

*Болбат Е. З., Иотченко Д. О.*

## **ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ**

*Научные руководители: д-р мед. наук, чл.-кор. НАН Беларуси, проф. Висмонт Ф. И.,  
канд. мед. наук, доц. Качук М. В.*

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

Красный плоский лишай (КПЛ) – хроническое воспалительное заболевание с многообразными клиническими проявлениями, возникающими на коже и слизистых оболочках.

Среди множества дерматологических заболеваний КПЛ, по данным большинства авторов, занимает от 0,25 до 2,5 %. При этом изолированное поражение слизистой оболочки полости рта встречается в 70% случаев.

Под нашим наблюдением находилось 46 пациентов с поражением слизистой полости рта в возрасте от 35 до 70 лет (женщины – 40, мужчины – 6). Давность заболевания составляла от 1 месяца до 3-х лет. У 25 пациентов наблюдалась эрозивно-язвенная форма. Из сопутствующей патологии: у 5 – колит, у 1 – рак почки (произведено лечение и химиотерапия), у 12 – тиреоидит. У 15 пациентов – съёмные протезы. 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.

На сегодняшний день нет единого мнения по поводу природы и механизмов возникновения КПЛ. Выделяют нейрогенную, наследственную, инфекционную, иммунологическую теории данного заболевания, а также теорию эндокринных и метаболических нарушений.

Одним из наиболее вероятных механизмов патогенеза КПЛ является презентация неизвестного антигена цитозольным и эндосомальным путями. Первый механизм достигается с помощью главного комплекса гистосовместимости I типа - МНС I, расположенного на поверхности кератиноцитов базального слоя. Второй - с помощью МНС II типа, расположенного на поверхности клеток Лангерганса эпидермиса. Оба механизма участвуют в активации CD8+ цитотоксических лимфоцитов.

Клиническая картина и течение КПЛ слизистой оболочки полости рта имеют значимые отличия от проявлений его на коже, что связано с особенностями гистологии слизистой оболочки, а также специфичностью биологических и физико-химических процессов в полости рта. Наиболее часто процесс развивается на слизистой щек, языка, в ретромолярной области, десне, губах, реже – в области дна полости рта и нёба. В настоящий момент все нозологические формы красного плоского лишая объединены в 2 группы: неосложнённая (без выраженных воспалительных признаков) и осложнённая. К группе неосложнённых нозологических форм КПЛ относят папулёзную, линейную, сетчатую, кольцевидную, пигментную формы. Осложнённые формы заболевания сопровождаются реакцией воспаления и включают экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллёзную, гиперкератозную. Также описаны и некоторые смешанные формы настоящего дерматоза, которые включают признаки обоих наиболее часто встречающихся типов. Необходимо отметить, что ряд клиницистов выделяют ещё и атрофическую форму, наблюдающуюся достаточно редко.

Диагностика КПЛ слизистой оболочки полости рта главным образом основана на клинических проявлениях, однако 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 поражённых участков, что является одним из методов современной дифференцированной диагностики.