рідко.
Етіологія і патогенез	червоного плоского лишая залишаються до кінця не з'ясованими. Існують декілька концепцій причини захворювання. Заслуговує на увагу <i>вірусна, або інфекційна теорія</i>, яка розглядає можливість наявності у хворих фільтруючого вірусу, що міститься внутрішньошкірно та проявляє свою активність під час зниження захисних сил організму під дією фізичних травм, психічного перенапруження. Ця теорія підтримується рядом зарубіжних авторів, хоча вірус до нашого часу ще не виділено. <i>Нейроендокринна, або неврогенна теорія</i> базується на випадках розвитку дерматозу та цього рецидивів після психічних травм, розповсюдження висипів по ходу певної інервації або по зонам подібно до оперізуючого лишая, та збільшення захворюваності серед жінок у період менопаузи. Ряд авторів пов'язують виникнення дерматозу з спадковою схильністю. <i>Спадкова теорія</i> вивчає випадки захворювання близьких родичів або членів сім'ї. <i>Токсико – алергічна (інтоксикаційна) теорія</i> розглядає зв'язок розвитку дерматозу з токсичною дією різних речовин (перш за все, лікарських препаратів), аутоінтоксикації при хронічній патології внутрішніх органів. Дослідження змін клітинного ланцюга імунітету дозволили встановити зниження числа Т – клітин та порушення співвідношення субпопуляцій Т – лімфоцитів у крові хворих на червоний плоский лишай. Тому багато дослідників схиляються до <i>імуноалергічної теорії</i>

	виникнення цього дерматозу, яка також передбачає комплексну участь інфекційних, вірусних, нервових, гуморальних, інтоксикаційних, спадкових та інших факторів у розвитку дерматозу. У наш час ця теорія є найбільш прийнятною.
Клініка	Захворювання часто починається з продромальних явищ: нездужання, нервового збудження, слабкості. Елементи висипки виникають гостро. Для червоного плоского лишая характерним висипним елементом є дермо- епідермальна папула розміром 1 – 3 мм у діаметрі, синюшно – червоного або лілового кольору з воскоподібним блиском. Вона має полігональні обриси, пупкоподібне вдавлення у центрі, не схильна до периферійного росту. У подальшому папули зливаються, утворюючи бляшки. При змащуванні її поверхні водою або олією, можна виявити наявність так званої <i>сітки Вікхема</i>. У більшості випадків висипи мають гладку поверхню, але в подальшому на них з'являються прозорі або сіруваті лусочки. Вогнища можуть бути обмеженими або набувають генералізованого характеру та групуються. У період прогресивного перебігу червоного плоского лишая у багатьох хворих спостерігається позитивна ізоморфна реакція (<i>феномен Кебнера</i>) на механічне подразнення. Суб'єктивно хворих турбує свербіж, нерідко – головний біль, відчуття поколювання, печіння, загальна стурбованість. Локалізація висипів може бути різноманітною, частіше вони розташовуються на шкірі згинальних поверхонь передпліч, на зап'ястках, ліктьових згинах, у пахвинних складках, підколінних западинах, на гомілкях, у ділянці попереку, на боковій поверхні тулуба, шкірі нижньої частини живота, у ділянці статевих органів. На кінцівках висипи симетричні. Рідко вони локалізуються на волосистій частині голови, обличчі, на долонях та підошвах. Часто у патологічний процес утягуються слизові оболонки рота та статевих органів, які можуть уражатись ізольовано або у сполученні з висипами на шкірі. Іноді висипання на слизових оболонках передують виникненню висипань на шкірі, у ряді випадків вони є єдиною ознакою захворювання. Висипи представлені округлими або полігональними дрібними папулами, білуватого – сірого або кольору фосфору. Папули групуються, утворюють бляшки,

	що можуть нагадувати лейкоплакію. Але клінічна картина захворювання на слизовій оболонці може бути досить різноманітною.
Типова форма	характеризується дрібними папулами сірувато – білого кольору, що зливаються та утворюють чудернацький малюнок у вигляді листків папоротнику. На язиці папули утворюють бляшки до 1 см у діаметрі, вкриті сірувато – білим нальотом. На червоній окрайці губ (частіше уражується нижня губа) папули часто зливаються у вигляді суцільної смужки з лущенням. Висипи локалізуються переважно на слизовій щік по лінії змикання корінних зубів, рідше на яснах, піднебінні, на дні порожнини рота. - На шкірі розрізняють декілька форм червоного плоского лишая.
Класична, або звичайна, форма	характеризується розвитком типових папул, що утворюють бляшки розміром до 2 см. Вогнища ураження можуть бути кільцевидної чи неправильної форми з вдавленням у центрі, можуть розташовуватися ізольовано або згруповано. Іноді елементи розташовуються по ходу нервів (зостеріформний червоний лишай), лінійно (лінеарний лишай) або у вигляді намиста (моніліформний ліхен). Симптом Уікхема позитивний.
Гіпертрофічна, або верукозна, форма	вогнища ураження, як правило, локалізуються на передньо – бокових поверхнях гомілок, часто симетрично. Представлені бородавчатоподібними утвореннями, що підвищуються над рівнем шкіри та вкриті роговими нашаруваннями. Колір вогнищ застійно - червоний, ціанотичний або лівідний.
Атрофічна форма	елементи червоного плоского лишая підлягають атрофічним змінам, не виступають над рівнем шкіри. Вони мають вигляд плям округлої форми з ліловим або насичено – рожевим забарвленням. Часто на слизовій оболонці рота знаходять типові висипи.
Пузирна форма	часто зустрічається на слизовій оболонці рота. На поверхні папульозних елементів розвиваються напружені пухирці, а на крупних бляшках – пузирі з серозним або серозно – геморагічним вмістом. При локалізації вогнищ на місцях природних складок шкіри або під впливом тиску чи тертя, можуть виникати ерозивно – виразкові елементи. Форма має торпідний перебіг.

Фолікулярний, або гострокінцевий, лишай	представлений фолікулярними та перифолікулярними папулами або у вигляді рубцевої алопеції волосистої частини голови, а також нерубцевої алопеції пахвинних впадин і лобка. Нерідко одночасно відмічається ураження слизових оболонок рота у вигляді сірувато – білих елементів.
Пігментна форма	– характеризується вираженою пігментацією частіше на шкірі живота, сідниць та нижніх кінцівок. Пігментація може існувати тривалий час, а елементи червоного плоского лишая можуть виникати одночасно з пігментацією або через деякий час після її появи. При наявності типових висипів на слизовій оболонці рота чи інших ділянках шкірного покриву можна встановити вірний діагноз. Перебіг червоного плоского лишая рецидивуючий, хронічний.
Діагностика	базується на типовій клінічній картині висипних елементів: лілово – перламутрові, полігональні плоскі папули з пуповидним вдавленням у центрі, наявність сітки Уїкхема, локалізація висипів на згинальних поверхнях передпліч та слизових оболонках. Іноді використовують патогистоморфологічні дослідження.
Диференціюють	з обмеженим нейродермітом, папульозним сифілісом, кільцевидною гранульомою, псоріазом, ліхеноїдним та бородавчатим туберкульозом шкіри, краплевидною склеродермією, хворобою Дар'є, дискоїдним червоним вовчаком, лейкоплакією, звичайною пухирчаткою
Лікування	При лікуванні ураховують форму, розповсюдженість патологічного процесу, локалізацію вогнищ уражень. Хворим рекомендується гіпоалергенна дієта. При гострих та підгострих формах призначають седативні препарати, транквілізатори, антидепресанти, гіпнотична терапія та електросон. При розповсюджених висипах призначають антибіотики та противірусні препарати (пеніцилін та його аналоги, тетрациклін, метисазон). Показане застосування вітамінів (В ₁ , В ₁₂ , А, Е, С, нікотинова кислота). Часто, особливо при ураженні слизової оболонки рота, застосовують цитостатики (циклофосфамід). При тривалому перебігу процесу використовують кортикостероїди (преднізолон, дексаметазон). Також використовуються рефлекторна діатермія, діадинамічні токи,

	ультразвук, електрофорез, лазеротерапія, при генералізованих формах – імпульсне поле УВЧ паравертебрально. Рекомендують на обмежені вогнища парафіно-озокеритні аплікації, грязелікування, при бородавчатій формі – кріотерапія, діатермокоагуляція. Ефективні водні процедури: морські купання, хвойні, сульфідні та радонові ванни.
Місцево	широко використовують кортикостероїдні аерозолі, креми та мазі. При сильному свербіжі протирають вогнища ураження 2 - 5 % розчином резорцину, 0,1 % розчином ментолу з 1 % хлоралгідратом. Для зняття вираженої інфільтрації застосовують дьогтьові та нафталанові мазі, при бородавчатій формі роблять аплікації подофіліну, ін'єкції кортикостероїдів у вогнища. При ураженні слизової оболонки рота застосовують аплікації концентрату вітаміну А або орошення 0,6 % розчину ретинолацетату і 0,4 % гідрокортизону у 40 % розчину діметоксиду. Рекомендують полоскання ротової порожнини або ванночки при ураженні статевих органів з розчином шалфею, ромашки, евкаліпту.