Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образ
ования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации Кафе
дра стоматологии ИПО

Красный плоский лишай

Выполнил ординатор
кафедры стоматологии ИПО
по специальности «стоматология ортопедическая»
Ахмедов Эльнур Кудрат оглы
рецензент к.м.н., доцент Лысенко Ольга Владимировна

Красноярск, 2022

Цели и задачи

Изучить заболевание, в частности этиологию и патогенез. Методы исследования для всех форм плоского лишая. Разобрать общие клинические проявления, различные формы, дифференциальную диагностику, местное и общее лечение, профилактику.

Красный плоский лишай

Красный плоский лишай (Lichen rubber plunus)

* хроническое заболевание, пораж ающее покровные ткани;
* клинически проявляется на коже и слизистых оболочках, характер изуется образованием ороговев ших папул.
* среди заболеваний слизистой об олочки полости рта красный плос кий лишай встречается наиболее часто (50-75%).
* болеют преимущественно женщи ны в возрасте от 30 лет и старше.

Этиология

* ***Наследственная теория***
* ***Инфекционная теория***
* ***Роль лекарственных средств, физических и химических факторов***
* ***Нейрогенная теория***
* ***Эндокринные и метаболические нарушения***
* ***Иммунологические механизмы***

Классификация
(по Пашкову Б.М.)

* типичная,
* гиперкератотическая,
* экссудативно-гиперемическая,
* эрозивно-язвенная,
* буллезная,
* атипичная.

Общие клинические проявления

* Основным патоморфологическим элементом при всех формах красного плоского лишая является п апула
* При экссудативно-гиперемической форме наблюд ается эритема застойного типа,
* При эрозивно-язвенной форме – эритема, эрозия или язва,
* При буллезной форме – пузырь, эрозия, эритема
* При гиперкератотической – папулы сливаются в бл яшки.

локализация:

а) наиболее типична - это дистальный отдел щеки или ретр омолярная область, где полигональные папулы, слившись м ежду собой, образуют рисунок в виде листьев папоротника или сетки, четко ограничены и могут быть пропальпирован ы;

б) язык, на котором признаки заболевания представлены о чень разнообразно: полигональные узелки, образующие пл ощадку или покров с рубцеподобными полосками, сетками , атрофическими участками слизистой оболочки, или гиперт рофические папулы.

Особенности течения заболевания.

* *острая стадия*
* *хроническая* стадия

Клиническая картина разных форм крас ного плоского лишая.

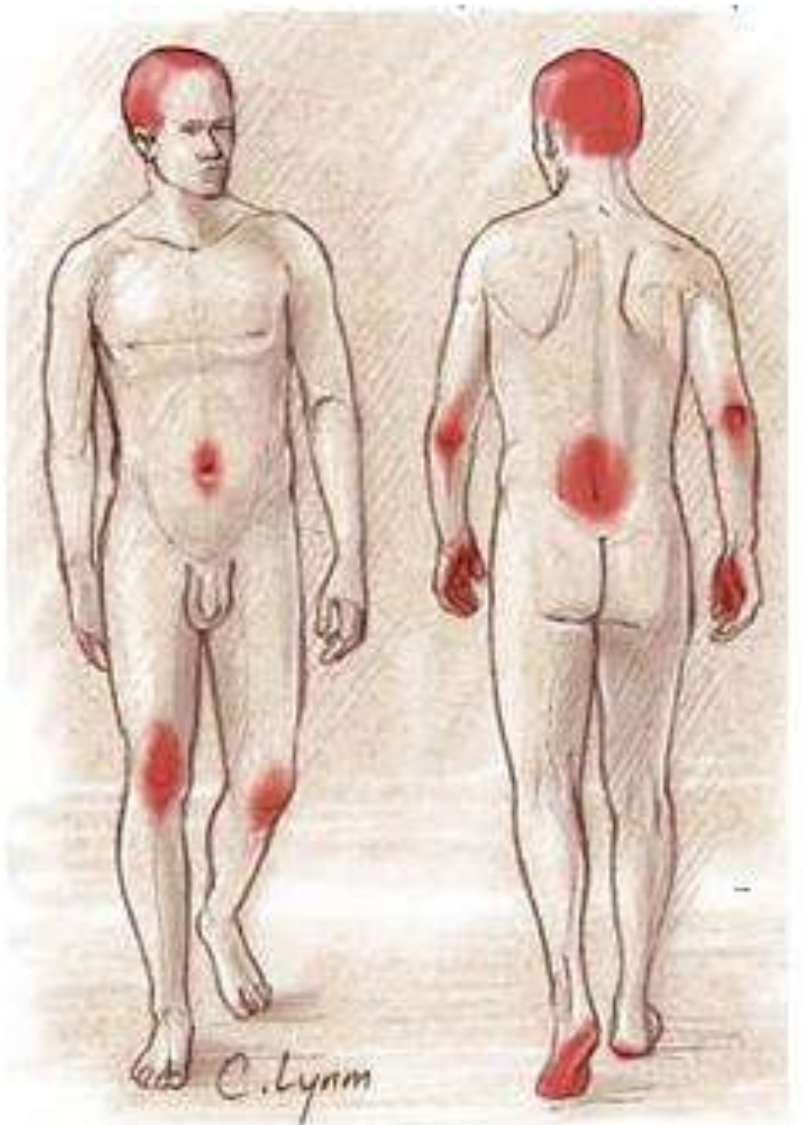
ТИПИЧНАЯ ФОРМА.

Опрос. Жалоб нет или жалобы на чу вство стянутости слизистой оболоч ки рта, изменение цвета слизистой оболочки, шероховатость, нарушен ие чувствительности в очаге пораж ения.

Анамнез. Неврозы, гастриты, колит ы, заболевания печени, поджелудо чной железы, заболевания сердечн о-сосудистой системы, эндокринно й системы. Сенсибилизация к лекар ственным и химическим веществам

Кожные покровы: не изменены, или на «сгибательной» поверхности предп лечий, лучезапястных суставах, внутре нней поверхности бедер, разгибательн ой поверхности голеней имеются

папулы диаметром от 2-3 мм, полиго нальной формы, розовато-фиолетов ого цвета с блестящей поверхность ю и западением в центре. При групп ировке папул образуется сложный р исунок, не повторяющийся у разных больных, он носит название – «сетка Уикхема». На красной кайме губ: изм енений может не быть или имеются единичные или слившиеся папулы. П ри этом очаг поражения имеет преи мущественно линейную форму, отм ечается сухость губ и небольшое ше лушение. Поднижнечелюстные и под бородочные лимфатические узлы не изменены, так как нет антипенной ст имуляции лимфоидных клеток.



На слизистой оболочке полости рта серо вато-белые папулы размером от 0,2 до 2-3 мм сливаются в причудливый рисунок в виде кружева, сетки, листьев

папоротника (сетка Уикхема) и располагаются на бледно-розовой слизистой оболочке щек, губ, ретромолярной области, на боковых поверхностях языка. Поверхность папул слегка выступает над уровнем слизистой оболочки. Цвет папул обусловлен ороговением эпителия. Пальпация папул безболезненна. На слизистой оболочке языка образуются бляшки, которые имеют вид белых полей размером от 0.5 до 2 см и более. В этих участках сосочки языка отсутствуют или их высота значительно снижена. Возможно расположение папул в области десен параллельно их краю. В полости рта и на красной кайме губ поражения располагаются, как правило, симметрично.

Дифференциальная диагностика типичной формы к расного плоского лишая

* ***Гранулы Фордайса***
* ***Вторичный сифилис***
* ***Псевдомембранозный кандидоз***
* ***Болезнь Боуэна***
* ***Красной волчанка***
* ***Плоская лейкоплакия***

ЭКССУДАТИВНО- ГИПЕРЕМИЧЕСКАЯ ФОРМА

* **Жалобы:** на зуд, жжение слизистой оболочки рта, боль при воздействии различных раздражителей (острая, раздражающая пища. прием лекарств, протезирование и т.п.).
* **Анамнез**. Возможно обострение некоторых сопутствующих заболеваний, способствующих переходу типичной формы в экссудативно-гиперемическую. Отсутствие лечения типичной формы. Длительность заболевания от нескольких недель до нескольких месяцев (по субъективным ощущениям пациента).
* **Осмотр.** Чаще, чем при типичной форме поражается красная кайма губ. Эта форма протекает с более выраженной воспалительной реакцией слизистой оболочки.

На гиперемированной слизистой оболочке щек, губ, дна полости рта, боковых поверхностях языка множественные серо-белые папулы размером до 2 мм. Папулы могут быть единичными или сливаются в причудливые рисунки, однако на гиперемированном фоне «сетка Уикхема» просматривается плохо. Она становится отчетливо видимой после смазывания слизистой йодистокалиевым раствором (проба Шиллера-Писарева). Нарушения целостности эпителия не выявляются.

Пальпация регионарных лимфоузлов безболезненна.

Нередко развитие экссудативно-гиперемической формы обусловлено присоединением грибковой инфекции.

Дифференциальная диагностика

* Красная волчанка
* Острым атрофический кандидоз
* Болезнь Боуэна

ЭРОЗИВО-ЯЗВЕННАЯ ФОРМА

Жалобы: на резко болезненные высыпания на слизистой оболочке полости рта (эрозии). Постоянная боль и жжение слизистой оболочки рта затрудняет речь и прием пищи..

Анамнез: давность заболевания от нескольких дней до нескольких лет с момента возникновения боли в полости рта. Протекает длительно, прогрессирует как осложнение типичной, экссудативно-гиперемической и других форм, иногда малигнизируется (1 %).

Предрасполагающие факторы: стрессовые ситуации, обострение фоновых заболеваний, прием лекарств, травмы слизистой оболочки рта, протезирование. Ослабляются защитные свойства организма, снижаются резистентность слизистой оболочки рта к травмам и ее регенеративные способности.

* **Периодичность рецидивов эрозий** – неопределенная, от нескольких недель до нескольких лет. Зависит от общего состояния организма, лечения сопутс твующих заболеваний, воздействия провоцирующих факторов, проводимог о лечения.
* **Эффективность лечения:** трудно поддается лечению. Эффект достигается по степенно, через несколько недель комплексного лечения: исчезает гиперем ия слизистой оболочки полости рта(переход в типичную форму). Лечение эф фективно при правильном выборе метолов и средств патогенетической тер апии, лечения сопутствующих заболеваний.
* **Внешний осмотр**. Поднижнечелюстные и подбородочные лимфатические уз лы мягкие, подвижные, могут быть несколько увеличены.
* **На слизистой оболочке рта** на гиперемированном фоне неправильной форм ы резко болезненные эрозии различных размеров, от точечных до обширны х, покрытые плотным фибринозным налетом, на фоне характерного папулез ного рисунка (кружева, сетки и р.) плоского лишая.

Дифференциальная диагностика

* Многоформная экссудативная эритема
* Красная волчанка
* Пузырчатка
* Аллергический стоматит

БУЛЛЕЗНАЯ ФОРМА

Жалобы: на образование пузырей, болезненность слизистой оболочки, усиливающуюся при приеме пищи. Нарушение целостности эпителия вследствие разрыва покрышки пузыря. Воспалительный экссудат, механические и химические факторы раздражают нервные окончания слизистой оболочки рта.

Осмотр: при осмотре слизистой оболочки полости рта цвет ее не изменен или слизистая слегка гиперемирована. Пузыри диаметром от 5 до 20 мм с мутным или геморрагическим содержимым.

Множественные папулы образуют характерный рисунок (кружева, листья папоротника и др.)

Экссудат (содержимое пузыря) располагается субэпителиально. Выражена круглоклеточная инфильтрация в собственно слизистой оболочке. Капилляры расширены. Диапедез эритроцитов делает содержимое пузыря кровянистым. В эпителии неравномерный акантоз, паракератоз, вакуольная дистрофия базального слоя эпителия. Базальная мембрана может быть разрушена инфильтратом.

Дифференциальная диагностика

* Вульгарная пузырчатка
* Буллезный пемфигоид
* Сосудисто-пузырный синдром

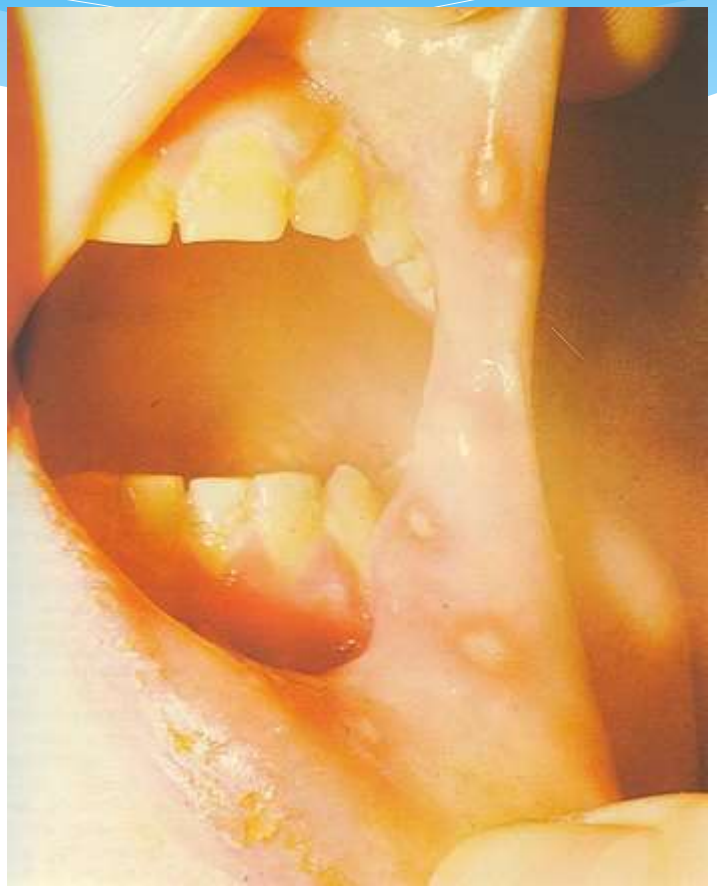
Пациенты жалуются на легкую болезненность слизистой оболочки полости рта. Подэпителиальные пузыри возникают на неизмененной слизистой оболочке рта, существуют от нескольких часов до нескольких дней.

Большое диагностическое значение имеет прямая и непрямая РИФ, которая позволяет четко дифференцировать ***пузырчатку и буллезный пемфигоид*** от буллезной формы плоского лишая. Кроме того, при вульгарной пузырчатке в мазках-отпечатках, взятых с эрозий, обнаруживают акантолитические клетки. При неакантолитической пузырчатке так же, как и при буллезной форме плоского лишая, пузыри образуются под эпителием, но вокруг них никогда не бывает папулезных высыпаний.

ГИПЕРКЕРАТОТИЧЕСКАЯ ФОРМА

Жалобы: на шероховатость, необычный вид с лизистой оболочки полости рта.

Элементы поражения – бляшки, возвышаются над уровнем слизистой оболочки. Резко выра жен гиперкератоз. В строме определяется ди ффузное хроническое воспаление с инфильтр ацией лимфоцитами и гистиоцитами, в зернис том слое возникает акантоз.



Анамнез: выявляются вредные привычки и хр оническая травма слизистой оболочки рта. Да вность заболевания – несколько месяцев, лет. Гиперкератотическая форма развивается как осложнение типичной и экссудативно-гипере мической.

Предрасполагающие факторы: хроническая м еханическая травма, протезирование, вредны е привычки, курение, алкоголь.

Внешний осмотр. Могут быть типичные кожн ые проявления. На слизистой оболочке полост и рта одиночные участки гиперкератоза разли чной формы и очертаний и четкими границам и на фоне характерных папулезных элементов

Дифференциальная диагностика

* Веррукозная форма лейкоплакии
* Псевомембранозная форма кандидоза

АТИПИЧНАЯ ФОРМА

Жалобы: на жжение, болезненность, кровоточивость десны в области передней группы зубов верхней челюсти, особенно при чистке зубов.

Патогенез: воспалительный экссудат в собственном слизистом слое и медиаторы воспаления сдавливают и раздражают нервные окончания.

Длительность заболевания: от нескольких недель до нескольких лет.

Эффективность лечения: лечение, как правило проводится по поводу гингивита или пародонтита (ошибочная диагностика) и поэтому неэффективна. **Осмотр.** Внешний осмотр без изменений. Слизистая оболочка альвеолярной части десны в области передней группы зубов верхней челюсти и верхней губы гиперемирована, отечна, эпителий истончен. Редко бывают эрозии. Папулы серовато-белого цвета, едва различимы. Устья мелких слюнных желез на слизистой оболочке верхней губы расширены.

Методы исследования для всех форм плоского лишая

Цитологическое исследование: соскоб с длительно не заживающих эро зий и гиперкератотических бляшек. Метод направлен на выявление ати пичных клеток.

Бактериоскопическое исследование: соскоб с элементов поражения сл изистой оболочки полости рта. Направлен на выявление патогенной ба ктериальной и грибковой флоры.

Люминесцентная диагностика: папулы плоского лишая дают голубова тое свечение на красной кайме губ и беловато-голубое на слизистой об олочке полости рта.

Определение микротоков: гальваноз. Микротоки ингибируют действие ферментов слюны, нарушают фагоцитоз, способствуют сенсибилизации слизистой оболочки, провоцируя тем самым возникновение плоского л ишая.

Биохимическое исследование крови: количественное содержание сахар а, печеночные пробы и др. Имеются данные о патогенетической зависи мости плоского лишая от сахарного диабета, гипертонической болезни от заболеваний печени.

Аллергологическое исследование: кожные пробы, лабораторные тесты (ИФА, РТМЛ, РБТ, ТДТК и др.) для выявления сенсибилизации к лекарств енным, химическим веществам, зубопротезным материалам, пищевым продуктам, бактериальным агентам.

ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКОГО ЛИШАЯ.

ТИПИЧНАЯ ФОРМА.

Местное лечение.

*коррекция гигиены полости рта;

*санация полости рта;

*устранение гальваноза, механических травмирующих факторов;

*рациональное протезирование;

Местным методам лечения при любой форме красного плоского ли шая предшествует и сопутствует профессиональная гигиена. Профе ссиональная гигиена включает: определение гигиенического состоя ния полости рта, удаление мягких и минерализованных зубных отл ожений, обучение правилам ухода за зубами, пародонтом, языком, выбор средств и предметов гигиены, полирование поверхности зуб ов и реминерализующая терапия. Обязательным является также ус транение участков ретенции зубного налета (шероховатых поверхн остей пломб, восстановление контактных пунктов, замена широких и глубоко расположенных искусственных коронок, нерационально изготовленных протезов, лечение аномального положения зубов и аномального прикуса и т.д.)

Экссудативно-гиперемическая форма.

1) **Санация полости рта** (коррекция гигиены полости рта, лечение кариеса, заболеваний тканей пародонта, устранение гальваноза, механических травмирующих факторов, протезирование).

2) **Обезболивание** (понижается или полностью подавляется возбудимость чувствительных нервных окончаний и тормозится проведение возбуждения по нервным окончаниям):

- раствор тримекаина 3-5%
- раствор лидокаина 2%;
- раствор пиромекаина 2%;
- анестезин в масле 5%

В виде ротовых ванночек и аппликаций на 3-5 минут.

3) **Антисептики** устраняют или ослабляют влияние вторичной микрофлоры на поврежденную слизистую оболочку полости рта. Оказывают бактериостатическое, бактерицидное, противовоспалительное действие, стимулируют фагоцитоз.

- Гексорал 0,2 %
- Корсадил 0,2%
- Хлоргексидин 0,06%

В виде ротовых ванночек.

Общее лечение

1) **Витаминотерапия**

Мильгамма (В1 и В12) – по 1 драже 3 раза в день курсом 1,5 месяца (оказывает анальгезиру ющее, антиаллергенное действии, усиление кровоснабжения, ускорение регенерации нер вной ткани).

Никотиновая кислота 1 % раствор (усиливает кровоток в капиллярах, улучшает клеточный метаболизм в тканях, способствует коллатеральному кровообращению)– в виде инъекций под элементы поражения (0,5 – 1,0 мл. N 10;

Никотинамид – 0,5 г по1 таб. 3 раза в день курсом 1,5 месяца.

Компламин (ксантинола никотинат) – по 2 таб. 3 раза в день после еды, по мере улучшения дозу снижают до 1 таб. 3 раза в день курсом 2 месяца.

2) **Коррекция микроциркуляции**

Трентал – 400 мг. По 1 таб. 3 раза в день курсом 1 мес. (обладает спазмолитической активн остью, вызывает расширение сосудов, улучшает микроциркуляцию);

Аскорутин – по 2 таб. 3 раза в день курсом 1 мес. (уменьшает экссудацию, повышает сопро тивляемость орагнизма);

3) **Антигистаминная терапия**

Супрастин – 0,025 г. по 1 таб. 3 раза в день курсом 14 дней;

Тавегил – 0,001 г по 1 таб. 3 раза в день курсом 14 дней;

Кларитин – 10 мг. по 1 таб. 1 раз в день курсом 14 дней;

4) **Иммунокорригирующая терапия**

Ликопид – 1мг 3 раза в день в течение 14 дней;

Имудон – 6-8 таблеток в день сублингвально, курс 20 дней

5) **Лечение общих заболеваний у специалистов.**

Общее лечение.

1) **Седативная терапия**

Феназепам 0,0005 г;

Сибазон 2 мг;

Седуксен 2 мг

Назначают с минимальной дозы по полтаблетки на ночь;

Ново-Пассит – внутрь по 5 мл 3 раза в день;

2) **Витаминотерапия**

Аскорбиновая кислота – 1 г в сутки;

Аевит – по 1 капс. 2 раза в день курсом 1 месяц;

3) **Противовоспалительная терапия**

Глюкокортикостероиды (преднизолон, гидрокортизон, триамцинолон, дексаметазон) внутрь. Курс лечения 1-2 мес по схеме;

Дипроспан – 1 мл. в/м инъекции 1 раз в 2-4 недели;

на 10 день после инъекции Дипроспана назначают Даларгин на 10 дней

Делагил (хингамин) – 0,25 г внутрь курсом 10 дней; затем инъекции Дел агила под элементы поражения по 1,5 мл с 0,5 мл 1% тримекаина;

Профилактика плоского лишая

Важным фактором в комплексе профилактических мер оприятий является диета с исключением раздражающе й пищи (кислой, горячей, острой), а также отказ от кур ения и алкоголя. Для профилактики рецидивов и повы шения защитных свойств организма в период ремисси и рекомендуется проводить курс лечения компламино м, который усиливает кровоток в капиллярах, улучшает клеточный метаболизм в тканях, способствует развити ю коллатерального кровообращения. Курсы инъекции компламина повторяют 2 раза в год в сочетании с прие мом поливитаминов.

Погрешности в питании, стрессы как правило обостряю т течение заболевания. Отмена лечения врачом или пр екращение лечения пациентом сразу после эпителизац ии эрозии часто приводит к обострению заболевания.

Вывод

Красный плоский лишай имеет множество различных форм, отсюда и вытекает разнообразная этиология, классификация, методы лечения(общие, местные). Самое главное четко поставить диагноз и отдефференцировать ту или иную форму, чтобы подобрать правильную тактику лечения.

Список используемой литературы

* 1. Терапевтическая стоматология под ред. Г.М. Барера, М.:ГЭОТАР-Медиа, 2015г;
* 2. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ под ред. Е.В Боровского, А.Л.Машкиллейсона, М.: МЕДпресс-информ, 2011;
* 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта, Н.Ф Данилевский, В. К Леонтьев, А.Ф.Несин, Ж.И.Рахний, М.:Стоматология, 2011г;
* 4. Заболевания слизистой оболочки полости рта, А.И Рыбаков, Г.В. Банченко, М.:Медицина, 2000;
* 5. Заболевания слизистой оболочки полости рта под ред. Л.М.Лукиных, Н.Новгород – НГМИ, 2000г;
* 6. Терапевтическая стоматология под ред Л.А.Дмитриевой, М.:МЕДпресс-информ, 2013г.;
* 7. Терапевтическая стоматология, Ю.М.Максимовский, Л.Н.Максимовская, Л.Ю.Орехова, М.:Медицина, 2002г.

Спасибо за внимание