

[DOI:10.26104/NNTIK.2023.19.92.016](https://doi.org/10.26104/NNTIK.2023.19.92.016)

*Искакова М.К.*

**ООЗДУН БЫЛЖЫР ЧЕЛИНИН ЭҢИЛЧЕГИНИН КӨРҮНҮШҮНҮН  
ПРАКТИКАЛЫК УЧУРЛАРЫ**

*Искакова М.К.*

**ПРАКТИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЛОСКОГО  
ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА**

*M. Iskakova*

**PRACTICAL CASES OF MANIFESTATION OF LICHEN PLANUS  
OF THE MOUTH MUCOSA**

УДК: 616.311-036:616.516(048)

Макалада ооздун былжыр челинде эңилчектин көрүнүшүнүн практикалык учурлары баяндалат. Практикалык стоматологияда оорунун эрозиялык-жаралуу, типтүү жана экссудациялык-гиперемиялык формалары кеңири таралган. Бирок, оозеки көңдөйүндө көрүнүшүнүн бир катар жалпы белгилерине карабастан: жабыркоо элементи, жаралардын симметриясы, локализациясы, бул формалардын клиникалык жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү сакталып кала берет. Оорунун өнүгүшүнүн себебин билүү жана диагноз коюу үчүн ооз көңдөйүн кылдат жана ырааттуу текшерүү зарыл, оорудулардын жалпы абалын аныктоо ооздун былжыр челинин патологиясы үчүн милдеттүү шарт болушу керек. Эң тааал топту тобокелдик тобуна кирген Гриншпан синдрому менен ооруган бейтаптар түзөт. Мындай бейтаптар кандагы глюкозанын деңгээлин жана кан басымын туруктуу көзөмөлдөөнү талап кылат. Бул факторлордун бардыгы реабилитациялык чараларды ишке ашырууда, ошондой эле оорунун кайталангышынын алдын алууда чечүүчү мааниге ээ.

**Негизги сөздөр:** эңилчек, пациент, клиникалык жагдай, ооздун былжырдуу катмары, текшерүү, жалпы абалы, жаралар, локализация, Гриншпан синдрому.

В статье описаны практические случаи проявления плоского лишая на слизистой оболочке рта. В практической стоматологии наиболее часто встречаются эрозивно-язвенная, типичная и экссудативно-гиперемическая формы заболевания. Однако, несмотря на ряд общих признаков проявления в полости рта: элемент поражения, симметричность поражения, локализация, остаются особенности клинического течения этих форм. Для выяснения причины развития заболевания и постановке диагноза необходимо тщательное и последовательное обследование полости рта, выявление общего состояния пациентов должно быть обязательным условием при патологии слизистой оболочке рта. Наиболее сложную группу представляют пациенты с синдромом Гриншпана, которые относятся к группе риска. Таким пациентам необходим постоянный контроль за уровнем содержания глюкозы в крови и артериальным давлением. Все эти факторы имеют решающее значение в проведении реабилитационных мероприятий, а также при профилактике рецидива заболевания.

**Ключевые слова:** плоский лишай, пациент, клинический случай, слизистая оболочка рта, обследование, общее состояние, элементы поражения, локализация, синдром Гриншпана.

*The article describes practical cases of lichen planus on the oral mucosa. In practical dentistry, erosive-ulcerative, typical and exudative-hyperemic forms of the disease are most common. However, despite a number of common signs of manifestation in the oral*

*cavity: the element of the lesion, the symmetry of the lesion, localization, there remain features of the clinical course of these forms. To find out the cause of the disease and to make a diagnosis, a thorough and consistent examination of the oral cavity is necessary, the identification of the general condition of patients should be a prerequisite for pathology of the oral mucosa. The most difficult group is represented by patients with Grynspan syndrome, who belong to the risk group. Such patients need constant monitoring of blood glucose levels and blood pressure. All these factors are crucial in carrying out rehabilitation measures, as well as in preventing relapse of the disease.*

**Key words:** lichen planus, patient, clinical case, oral mucosa, examination, general condition, lesions, localization, Grynspan's syndrome.

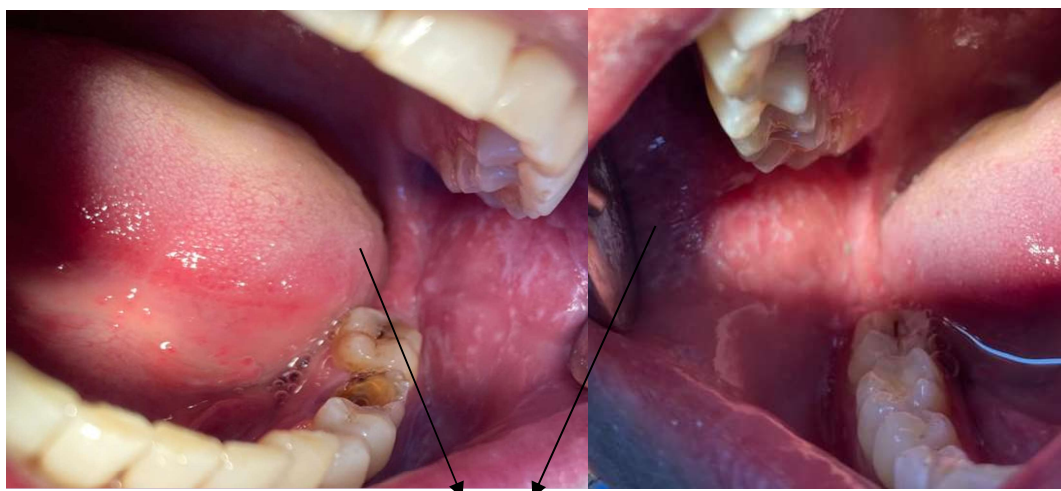
Плоский лишай слизистой оболочки рта – хроническое рецидивирующее заболевание, как правило, чаще всего встречается среди женщин среднего и пожилого возраста. В последние годы участились случаи поражения лиц молодого возраста, в том числе мужского пола. Частота заболевания с каждым годом увеличивается, причем в последние годы стали чаще встречаться более тяжелые формы плоского лишая такие, как эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы.

Несмотря на многочисленные исследования и описания клинических форм плоского лишая у многих пациентов наблюдаются случаи нетипичного развития и проявления в полости рта [1-3]. По результатам наших исследований в молодом возрасте клинические проявления существенно выражены, в первую очередь это касается нарушений со стороны общего состояния и потери качества жизни. Поэтому тщательное и последовательное обследование полости рта, выявление общего состояния пациентов является обязательным условием при патологии слизистой оболочке рта.

Для наглядности приведу различные клинические случаи пациентов с плоским лишаем слизистой оболочки рта. Одним из первых наглядных примеров является типичная форма плоского лишая слизистой оболочки полости рта у молодого пациента Ч., 1988 года рождения. Обратился с жалобами на острую зубную боль в 1.6 зубе иррадиирующая в ухо, висок, ноч-

ные боли, длительные боли от приёма холодного и горячего. На 1.6 зубе – глубокая кариозная полость по I классу, заполненная патологическим размягченным дентином, не сообщающаяся с полостью зуба, зондирование по дну резкоболезненное, перкуссия безболезненная. При визуальном осмотре были обнаружены мелкие папулы, сливающиеся в рисунок на слизистой оболочке щеки с обеих сторон с симметричным поражением. Со слов пациента, несколько недель отмечает шероховатость на слизистой оболочке щёк. Был ранее на приёме у врача-стоматолога, однако ле-

чение не было предложено. В момент обращения считает, что во рту у него развивается рак, состояние повышенной тревожности, явная канцерофобия, симптом Кебнера - положительный. Была проведена беседа о необходимости своевременного лечения. Поставлен диагноз: Острый общий пульпит 1.6 зуба. Плоский лишай слизистой оболочки рта, типичная форма. Проведен курс лечения по санации полости рта и курс лечения типичной формы плоского лишая слизистой оболочки рта (рис. 1).



Сетка Уикхема.

Рис. 1. Пациент Ч., 1988 г.р. Типичная форма плоского лишая (на момент первичного обращения).

Наряду с купированием острой зубной боли в первое посещение пациенту были устранены травмирующие факторы, путем шлифования острых краев зубов и назначено комплексное лечение, которое способствовало стадии ремиссии. Пациент взят на диспансерный учёт.

Наиболее тяжелыми клиническими формами плоского лишая слизистой оболочки рта являются экссудативно-гиперемическая и эрозивно-язвенная. Экссудативно-гиперемическая и эрозивно-язвенная формы сложно диагностируются ввиду схожести с другими патологиями слизистой оболочки рта. Очень часто в практической стоматологии ставятся ошибочные диагнозы или проводится лечение, чаще симптоматическое, без постановки диагноза. Это всё осложняет клиническое течение, которое может дать осложнения и способствовать малигнизации патологического процесса.

Для наглядности приведу выписку из истории болезни № 73 б-ной К., 54 года. Больная проживает в г. Атырау и обратилась на консультацию на кафедру терапевтической и детской стоматологии Казахстано-Российского медицинского университета с жалобами на боли в полости рта, необычный вид слизистой оболочки полости рта, десен, высыпания на красной

кайме губы. Боли носили постоянный характер, усиливающиеся при приеме пищи, больная в течение года употребляла только теплую (комнатной температуры) пищу, включая и первые блюда. Отмечала потерю веса, нарушения сна, психоэмоциональное состояние неустойчивое. Больная плаксивая, раздражительная, страдает канцерофобией. Проходила обследование у врача-онколога, был получен отрицательный результат. Болеет в течение двух лет, развитие заболевания связывала с нервным стрессом (по профессии контролер-ревизор). Проводилось лечение по месту жительства с кратковременным эффектом. Рецидив заболевания отмечает каждые полгода, особенно в весенне-осенний период. Из сопутствующих заболеваний назвала хронический гастрит, хронический холецистит, эутиреоидный зоб. Лечение сопутствующей патологии проводит регулярно. Общий анализ крови: лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. При объективном осмотре: выявлены симметричные характерные элементы поражения на слизистой оболочке щеки, боковой поверхности языка, спинке языка в виде белесоватых, мелких папул, расположенных на отечном гиперемизированном основании (рис. 2), на красной кайме нижней губы отмечались белесоватые полосы.



**Рис. 2.** Больная К., 54 года. Д-з: Плоский лишай, эксудативно-гиперемическая форма, язык (до лечения).

При визуальном осмотре была обнаружена застойно-гиперемированного цвета слизистая оболочка твердого и мягкого нёба с незначительно выраженными папулезными элементами, локализация патологического процесса на слизистой оболочке твердого и мягкого нёба при плоском лишае встречается редко (рис. 3). Слизистая оболочка десневого края сильно гиперемирована, отечна, кровоточила при прикосновении, на слизистой оболочке десневых сосочков определялись отдельные папулы, образующие сетчатый рисунок – явления десквамативного гингивита.



**Рис. 3.** Больная К., 54 года. Д-з: Плоский лишай, эксудативно-гиперемическая форма, слизистая оболочка твердого и мягкого неба (до лечения).

В полости рта – металлические мостовидные ортопедические конструкции из разнородных металлов. Гигиена полости рта хорошая. Окрашивание слизистой оболочки 1% раствором фуксина – интенсивное коричневое окрашивание (резкоположительная проба), метод фотоактивации – светло-голубое свечение слизистой оболочки. Истинная граница очага поражения превышала 2 см, обнаружены «скрытые папулы». Площадь поражения – 46,8% (средняя степень тяжести патологического процесса). Психоэмоциональное состояние – 33 балла (высокий уровень нарушения психоэмоционального состояния).

Следующий клинический случай – проявления эрозивно-язвенной формы плоского лишая с локализацией на слизистой оболочке рта и наличием в анам-

незе сахарного диабета и гипертонической болезни (синдром Гриншпана), выписка из истории болезни № 23 б-ной С., 56 лет.

Обратилась с жалобами на высыпания в полости рта, боли при приеме пищи, разговоре, необычный вид слизистой оболочки, нарушение сна и аппетита. Длительное время лечилась по поводу хронического рецидивирующего афтозного стоматита, безуспешно. В течение трёх лет страдает гипертонической болезнью, лечение проводится нерегулярно, в последние полгода – поставлен диагноз «Сахарный диабет II типа». При разговоре пациентка трудно вступает в контакт, заторможена, не верит в успех лечения, считает, что эта возможна онкопатология, переживает и думает только о болезни (явная канцерофобия и потеря

качества жизни).

При осмотре – на слизистой оболочке щеки с обеих сторон по линии смыкания зубов и боковой поверхности языка с правой стороны расположены обширные эрозии диаметром 2,0 x 2,5 см, покрытые некротическим налетом, мягкие и болезненные при пальпации, слизистая оболочка вокруг элементов поражения резко гиперемированная и отечная, по краям гиперемированного участка слизистой оболочки видны нечеткие контуры серовато-белых папул, местами образующие кольца и полукольца. Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное: обильные наддесневые и поддесневые зубные отложения, слюна вязкая, пенная; нуждается в санации полости рта (наличие кариозных зубов, пломбы, не отвечающие требованиям и требующие их замены), нуждается в ортопедическом лечении. Кожный покров не изменен, ногтевые пластинки не нарушены. При окрашивании слизистой оболочки раствором фуксина наблюдалось интенсивное коричневое окрашивание (резкоположительная проба), при использовании метода фотоактивации – светло-голубое свечение, обнаружены «скрытые очаги поражения». Площадь поражения составила 55%, что соответствует тяжелой степени тяжести патологического процесса. Психоэмоциональное состояние оценивалось 39 баллами, свидетельствующее о высоком уровне нарушения психоэмоционального состояния. Уровень артериального давления, на момент обращения, 170/110 мм рт. ст. После проведения анализа крови: лейкоцитоз, Нв – 116 г/л; содержание уровня глюкозы в крови – 9,9 ммоль/л, ускоренное СОЭ – 22 мм/ч.

Очень важным моментом в период наблюдения и лечения больных плоским лишаем слизистой оболочки рта являются реабилитационные, т.е. восстановление функции организма после проведенного курса терапии. Значимость восстановления функции организма пациентов после лечения должна иметь не только медицинский и профилактический, но и социальный аспект ввиду особенности обследуемого контингента: лица среднего и старшего возраста, а в настоящее время и лица молодого возраста, что имеет социально-значимый аспект.

Реабилитационные мероприятия проводили с первых дней лечения: устранение стресс-фактора и риск-фактора (предрасполагающего) с соблюдением правил врачебной этики. Тщательный опрос и осмотр позволил установить причинный фактор, установить гиперчувствительность к различным агентам (бытовые, профессиональные), проведение беседы о необходимости защиты слизистой оболочки и кожи от травм и микротравм, которые могут вызвать изоморфную реакцию (положительный симптом Кебнера). Особое внимание уделялось состоянию зубов, санации полости рта, своевременному удалению разру-

шенных зубов, не подлежащих восстановлению, лечению воспалительных и воспалительно-деструктивных процессов в пародонте, устранению протезов травмирующих слизистую оболочку полости рта, устранению протезов из разнородных металлических включений и замена их на рациональные ортопедические конструкции.

Весьма существенным являлась организация труда и отдыха, исключение нервно-эмоциональной нагрузки, стрессовой ситуации. Особое значение придавалось лечению функциональных нарушений нервной системы и заболеваний внутренних органов, так называемый междисциплинарный подход ведения пациентов.

Пациенты с плоским лишаем представляют группу риска, особенно в отношении сахарного диабета и гипертонической болезни. Поэтому им необходим постоянный контроль за уровнем содержания глюкозы в крови и артериальным давлением. Все эти факторы имеют решающее значение в проведении реабилитационных мероприятий, а также при профилактике рецидива заболевания.

Одним из важных моментов по окончании курса лечения больных является, удлинение срока ремиссии, отсутствие рецидивов и осложнений. Решение этой задачи на сегодняшний день является значимой, а разработка противорецидивного курса лечения остается актуальной проблемой.

Нашими исследованиями установлено, что для больных с типичной формой после окончания курса лечения (в случае благоприятного течения заболевания, стойкая ремиссия), достаточно проведение одного противорецидивного курса лечения – через 12 месяцев; для больных с экссудативно-гиперемической формой – 2 курса с интервалом 5,5-6 месяцев; для больных с эрозивно-язвенной формой – 3 курса с интервалом 3,5-4 месяца; для больных с гиперкератотической формой – 2 курса противорецидивного лечения с интервалом 6 месяцев. Однако каждый больной должен быть предупрежден: в случае появления симптомов заболевания (рецидив) обратиться к врачу-стоматологу для проведения повторного курса лечения. В случае возникновения обострения сопутствующей патологии, стрессовой ситуации, травмировании слизистой оболочки полости рта возможен индивидуальный подход к проведению противорецидивного курса лечения. Больные (71,6%), которым был проведен противорецидивный курс лечения, отмечали значительное улучшение общего состояния (включая психоэмоциональное), отсутствовали признаки утомления, раздражительности, головной боли и гриппозных состояний, а также обострения со стороны сопутствующей патологии. Выбранный нами безопасный и доступный способ противорецидивного лечения позволил увеличить сроки ремиссии, уменьшить осложнения и способствовать улучшению специ-

фической и неспецифической резистентности организма.

Таким образом, больные плоским лишаем слизистой оболочки рта должны находиться под наблюдением (диспансеризация) врача и являться на контрольные осмотры с целью предупреждения рецидива заболевания. Схема наблюдения за больными и проведение противорецидивного курса лечения обоснованы, исходя из принципа диспансерного наблюдения за больными плоским лишаем [4-5].

**Литература:**

1. Молочкова Ю.В., Молочков В.А., Гринева Н.К. Частота и особенности различных форм красного плоского лишая в Московской области. Ж. Альманах клинической медицины. - 2018.- №46 (1). - С. 82-87.
2. Петрова Л.В. Особенности клинического течения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. / Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2002. - №3. - С. 28-31.
3. Сурдина Э.Д., Цимбалистов А.В., Кравчук Ю.А., Каспина А.И. Современные представления о ведущих факторах развития и лечении красного плоского лишая с проявлениями на слизистой оболочке рта. / Журнал Вестник Санкт-Петербургского университета Сер. 11 Вып. 4. - 2011. - С. 112-118.
4. Епишева А.А., Ронь Г.И. Принцип диспансерного наблюдения больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта // Материалы конф. стоматологов «Организация и профилактика в стоматологии». - Екатеринбург, 1995. - С. 60-63.
5. Яновская Т.К., Муретова Л.В. Эффективность диспансеризации больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта. // Материалы 4-го Всерос. съезда стоматологов. - М., 1982. - С. 8-9.
6. Мамажакып У.Ж., Рыспекова Ч.Д. Выживаемость больных раком слизистой оболочки полости рта в зависимости от локализации и размеров первичной опухоли. / Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2010. №.7. - С. 114-115.