



<https://doi.org/10.34883/PI.2023.7.1.008>



Зиновенко О.Г. ✉, Луцкая И.К., Белоиваненко И.О., Бобкова И.Л.
Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск,
Беларусь

Клинические проявления плоского лишая в ротовой полости

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция, текст, редактирование – Зиновенко О.Г., набор клинического материала – Зиновенко О.Г., Бобкова И.Л., Луцкая И.К., Белоиваненко И.О.

Подана: 01.03.2023

Принята: 20.03.2023

Контакты: olia.zinovenko@yandex.by

Резюме

Проявление в ротовой полости плоского лишая может обнаруживаться врачами любого профиля при опросе и осмотре пациента, однако часто диагностику осуществляет врач – стоматолог-терапевт. Знание основных клинических проявлений данного заболевания позволяет осуществить тщательный диагностический поиск и определиться с тактикой лечения. Врач – стоматолог-терапевт самостоятельно назначает местную терапию. Комплексное общее воздействие рекомендует врач-дерматовенеролог. Тяжелые случаи требуют стационарного лечения. Правильно выставленный диагноз и адекватные медицинские мероприятия улучшают общее состояние и местную клиническую картину, а также способствуют стойкой ремиссии заболевания.

Ключевые слова: плоский лишай, проявления в ротовой полости, эрозивно-язвенная форма, гиперкератотическая форма, лейкоплакия курильщиков

Zinovenko O. ✉, Lutskaya I., Beloivanenko I., Bobkova I.
Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus

Clinical Manifestations of Lichen Planus in the Oral Cavity

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: concept, text, editing – Zinovenko O., a set of clinical material – Zinovenko O., Bobkova I., Lutskaya I., Beloivanenko I.

Submitted: 01.03.2023

Accepted: 20.03.2023

Contacts: olia.zinovenko@yandex.by

Abstract

The manifestation of lichen planus in the oral cavity can be detected by doctors of any profile during the interview and examination of the patient, but often the diagnosis is carried out by a dentist-therapist. Knowledge of the main clinical manifestations of this

disease allows you to carry out a thorough diagnostic search and determine the tactics of treatment. The dentist-therapist independently prescribes local therapy. A comprehensive general effect is recommended by a dermatovenerologist. Severe cases require inpatient treatment. Correctly diagnosed and adequate medical measures improve the general condition and the local clinical picture, as well as contribute to persistent remission of the disease.

Keywords: lichen planus, manifestations in the oral cavity, erosive-ulcerative form, hyperkeratotic form, leukoplakia of smokers

■ ВВЕДЕНИЕ

Плоский лишай (lichen ruber planus, lichen planus, лишай Вильсона, красный плоский лишай, красный плоский лишай) – хроническое воспалительное иммунозависимое заболевание кожи и слизистых оболочек с характерной папулезной сыпью [6]. Различают несколько клинических форм заболевания, протекающих сочетанно (на коже и на слизистой оболочке) или ограничивающихся ротовой полостью [7–9, 15].

Проявления на коже очень разнообразны, однако основным элементом всегда бывает папула: вначале белесоватая, затем бледно-розовая, далее красноватая, лиловая. Папулы мелкие, полигональные, плоские, имеют склонность к группированию, могут сливаться в бляшки, поверхность которых покрыта тонкими блестящими чешуйками. Папулы резко отграничены от окружающей кожи. Могут возникать на любом участке кожи, однако чаще локализуются симметрично на разгибательной поверхности предплечий, кистей рук, нижних конечностях и туловище [8, 9, 15]. Первичным проявлением красного плоского лишая на коже является сильный зуд, часто непереносимый, однако расчесывание лишь изредка приводит к появлению эрозий и эксфолиаций. Поверхность папулы имеет очень тонкие серовато-белые линии, которые получили название полосы Уикхема (сетка Уикхема), которую на каждой папуле можно отчетливо видеть после смазывания поверхности растительным маслом.

Высыпания на слизистой оболочке полости рта могут задолго предшествовать возникновению высыпаний на коже или оставаться единственным признаком заболевания [8, 9, 12, 15]. При поражении слизистой оболочки полости рта большинство пациентов составляют женщины в возрасте 40 лет и старше [1, 3, 9, 10]. А.Л. Машкиллейсон (2001) рассматривает красный плоский лишай слизистой полости рта как особую форму заболевания, развивающуюся преимущественно у женщин во время климактерического периода и менопаузы. Некоторые формы данного заболевания являются факультативными предраками с частотой малигнизации 1,1–6,3% [10, 12, 14].

В качестве этиологического фактора рассматриваются психоэмоциональный стресс, токсико-аллергическое, вирусное воздействие [1, 2, 5, 10, 11]. Предрасполагающими условиями являются снижение общей и местной резистентности организма на фоне патологии внутренних органов и систем, а также локальная травма, чаще всего связанная с патологией зубов или нерациональным протезированием [2, 9, 10, 13]. Часто отмечается комбинированное проявление плоского лишая



с аутоиммунными заболеваниями, с нарушениями метаболизма и генетической предрасположенностью [2, 13]. Нервно-психологические факторы и вегетативные расстройства, хронический стресс, повышенная возбудимость, утомление и другие психогенные расстройства часто предшествуют возникновению высыпаний и влияют на течение заболевания [4, 6, 7, 9].

В настоящее время плоский лишай ряд авторов рассматривают как мультифакторное аутоиммунное заболевание с реакцией гиперчувствительности замедленного типа. О патологии клеточного иммунитета свидетельствуют данные о снижении в периферической крови общего количества лимфоцитов. Нарушение гуморального иммунитета характеризуется снижением уровня IgA, возникновением местного иммунодефицита [2, 9, 10]. Предполагается, что плоский лишай – аутоаллергическая реакция против антител базального слоя или собственной пластинки [2, 10, 11, 13]. Таким образом, плоский лишай рассматривается как многофакторный процесс, в котором ведущими звеньями патогенеза являются нейроэндокринные, метаболические и иммунный механизмы [5, 6, 9, 10].

По современным представлениям, плоский лишай – хроническое иммунопатологическое воспалительное заболевание, основной признак которого – высыпания узелкового характера, вызванные воспалением с поражением зоны соединения эпителия и собственной пластинки слизистой оболочки [2, 10]. Патогенез болезни включает ускоренную гибель клеток базального слоя (кератиноцитов) за счет некробиоза лимфоцитарными цитокинами. Характерно образование коллоидных телец из погибших кератиноцитов. Коллоид рассеивает свет, дает оптическое явление Тиндаля, что обуславливает белесоватый оттенок поражений при визуальном восприятии [2, 10, 13].

Патогистологическая картина эпителия слизистой оболочки полости рта при плоском лишае разнообразна: гипер- и паракератоз, часто очаговый гранулез, акантоз. Сразу под эпителием имеет место диффузный, реже полосовидный инфильтрат, преимущественно из Т-лимфоцитов и плазматических клеток, которые часто проникают в эпителий, поэтому граница между базальным слоем и соединительной тканью определяется плохо (как бы изъедена молью), могут отмечаться некроз эпителия или субэпителиальные полости [2, 9, 10, 13].

Патогенез болезни включает ускоренную гибель клеток базального слоя (кератиноцитов) за счет некробиоза лимфоцитарными цитокинами. Характерно образование коллоидных телец из погибших кератиноцитов. Коллоид рассеивает свет, дает оптическое явление Тиндаля, что обуславливает белесоватый оттенок поражений при визуальном восприятии. Базальный слой истончается, скорость замены клеток вышележащих слоев снижается, кератиноциты задерживаются в эпителии, период их конечной дифференцировки удлиняется, блестящий слой утолщается. Это утолщение – гипергранулез и гиперкератоз – вызывает появление характерных полосок-стрий [9, 10, 13].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Повышение эффективности диагностики и лечения сложных форм плоского лишая на основе дифференцирования элементов поражения на слизистой оболочке ротовой полости, а также общего статуса пациента.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За консультативной помощью на кафедру терапевтической стоматологии БелМАПО за период наблюдения (сентябрь 2019 – сентябрь 2022 года) обратилось 137 человек с проявлениями плоского лишая в ротовой полости. Клиническое обследование пациентов осуществляли в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Консультирование проводилось профессором и доцентами кафедры терапевтической стоматологии БелМАПО. Предварительный диагноз, исключающий онкологические или contagiозные заболевания, служил основанием для привлечения к диагностическому процессу врача-дерматовенеролога, участкового врача-терапевта, врача-онколога. Общее лечение плоского лишая проводилось в дерматовенерологическом диспансере. Местное лечение осуществлялось в стоматологическом отделении с постановкой на диспансерный учет.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клинический случай № 1. За консультативной помощью на кафедру терапевтической стоматологии БелМАПО обратилась пациентка Ц., 59 лет, имеющая элементы поражения с локализацией на слизистой оболочке ротовой полости, языка.

Пациентка была направлена на консультацию врачом – стоматологом-терапевтом с предварительным клиническим диагнозом «травматическое повреждение слизистой оболочки щеки в проекции нижних моляров слева». Было проведено пришлифовывание бугорков верхних жевательных зубов и острых краев нижних моляров слева. Пациентка полоскала рот 0,05%-ным раствором хлоргексидина биглюконата, применяла местно масляные растворы витаминов А и Е. Из опроса было установлено, что высыпаний на коже нет и никогда не было. Кожные проявления имеются, со слов пациентки, у ее сестры.

Пациентка отмечает отсутствие улучшений от предложенного лечения. Впервые поражение на слизистой оболочке ротовой полости пациентка отметила около 3 месяцев назад. Язвенное поражение в области первого и второго моляра слева появилось более 2 недель назад. Отмечает особо выраженную болезненность.

Со слов пациентки, имеет гипертоническую болезнь, на постоянной основе принимает гипотензивные и мочегонные препараты под постоянным контролем участкового врача-терапевта. Имеет аутоиммунный тиреоидит, принимает левотироксин в дозировке 50 мкг.

При внешнем осмотре кожных высыпаний не выявлено. При пальпации поднижнечелюстных лимфоузлов слева отмечается незначительная чувствительность. В полости рта на фоне отека гиперемизированной слизистой оболочки в ретромолярной области присутствует сетчатый рисунок, образованный мелкими папулами, в петлях которого выявляются мелкие эрозии. На слизистой оболочке щеки в проекции нижних моляров слева отмечается резко болезненное язвенное поражение вытянутой формы с неровными краями, выполненное фибринозным налетом в $d \approx 1,5 \times 0,7$ см (рис. 1а). На слизистой оболочке правой щеки в проекции верхних моляров болезненная эрозия полигональной формы (рис. 1б). В полости рта пациентки имеются штампованные искусственные коронки, на зубах отмечается обильный налет. На спинке языка отмечаются сплошные очаги ороговения (рис. 1с).

Был выставлен диагноз «лишай красный плоский (проявления в полости рта) (L43.9)». Согласно клинической классификации Боровского Е.В., Машкиллейсона А.Л.

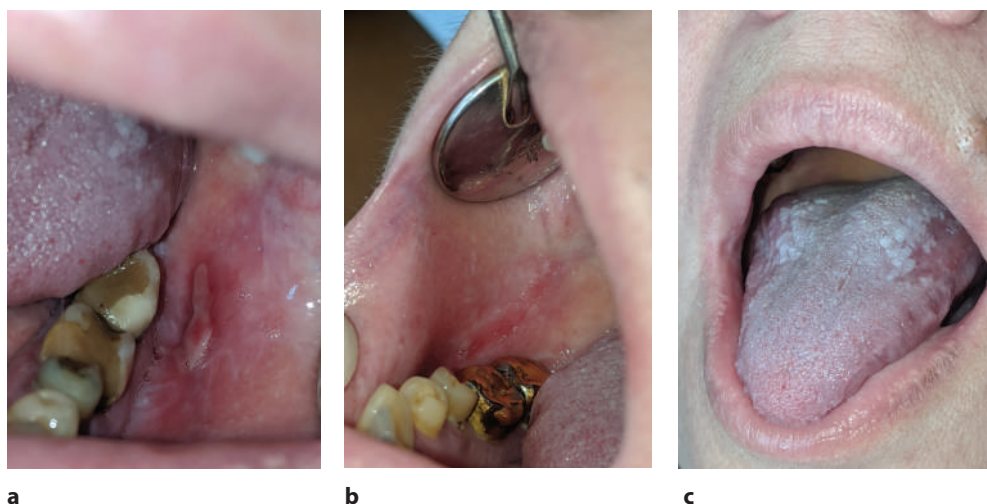


Рис. 1. Язвенное поражение вытянутой формы с неровными краями на слизистой оболочке щеки в проекции нижних моляров слева (а). Эрозия полигональной формы на слизистой оболочке правой щеки в проекции верхних моляров (б). Сплошные очаги ороговения на спинке языка (с)
Fig. 1. Ulcerative lesion of elongated shape with uneven edges on the mucous membrane of the cheek in the projection of the lower molars on the left (a). Erosion of polygonal shape on the mucous membrane of the right cheek in the projection of the upper molars (b). Solid foci of keratinization on the back of the tongue (c)

(1984) выделено сочетание эрозивно-язвенной формы плоского лишая (слизистая щек ротовой полости в области моляров) с гиперкератотической (спинка языка).

Пациентка была направлена на консультацию к врачу-дерматовенерологу и врачу-онкологу. Проведено повторное пришлифовывание острых краев нижних моляров слева. Местно было рекомендовано применение дентальной адгезивной пасты (солкосерил).

При повторном посещении через 5 дней пациентка отметила увеличение размера поражения слизистой в ретромолярной области в проекции зубов 3.6, 3.7. Пациентка не была на консультации у назначенных врачей-специалистов. Учитывая длительность наличия язвенного поражения на слизистой оболочке ротовой полости, отсутствие тенденции к заживлению, увеличение очага поражения, была проведена инцизионная биопсия. Местное лечение рекомендовано продолжать.

Результаты биопсии (патолого-гистологического исследования) № 581.024: фрагмент слизистой, очагово покрытый многослойным плоским эпителием с лейкоцитарно-фибринозным детритом в области дна язвы, очаговый паракератоз, плотный полосовидный лимфоцитарный инфильтрат в субэпителиальном слое, вплоть до образования единичных лимфоидных фолликулов. Описанный результат полностью соответствует гистологической картине проявления плоского лишая в ротовой полости.

После исключения риска малигнизации назначено местное применение антисептических, противовоспалительных, кератопластических лекарственных средств. Динамическое наблюдение. Общее лечение рекомендовано провести в

дерматовенерологическом диспансере. Результаты комплексного лечения спустя месяц представлены на рис. 2а и 2б.

Наблюдается заживление язвенного поражения в ретромолярной области слева в проекции зубов 3.6, 3.7. Пациентка отмечает исчезновение болезненных проявлений. Рекомендовано обращение к врачу – стоматологу-терапевту по месту жительства для постановки на диспансерный учет, для санации полости рта в период ремиссии. Пациентка повторно была направлена к врачу-дерматовенерологу, взята на динамическое наблюдение.

Клинический случай № 2. Пациентка О., 60 лет, обратилась на консультацию на кафедру терапевтической стоматологии БелМАПО по направлению из частного стоматологического кабинета. Предъявляла жалобы на белесоватые образования на слизистой оболочке ротовой полости. Периодически появляется чувство жжения и дискомфорта при приеме кислой пищи.

Впервые обратилась к врачу – стоматологу-терапевту с этой проблемой около 10 лет назад. Тогда поражения, со слов пациентки, локализовались на слизистой оболочке небной поверхности верхней челюсти справа и на слизистой правой щеки. После обследования был поставлен диагноз «красный плоский лишай», назначено следующее лечение: рибоксин в инъекциях и витамины А и Е внутрь курсом. Состояние слизистой оболочки не улучшилось, но появились боли в правом подреберье. Пациентка связывает их с приемом витаминов, но не настаивает.

Была направлена на обследование щитовидной железы (нарушения не выявлены). Врач-онколог предложил иссечь пораженный участок слизистой. Сказал, что это «начальная стадия рака» (со слов пациентки). Пациентка отказалась от дальнейшего контакта с врачом. Из лечения – нерегулярно смазывает белесые участки слизистой ротовой полости масляным раствором витамина А.

В анамнезе: сильные стрессы, язва двенадцатиперстной кишки, курение до настоящего периода, прикусывание щек во время сна. В последние месяцы замечает периодическое повышение артериального давления. Гипотензивные препараты принимает только для купирования приступов повышенного давления. Профессиональные вредности отрицает.

Объективно: лицо симметрично, кожа лица с сеточкой мелких сосудов, поднижечелюстные узлы мягкоэластической консистенции, не спаяны, при пальпации безболезненны, подбородочные и шейные лимфоузлы не пальпируются.

На слизистой оболочке щек белесоватые очаги ороговения, несколько возвышающиеся над поверхностью, при пальпации отличаются от непораженной слизистой. На слизистой оболочке правой щеки имеются сильно выраженные белые очаги ороговения с резкими зазубренными границами. В ретромолярной области слева четко просматриваются папулы на гиперемизованном фоне, сливающиеся в сетчатый рисунок (рис. 3а). В области моляров нижней челюсти справа на фоне сетчатого рисунка из сливающихся мелких папул присутствует полигональная вытянутой формы эрозивная поверхность в стадии эпителизации (рис. 3б), болезненная при пальпации.

В ретромолярной области справа, на десне дистальнее третьего моляра нижней челюсти белое плотноватое гладкое образование, выступающее над уровнем слизистой, похожее на нависающий гребень, плотной консистенции, напоминающей мягкий хрящ (рис. 4).

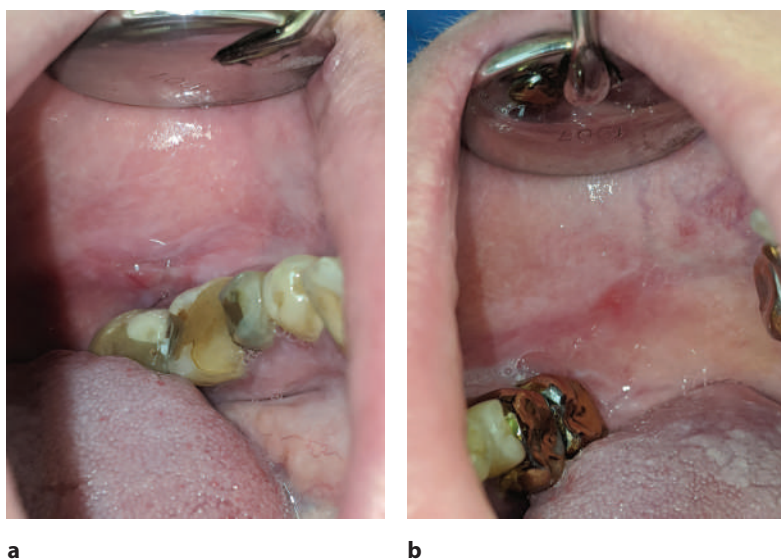


Рис. 2. Заживление язвы в ретромолярной области слева в проекции нижних моляров (а). Эпителизация эрозии на слизистой оболочке правой щеки в проекции верхних моляров (b)
Fig. 2. Ulcer healing in the retromolar region on the left in the projection of the lower molars (a). Epithelization of erosion on the mucous membrane of the right cheek in the projection of the upper molars (b)

Основные гиперкератотические образования – на небной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти справа в проекции моляров и премоляров. На свободной и прикреплённой десне в данной области выражены очаги ороговения

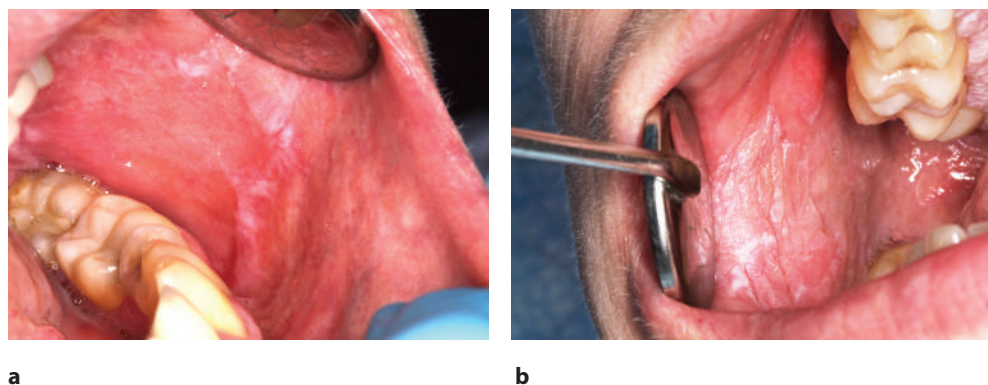


Рис. 3. Мелкие папулы на гиперемизированном фоне, сливающиеся в сетчатый рисунок в ретромолярной области слева (а). Полигональная эрозия в стадии эпителизации в области моляров нижней челюсти справа на фоне сетчатого рисунка из сливающихся мелких папул (b)
Fig. 3. Small papules on a hyperemic background merging into a mesh pattern in the retromolar region on the left (a). Polygonal erosion in the epithelization stage in the area of the mandibular molars on the right against a mesh pattern of merging small papules (b)

белого цвета с четкими границами, значительно возвышающиеся над поверхностью нормальной слизистой (рис. 5). На вестибулярной десне справа поражение менее выражено.

Слизистая оболочка твердого нёба имеет белесоватый вид без выраженного гиперкератоза, присутствует складчатость поверхности, напоминающая «булыжную мостовую». На фоне бледной слизистой оболочки просматриваются небольшие узелки с красными точками на вершинах – увеличенные мелкие железы с зияющими протоками (рис. 6).

Был выставлен диагноз «лишай гипертрофический красный плоский (проявления в полости рта) (L43.0)». Согласно клинической классификации Боровского Е.В.,



Рис. 4. В ретромоларной области справа, на десне дистальнее третьего моляра нижней челюсти белое гладкое образование, выступающее над уровнем слизистой, плотной консистенции
Fig. 4. In the retromolar region on the right, on the gum distal to the third molar of the lower jaw, there is a white smooth formation protruding above the level of the mucous, dense consistency



Рис. 5. Гиперкератотические образования на небной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти справа в проекции моляров и премоляров
Fig. 5. Hyperkeratotic formations on the palatine surface of the alveolar process of the upper jaw on the right in the projection of molars and premolars



Рис. 6. Очаги гиперкератоза на альвеолярном отростке верхней челюсти справа. На фоне слизистой оболочки твердого нёба небольшие узелки с красными точками на вершинах
Fig. 6. Foci of hyperkeratosis on the alveolar process of the upper jaw on the right. Against the background of the mucous membrane of the hard palate there are small nodules with red dots on the tops



Машкиллейсона А.Л. (1984) выделены эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы плоского лишая.

В соответствии с МКБ-10 диагностированы «нёбо курильщика, никотиновый лейкокератоз нёба, никотиновый стоматит (K13.24)». Согласно клинической классификации Машкиллейсона А.Л. (1970) выделена лейкоплакия курильщиков (никотиновый стоматит Таппейнера).

Пациентка получила рекомендации: категорический отказ от курения с целью профилактики возможной малигнизации очагов поражения, качественная гигиена полости рта, местное применение антисептических, противовоспалительных, кератопластических лекарственных средств. Динамическое наблюдение. Общее лечение рекомендовано провести в дерматовенерологическом диспансере. Дано направление на консультацию к врачу-онкологу.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Плоский лишай – это распространенное длящееся годами заболевание, которое проявляется на коже, слизистых оболочках ротовой полости и гениталий. При наличии элементов поражения ограничено в ротовой полости у врачей – стоматологов-терапевтов могут возникнуть определенные затруднения при постановке диагноза. Как правило, пациенты с данной патологией имеют отягощенный общесоматический анамнез, что предопределяет тесное сотрудничество между врачами-специалистами и врачами-стоматологами и указывает на необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению таких пациентов. Своевременная и квалифицированная постановка диагноза позволяет рассчитывать на более оптимистичный прогноз в лечении проявлений плоского лишая на слизистой оболочке ротовой полости.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Surdina E. Relationship between the form of squamous lichen planus, the degree of oxidative damage in the oral mucosa and the severity of diseases of the hepatobiliary system. *Institute of Dentistry*. 2014;4:48–50.
2. Rabinovich O. Immunomorphology of oral squamous lichen planus. *Stomatology*. 2016;95(2):4–7.
3. Kazeko L., Aleksandrova L., Rutkovskaya A. Manifestation of dermatosis in the oral cavity. Lichen planus. *Family doctor*. 2016;4:37–40.
4. Latysheva S., Budevskaya T., Kachuk M. Clinical manifestations of squamous lichen planus of the oral mucosa. *Sovremennaya stomatologiya*. 2014;1:26–29.
5. Lukinyh L., Tiunova N. Current views on the etiopathogenesis of mucosal oral mucosa lichenosis. *Sovremennaya stomatologiya*. 2013;2:18–20.
6. Luckaya I., Zinovenko O., Andreeva V. Keratoses of oral mucosa. *Healthcare*. 2014;8:18–25.
7. Luckaya I., Zinovenko O., Chernoshn I. Differential diagnosis of diseases of the oral mucosa. *Sovremennaya stomatologiya*. 2018;3:24–29.
8. Gerasimova L., Chemiksova T., Vil'danov M., Kabirova M., Golub' A. Peculiarities of diagnostics of keratoses of the oral mucous membrane in polyclinics. *Practical medicine*. 2013;4(13):34–39.
9. Zinovenko O. Patients with manifestations of squamous lichen planus in the oral cavity at dental appointments: statistical and clinical analysis. *Sovremennaya stomatologiya*. 2022;4:47–53.
10. Dedova L. *Lesions of the mucous membrane of the oral cavity white (leukoplakia, flat lichen): study guide*. Минск: БГМУ, 2010. 43 p.
11. Ron' G., Akmalova G. The role of viral infection in the development of oral mucosal lichen planus. *Periodontology*. 2014;19(1):24–26.
12. Rutkovskaya A. Clinical and morphological manifestations of oral mucosal squamous lichen planus. *Sovremennaya stomatologiya*. 2013;1:17–20.
13. Tarasenko S., Shatohin A., Umbetova K., Stepanov M. T-cell link of immunity in the pathogenesis of oral mucosal lichen planus. *Stomatology*. 2014;1:60–63.
14. Chujkin S., Akmalova G. Lichen planus of the oral mucosa: clinical forms and treatment. *Kazan medical journal*. 2014;95(5):680–687.
15. Lutskeya I., Zinovenko O. Lichen planus in the oral cavity. *Zbornik Radova. Deseti međunarodni kongres stomatologa Vojvodine (25–26 maj 2019)*. Novi Sad, Srbija. pp. 42–43.