

[DOI:10.26104/NNTIK.2023.75.18.015](https://doi.org/10.26104/NNTIK.2023.75.18.015)

*Искакова М.К.*

**ООЗДУН БЫЛЖЫР ЧЕЛИНИН ЭҢИЛЧЕГИНИН КЛИНИКАЛЫК  
ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮНҮН ЖҮРҮШҮ**

*Искакова М.К.*

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЛОСКОГО ЛИШАЯ  
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА**

*M. Iskakova*

**CLINICAL FEATURES OF THE COURSE OF LICHEN PLANUS  
OF THE ORAL MUCOSA**

УДК: 616.311-036:616.516(045)

Макалада эңилчектин ар кандай клиникалык формалары жана алардын жүрүү өзгөчөлүктөрү баяндалган. Эңилчектин өнүгүшүндө себептик факторлор жана козгоочу факторлор, курактык жана жыныстык өзгөчөлүктөрү, пациенттердин даттануулары, стоматологиялык жана соматикалык абалы, ооздун былжыр челинин абалы, жабыркоо элементтери, алардын локализациясы, ооздун былжыр челинин жабыркашынын чектери эске алынган. Эңилчектин ар кандай клиникалык формаларынын жүрүшүн сүрөттөө, диагноз коюу, алдын алуу жана натыйжалуу дарылоо ыкмасын тандоо үчүн актуалдуу. Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин ар кандай клиникалык формалары менен ооруган 60 бейтап, 20 жаштан 60 жашка чейин жана андан жогору. Клиникалык жана сүрөттөөчү ыкмалар жүргүзүлүп, патологиялык процесстин чыныгы чегин аныктоо үчүн фотоактивация ыкмасы колдонулган.

**Негизги сөздөр:** эңилчек плануусу, клиникалык агымы, оорулуу, ооздун былжырлуу катмары, жаралар, локализация.

В статье описаны различные клинические формы плоского лишая и особенности их течения. Были учтены причинные факторы и провоцирующие факторы в развитии плоского лишая, возрастные и половые особенности, жалобы пациентов, стоматологический и соматический статус, состояние слизистой оболочки рта, элементы поражения, их локализация, границы поражения слизистой оболочки рта. Описание течения различных клинических форм плоского лишая является актуальным для постановки диагноза, профилактики и выбора эффективного метода лечения. 60 пациентов с различными клиническими формами плоского лишая слизистой оболочки рта в возрасте от 20 до 60 лет и старше, которые обратились с жалобами в полости рта. Были проведены клинические и описательные методы, использован метод фотоактивации для определения истинной границы патологического процесса.

**Ключевые слова:** плоский лишай, течение, клиника, пациент, слизистая оболочка рта, элементы поражения, локализация.

The article describes various clinical forms of lichen planus and features of their course. The causative factors and provoking factors in the development of lichen planus, age and gender characteristics, patient complaints, dental and somatic status, the state of the oral mucosa, elements of the lesion, their localization, the boundaries of the lesion of the oral mucosa were taken into account. Description of the course of various clinical forms of lichen planus is relevant for diagnosis, prevention and selection of an effective method of treatment. 60 patients with various clinical forms of lichen planus of the oral mucosa aged 20 to 60 years and older, who came with complaints in the oral cavity. Clinical and descriptive methods were carried out, the method of photoactivation was used to determine the true border of the pathological process.

**Key words:** lichen planus, clinical course, patient, oral mucosa, lesions, localization.

В последние годы ряд исследователей при изучении красного плоского лишая перешли на классификацию плоский лишай считая, что при проявлении на коже папулы не возвышаются. Хотя значительного принципиального значения это не имеет, особенно при локализации в полости рта. Плоский лишай слизистой оболочки рта (ПЛ СОР), несмотря на значительное количество работ, остается актуальной проблемой в современной стоматологии. В первую очередь, это связано с наличием тяжело протекающих клинических форм заболевания, торпидностью течения, полиморфизмом проявлений, сложностью диагностики, малой эффективностью лечения и частыми рецидивами. При этом частые рецидивы, приводящие к потере трудоспособности, ставят проблему в ряд социальных задач. Многие исследователи отмечают высокий рост заболевания, который составляет от 30 до 75% от всей патологии слизистой оболочки полости рта [1-3]. Причем, заболевание чаще встречается у женщин старше 40 лет, хотя в последние годы отмечается тенденция к «омоложению» плоского лишая, что следует из результатов собственных исследований.

Плоский лишай – хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки и (или) кожи, характеризуется высыпанием гладких, полигональных папул. В клинике часто встречается изолированное поражение только слизистой оболочки полости рта. Изучение структуры плоского лишая, сложное в связи с невозможностью проведения эпидемиологического опроса населения и обращением пациентов к различным специалистам (врач-стоматолог или врач-дерматолог) в связи с первичностью локализации морфологического элемента. Поэтому распространенность плоского лишая, по данным разных авторов, противоречивая. Клинические особенности течения плоского лишая слизистой оболочки рта сложные и зависят от формы заболевания. Поэтому изучение клинических особенностей течения плоского лишая с локализацией на слизистой оболочке рта являются актуальными и требуют описания не только локального статуса,

но и общего состояния пациента. В современной систематике выделяют шесть форм плоского лишая на слизистой оболочке полости рта и красной кайме губы: типичная, экссудативно-гиперемическая, эрозивно-язвенная, гиперкератотическая, буллезная, атипичная [4-5]. Однако в практической работе врача наиболее часто встречаются три формы заболевания: типичная, экссудативно-гиперемическая и эрозивно-язвенная [4-7].

**Цель исследования:** проанализировать клинические особенности течения плоского лишая слизистой оболочки рта.

**Материал и методы исследования:** по обращаемости диагноз «Плоский лишай слизистой оболочки рта» был поставлен 60 больным, наблюдение и лечение за которыми проводились на базе кафедры терапевтической и детской стоматологии Казахстано-Российского медицинского университета. Были проведены клинические и описательные методы, использован метод фотоактивации для определения истинной границы патологического процесса.

**Результаты исследования:** Основным патоморфологическим элементом при всех формах плоского лишая является папула, но при экссудативно-гиперемической форме наблюдается еще эритема застойного типа, при эрозивно-язвенной форме – эритема, эрозия или язва; при гиперкератотической форме – папулы сливаются в бляшки; при буллезной форме – пузырь, эрозия, эритема.

Однако в последние годы наблюдаются случаи сочетанных форм плоского лишая с различными клиническими формами проявлений дерматозов в полости рта, случаи проявления атипичной формы плоского лишая, которые представляют сложности в диагностике и лечении больных [8-12]. Поэтому диагностика плоского лишая, особенно с локализацией на слизистой оболочке рта всегда представляла определенные трудности.

С учетом сложности диагностики заболевания,

особенно при локализации только на слизистой оболочке рта и исходя из данных проведенного клинико-статистического анализа: наличие причинных и предрасполагающих (провоцирующих) факторов в развитии заболевания была предложена схема диагностики плоского лишая. Предложенная схема диагностики плоского лишая необходима для практического здравоохранения, особенно при ведении больных с патологией слизистой оболочки полости рта со сходными клиническими признаками заболевания.

Среди больных плоским лишаем с локализацией только на слизистой оболочке рта 50% пациентов болели в течение пяти лет, и практически для всех больных была характерна поздняя обращаемость в клинику. В 25% случаях выявлено расхождение диагноза при направлении больного на консультацию и окончательным клиническим диагнозом, из них 7 больным лечение проводилось без постановки окончательного диагноза, со слов больных, лечение было длительным (в среднем 3,2 месяца) и неэффективным. В 36,8% случаях развитие заболевание носило ятрогенный характер и связано с ошибками в работе врача-стоматолога: травмирование слизистой оболочки рта во время врачебных манипуляций; высказывание о неизлечимости заболевания, длительный курс лечения с безуспешным результатом (смена нескольких лекарственных средств на протяжении одного курса лечения).

Исходя из клинических форм заболевания, наиболее распространенной формой была эрозивно-язвенная, на долю которой приходилось 46,7%, затем с меньшей долей частоты следовала типичная форма – 31,7%, экссудативно-гиперемическая и гиперкератотическая – 13,3% и 8,3% соответственно. Больные с буллезной формой в наших исследованиях не встречались, атипичная форма, которая составила 5,5% и протекала на фоне типичной, экссудативно-гиперемической, и эрозивно-язвенной форм с поражением красной каймы губы, слизистой оболочки десневого края (диаграмма 1).

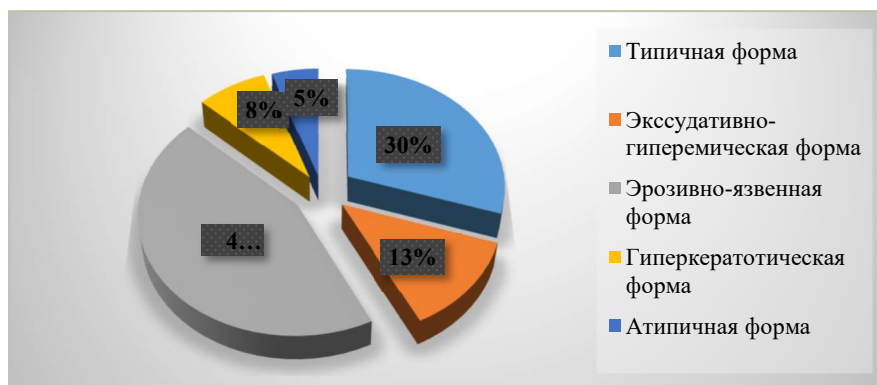


Диаграмма 1. Соотношение больных плоским лишаем слизистой оболочки полости рта по клиническим формам.

По обращаемости пациенты, зачастую, обращались с другими случаями стоматологической заболеваемости и чаще всего с острой зубной болью. При обследовании таким пациентам было диагностировано поражение слизистой оболочки рта, связанное с развитием плоского лишая.

В своих исследованиях наблюдали больных со всеми клиническими проявлениями ПЛ, кроме буллезной формы. Атипичная форма встречалась в сочетании с типичной, экссудативно-гиперемической и

эрозивно-язвенной формами.

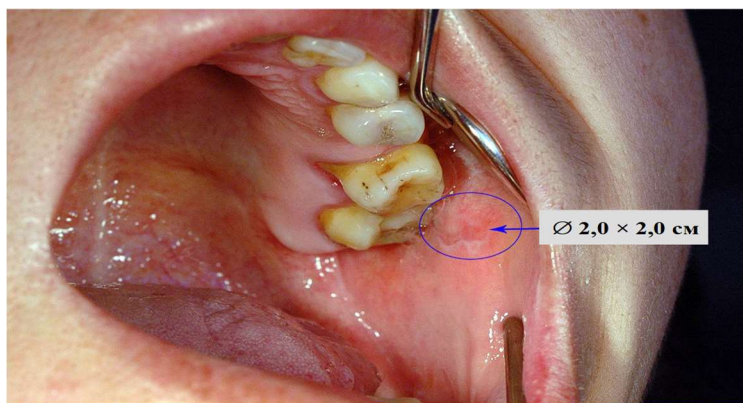
Типичная форма. На момент первичного обращения типичная форма плоского лишая с локализацией на слизистой оболочке рта была диагностирована на 19 больным. Для 21,8% больных типичная форма была поставлена во время обращения их по поводу болезней зубов и пародонта (рис. 1). О существовании болезни они даже не подозревали, т.к. плоский лишай протекал бессимптомно, и данное клиническое течение заболевания считается наиболее благоприятным.



**Рис. 1.** Больной И., 38 лет. Д-з: Плоский лишай, типичная форма. Папулы на слизистой оболочке щеки, обнаруженные при проведении профилактического осмотра (бессимптомное течение).

У 6 больных жалобы были незначительными, в основном их беспокоили необычные «высыпания» в полости рта, шероховатость слизистой оболочки. У 3 больных наблюдалась чувствительность к острым блюдам и специям, изменение цвета слизистой оболочки, ее шероховатость, изредка жжение. Эти явления больные отмечали ранее (несколько месяцев, в среднем за 2,5 месяца) до появления папул на слизистой оболочке рта, но не придавали особого значения, и мы полагаем, что этот период можно считать продромальным. Эти больные обратились на консульта-

цию только тогда, когда заметили в полости рта высыпания, т.е. в клинический период заболевания (разгар болезни). У 6 больных развитие типичной формы было связано с травмирующим фактором зубов (острые края разрушенных зубов, острые края пломб, затрудненное прорезывание восьмого зуба), в результате дефекта зубного ряда (отсутствие зубов-антагонистов, аномалия прикуса), наличием вредных привычек (накусывание слизистой оболочки полости рта), т.е. отмечался положительный симптом Кебнера (рис. 2).



**Рис. 2.** Больная К., 36 лет. Д-з: Плоский лишай, типичная форма (до лечения). Локализация папул на слизистой оболочке щеки. Положительный симптом Кебнера. Визуальный осмотр.

При визуальном осмотре виден осмотре виден незначительный участок проявления лихеноидной реакции в области 27, 28 зубов (за счет отсутствия 26 зуба произошло смещение зубов в дуге зубного ряда). Наблюдается очаг гиперкератоза, вызывающий чувство дискомфорта, «стянутости» слизистой оболочки, боль при приеме пищи. После проведения окрашивания слизистой оболочки 1% раствором фуксина с использованием метода фотоактивации – определена истинная граница патологического очага.

Шесть больных связывали развитие заболевания с наличием сопутствующей патологии (заболевания желудочно-кишечного тракта, эндокринная патология) и

появление папул в полости рта связывали с обострением сопутствующей патологии, 8 больных отмечали частые стрессовые ситуации, трое – объяснили связь развития плоского лишая с переутомлением, частого появления симптома головокружения и головных болей, у двоих – отмечалась явная канцерофобия, двое больных связывали развитие заболевания с перенесенным гриппом; 8 больных развитие заболевания ни с чем не связывали. Пять больных обратились на консультацию из других клиник с ошибочными диагнозами: хронический рецидивирующий афтозный стоматит был ошибочно поставлен 4 больным, аллергический стоматит – одной пациентке (диаграмма 2).

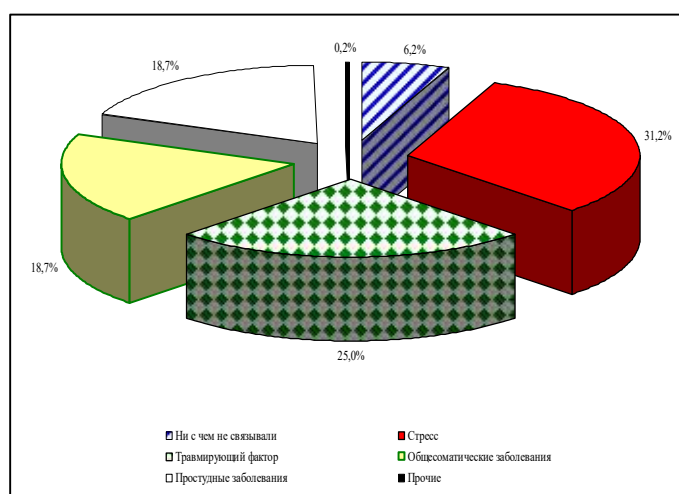


Диаграмма 2. Возможные причины развития типичной формы плоского лишая слизистой оболочки полости рта.

Соматическая патология отмечалась у всех больных с типичной формой ПЛ СОР. Чаще всего это были заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, хронический холецистит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический энтероколит); со стороны щитовидной железы (эутиреоидный зоб, гипотиреоз) – у 6 больных; патология со стороны сердечно-сосудистой системы – наблюдалась у 4 больных (у 3 больных гипертоническая болезнь I-II степени, стенокардия напряжения – у 1 пациентки); гинекологические заболевания (мастопатия, фибромиома матки) – у 5 пациенток. В анамнезе развития жизни у больных чаще всего наблюдались сочетанные сопутствующие заболевания, где преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания.

При осмотре – папулезные элементы локализовались чаще всего на слизистой оболочке щеки, ретромолярного пространства, языка. На фоне видимо неизменной слизистой оболочки были заметны мелкие, до 2 мм в диаметре, узелки серовато-белого цвета с полигональными контурами, которые сливались между собой, образуя рисунок кружев или лис-

тьев папоротника. В двух клинических случаях наблюдали больных, у которых развитие типичной формы плоского лишая было связано с проявлением влияния металлических коронок, вызвавшие лихеноидную реакцию слизистой оболочки полости рта. При группировке папул образовывался сложный рисунок, не повторяющийся у разных больных, который носит название сетка Уикхема. В очаге поражения можно было наблюдать и отдельно расположенные папулы полигональных очертаний: размеры папул варьировали от 0,2 мм до 2 мм. Поверхность папул слегка выступала над уровнем слизистой оболочки, имела белый цвет за счет ороговения эпителия. Пальпация папулезных элементов, как правило, безболезненная. Слизистая оболочка в очаге поражения не изменена по цвету, но у 3 пациенток с наличием повышенного артериального давления (гипертоническая болезнь), слизистая оболочка имела застойно-гиперемированный оттенок. У 2 больных типичная форма сопровождалась также с локализацией элемента поражения на красной кайме губы – очаги поражения имели вид линейного дефекта, отмечалась сухость губ (атипичная форма).

Как правило, больных с поражением только одной топографической зоны, которой являлась слизистая оболочка щеки, было немного (5 чел.); у 17 больных – зоной локализации элемента поражения являлась слизистая оболочка щеки и ретромолярная область, у 10 больных – наблюдались участки поражения на слизистой оболочке щеки, в ретромолярной области и на боковой поверхности языка. Проведение метода фотоактивации с 1% раствором фуксина позволило выявить следующее: после окрашивания видимо здоровой слизистой оболочки полости рта вокруг папулезных элементов наблюдалось коричневое окрашивание (слабоположительная проба) и при воздействии на этот участок синим световым потоком – светло-голубое свечение. При этом участки поражения слизистой оболочки значительно превышали площадь поражения, чем при визуальном осмотре. Более того, количество папул при визуальном осмотре было от 4 до 5, а при окрашивании слизистой оболочки и проведении метода фотоактивации – от 6 до 10, выявлены так называемые скрытые папулы.

В ходе наблюдения за больными у двоих больных в результате перенесенной стрессовой ситуации (конфликт в семье, бизнес-конфликт) типичная форма тран-

сформировалась в более тяжелые клинические формы: у одного больного - в экссудативно-гиперемическую форму и у одного больного – в эрозивно-язвенную форму.

Экссудативно-гиперемическая форма. Общее количество больных с этой клинической формой заболевания составило 8, возраст больных колебался от 30 до 60 лет, в основном преобладали женщины среднего возраста. Данной клинической формой заболевания впервые заболели 3 пациента, остальные больные отмечали наличие заболевания в течение 5 лет. Развитие заболевания со стрессами (потеря близкого человека, конфликты в семье, на работе) связывали 6 больных, причем трое из них считали, что эта онкопатология (явная канцерофобия). Трое больных связывали развитие заболевания с наличием сопутствующей патологии (заболевания желудочно-кишечного тракта и частые обострения со стороны желудочно-кишечного тракта); из данного числа больных также двое больных связывали развитие заболевания с аллергической реакцией (у одной пациентки – на пластмассу съемного ортопедического протеза и у другой пациентки – из-за наличия разнородных металлических ортопедических конструкций в полости рта); 2 больных ни с чем не связывали начало заболевания (диаграмма 3).

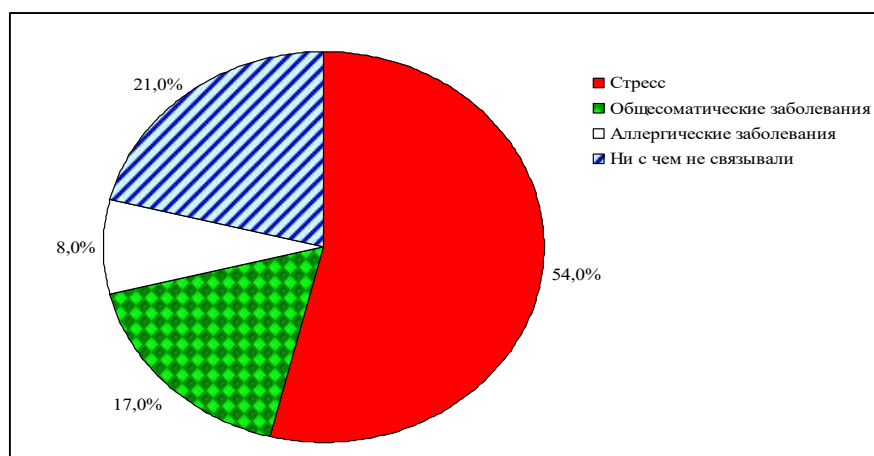


Диаграмма 3. Возможные причины развития экссудативно-гиперемической формы плоского лишая слизистой оболочки полости рта.

У двоих больных развитие этой клинической формы было обусловлено присоединением грибковой инфекции (*Candida*), что было подтверждено при микробиологическом исследовании соскоба с поверхности пораженного участка слизистой оболочки полости рта. У троих больных ранее в анамнезе наблюдалась типичная форма ПЛ, однако, ввиду частых стрессовых ситуаций произошло осложнение типичной формы в экссудативно-гиперемическую форму. Шести больным, которые обратились на консультацию и лечение из других клиник были поставлены ошибочные диагнозы: двум больным был поставлен хронический рецидивирующий афтозный стоматит и 4 больным – лейкоплакия, эрозивная форма. Наиболее

частой из соматической патологии была патология желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, хронический холецистит, хронический панкреатит); у 6 больных – патология со стороны щитовидной железы (эутиреоидный зоб, гипотиреоз); гинекологические заболевания отметили 5 пациенток (мастопатия и фибромиома матки); частые стрессы отметили 8 больных; у 6 пациенток в анамнезе наблюдалась гипертоническая болезнь (у 4 – I степени и у двоих – II степени). У 6 больных в полости рта находились разнородные металлические ортопедические конструкции, вызывающие явления гальванизма и у одной пациентке – аллергическую реакцию. Эта клиническая форма заболевания протекала на фоне выраженной



воспалительной реакции слизистой оболочки полости рта. Жалобы больные предъявляли на постоянную боль во рту, усиливающуюся при приеме пищи, особенно горячей или острой, боли при чистке зубов, при

разговоре. При осмотре полости рта – слизистая оболочка гиперемированная и отечная, при этом целостность эпителия не нарушена (рис. 3).



**Рис. 3.** Больная К., 54 года. Д-з: Плоский лишай, экссудативно-гиперемическая форма, слизистая оболочка щеки, средняя степень тяжести (до лечения).

Папулезные высыпания плохо просматривались при визуальном осмотре, регионарные лимфатические узлы при пальпации болезненные и увеличенные. Излюбленной локализацией патологического очага являлась слизистая оболочка щеки (у 17 больных), у троих больных – слизистая оболочка щеки и ретромолярная область, у двоих – боковая и дорзальная поверхности языка, у одного – слизистая оболочка дна полости рта и у одной пациентки наблюдалось генерализованное поражение слизистой оболочки полости рта, кроме того, с локализацией на десне и красной кайме губы (сочетание формы с атипичной формой). В одном клиническом случае мы наблюдали пациентку с локализацией патологического процесса на слизистой оболочке твердого и мягкого неба, что при данной патологии бывает крайне редко. При окрашивании слизистой оболочки 1% раствором фуксина у всех больных в местах локализации патологического очага наблюдалось темнокоричневое окрашивание (резкоположительная проба), при проведении метода фотоактивации определялось светло-голубое свечение, что позволило определить истинную границу патологического процесса и «скрытые очаги поражения». Граница патологического процесса была более обширной, чем при визуальном осмотре: в среднем на 0,5-1 см, что в конечном итоге существенно влияло на клиническое течение заболевания.

В ходе клинических исследований выяснено, что при средней и тяжелой степени тяжести клиническая симптоматика заболевания была более выраженной, наблюдались нарушения со стороны общего состояния организма: явления интоксикации, потеря веса, нарушения сна, аппетита и психологического здоровья больных (потеря качества жизни). Часто эта

форма может протекать с симптомами десквамативного гингивита, которые некоторые авторы классифицируют как атипичную форму плоского лишая [13-14].

Клиническая картина при этом характеризуется яркой гиперемией десны (включая прикрепленную десну). Характерные папулезные элементы плоского лишая по десневому краю обнаружить бывает трудно, но они всегда определяются в типичных симметричных участках слизистой оболочки полости рта. Как правило, клинической картине плоского лишая, сопутствует активное течение хронического генерализованного пародонтита. Наблюдали пациентку с экссудативно-гиперемической формой ПЛ СОПР, у которой патологический процесс локализовался на красной кайме губы, что при данной форме заболевания бывает крайне редко и трактуется как сочетанная форма с атипичной формой ПЛ СОР.

Эрозивно-язвенная форма у обследуемого контингента протекала наиболее тяжело с выраженными экссудативными проявлениями и наличием эрозивных элементов поражения. Указать причину заболевания не смогли 19 больных (3 мужчин и 16 женщин), хотя в ходе опроса было установлено, что у этих больных наблюдались частые стрессовые ситуации (на работе, дома); на наличие частых стрессов (конфликты в семье, на работе, чувства подавленности, переутомления) указали 8 больных, из них трое пациенток – указали, что развитие плоского лишая связано с удалением зуба (стресс и травма); двое – с наличием острых краев ортопедических конструкций и одна – острых краев разрушенных зубов (положительный симптом Кебнера); явная канцерофобия отмечалась у 6 больных, все они были женского пола; с наличием со-

путствующей патологии развитие заболевания связывали 14 больных, причем 5 – из них указывали на связь рецидивирования плоского лишая и обострения соматической патологии; 4 больных связывали развитие заболевания с частыми простудными заболеваниями. Одна пациентка считала, что развитие пло-

ского лишая у нее связано с аллергической реакцией на лекарственные препараты (антибиотики широкого спектра действия и сульфаниламидные препараты). Две пациентки указали на наследственный фактор возникновения плоского лишая (у обеих по линии матери) (диаграмма 4).

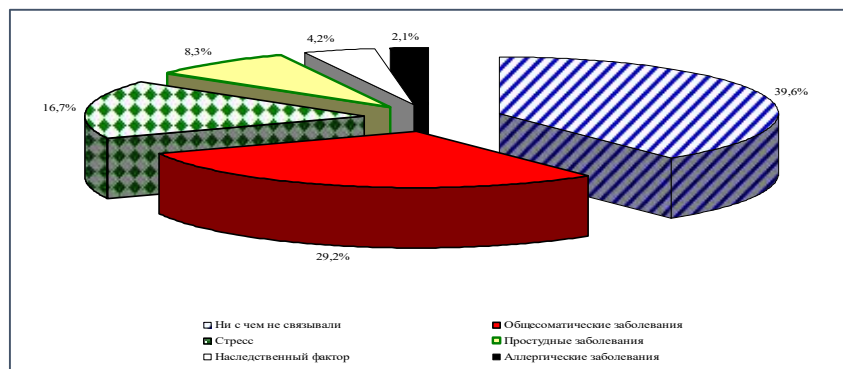


Диаграмма 4. Возможные причины развития эрозивно-язвенной формы плоского лишая слизистой оболочки рта.

С ошибочными диагнозами (хронический рецидивирующий афтозный стоматит, хронический рецидивирующий герпетический стоматит, лейкоплакия) на консультацию и лечение обратилось 12 человек.

Вредные привычки имели 9 больных, которые не считали это вредным для здоровья и не желали отказываться от своих привычек в период проведения оздоровительных и лечебных мероприятий. Из всех больных с эрозивно-язвенной формой считали себя практически здоровыми 5 больных, хотя в ходе сбора анамнеза у всех больных были выявлены сопутствующие заболевания, а многие больные (25 чел.) имели сочетанные сопутствующие заболевания со стороны желудочно-кишечного тракта, эндокринной, сердечно-сосудистой и других систем. Как и в предыдущих клинических группах больных ПЛ СОР, наибольшая частота заболевания наблюдалась со стороны желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, хронический холецистит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический энтероколит), патология со стороны щитовидной железы (эутиреоидный зоб, гипотиреоз), патология со стороны сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца), заболевания опорно-двигательного аппарата (остеохондроз, радикулит), гинекологические заболевания (мастопатия, фибромиома матки). У 9 больных наряду с гипертонической болезнью, содержание глюкозы в крови превышало допустимые нормы (от 8,1 до 12,5 ммоль/л). Хотя на момент первичного обращения о существовании сахарного диабета эти пациенты не подозревали, проведение гематологического исследования позволило выявить данную патологию. При осмотре ногтевых пластин только у двоих больных, из

общего числа всех больных ПЛ, были обнаружены поражения в виде полосок и борозд, причем степень тяжести патологического процесса и течение заболевания не являлись причиной изменения ногтевых пластин.

Эрозивно-язвенная форма, как правило, трудно поддается лечению, возможны частые рецидивы, осложнения в виде малигнизации патологического процесса. У 6 больных (12,5%) эрозивно-язвенная форма возникла на фоне осложнения типичной формы и у двоих (4,2%) – в результате осложнения экссудативно-гиперемической формы. Осложнение этих клинических форм ПЛ СОП больные связывали с нервным стрессом и обострением сопутствующей патологии. В момент обращения больные жаловались на боли во рту, боли при приеме пищи, разговоре, необычный вид слизистой оболочки, появление «язвочек» во рту, неприятный запах изо рта. Больные были раздражительными, плаксивыми или наоборот, угнетенными и подавленными. Многие из них считали, что эта онкопатология (явная канцерофобия). При осмотре – элемент поражения – эрозия (вторичный патоморфологический элемент) располагался в центре очага на фоне застойно-гиперемированной и отечной слизистой оболочки. Как правило, эрозия была полигональной формы, иногда неправильных очертаний. Размеры эрозии варьировали от нескольких миллиметров до обширных эрозий диаметром от 3-5 и более см, покрытые серо-белым, серо-желтым плотным фибриновым налетом. При пальпации резко болезненны, края мягкие, пальпация лимфатических узлов – болезненные и увеличенные. Излюбленная локализация элемента поражения – слизистая оболочка щеки, по линии смыкания зубов, ретромоларное пространство,

боковая поверхность языка. У двоих пациенток локализация патологического элемента, кроме слизистой оболочки щеки по линии смыкания зубов, наблюдалась также на слизистой оболочке красной каймы губы и десневого края (атипичная форма).

При визуальном осмотре видимость характерных папулезных высыпаний представляла трудности за счет гиперемии и отека слизистой оболочки, не было четкости при определении границы очага поражения, диаметр очага поражения в среднем составлял 2,5 см. При окрашивании раствором фуксина слизистая оболочка окрашивалась в интенсивно-коричневый цвет (резкоположительная проба), при использовании метода фотоактивации – наблюдалось светлоголубое свечение с четко выраженной границей патологического очага и характерными для ПЛ по краям папулезными элементами поражения, истинная граница патологического очага в диаметре составила 5 см., выявлен т.н. «скрытый очаг поражения».

В наших исследованиях у 9 больных, эрозивно-язвенная форма ПЛ, развилась на фоне сочетания сахарного диабета и гипертонической болезни, так называемый синдром Гриншпана [15]. У больных с синдромом Гриншпана наблюдали некоторые особенности клинического течения заболевания: пациенты жаловались на значительную болезненность при приеме любой пищи, особенно раздражающей, постоянное чувство жжения и сухость во рту. Излюбленной локализацией элемента поражения являлась слизистая оболочка щеки, по линии смыкания зубов, ретромолярное пространство, дорзальная поверхность языка, где наблюдались обширные эрозии (диаметр 2,5×2,5 см), реже язвы (в наших наблюдениях у троих больных, диаметром 0,2×0,2 мм). Эрозии имели неправильную форму, полигональные очертания, покрытые беловато-серого цвета некротическим налетом, под которым располагались грануляции, при травмировании которых возникала кровоточивость. У

12,5% больных – эрозии были множественными, когда практически поражалась вся слизистая оболочка рта (генерализованное поражение), из-за сильной боли во рту пациенты держали рот полуоткрытым. В окружении долго незаживающих эрозивных элементов определялась демаркационная линия с выраженными признаками кератинизации. У этих больных эрозивный процесс во рту характеризовался длительным, плохо поддающейся обычной терапии клиническим течением. Обострение эрозивного процесса в полости рта часто совпадало с периодами гипертензии или гипергликемии, которые в свою очередь были тесно связаны со стрессовыми ситуациями.

Гиперкератотическая форма. Эта клиническая форма заболевания была диагностирована 5 пациенткам, в возрасте старше 50 лет. Жалобы больных заключались в необычном виде слизистой оболочки полости рта – в виде белых полос, косметический недостаток. Некоторые пациентки (2 чел.) предъявляли жалобы на сухость в полости рта и шероховатость слизистой оболочки, у 5 – были жалобы на чувство жжения во рту, изменение цвета слизистой оболочки, нарушение тактильной чувствительности. Развитие заболевания с наличием сопутствующей патологии связывали 5 пациенток, с наличием частых стрессов – 2 больных, одна пациентка связывала развитие заболевания с частыми простудными заболеваниями, две пациентки не могли объяснить причину заболевания (диаграмма 5).

В данной обследованной группе у всех больных наблюдались нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (хронический холецистит, хронический панкреатит, хронический дуоденит, хронический энтероколит), со стороны нервной системы (невроз, частый стресс), со стороны щитовидной железы (гипотиреоз), со стороны сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь). В основном наблюдались сочетанные поражения различных органов и систем.

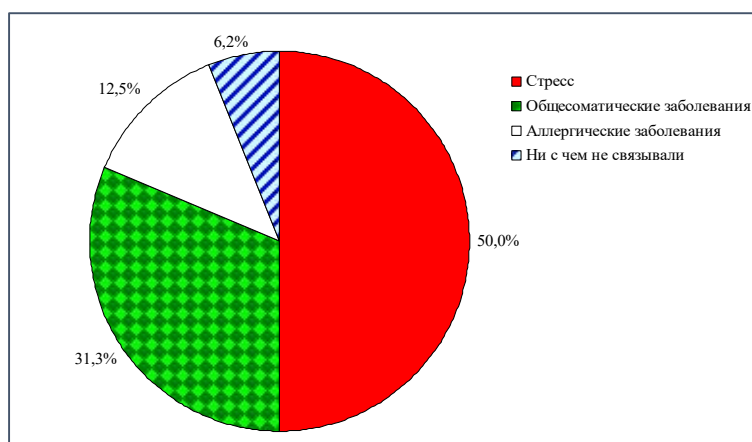


Диаграмма 5. Возможные причины развития гиперкератотической формы плоского лишая слизистой оболочки полости рта.



При объективном исследовании у 3 больных на слизистой оболочке щеки, на фоне типичных для плоского лишая высыпаний, наблюдались сплошные очаги ороговения с четкими границами, у 2 больных – на спинке языка. При осмотре, вокруг очага повышенного ороговения, можно было наблюдать отдельные папулы, реже сетку Уикхема. Фон слизистой оболочки под папулами не был изменен. На слизистой оболочке языка образовывались бляшки, которые имели вид белых полей размером от 0,5 до 2 см и более. На этих участках отмечалось отсутствие сосочков, они были сглажены, скрытых очагов ороговения не обнаружено. При окрашивании слизистой оболочки раствором фуксина наблюдалось коричневое окрашивание (положительная проба), применение метода фотоактивации – светло-голубое свечение.

**Заключение:** Описанные клинические особенности течения плоского лишая слизистой оболочки рта позволили установить причины развития заболевания, часто встречающиеся жалобы, оценить соматический и стоматологический статус, состояние полости рта, элементы поражения, их локализацию, границы поражения слизистой оболочки рта. Использование клинических, описательных методов и метода фотоактивации для определения истинной границы патологического процесса позволяет поставить клинический диагноз, выбрать эффективные методы профилактики и лечения, способствующие созданию длительной ремиссии и уменьшению рецидивов.

#### Литература:

1. Македонова Ю.А. Оптимизация патогенетической терапии больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта: автореф. ... д-ра м.н. - Волгоград, 2018. – 44 с.
2. Силин Д.С., Конопля А.И., Тишков Д.С. Особенности состояния слизистой оболочки полости рта у больных красным плоским лишаем научные ведомости // Серия Медицина. Фармация. 2012. № 22(141). / Выпуск 20(1). - С. 103
3. Федотова К.Ю., Жукова О.В., Круглова Л.С., Пташинский Р.И. Красный плоский лишай: этиология, патогенез, клинические формы, гистологическая картина и основные принципы лечения. // Клиническая дерматология и венерология. – 2014. - №12(6). - С. 9.
4. Шумский А.В., Трунина Л.П. Красный плоский лишай полости рта: Монография. – Самара, 2004. – 161 с.
5. Иванова Е.В. Плоский лишай слизистой оболочки рта – новые подходы к диагностике и патогенетической терапии: дисс. ... д-ра. мед. наук. – М., 2004. – 305 с.
6. Македонова Ю.А. Оптимизация патогенетической терапии больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта: автореф. ... д-ра мед.н. - Волгоград, 2018. - 44 с.
7. Петрова Л.В. Клиника, патогенез и лечение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта: автореф... д-ра мед. наук. – М., 2001. – 16 с.
8. Матушевская Е.В., Богущ И.Г., Нажмутдинова Д.К. Сочетание клинических форм красного плоского лишая у одного больного // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2003. - № 4. - С. 46–47.
9. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л., Виноградова Т.Ф. Красный плоский лишай и псориаз // Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ: учеб. – М., 1984. – С. 244–248.
10. Ганиев Б.Г. Красный плоский лишай, псориаз, парапсориаз: учеб. пособие. – Ташкент, 1996. – С. 51-58.
11. Зазулевская Л.Я., Деточкина В.Р., Долгих Р.А. Атипичная форма красного плоского лишая // Науч.-практ. журн. «Dentist Казакстан». – Алматы, 2007. – № 1. – С. 71-72.
12. Comes M., Schmitt D., Souteyrand N. et al. Lichen planus and chronic graftversus host raction // J. Cutan Pathol. - 1982; 9; 4; 249-357.
13. Силин Д.С., Конопля А.И., Тишков Д.С. Особенности состояния слизистой оболочки полости рта у больных красным плоским лишаем научные ведомости. // Серия Медицина. Фармация. 2012. № 22(141). / Выпуск 20(1)/ с.103
14. Исакова М.К. Клинические особенности течения красного плоского лишая с сочетанным поражением // Здоровье и болезнь. – Алматы: 2007. - № 10 (66). - С. 96-99.
15. Grinspan D., Berdichesky R., Villapal L.O., Bellver V. et al. Liguien rojo plano ersivo de la mucosa bucal. Suasociation con diabetes // Acta Finales V congreso Jbero Latino-Americano de Dermatologia. – Buenos Aires, 1965. – P. 701–703.
16. Бекташева А.К., Цой А.Р. Клинико-диагностическая значимость микробиоты полостей зубов и окружающих тканей при санации полости рта. Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. 2022. №. 4. - С. 125-130.