Лекция к практическому занятию № 9

*«Лейкоплакия. Красный плоский лишай»*

**Лейкоплакия**

Согласно классификации А.Л. Машкиллейсона (1970) выде­ляют следующие формы лейкоплакии:

* простая, или плоская;
* веррукозная;
* эрозивно-язвенная;
* лейкоплакия Таппейнера (никотиновый стоматит);
* мягкая лейкоплакия.

Все формы лейкоплакии потенциально способны озлокачествляться, при этом наибольшая частота малигнизации на­блюдается при локализации процесса на языке. У одних больных лейкоплакия может существовать годами и даже десятилетиями без озлокачествления, а у других быстро трансформируется в рак. Наибольшую склонность к озлокачествлению имеют вер­рукозная и эрозивно-язвенная формы лейкоплакии, эти формы являются факультативными предраками.

Веррукозная лейкоплакия встречается в двух кли­нических формах: бляшечной и бородавчатой. При *бляшечной форме* очаги лейкоплакии имеют вид ограниченных бляшек, которые возвышаются над окружающей слизистой оболочкой, имеют неправильную форму, шероховатую поверхность и чет­кие границы. При *бородавчатой форме* определяются бугристые образования над окружающей слизистой оболочкой.

*Клиника:* у пациентов веррукозной лейкоплакией могут от­сутствовать или же сводятся к чувству неловкости из-за шерохо­ватости слизистой оболочки при разговоре, жевании. Некоторые больные ощущают жжение. При *объективном исследовании* всегда определяется учас­ток кератоза, возвышающийся над уровнем окружающей его слизистой оболочки. Место выраженного кератоза обычно рас­полагается в непосредственной близости с травмирующим фак­тором (острым краем кариозного зуба, нависающей пломбой, кламмером протеза). Очаг лейкоплакии плотный па ощупь, и взять его в складку не представляется возможным.

Цвет участка — от молочно-белого до соломенно-желтого. Помутнение, потеря специфического перламутрового блеска, появление большого уплотнения свидетельствуют о про­грессировании кератоза. Последующее изменение цвета в сторону коричневой окраски свидетельствует о нарушении стационарнос­ти течения заболевания и о возможном озлокачествлении. Окружающая очаг слизистая оболочка при лейкоплакии несколько ярче обычной, т.е. заметно хроническое воспаление. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Эрозивно-язвенная лейкоплакия чаще встреча­ется у мужчин 45—70 лет.

*Клиника*:обычно сводятся к чувству саднения, жжения, иногда боли, усиливающейся во время приема пищи, от тер­мических, химических и тактильных раздражителей. Изредка беспокоит небольшая кровоточивость. *Объективно* на участке лейкоплакии определяется оди­ночная небольшая эрозия диаметром 2—3 мм либо несколько эрозий, расположенных отдельно или близко друг к другу . Вокруг них выражен очаг пара- и/или гиперкератоза по типу плоской или веррукозной лейкоплакии. Обычно эрозии на красной кайме губ вызывают у больных особое беспокойство. Лимфатические узлы без патологии. Под воздействием инсоляции, неблагоприятных метеоро­логических условий эрозии обычно увеличиваются, не прояв­ляя тенденции к заживлению. Данная категория больных часто страдает канцерофобией, занимается самолечением, что отяго­щает течение основного заболевания.

***Дифференциальная диагностика:***

Веррукозную форму лейкоплакии дифференцируют с ограниченным предраковым гиперкератозом, гиперкератоти- ческой формой красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта, с хроническим гиперпластическим кандидозом.

При *ограниченном предраковом гиперкератозе* красной каймы губ выявляется невозвышающийся участок уплотненного эпителия, поверхность которого покрыта плотными чешуйка­ми.

При *гиперкератотической форме* красного плоского ли­шая вокруг сплошных бугристых очагов ороговения с четкими границами видны характерные папулы серовато-белого цвета, сливающиеся в кружевной рисунок. Помогают в диагностике элементы поражения на коже.

При *гиперпластической форме* кандидоза выявляются грубые беловато-серые пленки, плотно спаянные с подлежащей слизистой оболочкой. Такие пленки возможно снять механи­чески, после чего обнажается яркая эрозивная кровоточащая поверхность. Очаг же веррукозной лейкоплакии невозможно удалить даже при интенсивном поскабливании. Кроме того, диагностике помогает бактериоскопическое исследование, позволяющее выявить при кандидозе псевдомицелий грибов и почкующиеся клетки.

*Эрозивно-язвенную форму* лейкоплакии необходимо дифференцировать с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая, преканцерозным хейлитом Манганотти.

*При эрозивно-язвенной форме* красного плоского лишая вокруг эрозии или язвы имеются узелковые высыпания, кото­рые можно выявить и на кожных покровах, симптом Кебнера положительный.

При *преканцерозном хейлите Манганотти* эрозия рас­полагается только в пределах красной каймы губ, а именно на нижней губе. Воспалительная реакция и гиперкератоз отсутс­твуют. Эрозия нередко окружена плотно прилегающими к ней корками темно-красного цвета, при удалении которых обнажа­ется кровоточащая поверхность.

*Лечение* лейкоплакии должно быть комплексным, инди­видуализированным, этиопатогенетическим, обоснованным, последовательным, динамичным, симптоматическим. План лечения включает профессиональную гигиену полости рта, рациональную гигиену полости рта и языка, санацию полос­ти рта, консультацию врача-ортопеда для оценки имеющихся в полости рта конструкций, устранение протезов из разнородных металлов, рациональное протезирование, консультацию хирур- га-стоматолога, соблюдение диеты, консультацию, лечение и динамическое наблюдение у врача-гастроэнтеролога при на­личии сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта, общее и местное лечение.

*Общее леченье:*

1. Тенотен по 1 таблетке три раза в день (2 недели), далее по 1 таблетке два раза в день (2 недели), затем по 1 таблетке один раз в день (2 недели).
2. Солкосерил по 2 мл внутримышечно, ежедневно, 20— 25 инъекций на курс лечения.
3. Мильгамма по 2 мл внутримышечно через день, 10 инъ­екций на курс.
4. Имудон по 5 таблеток в день, 40—120 таблеток на курс.
5. Деринат 0,25% раствор, закапывать по 2—3 капли в каж­дую ноздрю и полость рта, 2—3 раза в день (3—4 недели).

*Местное лечение веррукозной формы:* аппликации солко- серил-дентальной-адгезивной пасты на проблемные участки слизистой оболочки полости рта 2 раза в день (утром после за­втрака и на ночь), курс лечения индивидуальный.

*Местное лечение эрозивно-язвенной формы:*Обезболивание и антисептическая обработка полости рта в виде ротовых ванночек теплой смесью: 30 мл 0,05% раствора хлоргексидина + 1 мл 1% раствора димедрола + 30 мл 1% рас­твора новокаина, 3—4 раза в день, 5—7 дней.

Обработка полости рта ферментами (лизоцим, трипсин, химотрипсин) в виде ротовых ванночек либо аппликации на 7—10 мин: 0,01 г трипсина растворяют в 10 мл изотонического раствора хлорида натрия или 0,25—0,5% раствора новокаина, применяют 2 раза в день, 5—7 дней.

Аппликации противовоспалительных мазей (1% гидро- кортизоновой или преднизолоновой) на проблемные участки слизистой оболочки полости рта, на 40—45 мин, два раза в день, 5—7 дней (мазь наносится на марлевые салфетки тонким сло­ем). - Аппликации солкосерил-дентальной-адгезивной пасты по схеме.

Курс консервативного лечения при эрозивно-язвенной фор­ме лейкоплакии не должен превышать трех недель! При отсутс­твии эпителизации вследствие онкологической настороженнос­ти необходима консультация больного у хирурга-стоматолога и/или врача-онколога.

***Красный плоский лишай***

*Красный плоский лишай* - это проявление комплекса дистрофи­ческого и воспалительного процессов с нарушением обмена веществ в коже и тканях полости рта, включая эпителиальный покров слизи­стой оболочки. КПЛ очень разнообразен и относится к папулезным заболеваниям. Папулы кожи -диаметром до 2 мм, фиолетовой окра­ски, с гиперкератозом, плотной консистенции, с полигональными контурами и пупкообразным вдавлением в центре.

Своеобразную клиническую картину представляет КПЛ на красной кайме губ. У большинства пациентов на ней видны от­дельные папулы небольших размеров с полигональным основа­нием. Отдельные папулы соединяются между собой кератотиче- скими мостиками. Так как папулы подвержены ороговению, они слегка возвышаются над окружающей красной каймой. Орогове­ние придает папулам беловато-синеватый оттенок.

Значительно чаще папулы КПЛ локализуются на слизистой оболочке полости рта. Здесь они группируются в линии, круги, кружевные сплетения. Отдельные папулы соединяются между собой кератотическими мостиками. Ороговение верхушек папул придает им молочно-синеватый, апполесцирующий оттенок, в от­личие от других видов кератоза полости рта (например, желтова­тый оттенок кератинизированных бляшек при лейкоплакии).

По частоте локализации КПЛ на первом месте находится сли­зистая оболочка щек в заднем отделе и ретромолярное простран­ство, далее язык (латеральная и дорзальная поверхности, реже нижняя), губы, десна и, наконец, слизистая оболочка альвеолярно­го края и твердого нёба.

Обычно течение КПЛ хроническое, торпидное, однако воз­можны и периоды обострений.

Классификация:

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

*Типичная форма.* Жалоб при типичной форме пациент обычно не предъявляет. В некоторых случаях наблюдается чувствитель­ность к острым блюдам и специям, чувство зуда. Эти явления мо­гут возникнуть в продромальном периоде, даже за несколько меся­цев до появления папул на слизистой оболочке полости рта.

На фоне видимо неизмененной слизистой оболочки, заметны мелкие, до 2 мм в диаметре, узелки серовато-белого цвета с поли­гональными контурами, которые сливаются между собой, образуя рисунок кружев или листьев папоротника. Папулы могут наблю­даться на дорзальной поверхности языка, слизистой оболочке щек, по линии смыкания зубов, иногда на слизистой оболочке мягкого и твердого нёба.

При гистологическом исследовании папул в эпителии наблю­дается умеренная гиперплазия с признаками гиперкератоза и пара­кератоза, гранулеза, в базальном слое - признаки незначительной вакуолизации, в дальнейшем выраженная дегенерация базального слоя, лимфоидный инфильтрат под эпителием слизистой оболочки.

В мазках-отпечатках с поверхности папулезных элементов, рассматриваемых в лучах Вуда, обнаруживают ороговевшие эпи­телиальные клетки с цитоплазмой, имеющей оранжевое свечение, а также паракератотические клетки с небольшим ядром и цито­плазмой, имеющей желтовато-оранжевое свечение.

*Гиперкератотическая форма.* Субъективные ощущения у большинства больных отсутствуют. Иногда пациенты отмечают косметический недостаток на слизистой оболочке в виде белых полос. Некоторые больные предъявляют жалобы на незначитель­ную сухость и шероховатость слизистой оболочки. У отдельных больных могут быть жалобы на жжение во рту.

При объективном исследовании на слизистой оболочке на фоне типичных для КПЛ высыпаний образуются сплошные очаги ороговения с четкими границами.

При цитологическом исследовании отмечается более выра­женный гипер- и паракератоз, гипергранулез и дегенерация ба­зального слоя.

*Экссудативно-гиперемическая форма.* Жалобы при этой фор­ме КПЛ, как и при предыдущих, обычно неопределенные, иногда пациенты жалуются на боль при приеме горячей, острой и грубой пищи, иногда возможно чувство жжения, парестезии.

*Экссудативно-гиперемическая* форма характеризуется типичными папулами КПЛ, расположенными на гиперемированной и отечной слизистой оболочке. Обычное расположение очагов - в окружении выводных протоков околоушной слюнной железы, на языке, на губах. Неред­ко отмечается контактная реакция на металлические включения и акрилаты съемных протезов.

Гистологическая картина отражает признаки экссудативного воспаления. В эпителии наблюдается равномерное увеличение межклеточных пространств и разрыв межклеточных контактов. В соединительнотканном слое выявляют умеренный отек, расши­рение и заполнение эритроцитами сосудов капиллярного типа, об­разование периваскулярных инфильтратов, преимущественно из лимфоцитов и полинуклеаров. Сосуды частично расширены, иног­да отмечается их тромбоз. Вследствие выраженного отека можно наблюдать разволокнение коллагеновых структур и формирование субэпителиальных полостей.

В мазках-отпечатках на фоне обилия эритроцитов выявляют эпителиальные клетки, нормальные или дегенерированные. Об­ращает также на себя внимание обилие клеточных инфильтратов.

*Эрозивно-язвенная форма.* При этой форме КПЛ пациенты проявляют жалобы на значительную болезненность при приеме любой пищи, особенно раздражающей, на чувство жжения.

На слизистой оболочке щек, ретромолярном пространстве, язы­ке имеются эрозии, реже язвы, вокруг которых на гиперемированном и отечном основании располагаются в виде рисунка типичные для плоского лишая папулы. Эрозии имеют неправильную форму и поли­гональные очертания, покрыты фибринозным налетом, под которым располагаются грануляции, при травмировании их может возникнуть кровотечение. Эрозии могут быть единичными, небольшими, мало­болезненными, множественными и болезненными, когда поражается почти вся слизистая оболочка полости рта и губ. В окружении долго существующих эрозий и язв определяют четкую демаркационную линию с выраженными признаками кератинизации.

Патогистологическая картина характеризуется глубокими де­структивными изменениями всего эпителиально-соединительнот­канного комплекса. Под изъязвлением, покрытым зоной - фибрина, наблюдается инфильтрация полиморфно-ядерными лейкоцитами с примесью лимфоцитов и плазматических клеток. В краевом эпи­телии диагностируют атрофию, акантоз и дистрофию эпителиаль­ных клеток.

В мазках-отпечатках обнаруживают разрушенные, безъядер­ные эпителиальные клетки или с эксцентрично расположенными ядрами. Имеется обилие кокковой и палочкоядерной микрофлоры, располагающейся по всему полю зрения. Инфильтрат представлен лимфоцитами и нейтрофилами, нередко в стадии распада.

*Буллезная форма* встречается реже, примерно у 3 % больных. Жалобы чаще всего связаны с болью при приеме острой и горячей пищи.

Характеризуется наряду с типичными узелковыми высыпа­ниями наличием пузырей размером от булавочной головки до фа­соли с плотной покрышкой. Пузыри могут сохраняться на слизи­стой оболочке от нескольких часов до двух суток. Частым местом локализации является дорзальная и боковая поверхности языка, слизистая мягкого нёба, нёбных дужек, иногда слизистая оболоч­ка десны. Эрозии, которые возникают на месте вскрывшихся пу­зырей, имеют полигональные очертания и покрыты фибринозным налетом. Дно эрозий легко ранимо и кровоточит. Эрозии при этой форме КПЛ довольно быстро эпителизируются, что отличает бул­лезную форму от эрозивно-язвенной.

*Атипичная форма* встречается примерно у 4 % больных. Ос­новные жалобы у пациентов на чувство жжения или болезнен­ность при приеме острой и горячей пищи. Эта форма наблюдается на слизистой оболочке верхней губы и десны. На губе в централь­ной ее части обычно располагаются два симметричных очага огра­ниченной застойной гиперемии. Эти очаги несколько выступают над слизистой оболочкой, там же обычно определяется слабовыра­женное помутнение эпителия в виде белесоватого налета. Часто в очагах поражения видны расширенные устья слюнных желез (вто­ричный гландулярный хейлит). У таких больных в области верх­них центральных резцов десневые сосочки гипертрофированы, от­ечны, на их поверхности видна нежная, белесоватая сеточка. Описанные формы КПЛ могут трансформироваться одна в другую, возможен также переход классической формы в ослож­ненные.

При дифференциальной диагностике эрозивно-язвенной формы КПЛ СОПР с эрозивно-язвенной формой красной вол­чанки необходимо учитывать провоцирующий фактор. Таким фактором начала или обострения красной волчанки часто яв­ляется солнечный свет (обычно в весенне-летний период). КПЛ впервые диагностируется после стрессовых ситуаций, нервных перенапряжений. При красной волчанке слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отечна, имеются участки пара- и гиперкератоза, по периферии эрозий на фоне яркой эритемы выявляются очаги специфического ороговения, образующие бордюр в виде языков пламени, в очаге поражения — атрофия. Заживление эрозий при красной волчанке сопровождается обра­зованием атрофических рубцов. При КПЛ вокруг эрозий наблю­даются сгруппированные папулы, которые, сливаясь, образуют ажурный рисунок. Кроме того, для красной волчанки характерно появление на лице персистирующей эритемы в форме бабочки. Заболевание сопровождается полиартритом, полимиозитом, нефритом, миокардитом, полисерозитом. Пациент ощущает недомогание с явлениями усталости и приступами лихорадки.

Для вульгарной пузырчатки характерны положительный симптом Никольского, акантолитические клетки Тцанка в маз­ках-отпечатках.

***Лечение*** красного плоского лишая комплексное, индивиду­ализированное этиопатогенетическое, обоснованное, последо­вательное, динамичное, симптоматическое.

План лечения включает профессиональную гигиену полос­ти рта, рациональную гигиену полости рта и языка, санацию полости рта, рациональное протезирование, соблюдение дие­ты, консультацию, лечение и динамическое наблюдение у эндо­кринолога, гастроэнтеролога, общее и местное лечение.

***Общее лечение:***

* Тенотен по 1 таблетке три раза в день (2 недели), далее по 1 таблетке два раза в день (2 недели), затем по 1 таблетке один раз в день (2 недели).
* Солкосерил по 2 мл внутримышечно, ежедневно, 20— 25 инъекций на курс.
* Мильгамма по 2 мл внутримышечно через день, 10 инъ­екций на курс.
* Имудон по 5 таблеток в день, 40—120 таблеток на курс.
* Деринат 0,25% раствор, закапывать по 2—3 капли в каж­дую ноздрю и полость рта, 2—3 раза в день (3—4 недели).
* При сухости в полости рта назначаются гиперсаливан ты: мать-и-мачеха, тысячелистник, термопсис, по 1/2 стакана, 3—4 раза в день, при сопутствующем кандидозе — противогриб­ковые препараты.

***Местное лечение при эрозивно-язвенной форме*** включает следующие манипуляции:

* Аппликации 0,1% раствора фермента (трипсин, лизоцим) на 10 мин, 1—2 раза в день (утром после завтрака и вечером) либо ванночки из белка куриного яйца, 7 дней.
* Солкосерил-дентальная-адгезивная паста — наносить на проблемные участки слизистой оболочки два раза в день по схеме.
* Аппликации гидрокортизоновой или преднизолоновой мази на проблемные участки слизистой оболочки полости рта на 40—45 мин, 5—7 дней.
* Деринат 0,25% раствор — аппликации на проблемные участки слизистой оболочки полости рта на 40 мин, два раза в день (в 14 и 19 ч), в течение двух недель.

При отсутствии эффекта от комплексного, индивидуализи­рованного, этиопатогенетического лечения красного плоского лишая следует направить пациента на консультацию и лечение к врачу-онкологу или хирургу-стоматологу для хирургического лечения.