

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
1-я КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

А. С. Рутковская, Л. Л. Александрова, Л. А. Казеко

**ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА:
КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2020

УДК 616.311.1-06:616.516.5-07-08(075.9)

ББК 56.6я73

P90

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 26.06.2020 г., протокол № 10

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., зав. каф. стоматологии детского возраста Т. Н. Терехова; 2-я каф. терапевтической стоматологии Белорусского государственного медицинского университета

Рутковская, А. С.

P90 Плоский лишай слизистой оболочки полости рта : клиника, диагностика, лечение : учебно-методическое пособие / А. С. Рутковская, Л. Л. Александрова, Л. А. Казеко. – Минск : БГМУ, 2020. – 39 с.

ISBN 978-985-21-0648-1.

Изложены клиническая картина, методы диагностики и дифференциальной диагностики плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Рассмотрены современные подходы к комплексному лечению дерматоза.

Предназначено для клинических ординаторов, аспирантов, обучающихся по специальности 1-79 01 07 «Стоматология», слушателей факультета повышения квалификации.

УДК 616.311.1-06:616.516.5-07-08(075.9)

ББК 56.6я73

ISBN 978-985-21-0648-1

© Рутковская А. С., Александрова Л. Л., Казеко Л. А., 2020
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2020

ВВЕДЕНИЕ

Плоский лишай (ПЛ) — распространенный рецидивирующий дерматоз с хроническим воспалительным компонентом в эпителии кожи и слизистых оболочек с неустановленной до сих пор этиологией и сложным патогенезом. Согласно данным литературы в общей структуре дерматологической заболеваемости ПЛ встречается от 1,5 до 11 %. Частота одновременного поражения слизистых оболочек и кожи составляет от 23 до 28,6 %, изолированное поражение слизистой рта и губ зарегистрировано в 35–58 %. У взрослого населения Республики Беларусь изолированные поражения слизистой оболочки полости рта (СОПР) определены в $76 \pm 5,1$ %, сочетанные поражения кожи и слизистой — в $24 \pm 5,1$ % случаев.

Клинически патология проявляется белыми поражениями в виде папул и бляшек, может осложняться воспалением, нарушением целостности слизистой, дисплазией эпителия с последующей малигнизацией в 0,8–12,3 %.

Многообразие клинических форм ПЛ, схожесть проявлений с другими поражениями слизистой, упорное, с частыми обострениями течение, наличие сопутствующих стоматологических и общих заболеваний затрудняют обследование пациента, являются сложными для постановки диагноза и планирования лечения не только для стоматологов, но и для врачей других специальностей.

В связи с тем, что ПЛ СОПР, как правило, сочетается с хронической соматической патологией (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, заболевания желудочно-кишечного тракта, невроз и др.), значительное влияние на его течение оказывают прием лекарственных средств, вредные привычки, хроническая травма слизистой, а существующие многочисленные методы лечения, включая локальную и системную терапию недостаточно эффективны, его диагностика и лечение являются сложной междисциплинарной проблемой.

Таким образом, проблема ПЛ СОПР остается актуальной и требует от стоматологов, дерматовенерологов, терапевтов знаний алгоритмов действий при диагностике, лечении и профилактике обострений данного заболевания.

ПАТОГЕНЕЗ

Несмотря на то, что история заболевания насчитывает более 100 лет, единой, нашедшей всеобщее признание гипотезы этиологии и патогенеза ПЛ не существует. В настоящее время ПЛ принято рассматривать как мультифакторное заболевание, при котором эндогенные и экзогенные факторы, наряду с генетическими дефектами, могут играть определенную роль в формировании и характере течения патологического процесса.

В научных исследованиях значительная роль отводится аутоиммунным заболеваниям (гипогаммаглобулинемия, буллезный пемфигоид, ветилиго, крас-

ная волчанка и др.). Считается, что токсические вещества, всасываясь в пищеварительном тракте, связываются с белками крови и превращаются в антигены, которые вызывают выработку антител и образование иммунных комплексов, провоцирующих развитие ПЛ как аутоиммунного заболевания.

Многими авторами при дерматозе выявлены существенные изменения микрофлоры полости рта и кишечника, носящие характер дисбиоза. В 2019 г. авторами данного учебно-методического пособия было проведено исследование, в результате которого нарушение микробиоценоза зарегистрировано при типичной форме в 53,3 %, при экссудативно-гиперемической, эрозивно-язвенной и буллезной формах — в 100 % наблюдений. Кроме того, в 29–50 % выявлена кандидозная инфекция.

Выделен ряд синдромов, таких как синдром Гришпана–Потекаева (включает сахарный диабет, гипертоническую болезнь, ПЛ, а также часто сопровождается десквамативным гингивитом), синдром Литтла–Люссюэра (характеризуется папулами на туловище, конечностях, нерубцовой и рубцовой алопецией).

Данные литературы указывают также на сочетание дерматоза с различной соматической патологией. Установлено, что заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, жировой гепатоз и др.), патология сердечно-сосудистой системы, нарушение процессов микроциркуляции и окислительно-восстановительных реакций в системе перекисного окисления липидов усугубляют течение ПЛ СОПР.

Значительное влияние на течение заболевания оказывают местные факторы риска (курение, накусывание слизистой рта, травма СОПР некачественными реставрациями и ортопедическими конструкциями и др.) и различные стоматологические заболевания (кариес и его осложнения, болезни тканей периодонта), которые являются очагами одонтогенной инфекции.

Одной из ведущих современных концепций возникновения ПЛ является иммунологическая, согласно которой у пациентов отмечаются выраженные нарушения как в гуморальном, так и в клеточном звене иммунитета. Установлено, что ключевое значение в развитии заболевания играют Т CD8+ лимфоциты, отвечающие за апоптоз, возникающий в эпителиальных клетках. Данные иммунные нарушения обусловлены различными эндогенными и экзогенными факторами, которые вызывают цепную реакцию против собственных антигенов. Этот измененный иммунный ответ и приводит к воспалению и нарушению ороговения СОПР.

Существующие неврогенная, токсико-аллергическая, вирусная и наследственная гипотезы не получили достаточно убедительных доказательств.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В литературе описаны различные классификации данного заболевания, в основном различают от 5 до 7 форм ПЛ слизистой рта и красной каймы губ.

Так, Г. В. Банченко, А. И. Рыбаков (1978), А. Л. Машкиллейсон, Е. В. Боровский (1984) выделяют типичную, экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллезную, гиперкератотическую и атипичную формы ПЛ, а ряд авторов у темнокожих пациентов описали пигментную форму ПЛ, которая встречается довольно редко (P. L. McCarthy, G. Shklar (1964), G. Laskaris и соавт. (1981), С. И. Довжанский (1990) и P. V. Sugerman (2002)).

ПЛ СОПР согласно классификации S. Scully и G. Laskaris (1998) относят к белым поражениям, которые проявляются в виде неудаляющихся при поскабливании папул и бляшек серовато-белого цвета, образующих кружевной рисунок (сетку Уикхема) на неизменной слизистой. В соответствии с существующими клиническими классификациями Г. В. Банченко, А. И. Рыбакова (1978), А. Л. Машкиллейсона, Е. В. Боровского (1984) к белым поражениям причислены типичная и гиперкератотическая формы ПЛ СОПР.

Однако в зависимости от клинических проявлений заболевание может быть отнесено к другим видам морфологических поражений (от белых, красных до пузырьных) (G. Laskaris и соавт. (1981)).

В МКБ ПЛ зарегистрирован следующим образом:

L00–L99 Болезни кожи и подкожной клетчатки

L40–L45 Папулосквамозные нарушения, которые представлены нозологической формой заболевания, проявляющейся на слизистой рта белыми поражениями:

L43 Лишай плоский (буллезный, лишаевидная реакция на лекарственное средство, другой плоский лишай)

L43.80–89 Проявления плоского лишая в полости рта (папулезные, ретикулярные, атрофические, эрозивные, типичные бляшки, уточненные и неуточненные).

В Республике Беларусь в стоматологической практике наряду с международной классификацией используется клинико-морфологическая классификация А. Л. Машкиллейсона и Е. В. Боровского (1984), в которой клинические формы согласуются между собой.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Клинически ПЛ СОПР протекает с различными клинико-морфологическими изменениями и степенью тяжести заболевания у пациентов с сопутствующими соматическими и стоматологическими заболеваниями. Описаны проявления дерматоза с поражением кожи туловища, конечностей и волосистой части головы, ногтей, слизистых конъюнктивы, пищевода, гортани, аногенитальной области, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала,

прямой кишки. Установлено, что ПЛ может протекать изолированно с поражением только кожи, а также в сочетании с поражением слизистых различных локализаций. Следует отметить, что поражение слизистой рта, как правило, предшествует кожным проявлениям заболевания, а иногда дерматоз ограничивается только оральными проявлениями (до 58,6 %).

В основном заболевание возникает у лиц в возрасте от 26 до 70 лет, преимущественно болеют женщины после сорока лет. В последние годы появились данные о патологии в более молодом и даже в детском возрасте.

К наиболее характерным клиническим проявлениям дерматоза на слизистой рта при всех клинических формах относят наличие множественных белых очагов поражения в виде сетки Уикхема с билатеральным симметричным расположением, что является патогномичным признаком и отличает клинически ПЛ от других состояний.

Чаще в патологический процесс вовлекаются дистальные отделы слизистой щек, дорсальная поверхность языка, слизистая альвеолярного отростка и десневого края. Значительно реже поражается слизистая неба, красная кайма губ и дно полости рта.

Типичная форма заболевания клинически проявляется мелкими (до 2 мм в диаметре), симметрично расположенными папулами серовато-белого цвета, которые, сливаясь между собой, формируют рисунок кружев или папоротника на фоне неизменной при- и подлежащей слизистой (рис. 1, а).

Экссудативно-гиперемическая форма ПЛ слизистой рта с преобладанием воспаления относится к красным поражениям (С. Scully, G. Laskaris (1998)). Она характеризуется отеком слизистой с признаками застойной гиперемии, на фоне которой отмечаются типичные папулы и бляшки с характерным рисунком (рис. 1, б). Как правило, эта форма трансформируется в эрозивно-язвенную.

Для **эрозивно-язвенной формы** характерна острая воспалительная реакция слизистой с деструкцией тканей и образованием в разных участках болезненных эрозий или мелких язв неправильных или округлых очертаний. В основании и по периферии очагов поражения могут длительно сохраняться резко отграниченный инфильтрат причудливых очертаний или характерные для типичной формы папулы. При локализации на красной кайме губ эрозии покрываются кровянистыми корочками (рис. 1, в).

Буллезная форма клинически проявляется пузырями размером от 2 мм и более, с плотным покровом на гиперемированной слизистой и белыми папулезными высыпаниями вокруг. Пузыри сохраняются от нескольких часов до двух суток. После их вскрытия образуются обширные эрозивные поверхности, покрытые фибринозным налетом. Симптом Никольского отрицательный (рис. 1, г).

Гиперкератотическая форма чаще локализуется в ретромолярной области, на дорсальной поверхности языка, иногда в области углов рта. Она

характеризуется выступающими над неизменной слизистой рта белыми бляшками с ороговевшим наслоением и четкими очертаниями (рис. 1, д).

Следует отметить, что **атипичная форма** ПЛ слизистой рта как по клиническим признакам, так и по локализации встречается редко. Атипичная форма на красной кайме губ характеризуется эритемой с перламутровым оттенком, на слизистой десны — линейной эритемой, на десневых сосочках — сливающимися папулами, на языке — атрофией нитевидных сосочков с папулезным рисунком вокруг (рис. 1, е, ж, з). Следует отметить, что при этом на других участках слизистой отсутствуют патогномичные признаки заболевания.

Эрозивно-язвенная, буллезная и атипичная формы относятся к язвенным и пузырьным поражениям, проявляются нарушением целостности слизистой рта, характеризуются наличием эрозий, язв, пузырей различных размеров (С. Scully, G. Laskaris (1998)).

Клинически классические белые поражения отнесены к «неосложненным» формам, все другие — к «осложненным».



а



б



в



г



д



е



ж



з

Рис. 1. Клинические проявления различных форм плоского лишая слизистой оболочки полости рта:

a — типичная форма слизистой щеки справа; *б* — экссудативно-гиперемическая форма слизистой щеки справа; *в* — эрозивно-язвенная форма слизистой щеки слева; *г* — буллезная форма слизистой щеки слева; *д* — гиперкератотическая форма слизистой щеки слева; *е* — атипичная форма красной каймы нижней губы; *ж* — атипичная форма слизистой десны; *з* — атипичная форма боковой поверхности языка

В связи с тем, что в полости рта проявления дерматоза разнообразны, встречаются изолированные и атипичные поражения слизистой без манифестации заболевания на коже, клиническая диагностика ПЛ СОПР затруднена, что обосновывает проведение морфологического исследования.

Известно, что **морфологически ПЛ СОПР** проявляется неспецифическим воспалением в различных слоях слизистой с нарушением процессов ороговения эпителия (пара- и гиперкератоз). Однако патогномоничные морфологические признаки ПЛ СОПР были не выявлены.

Авторами установлено, что характерными патоморфологическими признаками, присущими только ПЛ СОПР, являются: поверхностная лихеноидная воспалительная лимфоцитарная инфильтрация, гидропическая дистрофия базальных эпителиоцитов, размытость границ базальной мембраны, экзоцитоз лимфоцитов в эпителий, спонгиоз и паракератоз эпителия (табл. 1).

Таблица 1

Частота встречаемости патогистологических признаков плоского лишая слизистой оболочки полости рта

Патогистологический признак	Частота встречаемости	
	Абс.	%
Полосовидный лимфоцитарный воспалительный инфильтрат	23	100
Гидропическая дистрофия базальных эпителиоцитов	21	91,3
Размытость границ базальной мембраны	19	82,6
Экзоцитоз лимфоцитов в эпителий	17	73,9
Спонгиоз	16	69,5
Паракератоз	16	69,5
Тельца Сиватта (апоптотические эпителиоциты)	13	56,5
Гиперкератоз	9	39,1
Акантоз псориазиформный	7	30,4
Гипергранулез	7	30,4
Акантоз «зубчатый»	0	0
Признаки дисплазии и малигнизации	0	0

Апоптотические эпителиоциты при ПЛ СОПР достоверно чаще определялись при «неосложненных» формах дерматоза (типичный и гиперкератотический варианты). Данная закономерность указывает на то, что отсутствие телец Сиватта не исключает морфологический диагноз ПЛ СОПР, особенно при «осложненных» формах. В свою очередь «осложненные» формы ПЛ СОПР по сравнению с «неосложненными» достоверно чаще характеризовались наличием в воспалительном инфильтрате плазматических клеток.

Необходимо отметить, что наличие плазмоцитов нетипично для ПЛ кожи и характерно только для ПЛ СОПР. «Неосложненные» формы ПЛ СОПР, в отличие от «осложненных», достоверно чаще сопровождались нарушением процессов ороговения эпителия в виде гиперкератоза и гипергранулеза. Именно эти формы клинически проявляются белыми папулами/бляшками и требуют проведения морфологического исследования для исключения лейкоплакии и неоплазии слизистой рта (рис. 2–5).

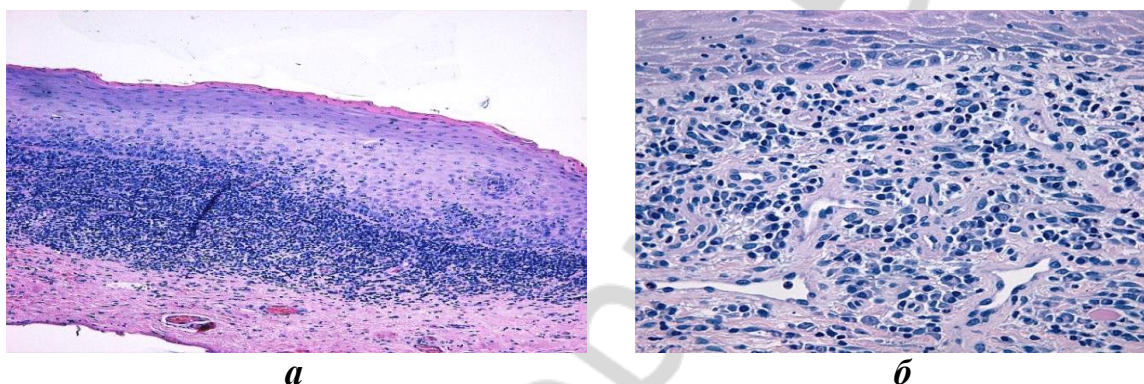


Рис. 2. Характеристика воспалительного инфильтрата:

а — полосовидный лимфоцитарный инфильтрат в субэпителиальных отделах, ув. $\times 100$;
б — примесь плазматических клеток среди воспалительного инфильтрата, ув. $\times 400$

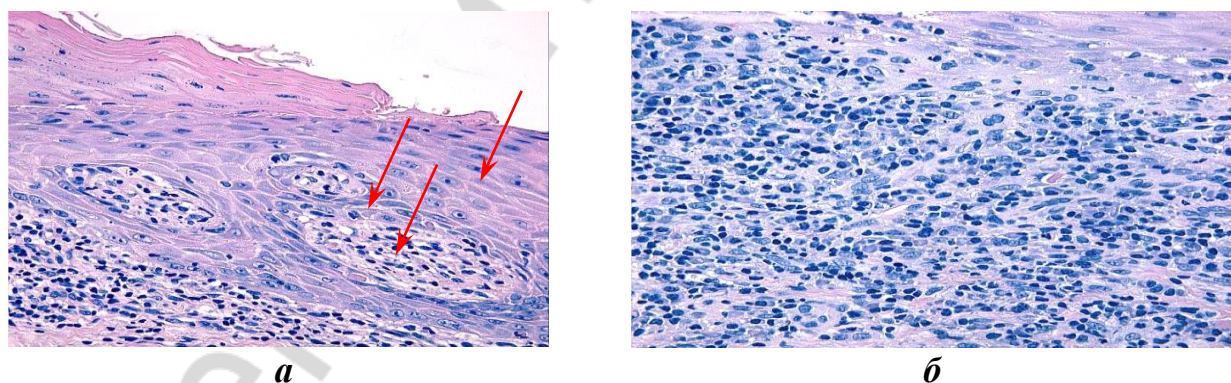


Рис. 3. Характеристика изменений в зоне эпителиально-стромального соединения:
а — апоптотические тельца (обозначены стрелками), ув. $\times 200$; *б* — размытость базальной мембраны, ув. $\times 400$

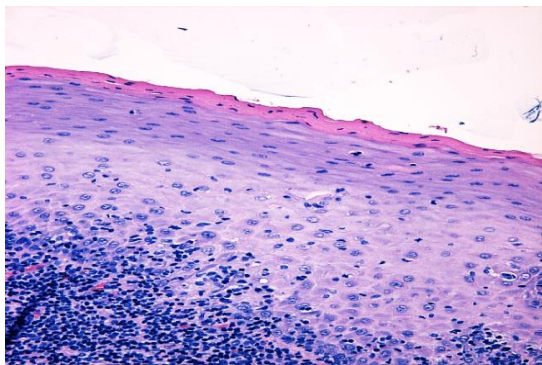


Рис. 4. Нарушения ороговения эпителия, ув. $\times 100$; паракератоз

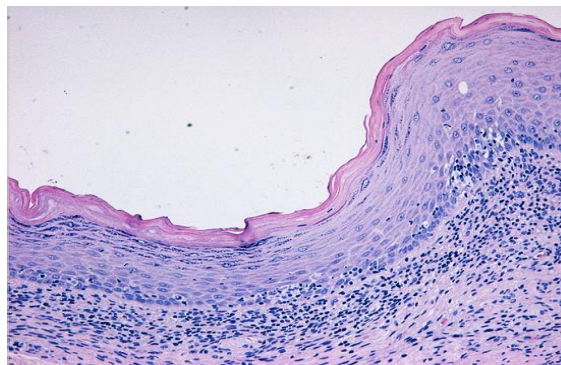


Рис. 5. Нарушения ороговения эпителия, ув. $\times 100$; гиперкератоз и гипергранулез

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Для обследования пациентов с ПЛ СОПР используют как клинические, так и лабораторные методы диагностики. Поскольку ПЛ является общим заболеванием (дерматозом) с проявлениями на слизистой рта, обследование пациента требует интеграции врачей-специалистов.

Традиционное клиническое стоматологическое обследование пациентов с ПЛ СОПР проводится в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2013 г. 5-е издание), клиническими протоколами диагностики и лечения (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1245 от 26.12.2011 г.), инструкцией по применению «Алгоритм диагностики заболеваний и патологических состояний, сопровождающихся наличием элементов поражения слизистой оболочки полости рта» (№ 103-1117, утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 01.12.2017 г.).

Визуально-инструментальное обследование, индексная оценка стоматологического статуса, включая уровень гигиены рта, состояние твердых тканей зубов, тканей периодонта, качество реставраций, наличие факторов риска позволяют выявить очаги одонтогенной инфекции, исключить местные причины повреждения слизистой. При этом чрезвычайно важно детально оценить элементы поражения во всех анатомо-топографических областях полости рта.

Особенностью диагностики поражений СОПР является тщательность сбора жалоб, анамнеза истории развития заболевания, результатов ранее проведенного лечения, определения взаимосвязи состояния СОПР с соматическими и стоматологическими заболеваниями.

Немаловажными в диагностике ПЛ являются дополнительные клинические и лабораторные тесты, такие как стоматоскопия, окрашивание специальными красителями (например, толуидиновым синим), фотографирование. Для повышения качества диагностики рекомендуется использовать источники хемилюминесцентного света в системах «ViziLite», «VELscope» и др. В настоящее время предложен онкоскрининг «ViziLite Plus», который применяется в

дополнение к традиционной процедуре осмотра слизистой рта у пациентов с высоким риском развития и малигнизации предраковых заболеваний.

Для определения соматического здоровья пациента, выявления сопутствующих заболеваний показано углубленное обследование с выполнением всех необходимых анализов и лабораторных исследований, рекомендованных врачами-специалистами, таких, как общий и биохимический анализ крови; исследование крови на глюкозу; определение вторичного иммунодефицита и нарушения обмена веществ, показателей гормонов щитовидной железы, микроэлементов, витаминов; флюорография; осмотр гинеколога (для женщин); исключение специфических инфекций (ВИЧ, хламидийной, сифилиса, гепатита и др.); определение микробиоценоза полости рта и кишечника; исключение кандидоза.

С целью сокращения сроков обследования и постановки окончательного диагноза, унифицирования ведения документации на приеме стоматологов, терапевтов, дерматовенерологов авторами разработан алгоритм диагностики и карта обследования пациента при ПЛ СОПР. В алгоритме диагностики отражены интегрированные действия врачей-специалистов при первичном и последующих посещениях пациента (рис. 6).

Карта обследования пациента с ПЛ СОПР включает: общие сведения о пациенте; жалобы; анамнез; стоматологический статус с индексной оценкой и детальной характеристикой элементов поражения; специальные индексы (индексы степени воспаления и поражения СОПР); определение общего здоровья пациента у врачей-специалистов; назначенное лечение и его результаты; добровольное информированное согласие. Лист № 1, 3, 4, 5 заполняют врачи-специалисты (стоматолог, терапевт, дерматовенеролог, инфекционист, гематолог и др.) в зависимости от обращения пациента; лист № 2 (стоматологический статус) заполняет стоматолог (прил.).

Предложенный алгоритм диагностики позволил у пациентов с ПЛ СОПР выявить наличие соматических заболеваний в $95 \pm 0,05$ % случаев, очагов одонтогенной инфекции — в 50–95 % случаев в зависимости от клинической формы заболевания, нарушений биоценоза полости рта (кандидоз, дисбиоз) — в 50–65 % случаев, отклонений от нормы в общем анализе крови

— в 30–75 % случаев, изменений в параметрах биохимического анализа крови — в 65–85 % случаев, отклонений в иммунологических исследованиях — в 9,5 % случаев.

Разработанная карта обследования пациента с ПЛ СОПР интегрирует действия врачей-специалистов при постановке окончательного диагноза, что позволяет принимать как организационные, так и тактические решения по поводу оказания специализированной медицинской помощи пациентам данной категории.



ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОФИЛЯ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА И ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ «НЕОСЛОЖНЕННЫХ» И «ОСЛОЖНЕННЫХ» ФОРМ ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

Клинические проявления ПЛ СОПР разнообразны, для них характерны трансформация и атипичность форм; схожесть с другими поражениями слизистой рта; возможность присоединения в 30–50 % случаев грибково-бактериальной микрофлоры; длительно незаживающие эрозии и язвы, которые могут приводить к дисплазии и малигнизации; отсутствие манифестации заболевания на коже и патогномичных признаков в виде симметрично расположенной сетки Уикхема. В связи с этим исключается возможность постановки окончательного диагноза на основании клинических проявлений дерматоза и определяется необходимость использования микробиологических, иммунологических и других методов исследования. При этом стоматологу и другим врачам-специалистам необходимо учитывать наличие других сопутствующих соматических заболеваний, усугубляющих степень тяжести дерматоза. Отсутствие четких показаний для методов лабораторной диагностики, последовательности их использования значительно затрудняют выбор как метода исследования, так и врача-специалиста.

В связи с этим авторами разработано определение профиля врача-специалиста и лабораторных методов диагностики «неосложненных» и «осложненных» форм ПЛ, которые проводятся в зависимости от клинических проявлений заболевания, степени тяжести, наличия сопутствующей соматической и стоматологической патологии (табл. 2, 3).

Таблица 2

Определение профиля врача-специалиста и лабораторных методов дифференциальной диагностики при «неосложненных» формах плоского лишая

Специалисты и методы диагностики	«Неосложненные» формы ПЛ СОПР (типичная и гиперкератотическая)	Лейкоплакия (плоская и веррукозная)	Кандидозная лейкоплакия	Кандидоз СОПР (внутриэпителиальный рост грибов)	Сифилис	Онкологические заболевания
Дерматовенеролог	+	–	–	–	+	–
Инфекционист	–	–	+	+	+	–
Онколог	+/-	+	+	+/-	–	+
Морфологическое исследование	+	+	+	+	–	+

Таблица 3 Определение профиля врача-специалиста и лабораторных методов дифференциальной диагностики при «осложненных»									Иммуноферментное исследование	Микробиологическое исследование
«Осложненные» формы ПЛ СОПР	Кандидоз СОПР	ВИЧ-инфекция, сифилис и другие инфекции (герпетическая, хламидийная)	Многоформная эксудативная эритема (синдромы)	Синдром Стивенса-Джонсона, Бадера, Лайелла	Эрозивно-язвенная форма красной волчанки	Буллезные заболевания*	Эритроплакия, эрозивно-язвенная форма лейкоплакии	Онкологические заболевания		
+	+	+/-	+	+	+	+	-	-	-	-
+/-	+	+	+/-	-	-	-	-	-	-	-
+/-	+/-	-	-	-	-	-	+	+	+	+
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	+/-	+	-	-	-	-	-	+
+	-	-	-	-	+/-	+/-	+	+	+	-
-	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-
-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* Пузырчатка, герпетический дерматит Дюринга, буллезный пемфигоид.

Специалисты и методы диагностики	Дерматолог	Инфекционист	Онколог	Иммунолог	Аллерголог	Морфологическое исследование	Иммуноферментное исследование	Микробиологическое исследование
----------------------------------	------------	--------------	---------	-----------	------------	------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

Разнообразие клинической картины ПЛ СОПР, схожесть с другими заболеваниями слизистой, отсутствие достоверных специфических методов и критериев оценки поражений затрудняют постановку окончательного диагноза и требуют проведения дифференциальной диагностики ПЛ СОПР с другими поражениями слизистой рта с учетом клинических, морфологических, микробиологических, иммунологических и других исследований.

Дифференциальная диагностика ПЛ СОПР представляет значительные трудности без наглядного отображения результатов обследования пациента. В связи с этим авторы разработали таблицы дифференциальной диагностики различных форм ПЛ СОПР с другими нозологическими формами заболеваний СОПР, в которых отражены клиничко-морфологические признаки поражений с детальной характеристикой состояния слизистой рта, с учетом сочетанных поражений других локализаций, а также данных лабораторных исследований (табл. 4–8).

Таблица 4

Дифференциальная диагностика типичной формы плоского лишая

Признак	Типичная форма ПЛ	Гранулы Фордайса	Плоская форма лейкоплакии	Вторичный сифилис	Хронический гиперпластический кандидоз
Элементы поражения	Мелкие папулы	Узелки до 1 мм	Пятно (единичное)	Крупные папулы, розеолы	Бляшки
Цвет	Белый	Желтовато-белый	Белый	Серовато-белый, перламутровый	Белый
Границы, форма	Четкие, неровные в виде сетки	Четкие, ровные	Четкие, овальные, ровные		Четкие, неровные
Подлежащая слизистая	Не изменена			Венчик гиперемии вокруг папул	Не гипертрофирована
Локализация	Слизистая щек, ретромолярная область, дорсальная и боковая поверхность	Ретромолярные отделы, в слизистой оболочке губ	Передние отделы СОПР, углы рта, дно полости рта,	Разные отделы СОПР	Разные отделы СОПР, чаще язык

	языка, реже десна, переходная складка, губы		реже язык, десна		
Поражение кожи и других слизистых	Да	Нет	Нет	Да	Да
Течение	Хроническое, с обострениями	Бессимптомное	Хроническое		

Окончание табл. 4

Признак	Типичная форма ПЛ	Гранулы Фордайса	Плоская форма лейкоплакии	Вторичный сифилис	Хронический гиперпластический кандидоз
Микробиологическое исследование	Без особенностей			Бледная трепонема	Дрожжеподобные грибы
Иммунологическое исследование	Без особенностей			Положительное на возбудителя	Без особенностей
Морфологическое исследование	В эпителии — гиперкератоз, в сосочковом слое — диффузный лимфоцитарный инфильтрат, базальная мембрана отечна	Варианты нормы	Пара- и гиперкератоз в эпителии, базальная мембрана истончена	Под эпителием — воспалительный инфильтрат, состоящий из лимфоидных и плазматических клеток	Элементы гриба в эпителии и подлежащей соединительной ткани

Таблица 5

Дифференциальная диагностика экссудативно-гиперемической формы плоского лишая

Признак	Экссудативно-гиперемическая форма ПЛ	Экссудативно-гиперемическая форма красной волчанки	Болезнь Буэна (эритроплакия, эритроплазия)	Кандидозный стоматит (острый и хронический эритематозный, острый псевдомембранозный кандидоз)
Элементы поражения	Мелкие папулы, образующие сетку Уикхема, эритема	Эритема, чешуйки	Пятно (эритема) от 1 см и более	Пленки, эритема
Цвет	Белый, красный		Белый, застойно-красный, бархатистая поверхность	Беловато-серый
Границы, форма	Четкие	Четкие (по типу частокола)	Четкие	Неровные
Подлежа-	Гиперемия, отек	Распространен-	Не изменена	Гиперемия, отек

щая слизи- стая		ная гиперемия		
Локализа- ция на сли- зистой рта	Слизистая щек, ретромолярная область, дорсальная и боковая поверхность языка, реже десна, переходная складка, губы	Слизистая щек, ретромолярная область, губы	Мягкое небо, язычок, язык, щеки, нижняя губа	Разные отделы СОПР

Окончание табл. 5

Признак	Экссудативно-гиперемическая форма ПЛ	Экссудативно-гиперемическая форма красной волчанки	Болезнь Буэна (эритроплакия, эритроплазия)	Кандидозный стоматит (острый и хронический эритематозный, острый псевдомембранозный кандидоз)
Поражение кожи и других слизистых	Да	Да	Нет	Да
Течение	Хроническое, с обострениями	Хроническое		Хроническое, с обострениями
Микробиологическое исследование	Без особенностей			Мицелий дрожжеподобных грибов
Иммунологическое исследование	Без особенностей			
Морфологическое исследование	В эпителии — гиперкератоз, в сосочковом слое — диффузный лимфоцитарный инфильтрат, базальная мембрана отечна	Пара- и гиперкератотические зоны в эпителии, вакуольная дегенерация клеток базального слоя эпителиа, дегенерация коллагеновых волокон	Полиморфизм клеток и атипичный митоз	Проникновение элементов гриба в слой эпителиа и подлежащую соединительную ткань

Таблица 6

Дифференциальная диагностика эрозивно-язвенной формы плоского лишая

Признак	Эрозивно-язвенная форма ПЛ	Эрозивно-язвенная форма красной волчанки	Многоформная экссудативная эритема	Пузырчатка	Аллергический и другие эрозивно-язвенные стоматиты
---------	----------------------------	------------------------------------------	------------------------------------	------------	----------------------------------------------------

Элементы поражения	Эрозии (вокруг может быть папулезный рисунок)	Глубокие кровоточащие эрозии	Обширные эритемы, пузыри, эрозии, кровянистые корки	Эрозии, обрывки покрывки пузыря	Эритема, эрозия, пузыри
Границы	Неровные	Четкие, неровные	Неровные		Четкие
Цвет	Красный, белый		Ярко-красный	Красный	Ярко-красный
Подлежащая слизистая	Гиперемия, отек		Сильно выраженный отек, гиперемия	Гиперемия, отек	Сильно выраженный отек, гиперемия

Продолжение табл. 6

Признак		Эрозивно-язвенная форма ПЛ	Эрозивно-язвенная форма красной волчанки	Многоформная эксудативная эритема	Пузырчатка	Аллергический и другие эрозивно-язвенные стоматиты
Локализация		Слизистая щек, ретромолярная область, дорсальная и боковая поверхность языка, реже десна, переходная складка, губы	Слизистая щек, красная кайма губ	Слизистая преддверия рта, твердое небо, красная кайма губ	Разные отделы СОПР, зев	Разные отделы СОПР
Поражение кожи и других слизистых		Да	Да	Да	Да	Да
Симптомы	Никольского	Отрицательный	Отрицательный	Может быть положительный	Положительный	Отрицательный
	Кебнера	Положительный		Отрицательный		
Течение		Хроническое, с обострениями		Острое, рецидивирующее	Хроническое	Острое
Микробиологическое исследование		Без особенностей				В соответствии с этиологией
Морфологическое исследование		В центре — круглоклеточный инфильтрат, с некротическими массами, по периферии — гиперкератоз, в сосочковом	Паракератоз, гиперкератоз, вакуольная дегенерация клеток базального слоя, дегенерация	Внутриклеточный отек, в сосочковом слое — периваскулярный отек и инфильтрат из лимфоцитов, подэпители-	В слое шиповатых клеток — акантоз с образованием внутриэпителиальных пузырей,	Круглоклеточный инфильтрат с некротическими массами

	слое — диффузный лимфоцитарный инфильтрат, базальная мембрана отечна	коллагеновых волокон, периваскулярный инфильтрат	альное расположение пузырей	акантолитические клетки	
Вирусологическое исследование	Без особенностей				Положительное (в соответствии с этиологией)

Окончание табл. 6

Признак	Эрозивно-язвенная форма ПЛ	Эрозивно-язвенная форма красной волчанки	Многоформная экссудативная эритема	Пузырчатка	Аллергический и другие эрозивно-язвенные стоматиты
Иммунологическое исследование	Без особенностей			Обнаружение антител к пузырным заболеваниям (демоглинов)	Повышение титра иммуноглобулина Е

Таблица 7

Дифференциальная диагностика буллезной формы плоского лишая

Признак	Буллезная форма ПЛ	Сосудисто-пузырный синдром	Буллезный пемфигоид
Элементы поражения	Пузырь, эрозия, вокруг папулезный рисунок	Пузырь (единичный), эрозия	
Границы	Четкие		
Цвет	Красный, белый	Красный	
Подлежащая слизистая	Отек, гиперемия	Не изменена или легкая гиперемия	
Локализация	Слизистая щек, ретромюлярная область, дорсальная и боковая поверхность языка, реже десна, переходная складка, губы	Твердое и мягкое небо, щеки, десна, язык	Слизистая щек, твердое и мягкое небо
Поражение кожи и других слизистых	Да	Нет	Возможно

Течение	Хроническое, с обострениями	Хроническое
Микробиологическое исследование	Без особенностей	
Иммунологическое исследование	Без особенностей	Обнаружение антител к пузырным заболеваниям (десмоглиенов)

Окончание табл. 7

Признак	Буллезная форма ПЛ	Сосудисто-пузырный синдром	Буллезный пемфигоид
Морфологическое исследование	В центре — круглоклеточная инфильтрация, некротические массы, по периферии — гиперкератоз эпителия, в сопочковом слое определяется диффузный лимфоцитарный инфильтрат, базальная мембрана отечна, щелевидные образования внутри эпителия (формирование внутри-эпителиального пузыря)	Истончение эпителия, под базальной мембраной имеется полость, дистрофические изменения в собственно слизистой оболочке полости рта	Истончение эпителия, под базальной мембраной щелевидное пространство, отсутствие акантолиза

Таблица 8

Дифференциальная диагностика гиперкератотической формы плоского лишая

Признак	Гиперкератотическая форма ПЛ	Веррукозная форма лейкоплакии	Кандидозный стоматит
Элементы поражения	Папулы, образующие сетку Уикхема и/или сливающиеся в бляшку	Бляшка (единичная)	Бляшки
Границы	Четкие		
Цвет	Белый		
Подлежащая слизистая	Не изменена		Гиперемированная, отечная
Локализация	Слизистая щек, ретромолярная область, дор-	Передние отделы СОПР, углы рта, дно	Разные отделы СОПР

	сальная и боковая поверхность языка, реже десна, переходная складка, губы	полости рта	
Поражение кожи	Да	Нет	Да
Течение	Хроническое, с обострениями	Хроническое	Хроническое, с обострениями
Микробиологическое исследование	Без особенностей		Дрожжеподобные грибы
Иммунологическое исследование	Без особенностей		

Окончание табл. 8

Признак	Гиперкератотическая форма ПЛ	Веррукозная форма лейкоплакии	Кандидозный стоматит
Морфологическое исследование	Мощный слой гиперкератоза, паракератоз, изменения базальной мембраны	Преобладание гиперкератоза, акантоз отсутствует, дисплазия	Проникновение элементов гриба в слой эпителия и подлежащую соединительную ткань

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВОСПАЛЕНИЯ И ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Для объективной оценки воспаления и степени тяжести поражения СОПР необходима детальная характеристика состояния СОПР: вид элементов поражения (эритема, эрозия, пятно, бляшка и др.); их количество (единичные или множественные); изменения окружающей и подлежащей слизистой; число пораженных участков; число рецидивов в год; признаки малигнизации; болевой синдром.

В связи с этим предложен индекс воспаления слизистой, а также способ оценки степени тяжести поражения (инструкция по применению «Алгоритм диагностики заболеваний и патологических состояний, сопровождающихся наличием элементов поражения слизистой оболочки полости рта» № 103-1117 от 01.12.2017; патент ВУ 22221 «Способ оценки степени тяжести поражения слизистой оболочки полости рта»).

Данные методы клинической диагностики позволяют достоверно в баллах оценить как степень тяжести воспаления, так и степень тяжести поражения СОПР.

Индекс воспаления слизистой рта (А. С. Рутковская и соавт., 2014) заключается в том, что визуально в зависимости от интенсивности эритемы в области элементов поражения определяется степень тяжести воспаления в баллах (прил., лист 2; рис. 7).



а



б



в



г



д



е

Рис. 7. Интенсивность эритемы в области элементов поражения на слизистой оболочке полости рта:

а — отсутствие воспаления (0 баллов); *б* — слабовыраженное воспаление (1 балл); *в* — умеренно выраженное воспаление (2 балла); *г* — выраженное воспаление (3 балла); *д* — резко выраженная эритема (4 балла); *е* — цианотичность (5 баллов)

Оценка степени тяжести поражения СОПР (А. С. Рутковская и соавт., 2015) заключается в определении и оценивании в баллах признаков, характеризующих состояние слизистой оболочки полости рта.

Полученные баллы суммируют и при значении суммы баллов от 0 до 5 регистрируют легкую степень тяжести, от 6 до 10 — среднюю, от 11 и более — тяжелую степень поражения (прил., лист 3).

Разработанные новые клинические индексы позволяют объективно в баллах регистрировать изменения степени тяжести воспаления и поражения СОПР при ПЛ.

ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ ИНЦИЗИОННОЙ БИОПСИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ПОРАЖЕНИЯ

Выявление патогистологических признаков поражений слизистой рта в различных ее слоях (нарушение ороговения, наличие воспаления, дисплазии и малигнизации, внутриэпителиального роста грибов, наличие атипичных и акантолитических клеток) при морфологическом исследовании позволяет проводить дифференциальную диагностику заболеваний СОПР. Однако при существующих методах забора морфологического материала инцизионной биопсии СОПР происходит смещение исследуемого участка слизистой из-за ее высокой подвижности, что затрудняет прицельное получение биоптата, а использование щипцов не исключает его механического повреждения, что приводит к образованию искусственных изменений. Кроме того, свободная фиксация материала в емкости обуславливает его пространственную деформацию, в силу чего невозможно получить стандартно ориентированные срезы для изготовления микропрепаратов. Указанные факты приводят к снижению достоверности и информативности морфологического исследования.

Пациентам в условиях хирургического стоматологического кабинета выполняется инцизионная биопсия СОПР в области элементов поражения с применением разработанного метода, при котором обеспечивается сохранение в неповрежденном состоянии биопсийного материала слизистой оболочки полости рта (инструкция по применению «Метод инцизионной биопсии слизистой оболочки полости рта» № 029-0616 от 30.06.2016; патент ВУ 21826 «Способ инцизионной биопсии слизистой оболочки полости рта»).

Морфологическое исследование проводится согласно общепринятой методике с оценкой патогистологических признаков поражения эпителия и подлежащей слизистой. При исследовании оценивают характер воспалительного инфильтрата (клеточный состав, распространенность и степень выраженности); состояние базальной мембраны; дегенеративные изменения клеток эпителия; признаки нарушения ороговения эпителия (акантоз, дискератоз, пара- и гиперкератоз); внутриэпителиальный рост грибов; наличие атипичных и акантолитических клеток; признаки дисплазии и малигнизации.

Для проведения инфильтрационной анестезии иглу инсулинового шприца с анестетиком вводят под неизменную слизистую оболочку на расстоянии 0,3–0,5 см до элемента поражения на глубину 0,2–0,3 см и проводят инфильтрационную анестезию (объем анестетика составляет от 0,5 до 0,7 мл).

Для прицельного выделения и иссечения биоптата иглу инсулинового шприца продвигают под элементом поражения под слизистой на протяжении

0,5 см, приподнимая участок на 0,1–0,2 см, затем вокруг иглы инсулинового шприца скальпелем проводится иссечение участка слизистой двумя сходящимися полуовальными разрезами длиной 0,5–0,8 см. Для исключения артефициальных механических повреждений выделяется биоптат размером 0,3 × 0,5 × 0,8 см.

Для удержания биоптата в расправленном положении с целью исключения его пространственной деформации и получения правильно ориентированных, информативных срезов для морфологического исследования иссеченный участок, удерживаемый на инсулиновой игле, переносится в расправленном состоянии на полоску фильтровальной бумаги размером 2 × 5 см, которую заворачивают в 3–4 слоя и перевязывают 2–3 узлами шовного материала. Далее материал погружается в емкость с раствором 10%-ного нейтрального формалина и доставляется в патогистологическую лабораторию (рис. 8).

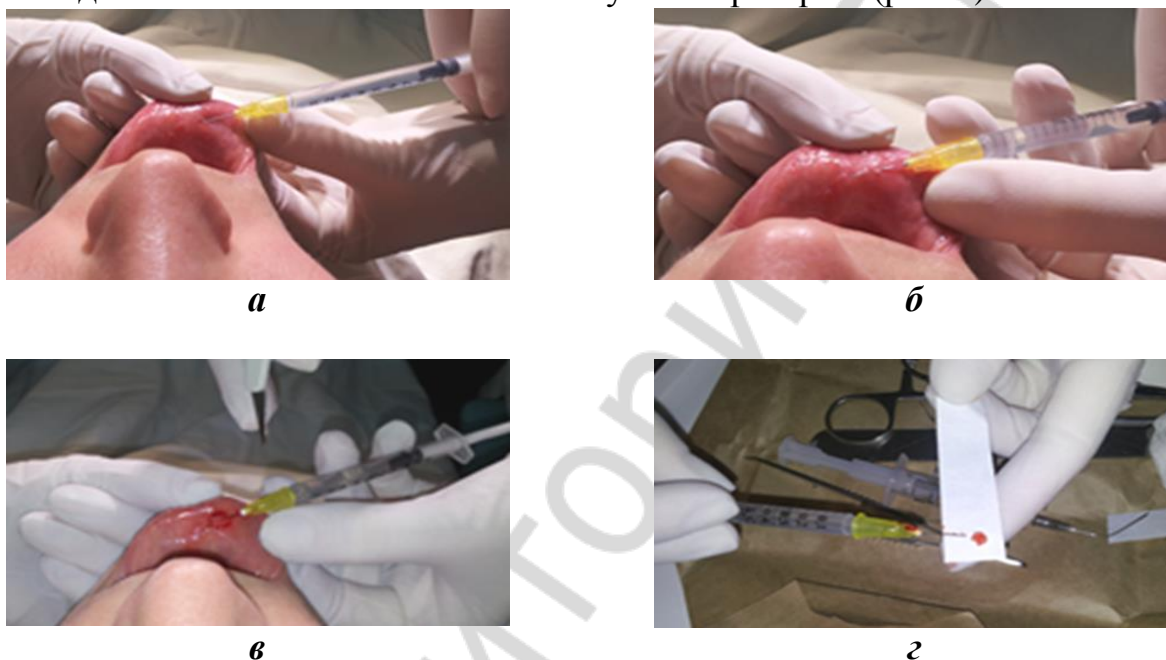


Рис. 8. Этапы осуществления забора биопсийного материала:

а — проведение инфильтрационной анестезии; *б* — прицельное выделение биоптата; *в* — иссечение биоптата; *г* — удержание биоптата в расправленном положении

Послеоперационную рану инстиллируют раствором антисептика, накладываются 2–3 отдельных узловых шва. Пациента назначают для контрольного осмотра на следующий день и через 7 дней для снятия швов.

Биоптаты СОПР дегидратируются в спиртах восходящей концентрации при помощи тканевого процессора, заключаются в парафин с сохранением ориентации с использованием заливочного центра. При наличии в нем «холодной точки» намного проще сохранить правильную ориентацию биоптата. Из блоков изготавливаются срезы толщиной 4 мкм, которые окрашиваются гематоксилином и эозином, при необходимости — реактивом Шиффа. Окрашивание реактивом Шиффа используется для исключения и/или визуализации внутриэпителиального грибкового поражения слизистой, при этом споры и мицелий грибов окрашиваются в интенсивный розовый цвет.

Срезы заключаются в канадский бальзам или аналогичную среду, покрываются покровным стеклом. Микропрепараты исследуют при помощи светового микроскопа с последующей патогистологической оценкой биоптатов СОПР и выдачей заключения морфологического исследования.

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЙ «НЕОСЛОЖНЕННЫХ» И «ОСЛОЖНЕННЫХ» ФОРМ ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

Несмотря на наличие в литературных источниках различных схем и лекарственных средств для лечения ПЛ СОПР, в настоящее время нет общепринятого способа терапии, эффективно влияющего на частоту обострений, снижающего степень тяжести клинических проявлений и увеличивающего длительность периода ремиссии. В Республике Беларусь отсутствует последовательный междисциплинарный алгоритм лечения дерматоза. В связи с этим авторами разработан метод лечения и профилактики обострений всех клинических форм ПЛ СОПР с использованием комплекса лечебно-профилактических мероприятий, проводимых стоматологом, дерматовенерологом, терапевтом и др. (табл. 9, 10).

Таблица 9

Алгоритм лечебно-профилактических мероприятий при всех формах плоского лишая (первичные и повторные посещения)

Стоматолог	Дерматовенеролог и/или другие врачи-специалисты
Проводит мотивацию, обучение гигиене полости рта, профессиональную гигиену, устраняет факторы риска. Назначает лекарственные средства местного действия (по показаниям). Устраняет очаги одонтогенной инфекции (лечение кариеса и его осложнений, болезней тканей периодонта). При наличии других поражений СОПР проводит их лечение (по показаниям). После купирования воспаления и эпителизации эрозивно-язвенных элементов поражения оказывает все виды стоматологической помощи, проводит рациональное протезирование рта с учетом состояния слизистой и реакции на стоматологические материалы. Осуществляет динамическое наблюдение (диспансеризацию)	Проводит лечение сопутствующей соматической патологии. Корректирует прием лекарственных средств системного действия при общих заболеваниях. Нормализует параметры гомеостаза. Назначает лекарственные средства системного действия для лечения дерматоза. Осуществляет динамическое наблюдение (диспансеризацию)

Таблица 10

Лечение плоского лишая слизистой оболочки полости рта (алгоритм назначения лекарственных средств врачами-специалистами)

Стоматолог	Дерматовенеролог и/или другие врачи-специалисты
<i>Типичная и гиперкератотическая форма</i>	
<p>Коррекция местного иммунитета (иммуномодуляторы в виде аэрозоля, раствора или таблеток для рассасывания от 2 недель до месяца).</p> <p>Нормализация биоценоза полости рта (про- и эубиотики в виде ротовых ванночек и таблеток для рассасывания (2–3 недели).</p> <p>При дискомфорте, стягивании, шероховатости СОПР — средства, улучшающие регенерацию, в виде аппликаций 2–3 раза в день 2–3 недели</p>	<p>Коррекция общего иммунитета (иммуномодуляторы и другие средства по показаниям).</p> <p>Нормализация биоценоза кишечника.</p> <p>Улучшение процессов обмена веществ (витамины, микроэлементы).</p> <p>Нормализация деятельности нервной системы и устранение чувства тревожности</p>

Продолжение табл. 10

Стоматолог	Дерматовенеролог и/или другие врачи-специалисты
<i>Эксудативно-гиперемическая форма</i>	
<p>Антибактериальная обработка рта различными антисептическими средствами (от 30 с до 3 мин не менее 4–6 раз в день 10–14 дней; используют растворы, таблетки для рассасывания, аэрозоли).</p> <p>Аппликация мазей, улучшающих трофику и регенерацию тканей (лекарственное средство наносится на сухую слизистую на марлевой основе на 7–10 мин 2–3 раза в день после еды до полной эпителизации элементов поражений СОПР).</p> <p>Аппликация глюкокортикоидных и комбинированных мазей (лекарственное средство наносится на сухую слизистую на марлевой основе на 7–10 мин, 3 раза в день после еды от 3 до 7 дней).</p> <p>Коррекция местного иммунитета (иммуномодуляторы в виде аэрозоля, раствора или таблеток для рассасывания от 2 недель до месяца).</p> <p>Нормализация биоценоза полости рта (про- и эубиотики в виде ротовых ванночек и таблеток для рассасывания от 2 недель до 1 месяца)</p>	<p>Коррекция общего иммунитета (иммуномодуляторы и другие средства по показаниям).</p> <p>Нормализация биоценоза кишечника (про- и эубиотики).</p> <p>Улучшение процессов обмена веществ (витамины, микроэлементы).</p> <p>Нормализация деятельности нервной системы и устранение чувства тревожности (седативные, анксиолитики).</p> <p>Антигистаминные и антималярийные средства (при выраженном воспалении)</p>
<i>Эрозивно-язвенная, буллезная и атипичная форма</i>	

<p>Антибактериальная обработка рта различными антисептическими средствами (от 30 с до 3 мин не менее 4–6 раз в день 10–14 дней; используются растворы, таблетки для рассасывания, аэрозоли).</p> <p>Ферменты для очищения поверхности эрозий и язв от налета и некротических масс (мази, растворы в виде аппликаций на марлевой основе 2–3 раза в день на 3–5 мин дважды, 3–5 дней до очищения от некротических масс).</p> <p>Глюкокортикоидные и комбинированные мази (аппликации на сухую слизистую на марлевой основе на 7–10 мин, 3 раза в день от 3 до 14 дней).</p> <p>Аппликация мазей, улучшающих трофику и регенерацию тканей (мази на марлевой основе наносят на сухую слизистую на 7–10 мин 3 раза в день до полной эпителизации элементов поражения).</p>	<p>Коррекция общего иммунитета (иммуномодуляторы и другие средства по показаниям).</p> <p>Нормализация биоценоза кишечника (про- и эубиотики).</p> <p>Нормализация деятельности нервной системы и устранение чувства тревожности (седативные, анксиолитики, транквилизаторы).</p> <p>Улучшение процессов обмена веществ (витамины, микроэлементы).</p> <p>Нормализация проницаемости сосудистой стенки и улучшение периферического кровообращения.</p> <p>Антигистаминные и антималярийные средства.</p> <p>При тяжелом течении эрозивно-язвенной, буллезной и атипичной формы ПЛ СОПР — глюкокортикостероиды и цитостатики.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Окончание табл. 10

Стоматолог	Дерматовенеролог и/или другие врачи-специалисты
<p>Коррекция местного иммунитета (иммуномодуляторы в виде аэрозоля, раствора или таблеток для рассасывания 1 месяц по инструкции).</p> <p>Нормализация биоценоза полости рта (про- и эубиотики в виде ротовых ванночек 3 раза в день после еды и таблеток для рассасывания по инструкции до 3 месяцев)</p>	<p>Решение вопроса о госпитализации пациента</p>

При первичном и последующих посещениях пациента для системного и местного лечения ПЛ СОПР используют (по показаниям) лекарственные средства, включенные в Государственный реестр лекарственных средств Республики Беларусь, которые назначают врачи-специалисты согласно инструкции по медицинскому применению.

В разработанном методе лечения и профилактики обострений отражены частота, экспозиция, длительность применения и формы выпуска лекарственных средств местного и системного действия.

При присоединении грибковой инфекции, наряду с базовой терапией ПЛ СОПР, зависящей от формы и степени тяжести дерматоза, назначается противогрибковое медикаментозное лечение, которое может быть местным и общим согласно существующим протоколам лечения и инструкции по применению, утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь («Метод вторичной медицинской профилактики кандидоза слизистой оболочки полости рта», 2017 г., № 051-0717). Назначение общего медика-

ментозного лечения проводит терапевт и другие врачи-специалисты, оно подразумевает выбор противогрибкового средства, его дозировку, способ введения. Местное лечение назначает стоматолог. Основу местной и общей этиологической терапии кандидоза СОПР составляют антимикотики (противогрибковые лекарственные средства). При назначении антимикотиков местно наиболее часто используют лекарственные средства группы полиеновых антибиотиков, а также производные азолов и антисептики. Данные лекарственные средства назначаются в форме мази, геля, спрея, суспензии, крема, пастилок, таблеток для рассасывания, растворов согласно инструкции по медицинскому применению.

Следует отметить, что перед началом лечения присоединившейся грибковой инфекции обязательным является идентификация возбудителя и определение его чувствительности к противогрибковым препаратам.

Профилактика. Для увеличения эффективности лечения пациентам с ПЛ СОПР после окончания основного (базового) лечения необходимо назначение поддерживающей терапии, направленной на профилактику обострений, которая проводится 1 раз в 6 месяцев. Данные мероприятия ориентированы на персонализированный подход в назначении лекарственных средств местного и системного действия, лечение сопутствующих заболеваний, нормализацию параметров гомеостаза.

Поддерживающая терапия для профилактики обострений ПЛ СОПР (курсами 2 раза в год) включает:

- исключение или коррекцию факторов риска;
- нормализацию гигиены полости рта;
- устранение очагов одонтогенной инфекции;
- коррекцию местного иммунитета (иммуномодуляторы в виде аэрозоля, раствора или таблеток для рассасывания до 2 недель);
- нормализацию биоценоза полости рта (про- и эубиотики в виде ротовых ванночек 3 раза в день после еды и таблеток для рассасывания по инструкции до 2 недель);
- коррекцию общего иммунитета (иммуномодуляторы и другие средства по показаниям);
- нормализацию биоценоза кишечника (про- и эубиотики);
- улучшение процессов обмена веществ (витамины, микроэлементы);
- нормализацию деятельности нервной системы и устранение чувства тревожности (седативные, анксиолитики);
- лечение сопутствующей соматической патологии.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациентка С., 64 года, обратилась 12.05.2014 на 1-ю кафедру терапевтической стоматологии БГМУ (стоматологическая амбулаторная карта № 50:14) с жалобами на боль при движении языка и приеме пищи, сухость, стянутость,

наличие элементов поражения на СОПР, которые беспокоят около 12 месяцев. Обращалась к периодонтологу по месту жительства, где установлен предположительный диагноз эрозивно-язвенного стоматита неясной этиологии. Лечение было неэффективным. По данным анамнеза зарегистрирован хронический гастрит, гипотиреоз, гипертоническая болезнь, дисбаланс клеточного и гуморального иммунитета, аллергия на антибиотики, канцерофобия.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. На коже видимых элементов поражения не наблюдалось. При экстраоральном обследовании патологии не выявлено. На слизистой оболочке щек справа и слева, в ретромолярной области, на боковой поверхности языка с переходом на дно полости рта эрозивные поверхности, болезненные при пальпации, по периферии папулы белого цвета, сливающиеся в «кружевной» рисунок. Подлежащая слизистая оболочка отечна с ярко выраженной гиперемией (рис. 9). Показатели стоматологических индексов: ОНI-S = 2,5, КПИ = 3,4. Показатели индексов оценки поражения слизистой оболочки полости рта: ИВС — 4 балла, оценка степени тяжести поражения — 14 баллов (тяжелая степень тяжести).



а

б

Рис. 9. Эрозивно-язвенная форма тяжелой степени:

а — эрозия на боковой поверхности языка слева; *б* — эрозия на слизистой оболочке щеки слева

Результаты микробиологического исследования: выявлены дисбиотические изменения (β -гемолитический str. — 10^6 КОЕ).

По результатам клинического осмотра выставлен диагноз плоского лишая слизистой оболочки полости рта («осложненная», эрозивно-язвенная форма тяжелой степени тяжести).

План лечения: пациентке проведены профилактические мероприятия (мотивация по гигиене полости рта, обучение чистке зубов, использованию межзубных ершиков, профессиональная гигиена, лечение очагов одонтогенной инфекции).

Для местного лечения ПЛ СОПР назначена следующая схема: антисептическая обработка рта на основе хлоргексидина биглюконата, фенола, цетилпиридиния хлорида 3 раза в день от 30 с до 3 мин, использование антисептических таблеток для рассасывания 2 раза в день; аппликации гормональной

мази на основе гидрокортизона на марлевой основе на 7–10 мин 2 раза в день от 3 до 7 дней; аппликации эпителизирующей мази на основе биена на марлевой основе на 7–10 мин 3 раза в день до полной эпителизации элементов поражения слизистой рта; коррекция местного иммунитета (иммуномодулятор «Деринат» в виде капель 1 раз в день 2 недели); нормализация биоценоза полости рта (ротовые ванночки раствором «Биофлор» 3 раза в день 1 месяц).

После консультации с дерматовенерологом и/или терапевтом, наряду с базовой терапией сопутствующей соматической патологии, назначена следующая схема общего лечения: нормализация биоценоза кишечника (раствор «Биофлор» внутрь 3 раза в день 1 месяц), улучшение процессов обмена веществ (витамины «Антиоксикапс» с цинком по 1 капсуле 1 раз в день 1 месяц), нормализация деятельности нервной системы и устранение чувства тревожности («Тенотен» по 1 таблетке 1 раз в день 1 месяц).

Через 10 дней отмечалось уменьшение жалоб на жжение, болезненность при приеме пищи. При интраоральном обследовании наблюдали переход эрозивно-язвенной формы в экссудативно-гиперемическую. Через 21 день пациентка не предъявляла жалоб. При интраоральном обследовании выявлены папулы белого цвета, сливающиеся в причудливый рисунок на слизистой оболочке щеки слева, выступающие над поверхностью неизменной слизистой оболочки не более 1 мм, не снимающиеся при поскабливании. Слизистая оболочка других отделов полости рта не изменена. Показатели стоматологических индексов: ОНI-S = 1,3, КПИ = 3,4. Показатели индексов оценки поражения слизистой оболочки полости рта: ИВС — 0 баллов, оценка степени тяжести поражения — 5 баллов (легкая степень тяжести). Переход экссудативно-гиперемической формы в типичную форму ПЛ представлена на рис. 10.



Рис. 10. Типичная форма плоского лишая, период ремиссии — 21 месяц:
а — слизистая оболочка боковой поверхности языка слева и дно полости рта без видимой патологии; *б* — единичные папулы белого цвета на неизменной слизистой оболочке щеки слева

Пациентка наблюдалась у гастроэнтеролога, кардиолога и иммунолога. Назначен курс поддерживающей терапии 1 раз в 6 месяцев, который включает прием лекарственных средств (про- и эубиотики, местные иммунокорректоры, препараты, улучшающие процессы обмена веществ, нормализацию деятельности нервной системы и устраняющие чувство тревожности), контроль общих заболеваний у соответствующих врачей-специалистов, на-

блюдение у стоматолога (соблюдение гигиены полости рта, исключение раздражающей пищи). При динамическом наблюдении на протяжении 21 месяца обострений не было (рис. 11).



Рис. 11. Типичная форма плоского лишая, период ремиссии — 21 месяц

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Алгоритм* диагностики заболеваний и патологических состояний, сопровождающихся наличием элементов поражения слизистой оболочки полости рта : инструкция по применению № 103-1117 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 01.12.2017 / сост. А. С. Рутковская, Л. А. Казеко, Л. Л. Александрова. Минск : БГМУ, 2017. 10 с.
2. *Анисимова, И. В.* Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ / И. В. Анисимова, В. Б. Недосеко, Л. М. Ломиашвили. Москва : Мед. книга, 2008. 194 с.
3. *Борк, К.* Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение. Атлас и руководство : пер. с нем. / К. Борк, В. Бургдорф, Н. Хеде. 3-е изд. Москва : Мед. литература, 2011. 438 с.
4. *Заболевания* слизистой оболочки полости рта и губ : учеб. пособие / Л. А. Цветкова [и др.]. Москва : МЕДпресс-информ, 2005. 208 с.
5. *Казеко, Л. А.* Дифференциальная диагностика плоского лишая слизистой оболочки рта / Л. А. Казеко, Л. Л. Александрова, А. С. Рутковская // *Стоматологический журнал*. 2013. Т. 14, № 3. С. 223–230.
6. *Клинико-биохимические* аспекты местной терапии красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта / С. А. Ханова [и др.] // *Пародонтология*. 2014. Т. 19, № 2. С. 13–18.
7. *Клинический* протокол диагностики и лечения пациентов (взрослое население) на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения [Электронный ресурс] : прил. к приказу М-ва здравоохранения Респ. Беларусь № 1245 от 26.12.2011. Режим доступа : <http://minzdrav.gov.by>. Дата доступа : 07.02.2018.
8. *Ломоносов, К. М.* Красный плоский лишай / К. М. Ломоносов // *Лечащий врач*. 2003. № 9. С. 30–31.

9. *Лукиных, Л. М.* Местные иммуномодуляторы в комплексном лечении эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта / Л. М. Лукиных, Н. В. Тиунова // *Стоматология*. 2013. Т. 92, № 6. С. 26–28.
10. *Морфологическая* характеристика плоского лишая слизистой оболочки полости рта / А. С. Рутковская [и др.] // *Актуальные вопросы стоматологии в новом тысячелетии : сб. материалов IV Белорус. стоматол. конгр., Минск, 19–21 окт. 2016 г. / редкол. : А. С. Артюшкевич [и др.]. Минск, 2016. С. 231–233.*
11. *Метод* лечения плоского лишая слизистой оболочки рта : инструкция по применению № 070-0815 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 04.09.2015 / сост. : Л. А. Казеко [и др.]. Минск : БГМУ, 2015. 10 с.
12. *Метод* инцизионной биопсии слизистой оболочки полости рта : инструкция по применению № 029-0616 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 30.06.2016 / сост. : А. С. Рутковская [и др.]. Минск : БГМУ, 2016. 7 с.
13. *Оптимизация* комплексной терапии красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта / К. Г. Каракон [и др.] // *Стоматолог-практик*. 2012. № 1. С. 35–37.
14. *Оценка* микробиоты полости рта, тонкой и толстой кишки у больных красным плоским лишаем слизистой оболочки рта / Э. Д. Сурдина [и др.] // *Пародонтология*. 2017. Т. 22, № 2. С. 47–52.
15. *Рутковская, А. С.* Лечение плоского лишая слизистой оболочки полости рта / А. С. Рутковская // *Здравоохранение*. 2018. № 9. С. 11–16.
16. *Рутковская, А. С.* Стоматологическое и соматическое здоровье пациентов с плоским лишаем слизистой оболочки полости рта / А. С. Рутковская, Л. Л. Александрова, Л. А. Казеко // *Стоматологический журнал*. 2018. Т. 19, № 1. С. 22–26.
17. *Сильвермен, С.* Заболевания полости рта / С. Сильвермен, Л. Р. Эверсоул, Э. Л. Трулав. Москва : МЕДпресс-информ, 2010. 472 с.
18. *Au, J.* Oral lichen planus / J. Au, D. Patel, J. H. Campbell // *Oral and Maxillofac. Surg. Clin. of North Am.* 2013. Vol. 25, N 1. P. 93–100.
19. *García-Pola, M. J.* Treatment of oral lichen planus. Systematic review and therapeutic guide / M. J. García-Pola, L. González-Álvarez, J. M. Garcia-Martin // *Med. Clin.* 2017. Vol. 149, N 8. P. 351–362.
20. *Lichen planus pigmentosus* of the oral mucosa : a rare clinical variety / G. C. Laskaris [et al.] // *Dermatologica*. 1981. Vol. 162, N 1. P. 61–63.
21. *Olson, M. A.* Oral lichen planus / M. A. Olson, R. S. 3rd Rogers, A. J. Bruce // *Clin. in Dermatol.* 2016. Vol. 34, N 4. P. 495–504.
22. *Thongprasom, K.* Oral lichen planus : challenge and management / K. Thongprasom // *Oral Dis.* 2018. Vol. 24, N 1–2. P. 172–173.
23. *Scully, C.* Mucocutaneous disorders / C. Scully, G. Laskaris // *Periodontology* 2000. 1998. Vol. 18. P. 81–94.

Приложение

**КАРТА ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА
Лист № 1 Данные анамнеза и внешнего осмотра**

Ф.И.О. _____

Год рождения « ____ » _____

Адрес _____

Пол | м _____
| ж _____

Жалобы	Боль	Есть	Сухость	Есть
		Нет		Нет
	Жжение	Есть	Стягивание	Есть
		Нет		Нет
	Наличие элементов поражения	Есть	Шероховатость	Есть
		Нет		Нет
Анамнез	Длительность заболевания	Годы	Эффективность предыдущего лечения	Есть
		Месяцы		Нет
	Количество рецидивов в год	До 3 раз	Постоянный прием лекарственных средств (указать)	
		Более 3 раз		
	Ранее лечился по поводу заболевания	Да	Вредные привычки (указать)	
		Нет		
Общие заболевания	Сердечно-сосудистая патология (указать)		Аллергия (указать)	
	Желудочно-кишечная патология (указать)		Эндокринная патология (указать)	

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	4	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

ОИ-S:				КПИ:					
Индекс воспаления слизистой (ИВС)									
Интенсивность воспаления				Значения		Степень тяжести воспаления		Баллы	
Отсутствие воспаления				0		Легкая			
Слабовыраженное воспаление (розовый фон)				1					
Умеренно выраженное воспаление (розово-красный фон)				2		Средняя			
Выраженное воспаление (красный фон)				3					
Резко выраженная эритема (ярко-красный фон)				4		Тяжелая			
Цианотичность (синюшность)				5					

Лист № 3 Оценка степени тяжести поражения СОПР

Признаки поражения		Характеристика	Значения	Баллы
Боль		Отсутствие	0	
		Слабовыраженная	1	
		Сильная	2	
Элементы поражения	Белые	Отсутствие	0	
		Помутнение	1	
		Ороговение	2	
	Красные	Отсутствие	0	
		Отек	1	
		Эритема	2	
	Эрозивно-язвенные	Отсутствие	0	
		Эрозия	1	
		Язва	2	
	Пузырно-пузырьковые	Отсутствие	0	
		Пузырьки	1	
		Пузыри	2	
Количество элементов поражения	Отсутствие	0		
	Единичные	1		
	Множественные	2		
Возвышение над СОПР	Не возвышающиеся	0		
	Возвышающиеся до 1 мм	1		

	Возвышающиеся более 1 мм	2	
Изменение подлежащей СОПР	Отсутствие	0	
	Воспаление	1	
	Уплотнение	2	
Количество пораженных участков СОПР	До 1 участка	0	
	До 3 участков	1	
	Более 3 участков	2	
Количество рецидивов в год	Отсутствие	0	
	До 3 раз	1	
	Более 3 раз	2	
Наличие признаков озлокачествления	Отсутствие	0	
	Без вовлечения подлежащей слизистой	1	
	С вовлечением подлежащей слизистой	2	

Если сумма баллов 0–5 , то степень тяжести легкая, 6–10 — средняя, более 11 — тяжелая.

Лист № 4 Определение общего здоровья пациента у врачей-специалистов

Направление к врачам-специалистам			
Терапевт	Дерматовенеролог	Инфекционист	Гастроэнтеролог
Аллерголог	Эндокринолог	Онколог	Другие специалисты (указать)

Виды исследования (указать параметры на бланке направления)		Результаты исследования (указать выявленные отклонения параметров)
Общий анализ крови		
Биохимический анализ крови		
Определение содержания глюкозы в крови		
Выявление инфекционных заболеваний	Гепатит В, С	
	ВИЧ	
	Сифилис	
	Герпес	
	Хламидии	
	Кандидоз	
	Дисбиоз	
Другие (указать)		
Рентгенологическое	Флюорография	
	ОПТГ	
	КЛКТ	
	Другие (указать)	
Морфологическое	Цитологическое	
	Гистологическое	

Аллергологическое (указать)		
Иммунологическое (указать)		
Другое (указать)		

Диагноз (предварительный) _____

Диагноз (окончательный) _____

Лист № 5 Назначенное лечение

Местное лечение СОПР (указать лекарственные средства местного применения)					
Лечение общих заболеваний (указать лекарственные средства системного применения)					
Результаты	Ухудшение	Госпитализация в учреждение здравоохранения (указать)	Положительная динамика	Стойкая ремиссия	Излечение

Общее лечение					
Местное лечение					

Добровольное информированное согласие пациента на выполнение диагностических исследований и лечение

Мне _____ в доступной форме изложены врачом _____
 Ф.И.О. Ф.И.О.

планируемые диагностические исследования, разъяснены схемы лечения, возможные риски развития отрицательных реакций и осложнений. Я предупрежден(а), что обязан(а) незамедлительно сообщить врачу-специалисту о появлении у меня каких-либо отрицательных реакций и осложнений.

Мне разъяснено, что я могу в любое время отказаться от участия в диагностике и лечении.

« ___ » Подпись _____ Ф.И.О. _____
 _____ (пациента)

« ___ » Подпись _____ Ф.И.О. _____
 _____ (врача)

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Патогенез	3
Классификация	5
Клинико-морфологическая характеристика	5
Методы диагностики	10
Определение профиля врача-специалиста и лабораторных методов диагностики «неосложненных» и «осложненных» форм плоского лишая	13
Дифференциальная диагностика различных форм плоского лишая	15
Методика определения степени тяжести воспаления и поражения слизистой оболочки рта	21
Техника проведения инцизионной биопсии слизистой оболочки полости рта для морфологического исследования элементов поражения	23
Метод лечения и профилактики обострений «неосложненных» и «осложненных» форм плоского лишая	25
Клинический пример	28

Список использованной литературы	31
Приложение	33

Учебное издание

Рутковская Анна Станиславовна
Александрова Людмила Львовна
Казеко Людмила Анатольевна

ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА:
КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. А. Казеко
Редактор А. В. Лесив
Компьютерная вёрстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 24.09.20. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Хероx office».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 2,32. Уч.-изд. л. 1,9. Тираж 40 экз. Заказ 459.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.