

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Болбат Е. З., Иотченко Д. О., Висмонт Ф. И., Качук М. В.

Белорусский государственный медицинский университет, кафедра патологической физиологии, кафедра кожных и венерических болезней, г. Минск

Ключевые слова: красный плоский лишай, слизистая оболочка полости рта, мультифакториальное заболевание.

Резюме: *красный плоский лишай (КПЛ) слизистой оболочки полости рта (СОПР) является одной из актуальных проблем дерматологии. Наше наблюдение за частотой проявления многообразных форм данного заболевания наглядно показывает связь этиопатологических и морфологических аспектов, представляющую интерес для специалистов в плане диагностики и лечения.*

Resume: *oral lichen planus is one of the actual dermatological problems. Our monitoring the manifestations frequency of this disease's various forms shows the connection of etiopathological and morphological aspects, which is interesting for specialists in terms of diagnosis and treatment.*

Актуальность. Несмотря на то, что впервые КПЛ описан более сотни лет назад, данное заболевание по-прежнему остается важной проблемой общеклинической медицины, занимая от 0,25 до 2,5% среди множества дерматологических заболеваний. При этом изолированное поражение слизистой оболочки полости рта встречается, по данным ряда авторов, в 17-77% случаев и, в сравнении с прошедшими десятилетиями, их число непрерывно растет.

Цель: выявить актуальность современных теорий этиопатогенеза, а также принципов диагностики и лечения красного лишая слизистой оболочки полости рта на основе статистических исследований.

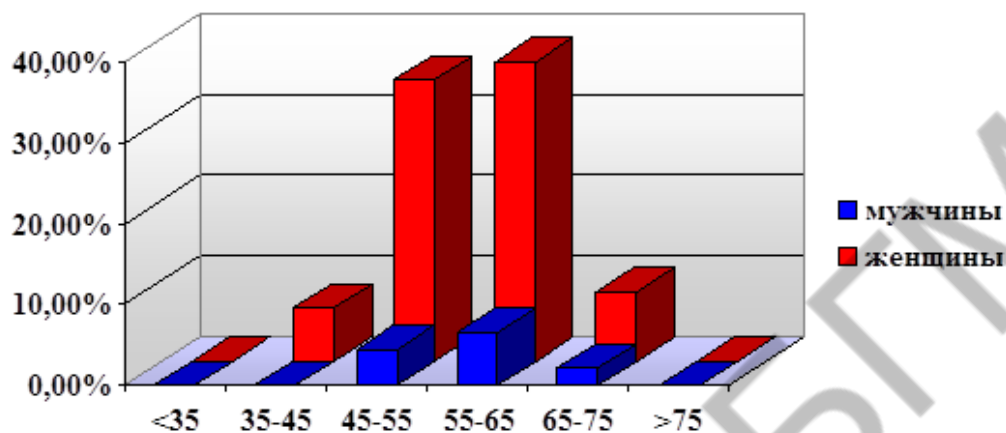
Задачи:

1. Изучить корреляцию красного плоского лишая слизистой полости рта между возрастными и половыми особенностями;
2. Установить связь между возможными причинами и клинической формой заболевания;
3. Изучить принципы диагностики и эффективность общепринятых схем лечения КПЛ слизистой оболочки полости рта.

Материал и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ историй болезней 46 пациентов с верифицированным диагнозом КПЛ СОПР, проходивших лечение в ГККВД г. Минска. Под нашим наблюдением находилось 46 пациентов в возрасте от 35 до 70 лет (женщины – 40, мужчины – 6). Давность заболевания составляла от 1 месяца до 3-х лет.

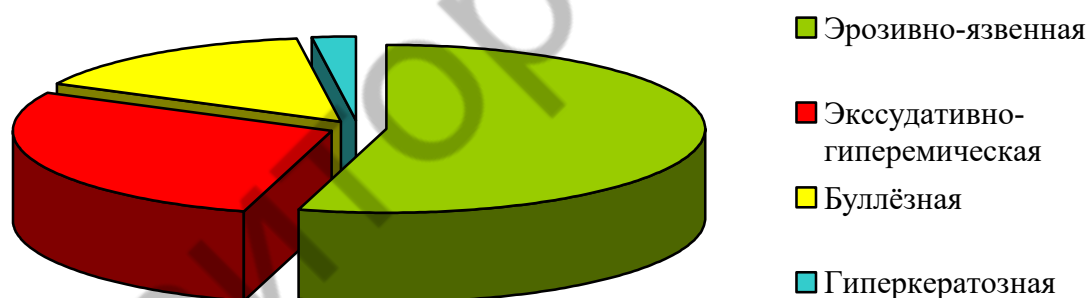
Результаты исследования и их обсуждение. По результатам проведенной работы было установлено, что возникновение КПЛ слизистой оболочки полости рта находится в видимой взаимосвязи между полом и возрастом пациентов. Корреляция пациентов по полу и возрасту представлена на диаграмме 1, где наблюдается преобладание женщин в возрасте 45-65 лет (71,73%), средний возраст составил –

53,5 лет. Следует отметить, что пациенты мужского пола чаще подвергались возникновению заболевания в возрасте от 55 до 65 лет (50,0%), средний возраст – 60,3 года, при этом на долю всех лиц мужского пола приходилось 13,05%.



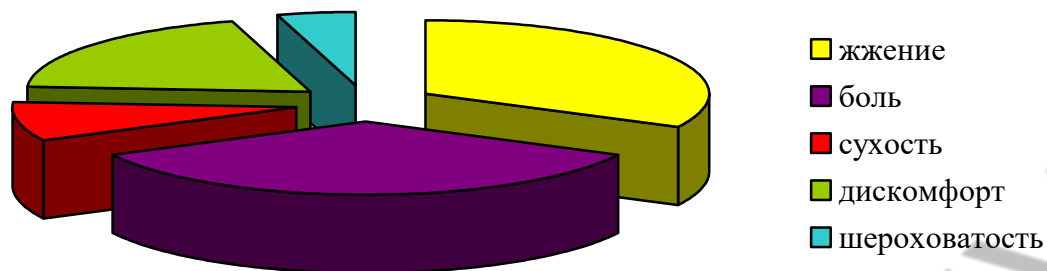
Диагр. 1 – Корреляция пациентов по полу и возрасту

При этом у пациентов наблюдались различные клинические формы: у 25 пациентов наблюдалась эрозивно-язвенная форма, 13 – экссудативно-гиперемическая, 7 – буллезная, 1 – гиперкератотическая. Частота встречаемости различных форм КПЛ слизистой оболочки полости рта показана на диаграмме 2.



Диагр. 2 – Частота встречаемости различных форм КПЛ слизистой оболочки полости рта

Различными были и предъявляемые при поступлении жалобы пациентов: ощущения дискомфорта в полости рта отмечалось в 9 (19,6%) случаях, чувство жжения во рту – в 6 (13%), сухость – в 4 (8,7%) и шероховатость отдельных участков слизистой оболочки полости рта – в 2 (4,3%) случаях. Больные с эрозивно-язвенной формой, однако, предъявляли жалобы на боль - 16 (34,8%) и жжение - 9 (19,6%) от всех видов раздражителей, усиливающиеся во время приема грубой, острой и кислой пищи. Распределение жалоб пациентов представлено на диаграмме 3.



Диагр. 3 – Распределение жалоб пациентов при поступлении

Для описания типичных симптомов для КПЛ часто используют правила шести P: purpule (фиолетовые), polygonal (полигональные), pruritic (зудящие), papule (папулезные), plan(уплощенные), plague (бляшка) [1]. Классические высыпания при КПЛ представлены плоскими папулами полигональной формы с пупковидным вдавлением в центре. Размеры папул варьируют от 2-5 мм, но могут быть больше или меньше, что чаще встречается при атипичных формах заболевания. Наиболее типичная окраска папул – ярко-розовая с лиловым оттенком, позже сменяющаяся буро-красной. Поверхность папулы гладкая или с невыраженным шелушением, немного схожим с шелушением при псориазе. При боковом освещении узелки имеют своеобразный восковидный блеск. Характерным признаком является сетка Уикхема, которая легче обнаруживается после нанесения на поверхность элемента масла или воды. Однако стоит помнить, что морфология элементов изменяется в зависимости от клинической формы заболевания.

В ходе объективного осмотра было установлено, что наиболее часто процесс развивался на слизистой оболочке щек, языка, в ретромолярной области, деснах и губах.

Согласно анамнестическим данным, сорок два пациента (91,3%) пациента связывали возникновение заболевания со следующими возможными причинами: в 15 случаях – использование съемных протезов, в 12 случаях – наличие сопутствующей патологии эндокринной системы (тиреоидит), в 8 случаях – стрессовые факторы, в 4 – начало использования новых лекарственных средств, связь с климатическими изменениями (зимне-весенний период) отметили 2 (все – случаи обострения заболевания). Остальные 4 пациента (8,69%) не смогли связать свое заболевание с какой-либо возможной причиной.

Из сопутствующей патологии было определено наличие заболеваний ЖКТ (колит – 10,87%, язва желудка и двенадцатиперстной кишки – 15,22%), заболеваний ССС (в 56,52% случаев), заболеваний МВС (рак почки – 2,17%, произведено лечение и химиотерапия), эндокринной патологии (в 26,08% случаев). Признаки кандидозного поражения слизистой оболочки полости рта было обнаружено у 14 пациентов (30,43%) с эрозивно-язвенной формой. Отягощенный аллергологический анамнез имели 23,91% пациентов.

По данным ряда авторов, наличие сопутствующей соматической патологии играет одну их главных ролей в развитии КПЛ СОПР [1, 2].

На сегодняшний день нет единого мнения по поводу природы и механизмов возникновения КПЛ. Большинство авторов рассматривают данное заболевание как мультифакториальное. В связи с этим существует несколько теорий развития: нейрогенная, наследственная, инфекционная, иммунологическая и многие другие. Данные теории были подтверждены в ходе исследования данных клинически случаев.

Определенная роль в патогенезе КПЛ СОПР отводится микробному фактору и специфической инфекции. Так, основными этиологически значимыми микроорганизмами СОПР больных КПЛ являются грибы рода *Candida*, *Staphylococcus aureus* и условно-патогенные энтеробактерии.

КПЛ считается также аутоиммунным заболеванием, так как у пациентов происходит формирование иммунного ответа по типу гиперчувствительности замедленного типа к неидентифицированным аутоантигенам эпителия слизистой оболочки рта. Так же известно, что в инфильтратах собственной пластинки слизистой оболочки полости рта происходит накопление Т-лимфоцитов, а в периферической крови отмечается высокая концентрация иммуноглобулинов.

Так как диагностика КПЛ слизистой оболочки полости рта главным образом основана на клинических проявлениях, существует риск постановки ложного диагноза в связи со схожестью морфологических проявлений данного дерматоза с рядом других кожных заболеваний. Поэтому для уточнения диагноза проводят ряд гистологических исследований биоптатов пораженных участков, что является одним из методов современной дифференцированной диагностики. В большинстве случаев диагноз КПЛ СОПР ставится на основании данных клинической картины. Для уточнения диагноза проводят гистологическое исследование биоптатов кожи из наиболее характерных очагов поражения. Для диагностики КПЛ при буллезной и эрозивно-язвенной формах может использоваться реакция прямой иммунофлюоресценции. Перед назначением пациентам системной медикаментозной терапии или при решении вопроса о дальнейшей тактике лечения необходимо проведение дополнительных методов обследования (ОАК, ОАМ, БАК). По показаниям назначаются консультации других специалистов.[3]

Существующие схемы лечения предусматривают использование препаратов первой линии для лечения больных КПЛ слизистой оболочки полости рта - топических глюкокортикостероидных препаратов: бетаметазон 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 8 недель, или триамцинолон 3 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 12 недель, или флуоцинолона ацетонид 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4-12 недель, или клобетазол 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 4-8 недель. В случае неэффективности топических кортикостероидных препаратов назначают ретиноиды для наружного применения: изотретиноин 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 8 недель.[3]

Проведенный анализ амбулаторных карт больных показал, что всем пациентам была проведена комплексная терапия с применением системных глюкокортикостероидов (дексаметазон, преднизолон), а также с применением противомаларийного препарата плаквенила. У 4-х пациентов лечение проводилось сандиммуном. Обработка полости рта проводилась стоматологом.

Выводы:

1. Прослеживается тенденция увеличения количества случаев изолированного поражения слизистой оболочки полости рта при КПЛ в настоящее время.

2. Частота красного плоского лишая слизистой оболочки рта по данным проведённого статистического исследования значительно выше у женщин 45-65 лет и составляет – 71,73%.

3. Установлена связь между возможными причинами и клиническими формами заболевания.

4. Диагностика КПЛ СОПР достигла успехов в связи с внедрением широкого спектра гистологических исследований, несмотря на это, верификация диагноза согласно клиническим проявлениям составляет 65-80% и так же совершенствуется благодаря широкой базе дифференциальной диагностики.

5. Общепринятые схемы лечения КПЛ слизистой оболочки полости рта на данный момент являются эффективными, однако, в связи с развитием фармакологии, есть смысл утверждения новых лекарственных препаратов, которые не уступают, а в некоторых случаях и превосходят по эффективности уже используемые препараты.

Литература

1. Катина, М. А. Красный плоский лишай: особенности клинических форм заболевания и методы их лечения // Мед. Панорама. – 2010.-№1.- с. 33-42.

2. Дерматовенерология. Национальное руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013 – С.703-719.

3. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных красным плоским лишаем/ под ред. В.В. Чикина, А.А. Минеева А.А. – Москва, 2013. – 19 с.