

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА – СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА

А.Е. Кривенцев, В.С. Попков

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

В настоящее время в клинической практике врача – стоматолога-хирурга зачастую встречаются пациенты с различными заболеваниями, аномалиями и деформациями в полости рта. Исключением не является и красный плоский лишай (КПЛ). В данной работе рассматриваются основные особенности течения заболевания в полости рта и возможные подходы к лечебной тактике при оперативном вмешательстве. Так, у пациентов с КПЛ наблюдаются отек, гиперемия, множественные или единичные высыпания узелкового характера на слизистой оболочке полости рта (СОПР), увеличенные и болезненные лимфоузлы, изменение цвета десны. Среди основных жалоб выявляются боль и кровоточивость в области измененной СОПР, что усугубляет процесс оперативного вмешательства и создает определенные трудности для врача – стоматолога-хирурга. В связи с распространением данного заболевания среди людей от 30 до 60 лет, которым довольно часто требуется стоматологическая помощь, клиницистам необходимо и актуально владеть знаниями об этой патологии.

Ключевые слова: клиника, красный плоский лишай, оперативное вмешательство, патология, подход, слизистая оболочка полости рта.

DOI 10.19163/1994-9480-2021-1(77)-40-43

RED FLAT LICHEN OF THE ORAL MUCOSA IN THE PRACTICE OF A DENTIST-SURGEON

A.E. Kriventsev, V.S. Popkov

FSBEI HE «Volgograd State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation,
Department of surgical dentistry and maxillofacial surgery

Currently, in the clinical practice of a dentist-surgeon, patients with various diseases, anomalies and deformities in the oral cavity are often found. The red lichen planus (CPL) is not an exception. This paper discusses the main features of the course of the disease in the oral cavity and possible approaches to therapeutic tactics in surgical intervention. Thus, patients with CPL have edema, hyperemia, multiple or single nodular rashes on the oral mucosa (SOPR), enlarged and painful lymph nodes, and discoloration of the gums. Among the main complaints are pain and bleeding in the area of the changed SOPR, which aggravates the process of surgical intervention and creates certain difficulties for the dentist-surgeon. Due to the spread of this disease among people from 30 to 60 years old, who often require dental care, clinicians need and need to have knowledge about this pathology.

Key words: clinic, lichen planus, surgical intervention, pathology, approach, oral mucosa.

В стоматологической практике встречаются случаи, когда за ортопедической, ортодонтической, терапевтической и хирургической помощью обращаются пациенты с хроническими патологиями СОПР. При этом воспалительные нарушения зачастую прогрессируют. Одним из таких заболеваний является красный плоский лишай, представляющий хроническое прогрессирующее воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, типичными элементами которого являются лишеноидные папулы. Красный плоский лишай впервые был описан Фердинандом фон Геброй в 1860 году как *lichen ruber* и в 1869 г. – W. E. Wilson как *lichen planus* [1].

Наибольшую распространенность заболевание достигает среди людей, возраст которых от 30 до 60 лет, преимущественно у женщин. В основе лишеноидно-тканевой реакции при возникновении и развитии

красного плоского лишая (КПЛ) лежат изменения со стороны иммунитета в виде гиперчувствительности замедленного типа. Поэтому КПЛ принято рассматривать как аутоиммунное заболевание, ведущими звеньями патогенеза которого являются метаболические, нейроэндокринные и иммунные механизмы.

Происходит быстрая гибель клеток базального слоя в результате некробиоза лимфоцитарными цитокинами, из погибших кератиноцитов образуются коллоидные тельца, которые за счет рассеивания света дают оптическое явление Тиндаля и обуславливают белесоватый оттенок пораженных участков СОПР.

Изменения эпителия слизистой оболочки могут быть разнообразны: гипер- и паракератоз, очаговый гранулез, акантоз, некроз эпителия, образование субэпителиальных полостей [2].

Различают несколько клинических форм КПЛ:

1. Типичная – на неизменной СОПР образуются малого размера голубовато-перламутровые папулы, которые могут сливаться, образуя характерную сеть в виде разнообразных узоров. Чаще всего очаги поражения локализируются в дистальном отделе щек по линии смыкания. Папулы безболезненны и имеют шероховатую поверхность.

2. Экссудативно-гиперемическая – появляются отек и гиперемия в области папул, возможно образование мелких эрозий или обширных эрозированных поверхностей, которые покрыты фиброзным налетом. В связи с нарастанием воспалительного процесса развивается соответствующая симптоматика: зуд, жжение, кровоточивость, боль участков СОПР, может быть невнятная речь и неприятный запах изо рта.

3. Эрозивно-язвенная – сопровождается выраженными отеком и гиперемией, развитие эрозий ведет к образованию язвенных поверхностей, вокруг которых располагаются папулы или следы сетки КПЛ. Пораженные участки дают сильную болевую реакцию. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны.

4. Буллезная – характеризуется образованием субэпителиальных пузырей, которые могут лопаться и в результате остаются ярко-красные эрозии. Десна приобретает мясо-красный цвет, имеет болезненность и повышенную кровоточивость.

5. Гиперкератотическая – наряду с папулами появляются бляшки гиперкератоза белого цвета.

6. Атрофическая – образуются бляшки на спинке языка и происходит атрофия нитевидных сосочков.

7. Атипичная – развивается на десне в области фронтальной группы зубов на верхней челюсти и слизистой оболочки верхней губы в виде гиперемии с четкими границами [3].

Диагностируется красный плоский лишай на основе характерной клинической картины: отечность, жжение, зуд, кровоточивость слизистой оболочки, неприятный запах изо рта, увеличенные и болезненные лимфоузлы, боль при разговоре и приеме пищи, наличие основного элемента поражения – папулы. Люминесцентная диагностика дает голубоватое свечение очагов поражения СОПР. Дополнительно проводятся соскоб с участков эрозий и бляшек, биопсия, цитологические анализы. При гистологической диагностике выявляются гипергранулез, акантоз, паракератоз, гиперкератоз, в соединительной ткани – воспалительный инфильтрат и расширенные капилляры. Выполняют кожные пробы – ИФА, РТМА, РБТ, ГДТКВТ [4].

Лечение заболевания состоит из нескольких направлений:

1. Общая терапия – ликвидация кератоза, воспаления и нормализация процесса ороговения эпителия, устранение интра- и параочаговых осложнений, нормализация окислительно-основных процессов, лечение канцерофобии и сопутствующих заболеваний. Для этого применяются витаминотерапия (А, Д2, Д3, РР, Е), физиотерапевтические процедуры (гальванический воротник или электрофорез с бромом по Щербакову), седативные средства, иммунодификаторы (Т-активные препараты человеческого интерферона, синтетические гликолипоиды).

2. Местное лечение – санация полости рта (устранение зубных отложений, острых краев зубов, пломбирование кариозных полостей, коррекция пломб и зубных протезов, терапия заболеваний периодонта), обработка очагов кератоза (витамины А, Е, кератолитические средства), гигиенические полоскания растворами антисептиков (0,05%-й раствор хлоргексидина биглюконата, аквин), восстановление функций слизистой оболочки (НПВС и СПВС), удаление некротического налета (протеолитические ферменты) [1, 4].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить основные особенности хирургического лечения пациентов с красным плоским лишаем слизистой полости рта.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Приведен клинический случай. В плановом порядке с диагнозом «красный плоский лишай» в хирургическое отделение стоматологической поликлиники ВолгГМУ с целью удаления зубов обратилась пациентка Н., 72 года, жительница г. Волгограда.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из анамнеза выявлен красный плоский лишай, диагноз был впервые поставлен 2 года назад, когда на приеме у стоматолога-терапевта были выявлены первые клинические проявления в полости рта (отек и гиперемия в области патологических очагов, наличие папул и сетчатого рисунка), при этом генетическая предрасположенность отсутствует, возможными факторами могут являться эмоциональный стресс, токсико-аллергическое и вирусное воздействие.

Среди жалоб пациентки выявлены болезненность при приеме пищи, особенно горячей, острой и соленой, зуд и жжение слизистой оболочки, кровоточивость, неприятный запах изо рта.

Наблюдается сухость красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта, которая привела к развитию ангулярного хейлита (заеды в углах рта). На фоне

отечной и гиперемированной слизистой оболочки является характерный сетчатый рисунок, образующийся при слиянии мелких папул. Также отмечается появление эрозий и эрозивных поверхностей, покрытых налетом – эрозивно-язвенная форма заболевания (рис.).



Рис. Красный плоский лишай СОПР

Вследствие локализации очагов на языке и дне полости рта незначительно усложнена речь. Выражена сialорея, которая характеризуется увеличением количества слюны и истечением ее из ротовой полости преимущественно ночью (симптом «мокрой подушки»). Соблюдение гигиены полости рта затруднено, и, как следствие, наблюдается отложение зубного налета и появление неприятного запаха.

Проведен осмотр, в ходе которого изучены особенности лицевого скелета. Подбородок выдвинут вперед и заострен. Наблюдается старческая прогения (рис.).

С момента постановки диагноза проводили восстановление окислительно-основных процессов, симптоматическую терапию, витаминотерапию; ухудшения общего состояния не наблюдалось.

После предварительной терапевтической подготовки – санация полости рта (удаление зубных отложений, пломбирование кариозных полостей, устранение острых краев зубов), совместно с пациентом был выбран план лечения: удаление мостовидного протеза и опорных зубов в области 1.5, 1.6, 1.7 зубов.

Лечение проводилось совместно со стоматологом-терапевтом и пародонтологом на фоне приема медикаментозных препаратов с оптимальной дозировкой и местного лечения патологических очагов.

Хирургическое вмешательство было выполнено в период наибольшего стихания процесса в полости рта с наименьшей травматизацией СОПР. После удаления конструкции и зубов проведен кюретаж лунок 1.5 и 1.7 зубов, уложена коллагеновая гемостатическая губка. Период заживления раны протекал без осложнений, вторичным натяжением. Далее пациентка продолжила курс лечения у пародонтолога.

Своевременно выполненная диагностика и лечение нивелируют прогрессирование заболевания и способствуют благоприятному прогнозу. Клиницисту необходимо помнить, что к пациентам с сопутствующей системной патологией целесообразен дифференцированный подход к стоматологическому лечению и хирургическому вмешательству в ротовой полости с учетом выраженности клинических проявлений основного заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Высокая распространенность соматических патологий, особенности проявлений в полости рта, выраженность клинических проявлений в зависимости от тяжести воспалительного процесса обосновывают необходимость дифференцированного подхода к хирургическому лечению. При этом необходимо соблюдать системность, комплексность и индивидуальность на каждом сроке и своевременно скорректировать стоматологическое лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федотова Ю.М., Фирсова И.В., Македонова Ю.А. и др. Клинико-иммунологическая оценка эффективности применения современных биоадгезивных препаратов в схеме комплексного лечения красного плоского лишая // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 3. – URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27597>.

2. Чуйкин С.В., Акмалова Г.М. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта: клинические формы и лечение // Казанский медицинский журнал. – 2014. – С. 680–687.

3. Македонова Ю.А. Оптимизация патогенетической терапии больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта : дис. ... д-ра мед. наук. – 2018.

4. Адамович Е.И., Македонова Ю.А., Марымова Е.Б. и др. Обоснование новых методов диагностики и лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой полости рта // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=24123>.

REFERENCES

1. Fedotova Yu.M., Firsova I.V., Makedonova Yu.A., et al. Kliniko-immunologicheskaya otsenka effektivnosti primeneniya sovremennykh bioadgezivnykh preparatov v skheme kompleksnogo lecheniya krasnogo ploskogo lishaya [Clinical and immunological evaluation of the effectiveness of the use

of modern bioadhesive drugs in the scheme of complex treatment of lichen planus]. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern Problems of Science and Education], 2018, no. 3. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27597>. (In Russ.; abstr. in Engl.).

2. Chuikin S.V., Akmalova G.M. Krasnyy ploskiy lishay slizistoy obolochki rta: klinicheskiye formy i lecheniye [Red flat lichen of the oral mucosa: clinical forms and treatment]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal* [Kazan Medical Journal], 2014, pp. 680–687. (In Russ.; abstr. in Engl.).

3. Makedonova Yu.A. Optimizatsiya patogeneticheskoy terapii bol'nykh krasnym ploskim lishayem slizistoy obolochki polosti rta: dis. ... d-ra med. nauk [Optimization of pathogenetic therapy of patients with lichen planus of the oral mucosa: dissertation of the Doctor of Medical Science]. 2018. (In Russ.; abstr. in Engl.).

4. Adamovich E.I., Makedonova Yu.A., Marymova E.B., et al. Obosnovaniye novykh metodov diagnostiki i lecheniya erozivno-yazvennoy formy krasnogo ploskogo lishaya slizistoy polosti rta [Justification of new methods of diagnosis and treatment of erosive and ulcerative form of lichen planus of the oral mucosa]. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education], 2016. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=24123>. (In Russ.; abstr. in Engl.).

Контактная информация

Попков Василий Сергеевич – ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: vasilypopkov442@gmail.com