

Юбилею профессора Е.В.Боровского посвящается

Евгений Власович Боровский в своих научных приоритетах был верен проблемам кариеса и его профилактики, но в своей клинической работе большое внимание уделял диагностике и лечению заболеваний слизистой оболочки рта. В течение многих лет, будучи заведующим кафедрой госпитальной терапевтической стоматологии ММСИ (теперь МГМСУ), проводил консультации пациентов с заболеваниями слизистой. Был выделен специальный фиксированный день недели, когда на консультацию к профессору Е.В. Боровскому назначали сложных пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта из поликлиник г. Москвы, Московской области и даже отдаленных регионов Советского Союза. На консультациях профессора присутствовали все ординаторы, для которых такое участие служило отличной школой по получению знаний в вопросах диагностики и лечения заболеваний слизистой оболочки рта, одной из самых сложных проблем стоматологии. Евгений Власович Боровский приветствовал создание

на Стоматологическом комплексе ММСИ стационара на 50 коек для пациентов с тяжелыми проявлениями заболеваний слизистой оболочки, где проходили совместные утренние обходы пациентов лечащими врачами и профессором, в окружении ординаторов. Это был плацдарм науки, клинической практики и образования молодых специалистов.

Для автора настоящей статьи Аксамит Людмилы Анатольевны главным профессиональным Учителем является Евгений Власович Боровский. Уже с 3-го курса обучения в институте, будучи в научном студенческом кружке на кафедре госпитальной терапевтической стоматологии, и далее в ординатуре она начала заниматься вопросами заболеваний слизистой оболочки рта, осваивала цитологическую диагностику и лечение. И сегодня в своей профессиональной деятельности доцент Л.А. Аксамит основное внимание уделяет решению проблем лечения заболеваний слизистой оболочки рта, продолжая развивать основные постулаты, заложенные Учителем.

Л.А. Аксамит,
кафедра стоматологии общей практики
и анестезиологии

А.А. Цветкова,
кафедра стоматологии общей практики
и анестезиологии

МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Вопросы диагностики и лечения красного плоского лишая на слизистой оболочке рта

Резюме. В публикации представлены современные данные о патогенезе и клинических проявлениях красного плоского лишая в полости рта; проводится дифференциальная диагностика с лихеноидной реакцией при приеме лекарственных препаратов; перечислены факторы, влияющие на отягощение течения красного плоского лишая, и алгоритм лечения различных его форм.

Ключевые слова: клиника красного плоского лишая на слизистой оболочке рта, лихеноидная реакция слизистой оболочки на лекарственные препараты, лечение плоского лишая

Summary. The release contents latest data on pathogenesis and clinical aspects of oral lichen planus; there is a differential diagnostics with lichenoid reaction to medicine; also there are stated the factors of impact to aggravation of progress of oral lichen planus and treatment algorithm of oral lichen planus diversity of forms.

Key words: clinical picture of oral lichen planus, mucous membrane lichenoid reaction to medicine, oral lichen planus treatment

Лишай красный плоский (L43 по МКБ-10) — хроническое длительно текущее аутоиммунное заболевание с проявлением на коже и/или слизистых оболочках (рта, носа, гениталий) наблюдается чаще у женщин в возрасте старше 50 лет (у 25% может сочетаться с характерным вульвовагинитом) [9], очень редко проявляется у детей. Сочетанное поражение кожи и слизистой оболочки рта встречается у 25–35% пациентов, симптомы только в полости рта — у 15–35% [1].

Патогенез заболевания связывают с реакцией Т-лимфоцитов на антигенные аутоиммунные раздражители в эпителии слизистой оболочки рта и/или эпидермиса кожи у генетически предрасположенных людей [9]. Замечена связь с хроническими заболеваниями печени, в том числе с хроническим гепатитом С [7], с пережитым стрессом [6, 10].

Гистологическая картина: эпителий кератинизирован, в сосочковом слое диффузный инфильтрат

лимфоцитов (преимущественно Т-клеток, в том числе CD4 и CD8), базальная мембрана повреждена, отечна, с большим отложением фибриногена [4, 8].

Клинические проявления:

- на коже предплечья, голеней (типичные места) определяются папулы синюшно-красного цвета, с восковидным блеском, плоские, зудящие, от 0,2 до 1 см в диаметре; возможно поражение ногтей;
- на слизистой оболочке рта может проявляться различными формами — типичная (отличается бессимптомным течением), экссудативно-гиперемическая, эрозивно-язвенная, гиперкератотическая, буллезная, атипичная (сопровождаются болью, жжением).

Переходу типичной формы в более тяжелые способствуют:

- травматические факторы в полости рта (острые края зубов, балансирующие протезы и пр.);
- гальваноз (наличие разнородных металлов, как то золото—сталь, сталь—припой, амальгама);
- кандидоз (нередко осложняет течение плоского лишая в полости рта, особенно при наличии пластинчатых съемных протезов или/и диабета);
- сахарный диабет (сочетание с плоским лишаем и гипертонической болезнью носит название синдрома Гриншпана);
- погрешности в диете (прием острой, раздражающей пищи).

В полости рта основным (первичным) элементом поражения являются ороговевающие папулы (до 1 мм в диаметре), складывающиеся в белый кружевной рисунок на неизменной слизистой оболочке рта (типичная форма — L43.80 — папулезная; L43.81 — ретикулярная, с характерными линиями Уикхема), проявления, как правило, бессимптомные. Папулы могут сливаться в бляшки, в виде сплошных белых пятен, возвышающихся над поверхностью слизистой (гиперкератотическая форма — L43.83 — бляшечная) и ощущаться пациентами как шероховатости на слизистой. Характерна локализация элементов поражения на слизистой оболочке щек, в задних отделах (как правило, симметрично), нередко с распространением на переходную складку; на спинке и боковых поверхностях языка; деснах.

При экссудативно-гиперемической, эрозивно-язвенной формах (L43.82 — атрофические и эрозивные проявления) слизистая гиперемированная, истонченная, болезненная, легко ранима, могут быть эрозии различного размера и конфигурации, не склонные к быстрой эпителизации, папулы в центре воспаленной слизистой не определяются, но по периферии может быть типичный папулезный рисунок. На фоне атрофичной, воспаленной слизистой могут образовываться отдельные пузыри (L43.1 — лишай буллезный), при вскрытии которых образуются болезненные эрозии (переход в эрозивно-язвенную форму).

Атипичная форма (разновидность экссудативно-гиперемической) проявляется десквамативным гингивитом на десне, на слизистой оболочке губ, соприкасающихся с пораженными участками десны.



Рис. 1. Ороговевающие папулы, сливающиеся в рисунок на слизистой оболочке щеки, — типичная форма плоского лишая



Рис. 2. Папулы, сливающиеся в бляшки на слизистой дорсальной поверхности языка, — типичная форма плоского лишая



Рис. 3. Эрозивно-язвенная форма плоского лишая — проявления на слизистой оболочке щеки

Диагностика основывается на характерных клинических проявлениях в полости рта — наличие симметричных папулезных элементов, не снимающихся при поскабливании, в типичных отделах слизистой щек облегчает постановку диагноза; обследование доступных участков кожи (ладони, запястья рук) может выявить папулы, патогномичные для красного плоского лишая.

Тактика врача-стоматолога при обследовании пациентов с плоским лишаем должна быть направлена на дифференциацию плоского лишая с лихеноидной реакцией слизистой оболочки. Установлена связь развития лихеноидной реакции на слизистой оболочке рта при длительном приеме различных медикаментозных препаратов, чаще в литературе указывают на следующие лекарственные средства [7, 8]:

- Аллопуринол — противодагрическое;
- Карбамазепин — эпилепсия, невралгия тройничного нерва, диабетическая нейропатия, алкогольный синдром;
- Метилдопа — гипотензивное;
- Пропранолол — гипотензивное, антиаритмическое;
- Нестероидные противовоспалительные средства — салициловая кислота, индометацин и др.;
- Спиринолактон (верошпирон), гидрохлортиазид (гипотиазид), фуросемид — диуретики;
- Хлорохин (делагил), плаквенил — антималярийные средства;
- Пеницилламин — лечение ревматоидного артрита, склеродермии;
- Имипрамин, amitриптилин — антидепрессанты трициклические;
- Бутамид, манинил — пероральные сахаропонижающие препараты;
- Коллоидное золото;
- Метакрилат.

Для определения объема дальнейших методов и средств лечения врач-стоматолог должен определить все факторы, способные усугублять клиническую картину:

- выявить все принимаемые лекарственные средства. Диагностике лихеноидной реакции может помочь нетипичная локализация лихеноидных элементов поражения во рту, более тяжелая клиническая картина или наличие лихеноидных изменений на слизистой оболочке в непосредственном контакте со стоматологическим материалом (золото, амальгама). Замена лекарственного препарата на другой не всегда дает положительную динамику (обсуждается с лечащим терапевтом);
- исключить диабет (исследование крови на содержание глюкозы);
- исключить кандидоз (провести бактериоскопическое исследование соскоба со слизистой оболочки рта и при наличии пластинчатого протеза — с его внутренней поверхности). Соскоб берут натошак;
- исключить местные травматические факторы в полости рта (острые края зубов, балансирующие края протезов и пр.);

- выявить гальваноз при обширных металлических ортопедических конструкциях с наличием припоя.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

Типичная форма плоского лишая

Специального лечения, как правило, не требует (устранение травматических факторов, щадящая, не раздражающая диета, контролируемая гигиена полости рта зубными пастами типа «Жемчуг», «Чебурашка», безалкогольными эликсирами, ополаскивателями), замена амальгамовых пломб, ортопедических конструкций (при клинических показаниях); седативные средства — ново-пассит, валериана-хель; витаминотерапия группы В, А, Е (2–3 раза в год применяют по месячному курсу берроко или мильгамма, тыквеол, аевит); при сопутствующей сухости рта показаны препараты искусственной слюны (Xerostom-гель; Biotene-ополаскиватель, гель; BioXtra-гель; Капосол). Диспансерное наблюдение.

Экссудативно-гиперемическая и эрозивно-язвенная формы

Лечение экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной формы плоского лишая:

- устранение травматических факторов;
- лечение кандидоза (при выявлении гриба кандиды в соскобах со слизистой оболочки и/или с протеза назначают местно клотримазоль-гель или нистатиновую мазь — аппликации на слизистую оболочку и на внутреннюю поверхность протеза 2–3 раза в день после еды; уход за протезом — на ночь помещать в содовый раствор или в 0,05% раствор хлоргексидина);
- замена амальгамовых, золотых, полимерных реставраций, контактирующих со слизистой оболочкой (показаны реставрации из композитных высоконаполненных материалов или керамических конструкций);
- замена ортопедических конструкций (при клинических показаниях, при наличии гальваноза);
- седативная терапия — транквилизаторы (седуксен, феназепам назначают невропатологом); антидепрессанты (азафен, amitриптилин) в малых, по ¼ таблетки в день, дозах, длительно;
- витаминотерапия (препараты витаминов группы В — берроко, мильгамма; препараты витаминов А и Е — аевит или тыквеол применяются внутрь или местно в виде аппликаций);
- иммуномодулирующая терапия — левамизол, ликопад, полиоксидоний, галавит [3, 5, 9];
- глюкокортикоиды — внутрь преднизолон, дексаметазон применяют при тяжелых формах заболевания под наблюдением лечащего терапевта. Местно:
- обезболивающие ротовые ванночки с 2% раствором лидокаина за 15–20 минут до еды (облегчает прием пищи);

- эпителизирующие (не всегда эффективны, требуется индивидуальный подбор различных средств, стимулирующих эпителизацию и регенерацию) — солкосерил, масляные растворы витаминов А и Е (аевит, эвитол), актовегин, тыквеол; деринат, эбермин — аппликации 2–3 раза в день в течение 2–3 недель;
- кортикостероидные средства — аппликации мазей адвантан, элоком;
- при неэффективности эпителизирующей терапии показано иссечение (лазерная или криодеструкция) длительно незаживающего элемента поражения;
- диспансерное наблюдение — визиты к врачу каждые 6 месяцев (проводится санация полости рта, профессиональная гигиена).

Гиперкератотическая форма плоского лишая

Удаление очага гиперкератоза (хирургическое иссечение, лазерная или криодеструкция) и диспансерное наблюдение.

Прогноз: благоприятный при постоянной поддерживающей терапии, щадящей диете. Озлокачествление возможно (составляет, по разным данным, от 0,2–0,5 до 1–4%) при длительном (боле 10 лет) существовании эрозивно-язвенной и гиперкератотической формы [2, 8, 10].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Борк К., Бургдорф В., Хеде Н. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение. Атлас и руководство. — М.: Мед. лит., 2011. — 448 с.
2. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. — М.: МЕДпресс-информ, 2000. — 400 с.
3. Иванова Е.В., Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Тупицын Н.Н. Патогенетическая иммунокорригирующая терапия плоского лишая слизистой оболочки рта. — *Клиническая стоматология*. — 2002; 4: 26–9.
4. Сильвермен С., Эверсоул Л.Р., Трулав Э.Л. Заболевания полости рта. — М.: МЕДпресс-информ, 2010. — 472 с.

5. Цветкова А.А. Иммунокорригирующая терапия заболеваний слизистой оболочки полости рта: дис. ... к.м.н. — М., 2008. — 156 с.
6. Чиликин В.Н. Лечение эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая. Методические рекомендации. — М., 1993.
7. Bain S.C., Hamdurger J., Scully C. Common medical conditions. A guide for the dental team. — 2010. — 162 p.
8. Cawson R.A., Odell E.W., Porter S. Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine. — 2002. — 402 p.
9. Norman R.A. Diagnosis of aging skin diseases. — 2008. — 283 p.
10. Patton L.L. The ADA practical guide to patients with medical conditions. — 2012. — 467 p.