

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ
Кафедра терапевтической стоматологии

Красный плоский лишай. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.

Выполнила: клинический ординатор 2-го
курса кафедры терапевтической
стоматологии КрасГМУ Плотникова Дарья
Михайловна Проверила: КМН, доцент
Тарасова Наталья Валентиновна

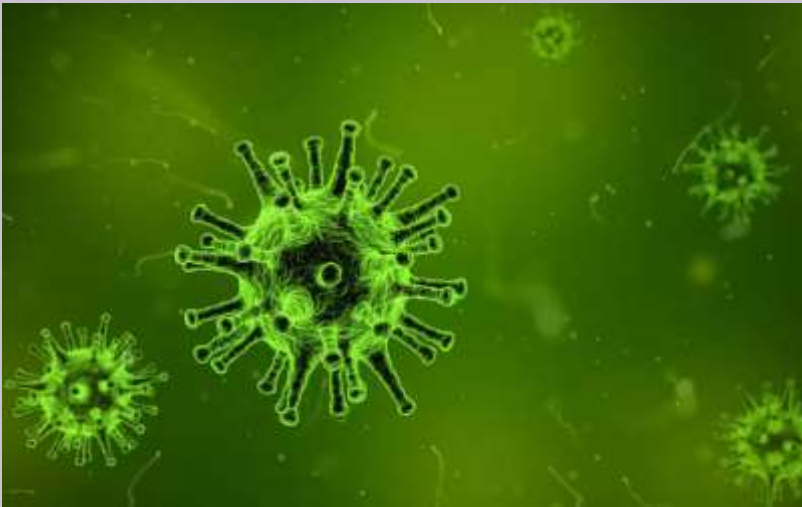
Красный плоский лишай

Хроническое заболевание, которое проявляется на коже и слизистой оболочке полости рта с образованием **ороговевших папул**, характеризуется **упорным длительным** течением с чередованием обострений и ремиссий



Этиология

Инфекционная (вирусная) теория – не нашла подтверждения



Токсико-аллергическая теория

Реакция на амальгаму, мышьяк, золото,
антималарийные препараты



Неврогенная теория

У 65% больных прослеживается связь с эмоциональными стрессами, нервно-психическими потрясениями, негативными эмоциями, нарушением сна.



Эндокринные и метаболические нарушения.

Высокая частота КПЛ при **сахарном диабете**, особенно при поражении СОПР и атипичные формы КПЛ указывают на общность их патогенетических механизмов и роль эндокринно-обменных нарушений, что дает основание выделить углеводный дисметаболизм в характерную черту КПЛ

Синдром Гриншпана – сахарный диабет, КПЛ и гипертония.

Клиническая картина

Основной морфологический элемент поражения – ороговевшая папула полигональной формы до 2 мм в диаметре



Типичная форма (45% случаев)

Жалобы : обычно нет, иногда наблюдается чувствительность к острым блюдам и специям, чувство зуда

На фоне видимо неизменной слизистой оболочки заметны мелкие, до 2 мм в диаметре, папулы серовато-белого цвета с полигональными контурами, которые сливаются между собой, образуя рисунок **кружев или листьев папоротника**.

Папулы могут наблюдаться на дорзальной поверхности языка, слизистой оболочке щек, по линии смыкания зубов, иногда на слизистой оболочке мягкого и твердого нёба.

При флуоресцентном методе исследования папулезные высыпания на губах имеют в лучах Вуда **голубовато-белое свечение**, а на слизистой оболочке полости рта — **белое**.

Типичная форма



Гиперкератотическая форма.

Жалобы: отсутствуют. Иногда пациенты отмечают косметический недостаток на слизистой оболочке в виде белых полос. Некоторые больные предъявляют жалобы на незначительную сухость и шероховатость слизистой оболочки. У отдельных больных могут быть жалобы на жжение во рту. При объективном исследовании на слизистой оболочке на фоне типичных для КПЛ высыпаний образуются сплошные очаги ороговения с четкими границами.

При цитологическом исследовании отмечается более выраженный гипер- и паракератоз, гипергранулез и дегенерация базального слоя.

Экссудативно-гиперемическая форма.

Экссудативно-гиперемическая форма характеризуется типичными папулами КПЛ, расположенными **на гиперемированной и отечной слизистой оболочке.**

Обычное расположение очагов — в ***окружении выводных протоков около ушной слюнной железы, на языке, на губах.***

Экссудативно-гиперемическая форма



Эрозивно-язвенная форма (23%)

Жалобы: значительная болезненность при приеме любой пищи, особенно раздражающей, чувство жжения.

На слизистой оболочке щек, ретромолярном пространстве, языке имеются **эрозии, реже язвы**, вокруг которых на гиперемизированном и отечном основании располагаются в виде рисунка типичные для плоского лишая папулы

В мазках-отпечатках обнаруживают **разрушенные, безъядерные эпителиальные клетки или с эксцентрично расположенными ядрами**. Имеется обилие кокковой и палочкоядерной микрофлоры, располагающейся по всему полю зрения. Инфильтрат представлен лимфоцитами и нейтрофилами, последние нередко в стадии распада.

Эрозивно-язвенная форма (23%)



Рис. 55.3. Эрозивная форма красного плоского лишая: слизистая оболочка щеки*.



Рис. 55.4. Эрозивная форма красного плоского лишая: слизистая оболочка другой щеки*.

Буллезная форма

Жалобы: боль при приеме острой и горячей пищи.

Характеризуется наряду с типичными узелковыми высыпаниями **наличием пузырей** с плотной покрывкой.

Эрозии, которые возникают на месте вскрывшихся пузырей, имеют полигональные очертания и покрыты фибринозным налетом. Дно эрозий легко ранимо и кровоточит. Эрозии при этой форме КПЛ довольно быстро эпителизируются, что отличает буллезную форму от эрозивно-язвенной.

В мазках-отпечатках обнаруживаются измененные клетки эпителия, с увеличенными ядрами, иногда безъядерные, "голые", инфильтрация лимфоцитами и нейтрофилами, микрофлора — кокковая.

Буллезная форма



Красный плоский лишай, буллезная форма, до и после лечения.



Красный плоский лишай, эрозивно-язвенная форма, до и после лечения.

Атипичная форма (4%)

Жалобы: чувство жжения или болезненность при приеме острой и горячей пищи.

Эта форма наблюдается на слизистой оболочке верхней губы и десны. На губе в центральной ее части обычно располагаются **два симметричных очага ограниченной застойной гиперемии**. Эти очаги несколько выступают над слизистой оболочкой, там же обычно определяется слабовыраженное помутнение эпителия в виде белесоватого налета.

Дифференциальная диагностика

Типичная форма КЛП



Плоская лейкоплакия



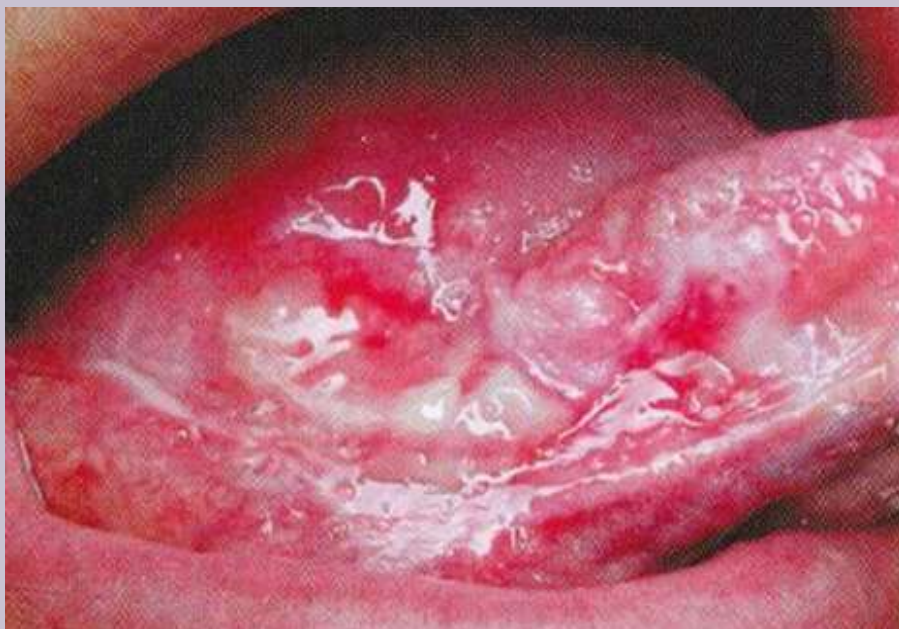
Гиперкератотическая
форма КЛП



Веррукозная
лейкоплакия



Эрозивно-язвенная
форма КПЛ



Декубитальная язва



Буллезная форма КПЛ



Вульгарная
пузырчатка



Лечение

- ❑ Санация полости рта
- ❑ Даются рекомендации по гигиене полости рта
- ❑ Оценка существующих ортопедических конструкций, устраняются протезы из разнородных металлов
- ❑ Исключаются по возможности такие факторы, как курение, прием алкоголя, горячей, острой пищи, рекомендуется диета

Общее лечение

- I. Седативная терапия: настойки валерианы, пустырника, нозепам, сибазон (курс – 1-2 месяца)
- II. Концентрат витамина А – внутрь по 10 капель 2-3 раза в день, курс – 2 месяца



Общее лечение

Десенсибилизирующая терапия: **супрастин** по 0,025 г 2—3 раза в день во время еды,

диазолин по 0,05—0,1 г 1—2 раза в день

тавегил по 0,001 г 2 раза в день

Курс лечения от 3-х недель до 1,5 месяцев.

Общее лечение

Препараты, направленные на повышение неспецифических факторов иммунитета — **продигиозан и метилурацил**

препараты хинолинового ряда: делагил (хингамин), которые влияют на активность ферментов, на синтез нуклеиновых кислот. **Делагил** назначают по 0,25 г 2 раза в день, 20—25 доз.

Местное лечение

Для обезболивания слизистой оболочки используют:

1 — 2% пиромекаин

5% раствор анестезина на персиковом масле

1—2% раствор тримекаина.

Противовоспалительный и противоотечный эффект
достигается обкалыванием очагов поражения суспензией **гидрокортизона** или раствором **преднизолона**. Инъекции проводят один раз в 3 дня по 0,5—1,0 мл препарата, 8— 12 блокад.

Местное лечение

Противовоспалительные и кератопластические средства: витамин А в масле, каротолин, масло шиповника, 5% метилурациловую мазь с 3% пиромекаином, желе и мазь солкосерила, витамин Е в масле



Местное лечение

Индивидуально можно рекомендовать **грудотерапию** курсом №10. При необходимости через 2—3 месяца курс повторяют

Физические методы лечения: электро- и фонофорез, лазеротерапия

Список литературы

1. Терапевтическая стоматология: учебник / О. О. Янушевич, Ю. М. Максимовский, Л. Н. Максимовская, Л. Ю. Орехова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с. - Текст : электронный.
2. Николаев А.И. Практическая терапевтическая стоматология: учеб. пособие / А.И.Нико лаев, Л.М.Цепов. – 9-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2019. – 928 с. : ил.
3. Р.П. Ланге, К.С. Миллер Атлас заболеваний полости рта: Атлас / Перевод с английского под ред. Л.А. Дмитриевой – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 224 с.:ил.

Благодарю за внимание!