

Лекция

**Тема: «Стоматологические
аспекты красного плоского
лишая,
коллагенозов, псориаза ».**

**Зав. кафедрой дерматовенерологии
к.м.н., доцент Щава С.Н.**

Список сокращений

- АГ – артериальная гипертензия
- ВП – вульгарная пузырчатка
- ИРТ - иглорефлексотерапия
- КВ – красная волчанка
- КПЛ – красный плоский лишай
- СОПР – слизистая оболочка полости рта
- ТГКС – топические глюкокортикостероиды

Красный плоский лишай (*lichen ruber planus*), определение -

- Неинфекционный воспалительный дерматоз (заболевание кожи)
- мультифакториальной природы, характеризующийся **зудящими** плоскими полигональными папулами на коже и слизистых оболочках
- При локализации на СОПР субъективные ощущения могут отсутствовать
- **Этиология неизвестна**

Эпидемиология

- В структуре дерматологической заболеваемости КПЛ составляет - 1, 2%,
- а среди болезней СОПР – 35-60%
- Женщины болеют чаще

Этиология КПЛ:

- Причины возникновения КПЛ не выяснены
- Существуют теории:
 - Нервная
 - Вирусная
 - Токсико – аллергическая
- При локализации только на СОПР большое значение имеет последняя

В патогенезе играют роль:

- 1. Инфекционные агенты
- 2. Нейроэндокринные нарушения
- 3. Генетические факторы
- 4. Иммунные механизмы
- 5. Токсико – аллергические (токсическое действие лекарственных препаратов) реакции
- 6. Аутоинтоксикации (патология ЖКТ, сахарный диабет, гепатит и др.)
- 7. Травма

Синдромы с КПЛ

- Синдром Литтла – Лассюэра – сочетание:

- 1. Фолликулярного плоского лишая кожи туловища и конечностей,

- 2. Рубцовой алопеции волосистой части головы и

- 3. Нерубцовой алопеции подмышечных впадин и лобка

- Синдром Потекаева – Гриншпана –

- КПЛ (эрозивно-язвенная форма), АГ, сахарный диабет

Синдромы, продолжение

- КПЛ часто сочетается с различными соматическими заболеваниями:
 - Язвенная болезнь желудка и 12п.к.,
 - Биллиарный цирроз печени,
 - Рак печени, гепатит С
 - Описаны лихеноидные поражения желудка, 12п.к., мочевого пузыря.
 - Предполагается, что язвенный колит – это КПЛ слизистой оболочки кишечника
- КПЛ может быть системным процессом.

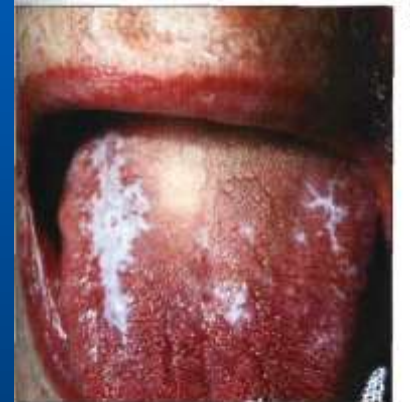
Формы КПЛ на СОПР и красной кайме губ:

- 1. Типичная
- 2. Гиперкератотическая
- 3. Экссудативно- гиперемическая
- 4. Буллезная
- 5. Эрозивно-язвенная
- 6. Атипичная

Типичная форма КПЛ:

На СОПР:

- Узелок плоский
- Беловато - перламутровый или серый
- От 2мм в D
- Полигональная форма
- Сливаясь образуют дуги, сетку, кружева, листья папоротника («сетка Уикхема»)
- Поверхность – серовато-белый налет не снимается шпателем
- В лампе Вуда на СОПР – белое свечение



Красный плоский лишай

- Типичные места локализации КПЛ: слизистая щек (по линии смыкания), языка, губ, чаще нижней
- Реже на деснах, небе, дне полости рта



Типичная форма КПЛ:

- На красной кайме губ:
- папулы полигональной формы,
- плоские, иногда сливаются в виде полосы
- Иногда имеют звездчатую форму
- Цвет – синюшный или фиолетовый
- В лампе Вуда на губах имеют голубое свечение
- Возможно изолированное поражение губ



Гиперкератотическая форма КПЛ

- На фоне типичных высыпаний КПЛ образуются сплошные очаги ороговения с резкими границами

Экссудативно-гиперемическая форма КПЛ

- Типичные папулы КПЛ располагаются на фоне:
- отека СОПР или гиперемии
- Есть болевые ощущения, особенно на фоне приема пищи

Эрозивно-язвенная форма КПЛ

- Тяжелая форма
- Возникает на участках травмирования
- Имеются эрозии, реже язвы
- Вокруг гиперемия и отек
- Форма неправильная
- На поверхности типичный рисунок - сетка Уикхема
- Фибринозный налет
- При удалении – кровотечение
- Болезненные
- Существуют длительно
- Плохо поддаются лечению
- Рецидивируют

Буллезная форма КПЛ:

- Типичные папулы и
- Пузыри
- Размер от булавочной головки до фасоли
- Покрышка плотная
- Пузыри сохраняются до 2-х суток, вскрываясь образуют эрозии
- Быстро эпителизируются
- Пузыри появляются в течение нескольких месяцев

Атипичная форма КПЛ:

- Возникает на СОПР верхней губы и верхней десны
- Застойная гиперемия за счет воспаления и отека
- На поверхности едва заметный белесоватый налет, не снимающийся шпателем
- Жжение, болезненность
- Формы могут трансформироваться одна в другую

Красный плоский лишай

типичная форма

- КПЛ может появляться одновременно на коже:
- Папулы плоские, полигональной формы синюшно-розового цвета, с блестящей поверхностью, пупковидным вдавлением, «сеткой Уикхема», не склонны к росту и слиянию
- Зуд
- **Локализация:** внутренняя поверхность предплечий, передняя поверхность голеней, поясница



Красный плоский лишай, изоморфная реакция Кебнера



- Изоморфная реакция Кебнера – появление новых папул на месте травмы (укол, расчесы и т.п.)

Течение КПЛ:

- КПЛ на СОПР может сохраняться много лет
- Возможны длительные ремиссии
- Может поддерживаться:
 - Соматическими заболеваниями
 - Дентальной патологией
- Возможно озлокачествление (появление уплотнения и бурное ороговение)

Диагностика КПЛ

- Клиническая картина:
- на СОПР или красной кайме губ, коже
- Гистологическое исследование:
- Неравномерный акантоз и гранулез
- Пилообразное удлинение межсосочковых отростков
- Вакуольная дистрофия клеток базального слоя
- Полосовидный инфильтрат (из лимфоцитов и плазматических клеток) подпирает эпителий,
- не проникает в нижние отделы соединительной ткани,
- Базальная мембрана плохо видна

Дифференциальная диагностика

КПЛ:

- **1. Лейкоплакия** – серовато-белая пленка, без рисунка, нет воспаления
- **2. КВ** – гиперемия, инфильтрация, гиперкератоз, в центре – атрофия
- **3. Сифилитические папулы** – серовато-белый налет снимается, БТ - в очагах, (+) серореакции
- **4. ВП** – нет папул, наличие акантолитических клеток в мазках - отпечатках

Общее лечение КПЛ:

- Обследование ЖКТ
- Санация полости рта,
- Щадящая диета

- **Общая терапия:**
 1. Вит. А по 10 кап. 3 раза в день 2 мес
 2. Никотиновая кислота, витамины В1, В6
 3. Антималарийные препараты – резохин, делагил
 4. Антидепрессанты, транквилизаторы
 5. Гипосенсибилизирующая терапия – 30% р-р тиосульфата натрия, гистоглобуллин

Общее лечение КПЛ, продолжение:

- 6. Ангиопротекторы – трентал и др.
- 7. Антигистамины супрастин, тавегил, цетрин
- 8. Ароматические ретиноиды - неотигазон
- 9. Короткие курсы ГКС (дипроспан, преднизолон – 60мг)
- 10. ИРТ

Местная терапия:

- 1. ТГКС – элоком, адвантан и др. на кожу

- губ

- 2. Витаон или бальзам Караваева,

- 1% дибуноловая мазь,

- гели: солкосерил, актовегин, холисал на

- СОПР

- 3. Антисептические растворы – паронтал,

- бетадин и др.



Физиотерапия КПЛ:

- Фонофорез с ГКС
- Магнитотерапия
- Индуктотермия
- Электросон
- Лазеротерапия

Болезни соединительной ткани в дерматологической практике:

- 1. Красная волчанка –
 - Lupus erythematoses

- 2. Склеродермия –
 - Sclerodermia

- 3. Дерматомиозит –
 - Dermatomyositis

Определение КВ

- Красная волчанка
- (lupus erythematoses)– заболевание соединительной ткани, ее фибринозной дегенерации, имеющий аутоиммунный патогенез, поражающее преимущественно открытые участки кожи и внутренние органы.
- Lupus - волк
- Erythema - покраснение

Классификация КВ:

- Общепризнанной классификации КВ нет.
- 1. Кожная форма – дискоидная и диссеминированная
- 2. Системная – острая, подострая, хроническая

Провоцирующие факторы:

- 1. Повышенная чувствительность к солнечному свету
- 2. Генетическая предрасположенность
- 3. Хронические инфекции, в том числе и фокальные
- 4. Прием антибиотиков
- 5. Нейроэндокринные расстройства
- 6. Холод
- 7. Травма

Клинические признаки КВ:

- 1.Эритема
- 2. Гиперкератоз,
- 3.Рубцовая атрофия

- Иногда наблюдаются телеангиэктазии и пигментация

- Поражение СОПР часто просматривают или не диагностируют

- КВ кр. каймы губ может существовать изолировано без очагов на коже



Формы КВ на красной кайме губ:

- 1. Типичная (эритема, гиперкератоз, атрофия,
- в виде инфильтративных очагов или
- диффузная,
- плотно сидящие чешуйки,
- при удалении – болезненность, кровоточивость)



Красная волчанка на красной кайме губ

- 2. Форма без выраженного гиперкератоза и атрофии (эритема, невыраженный гиперкератоз, шелушение, чешуйки удаляются легко, телеангиэктазии придают пестрый вид)
- 3. Эрозивно-язвенная (эрозии, трещины, язвы, корки, атрофия по периферии, жжение, болезненность)



Формы КВ на СОПР:

- Частая локализация на щеках
- 1. Типичная (очаги красно-фиолетового цвета с возвышающимися краями, запавшим центром, плотные, в центре – атрофия покрыта белыми точками или полосками и телеангиэктазии)
- 2. Экссудативно – гиперемическая (гиперемия, отек, гиперкератоз в виде полосок и точек)

Формы КВ на СОПР, продолжение:

- 3. Эрозивно – язвенная (эрозии, язвы на
- фоне отека и гиперемии с фибринозным
- налетом,
- при удалении – кровотечение,
- вокруг радиарно расположены белая
- тонкая полосовидная исчерченность

Гистологическое исследование:

- 1. Паракератоз с перемежающимся гиперкератозом
- 2. Вакуольная дегенерация
- 3. Густой инфильтрат ткани периваскулярно
- 4. Дегенерация коллагеновых волокон
- В лампе Вуда, очаги светятся снежно – голубоватым или снежно – белым свечением

Общее лечение красной волчанки:

- Санация полости рта, избегать УФО
- 1. Антималарийные препараты:
 - хлорохин 0,25мг 2 раза 10 дней
- 2. Ангиопротекторы: Пентоксифиллин
 - по 1 таб 3 раза 1 месяц
- 3. Вит А по 100тыс. Ед 2 раза 1,5 – 2
 - месяца
- 4. Вит. Группы В, вит С.
- 5. ГКС, 30-40 мг
- 6. Цитостатики – азатиоприн или метатрексат

Местное лечение:

- 1. ТГКС – кремы (мометазона фууроат, метилпреднизолона ацепонат и др)
- 2. Эпителизирующие средства – гели
 - актовегин, солкосерил, холисал, бальзам Караваева
- 3. Фотозащитные кремы –с высокой степенью защиты от УФО – 50 – Барьесан
 - Антгелиос и др.

Склеродермия:

- Это полисиндромное заболевание, характеризующееся прогрессирующим склерозом кожи, внутренних органов, сосудистой патологией.
- **Классификация склеродермии:**
- ОС – ограниченная склеродермия
- ДС - диффузная склеродермия
- ССД – системная склеродермия
- При диффузной склеродермии часто поражается лицо с захватом губ, языка, слизистой щек и десны

Эпидемиология ОС:

- 03% - 1% ОС среди дерматозов.
- Встречается во всех возрастных группах
- Женщины болеют в 3 раза чаще мужчин

Патогенез склеродермии:

- Генетическая предрасположенность
- Нарушение обменного процесса, Вегетативной нервной системы,
- Сосудистые и иммунные нарушения.
- Нарушение функции фибробластов
- Гиперпродукция незрелого коллагена

Провоцирующие факторы склеродермии:

- 1. Нейроэндокринные расстройства
- 2. Травмы
- 3. Переохлаждения
- 4. Вакцинации
- 5. Переливание крови
- 6. Прием некоторых лек. препаратов
- 7. Хронические инфекции
- 8. Невротические расстройства
- 9. Гиперэстрогения и др.

Классификация очаговой склеродермии:

- 1. Бляшечная форма
- 2. Линейная форма
- 3. Болезнь белых пятен
- 4. Атрофодермия Пазини-Пьерини

Клиника ОС

- 1.Отек,
- 2. Индурация
- 3. Атрофия
- Деформация твердого неба,
- отек а затем фиброз и сморщивание языка – затруднение речи и глотания.
- Атрофия в периодонте приводит к потере зубов



Синдром Рейно — приступообразные симметричные расстройства артериального кровообращения кистей и стоп, приводящие к гангрене

- Может быть проявлением склеродермии
- Симметричное болезненное сужение сосудов сопровождается побелением кожи, онемением, парестезиями
- После разрешения спазма кожа становится цианотичной
- На кончиках пальцев могут быть трофические изменения,
- Могут развиваться на носу, ушных раковинах подбородке
- На губах, языке: приступообразное побеление и сухость СОПР, покалывание и онемение языка
-

Лечение ОС:

Общее

- Антибиотики – пенициллин или его аналоги, небольшие дозы,
- Лидаза, лонгидаза
- Ангиопротекторы,
- Витамины

Местное

- ТГКС: элоком, адвантан и др.
- Смягчающие кремы
- Физиотерапия:
 - фонофорез с ронидазой или ТГКС
- Массаж
- ГБО

Псориаз — генетически

обусловленный дерматоз,
наследуемый

по мультифакториальному типу,
который характеризуется ускоренной
пролиферацией эпидермальных клеток,
нарушением их дифференцировки и
воспалением в дерме.....

Псора – (греч),обозначающее чесотка.

В России – чешуйчатый лишай

Этиология и патогенез :

Ни одна из многочисленных гипотез не является общепризнанной!!!

- **генетические факторы**
- **иммунные нарушения**
- **мультифакториальная природа**

**На современном уровне можно определить
псориаз как генотипический дерматоз,
передающийся по доминантному типу с неполной
пенетрантностью и неравномерной **проявляемостью!!!!****

Заболеваемость псориазом:

- 2-3% в мире
- 6-8 миллионов человек в США
- 5 миллионов - в Западной Европе
- 2,8 миллиона - в России
- В структуре кожных заболеваний от 15 до 30%.

Основы патогенеза:

- 1. Интенсивность воспроизводства кератиноцитов, которая превышает их запрограммированную гибель
- 2. Изменения микроциркуляции (появляется задолго до появления клинических проявлений болезни)

Дебют заболевания:

- 1 –пик – от 16 до 25 лет –раннее начало с отягощенным семейным анамнезом и ассоциированный с антигеном HLA –Cw6
- 2 –пик – после 50 лет – отсутствие экспрессии антигена HLA –Cw6, и неотягощенный семейный анамнез позднее начало

Эндо – и экзогенные факторы:

- 1. Психический стресс
- 2. Инфекционные заболевания
- 3. Иммунные сдвиги
- 4. Эндокринные заболевания
- 5. Неврологическая патология
- 6. Травмы - (порезы, царапины, ушибы и т.п.);
- 7. Обменные нарушения
- 8. Избыточная инсоляция;
- 9. Злоупотребление алкоголем и нарушение диеты;
- 10. Некоторые лекарственные препараты (бета-блокаторы, аминохинолиновые препараты, соли лития);
- 11. Синдром отмены кортикостероидной и цитостатической терапии.

Классификация (типы) псориаза:

- 1. Вульгарный
- 2. Экссудативный
- 3. Артропатический
- 4. Эритродермия псориатическая
- 5. Ладонно-подошвенный
- 6. Пустулезный
- 7. Псориаз ногтей
- 8. Псориаз слизистых, встречается крайне редко

Гистологические признаки псориаза:

- 1. Акантоз
- 2. Папилломатоз
- 3. Паракератоз
- 4. Микроабсцессы Мунро

Типичные места локализации вульгарного псориаза:

- 1. Волосистая часть головы (60%)
- 2. Разгибательная поверхность
● локтевых суставов
- 3. Передняя поверхность коленных
● суставов, голеней
- 4. Область ягодиц
- 5. Пояснично-крестцовая область

Клиническая картина

псориаза:

- Псориаз – мономорфный дерматоз
- Первичный элемент – папула,
- Розового цвета,
- Округлых очертаний,
- Плоской формы
- С тенденцией к периферическому росту
- Образует бляшки
- Покрыта серебристыми чешуйками



Стадии псориаза:

- **Прогрессирующая** (зуд, появление новой сыпи, шелушение в центре, изоморфная реакция Кебнера)
- **Стационарная** (нет новой сыпи, бляшки покрыты чешуйками полностью)
- **Регрессирующая** (сыпь уплощается, псевдоатрофический воротничок Воронова)
- **Непрерывно-рецидивирующее течение**

Псориазическая триада – симптом Аусшпица:

- 1. Феномен стеаринового пятна
- 2. Феномен терминальной пленки
- 3. Феномен кровавой росы

Псориазическая триада: симптомы

- «стеаринового пятна»
- «терминальной пленки»
- «кровавой росы»



Феномен Кебнера.

- У 25% больных псориатические высыпания могут возникнуть на коже после ее незначительной травмы – на месте царапин, порезов, ожогов, небольших ран
- Механизм этого явления остается неизвестным.



Диагностика псориаза:

- 1. Клиническая картина
- 2. Триада Аусшпитца
- 3. Гистологическое исследование в затруднительных случаях

Лечение псориаза:

- 1. Наружная терапия
- 2. Системное лечение
- 3. Физиотерапевтическое воздействие
- 4. Использование комбинированных методик

Местное лечение:

- 1. ТГКС с салициловой кислотой, серой, кальципотриолом, дитранолом, цинком – Белосалик, Элоком С, Акридерм СК, Скин-Кап и др.
- 2. Смягчающие мази и кремы
- 3. Шампуни с дегтем, цинком, салициловой кислотой

Системное лечение вульгарного псориаза:

- 1. Витамины – А, В1, В6, В12 и др.
- 2. Сорбенты, гепатопротекторы
- 3. Препараты кальция, магния, натрия
- 4. Ангиопротекторы
- 5. Психотропные препараты
- 6. Иммунотерапия
- 7. Никотиновая кислота (летняя форма)

Физиотерапия:

- 1. УФО общее, по зонам
- 2. Селективная фототерапия
- 3. Ультразвук
- 4. Магнитотерапия
- 5. Пува – терапия
- 6. Грязелечение
- 7. Массаж
- 8. Лазеротерапия

Профилактика псориаза:

- 1. Противорецидивное лечение
- 2. Санаторно-курортное лечение
- 3. Здоровый образ жизни
- 4. Уход за кожей – смазывание
эмолями

Лекция окончена!

