

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Красноярский медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра стоматологии ИПО

**КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛАССИФИКАЦИЯ,
ДИАГНОСТИКА, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ТАКТИКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА
ОРТОПЕДА.**

Выполнил ординатор кафедры стоматологии ИПО
по специальности «стоматология ортопедическая»
Петрова Валерия Вячеславовна
рецензент к.м.н. Курочкин Вячеслав Николаевич

Красноярск, 2020

Цели:

- Изучить этиологию, патогенез, классификацию, диагностику, клинические проявления красного плоского лишая и тактику врача стоматолога ортопеда при его выявлении.



Задачи:

1. Найти и описать этиологию и патогенез, диагностику, клинические проявления КПЛ
2. Классифицировать красный плоский лишай
3. Выявить актуальные методы исследования и тактику ведения пациентов с КПЛ в ортопедической стоматологии

Красный плоский лишай

Красный плоский лишай - хроническое заболевание, которое проявляется на коже и слизистых оболочках образованием ороговевших папул.



*Впервые красный плоский лишай (КПЛ) описал и предложил термин *Lichen ruber* E.Hebra в 1860 г. Английский дерматолог W. E. Wilson в 1869 г., признавая приоритет E. Hebra, описал это заболевание под названием *Lichen planus* и дал характеристику поражения СОПР*

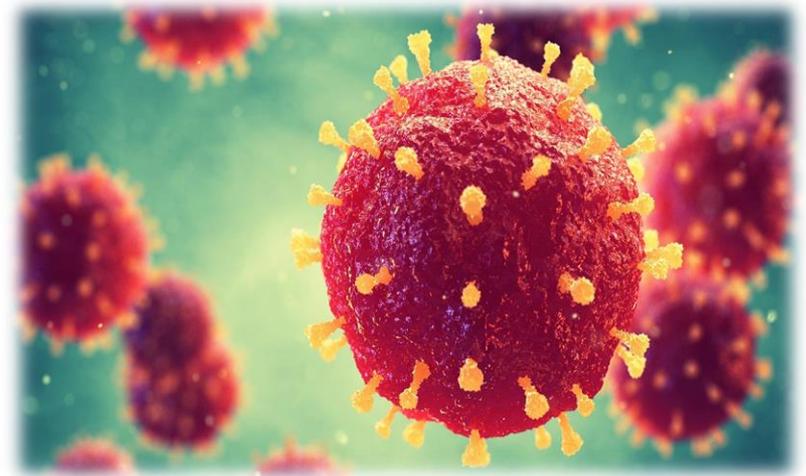
Этиология

Наследственная теория.

Описано около 70 случаев семейного заболевания КПЛ, а также КПЛ СОПР у близнецов.

Инфекционная теория.

Brody (1965) при электронно-микроскопическом исследовании описал палочковидные структуры, расположенные между эпителиальными клетками и около сосудов, считая их бактериями. Инфекционное происхождение КПЛ подтверждают клинические наблюдения: развитие КПЛ у ассистента, который брал биопсию у больного КПЛ; появление высыпаний в местах укуса насекомых, после инфекционных заболеваний, а также 70 случаев семейного КПЛ.



Этиология

Роль лекарственных средств, физических и химических факторов.

С момента первого наблюдения медикаментозного КПЛ, который развился в результате приема мышьяка, арсенал группы средств, способных вызвать заболевание, расширился до 30. Это препараты золота, мышьяка, ртути, витамины, антималярийные препараты, бромиды, стрептомицин, тетрациклин, фуросемид, сульфаниламиды, антиаритмические средства, и др.



Этиология

Токсико-аллергическое поражение СОПР и кожи медикаментозного происхождения

нередко протекает с лихеноидной реакцией - так называемый медикаментозный КПЛ, при этом у 65% больных понижена активность ферментов N- ацетилтрансферазы, которая инактивирует эти препараты.

Вопрос о связи КПЛ с физическими факторами (ультрафиолетовое, рентгеновское облучение, механическая травма) является дискуссионным, однако травмы, ранения, сотрясения мозга могут быть причиной манифестации КПЛ. Поражение СОПР возможно в результате механического раздражения ее металлической пломбой или коронкой, после фиксации во рту протезов из разнородных металлов возможно развитие эрозивной или язвенной формы КПЛ.



Этиология

Нейрогенная теория.

Известные отечественные ученые В.М. Бехтерев (1881), А.Г. Полотебнов (1887) одни из первых указали на нейрогенный механизм развития КПЛ, отметив появление лихеноидного высыпания у больных с заболеваниями нервной системы (хорея, бульбарный паралич, неврит).

У 65% больных прослеживается четкая связь с эмоциональными стрессами, нервно-психическими потрясениями, негативными эмоциями, диэнцефальными кризами, нарушением сна, сахарным диабетом, нейроэндокринной регуляцией (раннее начало климактерического периода, гипертония).



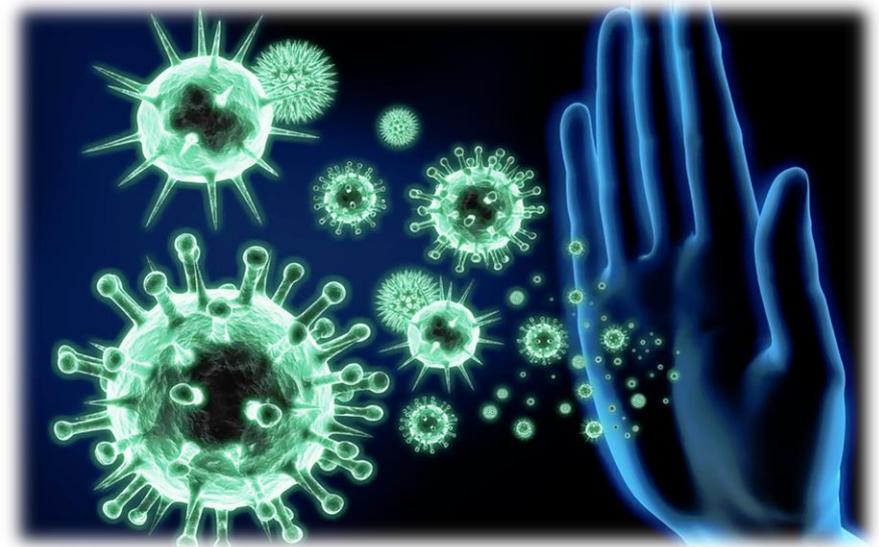
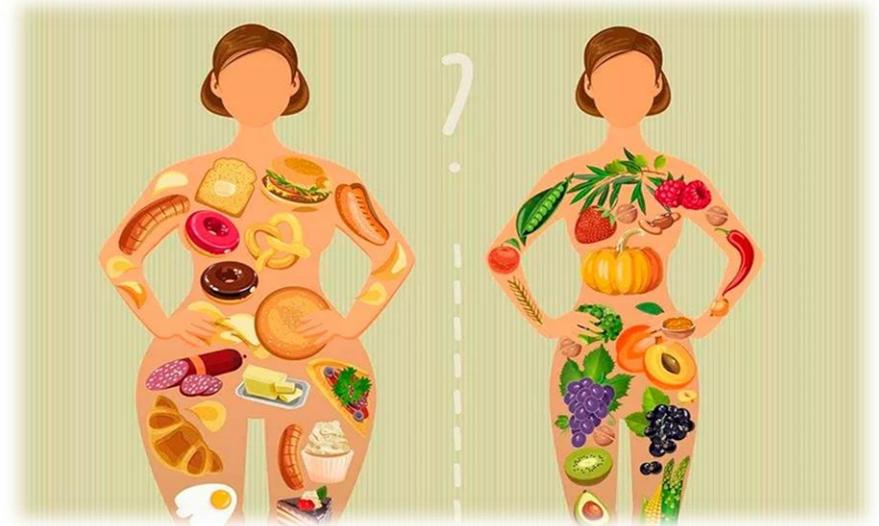
Этиология

Эндокринные и метаболические нарушения.

Высокая частота сочетания КПЛ с сахарным диабетом, особенно при поражении СОПР и атипичных формах КПЛ.

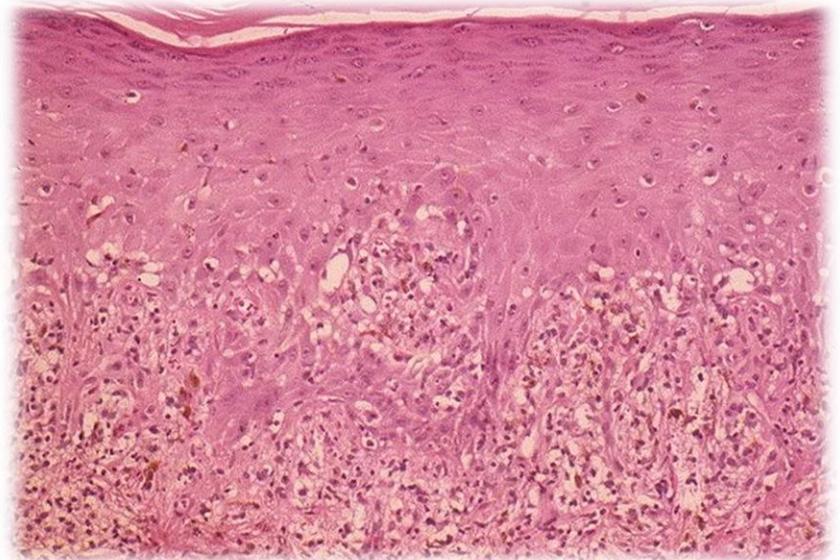
Иммунологические

механизмы развития КПЛ обуславливают поражения тканей эпителия и собственной пластинки по типу поздней иммунологической реакции с цитотоксическим эффектом.



Элементы поражения на коже

На коже появляются отдельные папулы, чаще милиарные. Основа их слегка инфильтрирована, форма круглая, овальная, а иногда вытянутая. Здесь папулы сначала матового цвета, потом становятся бледно-розовыми, красноватыми и даже сиренево-фиолетовыми; иногда долго существующая папула бывает коричневой. Поскольку папулы ороговевают, они слегка поднимаются над окружающей кожей.



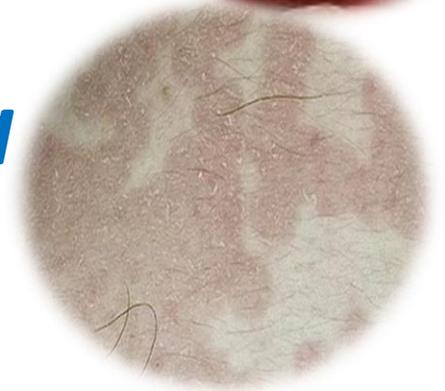
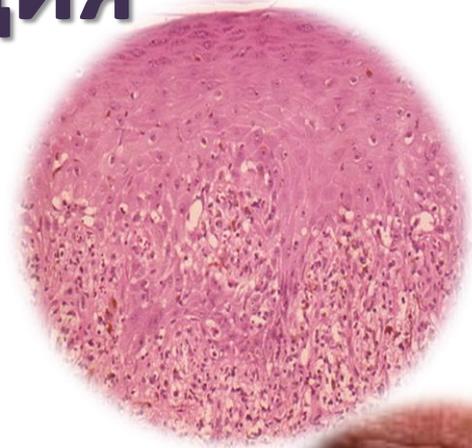
Элементы поражения на коже

Характерным для папул есть то, что они располагаются часто в виде гнезд, разной величины и формы. Скопление их может быть гирляндоподобным. На суставах кисти бывают чаще полигональные узелки, такие же, как и на задней поверхности локтя и сакролюмбальном участке. Излюбленными местами высыпаний папул КПЛ на коже являются сгибательные поверхности. На руках это область луче-запястного сустава. Бывают высыпания на спине в области поясницы. Возможны папулы на половых органах (особенно у мужчин).



Классификация

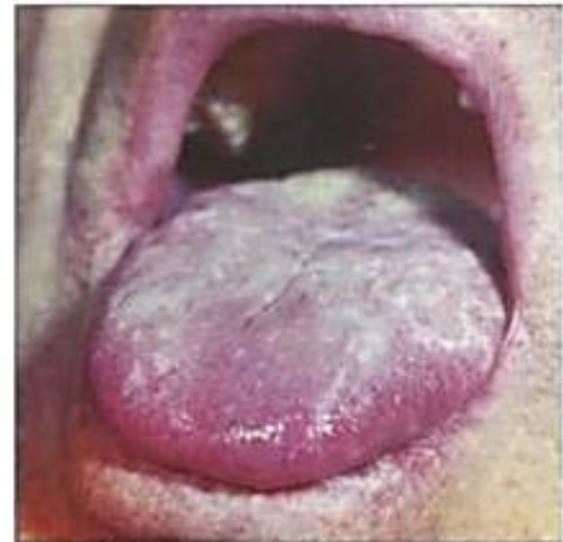
- **Гиперкератозная (типичная) форма**
- **Бородавчатая форма**
- **Эрозивная форма**
- **Язвенная форма**
- **Пемфигοидная форма**



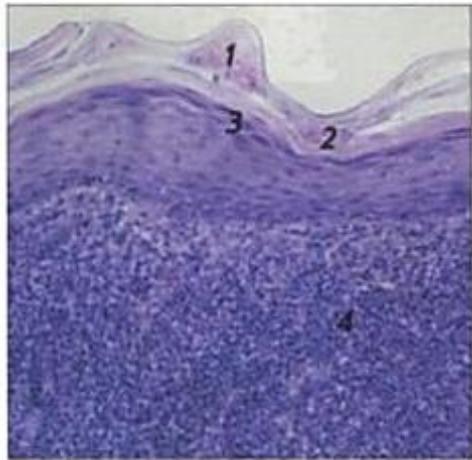
Гиперкератозная форма

Наиболее распространена и признана всеми клиницистами (составляет 63,5% всех разновидностей этого заболевания).

Характеризуется наличием полигональных папул беловатого цвета плотной консистенции на фоне почти неизменной СОПР. Субъективных ощущений у большинства больных нет. Некоторые больные замечают изменение цвета СО в виде беловатых полосок; другие жалуются на незначительную стянутость, сухость, шероховатость пораженных участков СО или жжение во рту.



Гиперкератозная форма



Объективно при гиперкератозной форме КПЛ СОПР (в том числе и на губах) заметен беловатый участок, состоящий из папул с ороговевшей верхушкой. Папулы сливаются линейным соединением, формируя сетку, кружево, ветви деревьев, или напоминают рубцы на СО щек, десен, СО и красной кайме губ. На спинке языка эти папулы располагаются в виде атрофичных белых кругов, колец, на боковых поверхностях - в виде полудуг и волнистых линий. Окружающая их СО обычно не изменена, сохраняет бледно-розовый или розовый цвет. Нередко на СО щек и языка заметны отпечатки зубов.

При стоматоскопии резко выделяется слой ороговевших беловато-синих верхушек папул КПЛ. Окружающая СО, как правило, без видимых патологических изменений. Люминесцентное исследование устанавливает голубое или голубовато-фиолетовое свечение пораженного участка. В цитограмме отмечается значительное количество ороговевших и ороговевших эпителиальных клеток. Увеличенная десквамация ороговевших эпителиальных клеток (до 75%) свидетельствует о воспалительном процессе СО.

Патогистологическая картина при гиперкератозной форме красного плоского лишая. Х90.

1 гиперкератоз; 2 паракаротоз; 3 гранулез;
4 воспалительный инфильтрат в собственной пластинке слизистой оболочки.

Эрозивная форма

Составляет 14,3% среди других форм КПЛ. Больные жалуются на ощущение жжения, иногда боль при употреблении острой, горячей пищи и при жевании - от дотрагивания пищевого комка. Отдельные больные отмечают незначительную кровоточивость. Излюбленная локализация эрозивной формы КПЛ ретромоларная область СО щек, боковые поверхности языка, редко - красная кайма губ. Вокруг очага из папул определяется ярко-красная эритема, а среди полигональных папул эрозия, чаще неправильной формы и различной протяженности. Наслоение банальной инфекции приводит к развитию значительного катарального воспаления прилегающих участков СО: процесс приобретает подострое или острое течение.



Эрозивная форма

При стоматоскопии обнаруживают чередование участков с кератинизированными папулами и дефектов эпителия. Люминесцентное исследование на месте эрозий выявляет коричневый цвет свечения фона и голубое свечение ороговевших папул.



Язвенная форма

Встречается в 4,5% случаев заболевания. Больные жалуются на боль, затрудненное открывание рта, болезненное ощущение во время жевания и от других механических и химических раздражителей, усиление саливации, иногда плохой запах изо рта.



Язвенная форма



Объективно обследование язвенной формы КПЛ выявляет среди сетчатого или кружевного рисунка, образованного скоплением полигональных папул, обычно на СО щек, языка, на линии смыкания зубов, - язву неправильной, удлиненной формы. Она обычно неглубокая, располагается в пределах собственной пластинки СО. Дно язвы заполнено некротическим распадом, остатками слущенного эпителия. Края язвы неровные, при пальпации болезненны, вокруг язвы умеренный инфильтрат. Лимфатические узлы нередко увеличены, болезненны. Большое значение имеет давность язвенного процесса. Длительные незаживающие язвы должны вызвать онконастороженность к такому течению КПЛ. При стоматоскопии видны участки ороговевших папул и глубокие дефекты СОПР. Люминесцентное исследование выявляет на месте язвы коричнево-черное свечение.

Пемфигоидная форма

Встречается у 8,3% больных. Возраст больных от 35 до 60 лет, большинство - женщины. У половины больных процесс локализуется изолированно на СОПР, у остальных сопровождается типичными высыпаниями на коже.

По частоте локализации пемфигоидной формы КПЛ на первом месте стоит СОПР ретромоллярной области и боковая поверхность языка; реже пузыри образуются на СО губ и десен. Как правило, у всех больных с пемфигоидной формой КПЛ анамнез отягощен (гипертоническая болезнь, хронические нефропатии, операция резекции желудка, холецистэктомия, ревмокардиты, хронические ангины, воспаления яичников), что свидетельствует об общем ослаблении организма у этих больных. Пемфигоидная форма чаще встречается у людей с выраженными проявлениями сенсibilизации организма.



Пемфигоидная форма



Больных беспокоят общее недомогание, плохой сон, повышенная потливость, болезненность от химических раздражителей, от употребления кислой, соленой пищи. На СОПР у них определяются папулы белого цвета с перламутровым оттенком, чаще они сливаются, формируя рисунок листьев папоротника, дуги, сетку, морозный рисунок. Пузыри, а чаще эрозии с обрывками покрышек пузырей, расположены среди папул на СО щек, губ и окружены яркой гиперемией. Размеры пузырей от 2-3 до мм в диаметре. Содержимое их прозрачное или с элементами крови.

Бородавчатая форма

Встречается относительно редко (9,4%).

При этом из значительно ороговевших отдельных папул формируются бородавчатые разрастания. Обычно больные замечают их во рту самостоятельно и обращаются к врачу. Они ощущают на СОПР возвышения на фоне шероховатой поверхности вокруг них.

Некоторые больные отмечают сухость во рту. Некоторые больные отмечают сухость во рту. Участок поражения умеренно плотный, безболезненный. На термические и химические раздражители не реагирует. Часто такое развитие процесса наблюдается на участках СОПР, которые долгое время подвергались хронической травме.

Бородавчатая форма

При стоматоскопии устанавливают чередование отдельных возвышенных ороговевших папул с разрастаниями в виде сосочков и наслоением ороговения на их верхушках. Между папулами расположены гиперкератотические тяжи, мостики, которые объединяют их в линии, круги, сетку. При люминесцентном исследовании участок поражения дает фиолетовое свечение.

Цитологически выявляют большое количество ороговевших и молодых эпителиальных клеток, отдельные из них с явлениями дискариоза.

Лечение красного плоского лишая полости рта

- Для купирования воспалительного процесса используются топические кортикостероиды. Пероральные формы применяют только в крайне тяжелых случаях. При первых признаках улучшения дозировку препарата необходимо снизить и в дальнейшем произвести отмену во избежание побочных эффектов. Помимо топических стероидов, местное лечение заболевания включает в себя обезболивание (раствор анестезина или пиромекаина) и ускорение регенерации (метилурацил, витамин Е в масле).
- Для профилактики кандидоза на фоне применения стероидных гормонов рекомендуется прием противогрибковых средств перорально (флуконазол, Нистатин) или в виде мазей (Гризеофульвин, Кетоконазол).
- В ряде случаев с целью местной иммуносупрессии могут назначаться топические ингибиторы кальциневрина (Такролимус, Пимекролимус).
- Для ускорения регенерации тканей рекомендуется прием поливитаминов.



- Всем пациентам с нервными расстройствами необходима седативная терапия (настойка валерианы и пустырника, Феназепам, Сибазон). Пациентам с отягощенным аллергологическим анамнезом требуется гипосенсибилизирующая терапия (Кларитин, Зиртек, Эриус).
- Если заболевание сопровождается иммунодефицитом, назначают иммуномодулирующую терапию (Ликопид, Миелопид, Интерферон).
- Для улучшения активности ферментов и ускорения синтеза нуклеиновых кислот используются противомаларийные препараты (Делагил, Резохин).



- Также эффективны физиотерапевтические методы (электро- и фонофорез), а некоторым пациентам с длительно незаживающими эрозиями при вероятности малигнизации рекомендуется хирургическое вмешательство.
- Кроме того, всем без исключения пациентам необходимо провести полноценную санацию полости рта и устранить все раздражающие факторы (острые края зубов, нависающие пломбы, травмирующие ортопедические конструкции) и очаги хронического воспаления (кариес, пульпит, пародонтит). Необходимо отказаться от курения, спиртного, горячей и острой пищи и придерживаться щадящей диеты. Важно не допускать нервного перенапряжения и по возможности избегать стрессов.



Прогноз и профилактика красного плоского лишая полости рта

- Своевременная постановка диагноза и выявление причин позволяют подобрать патогенетическую терапию и провести успешное лечение. В таком случае прогноз заболевания благоприятный. Но поскольку красный плоский лишай полости рта относится к хроническим дерматозам, пациент должен находиться на диспансерном учете и регулярно проходить обследование у дерматолога и стоматолога.
- Отсутствие необходимого медикаментозного вмешательства приводит к отягощенному течению и появлению осложнений. Профилактика красного плоского лишая состоит из **соблюдения требований гигиены полости рта, прохождения профосмотров стоматолога 1 раз в полгода, лечения стоматологических и соматических заболеваний, отказа от курения и других вредных привычек.**



Заключение

Красный плоский лишай полости рта – хронический стоматодерматоз, сопровождающийся появлением элементов в виде узелков, папул, бляшек, эрозий, пузырей и воспалительно-дистрофическими поражениями слизистой оболочки ротовой полости.

Для диагностики, в т. ч. дифференциальной, необходим тщательный осмотр, сбор анамнеза, проведение лабораторных и инструментальных исследований.

Лечение подбирается индивидуально и включает в себя комплекс из медикаментов местного и общего воздействия.

Список литературы

1. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З. Ортопедическая стоматология. - Медицина, 2001. 624 С.
2. Лебеденко И.Ю. Ортопедическая стоматология: учебник / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А.Н. Ряховского - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 С.
3. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М., Фадеев Р.А. Ортопедическая стоматология. Факультетский курс. - СПб.: Фолиант, 2010. - 655 с.
4. Аболмасов, Н. Г. Ортопедическая стоматология: учебник для студентов / Н. Г. Аболмасов, Н. Н.Аболмасов, В. А. Бычков. – Москва: «МЕДпресс – информ», 2007. – 486 с.
5. Ортопедическая стоматология: Прикладное материаловедение: Учебник для медицинских вузов / В. Н. Трезубов, М. З. Штейнгарт, Л. М. Мишнев. – Санкт – Петербург: СпецЛит, 2003. – 383 с.
6. Ибрагимов, Т. И. Лекции по ортопедической стоматологии: учебное пособие / Т. И. Ибрагимов, Г. В. Большаков, Б. П. Марков [и др.]. – Москва: «ГЭОТАР – Медиа», 2010. – 197 с.
7. Баум, Л. Руководство по практической стоматологии: моногр. / Л. Баум, Р.В. Филлипс, М.Р. Лунд. - М.: Медицина, 2011. - 680 с.
8. Молочкова, Ю.В. Красный плоский лишай и лихеноидные дерматозы/ Ю.В. Молочкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 194 с.

Спасибо за внимание