

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

Самадова Шахзода Исаковна

Бухарский государственный медицинский институт

Аннотация. В последнее время ученые всего мира уделяют большое внимание проблеме диагностики и лечения хронических заболеваний СОПР. Главной проблемой к изучению эпидемиологию КПЛ являются различия не только имеющиеся по частоте обращаемости больных отдельно к стоматологам и отдельно к дерматологам, но и в анализе оценки частоты одновременного поражения слизистой оболочки полости рта и кожи, естественно, отдельно при обращении больных к стоматологам, и дерматологам.

Ключевые слова. Дефензины, флоуметрии, колебаний кровотока, инфекций.

Красный плоский лишай (КПЛ) – один из наиболее распространенных и клинически манифестных кожно-слизистых дерматозов. По данным разных авторов популяционная частота КПЛ (0,4-1,9%) отмечается варьирование в разных регионах мира и доли к другим дерматозам. Основные тенденции развития стоматологии показывают практическую необходимость использования современных технологий диагностики в комплексном лечении больных [10; с. 11-12,].

Эффективная диагностика может иметь успех для успешной терапии с применением современных технологий в стоматологии. Система современной стоматологической помощи населению может обеспечить достойный уровень здоровья людей. [4].

Дефензины -катионные пептиды иммунной системы, активные в отношении вирусов, бактерий, грибков, играют ведущую роль в защите макроорганизма от инфекций, которые определяются при диагностики КПЛ [3].

Метод ЛДФ - лазерной доплеровской флоуметрии, являющимся функциональным методом, который объективно регистрирует состояние кровотока в капиллярной системе. ЛДФ-метрия является неинвазивным методом, преимущество его заключается в высокой информативности, объективности и возможности оценить состояние колебаний кровотока в нужной области исследования [4].

Использование ЛДФ со спектральным анализом имеет высокую чувствительность к различным изменениям микрогемодинамики, имеет превосходство над другими функциональными методами исследования

микроциркуляторного русла, в связи с этим дает возможность оценки функционального механизма кровотока в режиме реального времени [2].

У пациентов КПЛ клиническая картина сочетается изменениями стоматологического статуса, показателями гигиенических индексов ротовой полости, которые зависят от степени тяжести КПЛ СОПР [8]. Доказано, что степень гигиенических нарушений полости рта во время развития КПЛ СОПР непосредственно влияет на клиническое течение, а в последующем и на качество терапии и прогноз этого заболевания [2-8].

При снижении местного защитного механизма слизистой ротовой полости у пациентов, имеющих эрозивно-язвенную форму КПЛ, особенно при сочетании данной формы с сахарным диабетом, во время проведения бактериологического исследования обнаруживается высокий уровень показателя грибов рода *Candida albicans*, что является негативным фактором в злокачественной малигнизации КПЛ за счёт выработки канцерогенного соединения N-нитро-бензил-метиламина [4].

Полость рта имеет местный иммунный механизм защиты от инфекции, кроме этого обладает общим иммунитетом, который защищает органы и ткани организма. Эффективность местной защиты целиком зависит от следующих факторов: целостности слизистой оболочки полости рта, статуса лимфоидной системы, также изменений лимфоидной ткани, которые формируют пограничные состояния и предрасположенность к некоторым заболеваниям и патологическим состояниям, уровню гуморальных - IgA, IgM, IgG, лактоферин других защитных факторов [3].

Наиболее подтвержденной считается аутоиммунная теория КПЛ, в которой важное значение отводится цитотоксическим реакциям, происходящим в базальном слое эпидермиса. В этой зоне отмечается скопление клеток Лангерганса, которые являются антиген-презентирующими клетками для Т-лимфоцитов. Вместе с кератиноцитами, а также клетки Лангерганса при контакте с антигенами усиленно продуцируют интерлейкин-1, который стимулирует выработку Т-лимфоцитами интерлейкина-2 и запускается своеобразного «интерлейкинового каскада»: активизируется выработка интерлейкина-4,-5,-6 и ФНО [10].

В очагах поражения выявляется своеобразный инфильтрат из Т-хелперов, которые способны разрушать кератиноциты, причем последние сами способны продуцировать провоспалительные цитокины. Генетическая предрасположенность, также стрессовые состояния и психоэмоциональные нагрузки, лекарственные средства, ряд различных химических и физических факторов могут усиливать иммунный дисбаланс при КПЛ [6].

Воспалительный процесс при КПЛ является тонко регулируемым балансом про- и противовоспалительными цитокинами, обеспечивающие нейтрализацию негативных факторов раздражения. Секреция этих цитокинов –короткий процесс, который вызывается определенными геннодетерминированными рецепторами [1]. Корреляции содержания цитокинов в ротовой жидкости и уровнем в крови не существует, это ещё раз демонстрирует автономность режима местного иммунитета ротовой полости [1].

Цитокины провоспалительного характера вызывают мобилизацию цитокинового ответа (интерлейкины 1,2,6,8, ФНО α , интерферон γ), противовоспалительные цитокины предупреждают развитие воспаления (интерлейкины 4,10). Соотношения, имеющиеся между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами является важным звеном в регуляции развития процесса воспаления, от баланса соотношения зависит как течение болезни, так ее исход.

Цитокины контролируют выработку таких факторов свертываемости крови в эндотелии сосудов, как продукция хондролитических ферментов, в образовании рубцовой ткани. ИЛ-1 интерлейкин является лимфоцит-активирующим фактором, также - эндогенным медиатором лейкоцитов, может существовать в двух изоформах: ИЛ-1 α и ИЛ-1 β [10].

Метод АФД - аутофлуоресцентной диагностики предраковых состояний и раннего онкоскрининга слизистой ротовой полости проводится при освещении светодиодным аппаратом «АФС-400», при этом, здоровая слизистая оболочка области щеки, мягкого, твердого неба имеет зеленое свечение. Элементы поражения КПЛ – это папулы на СОПР, люминесцировали бело-желтым свечением с присущим ему красно-коричневым ободком воспаления по периметру [6].

Серазетдинова А.Р.,2020 [1] наблюдала пациентку 25 лет, которая впервые обратилась к врачу с жалобами на боли и жжение в слизистой оболочке обеих щек, на момент обращения она находилась в депрессивном состоянии. Вместе с дерматологом и невропатологом после комплексных клинико-лабораторных исследований был поставлен диагноз: L 43 Лишай красный плоский, назначено местное и общее лечение. Учитывая, что пациентка имел неврологический анамнез, составлен план лечебных мероприятий, направленных на повышение мотивация к проведению комплекса мер оздоровительного характера для снижения уровня возбудимости [11].

Таким образом, для диагностики КПЛ должны проводиться клинические, стоматологические, лабораторные (микробиологические, иммунологические, биохимические), функциональные методы исследования. В связи с этим необходимо, чтобы в процессе диагностики и лечения принимали участие

профильные врачи: терапевты, гастроэнтерологи, невропатологи, иммунологи, кардиологи и другие, в зависимости от сопутствующей соматической патологии, которая встречается почти практически в 100% случаев.

Несмотря на большое количество различных методов терапии КПЛ, проблема все еще является актуальной. ЭЯФ КПЛ СОПР могут трансформироваться в факультативные предраковые заболевания почти у 7 % пациентов с поражением красной каймы губ, слизистой оболочки щек и языка. [6]. Длительно существующие эрозии и язвы, уплотнения очагов поражения, усиление кератинизации, а также появление вегетаций на элементах поражения являются признаками озлокачествления. [9].

Одним из частых заболеваний в стоматологии является эрозивно-язвенные поражения КПЛ СОПР, имеющее локализацию на слизистой оболочке ротовой полости и красной кайме губ. Однако, несмотря на различные методы и средства, имеющиеся для терапии красного плоского лишая, эта проблема до сих пор является актуальной задачей, это приводит к увеличению количества пациентов с тяжелым течением заболевания, возможен переход в факультативные предраковые заболевания [5].

Признаками озлокачествления являются уплотнения у основания длительно существующих эрозий и язв, усиливаются процессы ороговения, вегетации на элементах поражения [5]. Актуальность данной проблемы терапии красного плоского лишая характеризуется тем, что это заболевание имеет высокую распространенность, является факультативным предраком с незначительной частотой озлокачествления [5]. В связи с этим, предупреждение малигнизации ЭЯФ КПЛ СОПР, естественно, требует онко-настороженности врача стоматолога и проведение своевременной терапии [10].

Частые обострения и наличие воспаления и инфильтрата в очаге поражения являются факторами, которые могут вызывать потенциальное озлокачествления ЭЯФ КПЛ [5]. Не всегда изменения СОПР являются местными проявлениями заболевания, в большинстве случаев могут представлять собой местное проявление соматической патологии [3].

Варианты лечения КПЛ многочисленны и включают местные и системные средства. Актуальные кортикостероиды остаются основой терапии. Ряд исследователей использовали кортикостероидную терапию при лечении КПЛ СОПР. Однако их длительное использование может вызвать некоторые побочные эффекты, такие как развитие кандиды, истончение слизистой оболочки полости рта и дискомфорт при применении кортикостероидов. Так, в качестве кортикостероидной терапии использовали триамцинолоновую наногель для местной терапии КПЛ [10].

Микробиоценоз и количественный состав микрофлоры слизистой оболочки ротовой полости у пациентов КПЛ целиком зависит от степени тяжести заболевания, часто приводят к дисбиотическим сдвигам. Преобладание колоний рода кандиды наблюдались у 57,2% осмотренных пациентов, особенно выраженные при тяжелой степени тяжести красного плоского лишая [13]. Все больные в 100% случаев обследованы, у них определена чувствительность к бактериофагам, в этом случае применение антибиотиков для проведения лечения необходимо исключить. Кроме того, некоторые пациенты могут неэффективно реагировать на местное применение кортикостероидов [4].

Использованная литература

1. Кокота Н.Б., Аснина С.А., Дробышева А.Ю., Левен И.И., Мазур Л.Г. Влияние озонотерапии на послеоперационное течение у пациентов после цистэктомии. //Сборник трудов Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Паринские чтения 2012» (Минск, 3-4 мая 2012 года). С. 14-16.
2. Колосова, Е. Ю. Состояние локального иммунитета у больных с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта при наличии сахарного диабета II типа: научное издание //Журнал вушних, носових і горлових хвороб. - 2015. - №4. - С. 78-83.
3. Леонтьева Е.С., Баязитова Л.Т., Лисовская С.А., Михеева Л.И., Мухамеджанова Л.Р., Кузнецова Р.Г. К вопросу о микробной обсемененности очагов поражения красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта //Практическая медицина - 2014. - № 4-1 (80). –С. 59-64.
4. Македонова Ю.А., Фомичев Е.В., Жмеренецкий К.В., Юркевич А.В., Ушницкий И.Д. Анализ микроциркуляторных нарушений у больных красным плоским лишаем слизистой полости рта//Якутский медицинский журнал. - 2019.- № 1 (65). - С. 48-51.
5. Нищетенко Д.Ю. Наружная кислородно-озоновая терапия при микробной экземе/ Сборник VII Межрегионального форума дерматовенерологов и косметологов.М. С.71-72
6. Самадова Ш. И. Оптимизация диагностики красного плоского лишая //Journal of new century innovations. – 2022. – Т. 18. – №. 4. – С. 83-95.
7. Самадова Ш. И. Оғиз бұшлиғи шиллик қаватидағи қизил ясси темраткининг ретроспектив тахлиллари //Journal of new century innovations. – 2022. – Т. 18. – №. 4. – С. 73-82.
8. Feldmeyer L, Suter VG, Oeschger C, Cazzaniga S, Bornstein MM, Simon D, Borradori L, Beltraminelli H. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions - an analysis

of clinical and histopathological features. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020 Feb;34(2):e104-e107.

9. Vilar-Villanueva M, Gándara-Vila P, Blanco-Aguilera E, Otero-Rey EM, Rodríguez-Lado L, García-García A, Blanco-Carrión A. Psychological disorders and quality of life in oral lichen planus patients and a control group. *Oral Dis.* 2019 Sep;25(6):1645-1651.

10. Sobirov S. S., Khabibova N. N., Samadova S. I. Clinical effectiency of application of the combined method of treatment of the red plane lichen in mucous cavity of mouth // *Journal of Natural Remedies.* – 2021. – Т. 22. – №. 1 (2). – С. 128-131.

11. Mukhsinova L. A. et al. Cytokine Profile in Patients with Congenital Cleft Upper Lip and Palate // *European Journal of Research Development and Sustainability.* – Т. 2. – №. 4. – С. 91-93.

12. Anvarovna M. L. Early Diagnosis of Pathologies at the Exit of Teeth in a Young Child and its Peculiarities // *Central Asian Journal of Medical and Natural Science.* – 2022. – Т. 3. – №. 5. – С. 286-289.

13. Mukhsinova L. A., Sharopov S. G. Immunological status in sick children with congenital cleft upper lip and palate // *Euro-Asia Conferences.* – 2021. – Т. 4. – №. 1. – С. 135-136.

14. Мухсинова Л. Факторы влияющие на сроки образования зубов и прикуса у детей с пороками лица // *Медицина и инновации.* – 2021. – Т. 1. – №. 4. – С. 689-693.