

DOI: 10.18481/2077-7566-2023-19-4-34-43

УДК:616.311.2. – 002(071)

ОСНОВНЫЕ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ В ОСНОВЕ ДИАГНОСТИКИ ДЕСКВАМАТИВНОГО ГИНГИВИТА ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Григорьев С. С.¹, Епишова А. А.¹, Акмалова Г. М.², Чернышева Н. Д.¹, Козьменко А. Н.¹, Гайнетдинов М. Р.¹

¹ Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия

² Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

Аннотация

Предмет исследования. Наиболее характерными проявлениями десквамативного гингивита являются яркая гиперемия, появление пузырей различных размеров на свободной и прикрепленной десне и эрозирование. Этот вид поражения может встречаться при таких заболеваниях, как красный плоский лишай, пузырчатка, системная красная волчанка. Несмотря на манифестирующую клиническую картину, на клиническом приеме возникают затруднения при диагностике как самого симптома, так и заболевания, лежащего в его основе. Все это повышает интерес к изучению основных и дополнительных клинических признаков специфических поражений десны при красном плоском лишае слизистой оболочки рта. В данной работе подробно представлены проявления наблюдаемых нами признаков десквамативного гингивита при различных формах красного плоского лишая, выделены основные и дополнительные признаки специфического поражения десны, позволяющие повысить эффективность первичной диагностики специфических поражений десны у пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта.

Цель исследования. Систематизировать основные и дополнительные признаки форм десквамативного гингивита при красном плоском лишае слизистой оболочки рта.

Методология. Проведен анализ жалоб, анамнеза, результатов клинических и лабораторных методов обследования, детально изучены фотографии клинических проявлений на слизистой оболочке и красной кайме губ основных и дополнительных признаков специфического поражения десны.

Результаты. Проведенное клиническое исследование позволило выявить и подробно описать основные (яркая гиперемия с резкими границами, неравномерный характер поражения, распространение процесса на десну в области отсутствующих зубов и др.) и дополнительные (папулы, пузыри, геморрагии, сухость, атрофия эпителия) клинические проявления десквамативного гингивита при всех формах красного плоского лишая слизистой оболочки рта.

Выводы. Знание выявленных признаков позволит повысить эффективность первичной диагностики специфических поражений десны.

Ключевые слова: красный плоский лишай, десквамативный гингивит, пузырчатка, диагностика, слизистая оболочка рта

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Сергей Сергеевич ГРИГОРЬЕВ ORCID ID 0000-0002-8198-0615

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
ugma-zub@yandex.ru

Анна Андреевна ЕПИШОВА ORCID ID 0000-0001-8449-077X

к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
ugma-zub@yandex.ru

Гюзель Маратовна АКМАЛОВА ORCID ID 0000-0002-8487-1879

д.м.н., доцент, профессор кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия
akmalova-ekb@yandex.ru

Нина Дмитриевна ЧЕРНЫШЕВА ORCID ID 0000-0001-7351-4502

к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
ugma-zub@yandex.ru

Анастасия Николаевна КОЗЬМЕНКО ORCID ID 0000-0003-2745-4240

к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
power2030@yandex.ru

Максим Ринатович ГАЙНЕТДИНОВ ORCID ID 0009-0009-9302-5269

старший лаборант кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
maxim.gai0000@gmail.com

Адрес для переписки: Анастасия Николаевна КОЗЬМЕНКО

620028, г. Екатеринбург, ул. Токарей, д. 29а

8 (922) 600-14-59

power2030@yandex.ru

Образец цитирования:

Григорьев С. С., Епишова А. А., Акмалова Г. М., Чернышева Н. Д., Козьменко А. Н., Гайнетдинов М. Р. ОСНОВНЫЕ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ В ОСНОВЕ ДИАГНОСТИКИ ДЕСКВАМАТИВНОГО ГИНГИВИТА ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА. Проблемы стоматологии. 2023; 4: 34-43.

© Григорьев С. С. и др., 2023

DOI: 10.18481/2077-7566-2023-19-4-34-43

Поступила 27.11.2023. Принята к печати 12.12.2023

DOI: 10.18481/2077-7566-2023-19-4-34-43

MAIN AND ADDITIONAL SIGNS AT THE BASIS OF DIAGNOSIS OF DESQUAMATIVE GINGIVITIS IN LICHEN PLANUS OF ORAL MUCOSA

Grigoriev S. S.¹, Epishova A. A.¹, Akmalova G. M.², Chernysheva N. D.¹, Kozmenko A. N.¹, Gainetdinov M. R.¹

¹ Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia

² Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

Annotation

The most characteristic manifestations of desquamative gingivitis are bright hyperemia, the appearance of blisters of various sizes on the free and attached gum and erosion. This type of lesion can occur in diseases such as lichen planus, pemphigus, systemic lupus erythematosus. Despite the manifesting clinical picture, difficulties arise at the clinical reception in diagnosing both the symptom itself and the underlying disease. All this increases the interest in studying the main and additional clinical signs of specific gum lesions in lichen planus of the oral mucosa. In this paper, the manifestations of the signs of desquamative gingivitis observed by us in various forms of lichen planus are presented in detail, the main and additional signs of specific gingival lesions are highlighted, which make it possible to increase the effectiveness of the primary diagnosis of specific gingival lesions in patients with diseases of the oral mucosa.

Subject of the study. To systematize the main and additional signs of forms of desquamative gingivitis with lichen planus of the oral mucosa.

Purpose of the study. Identify and describe the main and additional clinical signs of forms of desquamative gingivitis in the red lichen planus of the oral mucosa.

Methodology. The analysis of complaints, anamnesis, results of clinical and laboratory examination methods was carried out, photographs of clinical manifestations on the mucous membrane and the red border of the lips of the main and additional signs of a specific lesion of the gum were studied in detail.

Results. The conducted clinical study made it possible to identify and describe in detail the main (bright hyperemia with sharp borders, uneven nature of the lesion, the spread of the process to the gum in the area of missing teeth, etc.) and additional clinical manifestations (papules, blisters, hemorrhages, dryness, epithelial atrophy) of desquamative gingivitis in all forms of red lichen planus of the oral mucosa.

Conclusions. Knowledge of the identified signs will increase the effectiveness of the primary diagnosis of specific gum lesions.

Keywords: *lichen planus, desquamative gingivitis, pemphigus, diagnostics, mucous membrane of mouth*

The authors declare no conflict of interest.

Sergey S. GRIGORIEV ORCID ID 0000-0002-8198-0615

Grand PhD in Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Therapeutic Dentistry and Propaedeutics of Dental Diseases, Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia ugma-zub@yandex.ru

Anna A. EPISHOVA ORCID ID 0000-0001-8449-077X

PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Department of Therapeutic Dentistry and Propaedeutics of Dental Diseases, Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia ugma-zub@yandex.ru

Guzel M. AKMALOVA ORCID ID 0000-0002-8487-1879

Grand PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Department of Dentistry of Childhood and Orthodontics with IAPE course, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia
akmalova-ekb@yandex.ru

Nina D. CHERNYSHEVA ORCID ID 0000-0001-7351-4502

PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Department of Therapeutic Dentistry and Propaedeutics of Dental Diseases, Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia ugma-zub@yandex.ru

Anastasia N. KOZMENKO ORCID ID 0000-0003-2745-4240

PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Department of Therapeutic Dentistry and Propaedeutics of Dental Diseases, Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia power2030@yandex.ru

Maxim R. GAINETDINOV ORCID ID 0009-0009-9302-5269

Laboratory Assistant, Department of Therapeutic Dentistry and Propedeutics of Dental Disease, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia
maxim.gai0000@gmail.com

Address for correspondence: Anastasia N. KOZMENKO

620028, Yekaterinburg, srt. Tokarey, 29a

8 (922) 600-14-59

power2030@yandex.ru

For citation:

Grigoriev S. S., Epishova A. A., Akmalova G. M., Chernysheva N. D., Kozmenko A. N., Gainetdinov M. R. MAIN AND ADDITIONAL SIGNS AT THE BASIS OF DIAGNOSIS OF DESQUAMATIVE GINGIVITIS IN LICHEN PLANUS OF ORAL MUCOSA. *Actual problems in dentistry*. 2023; 4: 34-43. (In Russ.)

© Grigoriev S. S. et al., 2023

DOI: 10.18481/2077-7566-2023-19-4-34-43

Received 27.11.2023. Accepted 12.12.2023

Введение

Десквамативный гингивит (ДГ) представляет собой поражение свободной и прикрепленной десны и является симптомом ряда заболеваний, таких как красный плоский лишай (КПЛ), красная волчанка (КВ), вульгарная пузырчатка (ВП), буллезный пемфигоид (БП), многоформная эритема (МЭ), линейный IgA, буллезный эпидермолиз (БЭ) и герпетиформный дерматит (ГД). Он также может возникать как следствие реакции гиперчувствительности к веществам, содержащимся в средствах ухода за полостью рта, пищевых продуктах, материалах для лечения и протезирования зубов и реже у пациентов с плазменно-клеточным гингивитом и орофациальным гранулематозом [3, 10, 14–16].

Машкиллейсон А. Л. (1980) писал, что ДГ может быть самостоятельным заболеванием, получившим название климатерического гингивита [2]. Однако, несмотря на сочетание относительно однородных жалоб и объективных клинических признаков, большинство авторов сходятся во мнении, что ДГ — это не самостоятельный диагноз, а описательный термин [5, 18].

По данным литературы, ДГ чаще всего является местным проявлением КПЛ [11]. «ДГ» — описательный термин, впервые введенный Prinzin в 1932 г., который является синонимом наличия эритемы, десквамации, эрозии и пузырей на прикрепленной и маргинальной десне [7, 9].

Согласно классификации Jandinski и G. Shklar (1976), выделяют кератотическую, везикуло-буллезную, эрозивную и атрофическую формы поражения десны при КПЛ [8].

Все формы поражения десны, сопровождающиеся признаками воспаления, десквамации, образование пузырей и эрозий стали объединять собирательным термином «ДГ» и применять его для описания проявлений на десне как при КПЛ, так и при других заболеваниях [4, 6, 7, 12, 17].

Частота вовлечения в патологический процесс десны при КПЛ достаточно высока (от 38 до 100%) и зависит от формы заболевания. Изолированные поражения десны встречаются значительно реже (7,8–9,1%) и представляют значительные трудности для диагностики [1, 13].

В доступной литературе не встречается систематизированных рекомендаций, помогающих врачу в определении как самого симптома, так и лежащего в его основе заболевания.

Цель исследования. Систематизировать основные и дополнительные клинические признаки форм десквамативного гингивита при красном плоском лишае слизистой оболочки рта.

Материалы и методы исследования

На консультативный прием в стоматологическую клинику на базе УГМУ и в стоматологическую кли-

нику «Примадент» (г. Уфа) за период с 2017 по 2023 г. обратилось 856 пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта (СОР). Возраст пациентов находился в интервале от 25 до 68 лет. Частота выявления различных форм КПЛ составила 30,9% (265 человек). Распределение пациентов в зависимости от клинической формы КПЛ следующее: типичная форма выявлена в 16,6% (44 человека), экссудативно-гиперемическая — 32,8% (87 человек), эрозивно-язвенная — 39,6% (105 человек), атипичная диагностирована в 8,3% (22 человека). Реже всех обращались пациенты с гиперкератотической формой — 1,1% (3 человека) и буллезной — 1,5% (4 человека).

Выполнен традиционный алгоритм обследования больного с заболеваниями СОР. Собраны и детализированы жалобы пациентов. Из анамнеза жизни выявляли сопутствующие заболевания (в дальнейшем корректировали заключениями соответствующих специалистов), аллергические реакции, принимали во внимание направительный диагноз, проводимую ранее терапию и оценку ее эффективности со слов пациента.

Общий осмотр и осмотр полости рта проводили традиционно. При осмотре десны определяли частоту вовлечения ее в патологический процесс, детализировали характер ее поражения при различных формах КПЛ. Для описания и упорядочения выявленных проявлений пользовались классификацией клинических форм десневых проявлений КПЛ по J.J. Jandinski и G. Shklar (1976). С целью объективизации клинических проявлений и оценки эффективности лечения в последующем вели фотопротокол.

Для уточнения диагноза пациентов направляли на цитологическое исследование с поверхности эрозий на наличие акантолитических клеток. При необходимости с целью дифференциальной диагностики и для исключения онкологического процесса в отдельных случаях проводили гистологическое исследование.

По полученной информации заполняли медицинскую документацию, в карту прикрепляли фотоматериалы (формировали индивидуальные кейсы пациентов). Пациенты подписывали информированное согласие.

Результаты исследований и их обсуждение

Проявления ДГ в равной степени встречаются при различных формах КПЛ (при типичной форме — в 25%, при экссудативно-гиперемической — в 25,28%, при эрозивно-язвенной — в 21,9%). Однако у трех пациентов из четырех выявлены поражения десны при буллезной форме КПЛ и во всех случаях атипичной формы заболевания (22 пациента).

Наиболее сложными для диагностики являлись десневые проявления при **типичной форме КПЛ**, которая диагностирована в 44 случаях, изменения на десне выявлены у 16 пациентов.

Так называемая кератотическая форма десневых проявлений КПЛ определена у пяти пациентов.

В трех случаях это были изолированные поражения десны, диагноз был поставлен по результатам гистологического исследования (рис. 1, 2). У двух других пациентов, помимо признаков ороговения на десне, выявлены типичные папулы на слизистой оболочке щеки и губы (рис. 3–5).

Воспалительные формы поражения десны выявлены у 11 пациентов и имели сходную симптоматику. Их них у 5 пациентов отмечалось изолированное поражение десны.

Выявлены характерные жалобы пациентов: боль и кровоточивость десен при чистке зубов, покраснение десны, затруднение или невозможность чистки зубов, усиление боли при приеме острой или горячей пищи, в тяжелых случаях — невозможность приема жесткой пищи, переход на протертые продукты.

Эти признаки роднят проявления ДГ при разных заболеваниях и даже при разных формах одного и того же заболевания. Но локализация, распространенность и интенсивность жалоб варьировала в зависимости от характера этих проявлений.

Необходимо отметить, что на необычный вид других отделов слизистой оболочки, ощущения шероховатости, стянутости, сухость активных жалоб предъявлено не было. Только при проведении дополнительного опроса 11,6% пациентов подтверждали наличие одного или нескольких этих признаков.

Из анамнеза выявляли, что пациенты длительное время проводили лечение местными противовоспалительными средствами без эффекта. Ряд пациентов указывали, что после проведения профессиональной гигиены не отмечали улучшения.

При внешнем осмотре в ряде случаев определялись папулы на красной кайме нижней губы (рис. 6).

При осмотре отделов СОР у других пациентов определялись папулы КПЛ. Первичные элементы поражения располагались в переходных складках, чаще с одной стороны, и носили слабовыраженный характер (рис. 7). При осмотре языка выявлены при-

знаки атрофии эпителия в виде сглаженности нитевидных сосочков. На этом фоне можно заметить нежные перламутровые папулы, при слиянии дающие белесоватую окраску эпителию языка (рис. 8).

Проявления воспалительных КПЛ-ассоциированных десневых форм поражения носили разнообразный характер. Так, при эрозивной форме ДГ в одном случае определялись участки гиперемии и отека свободной



Рис. 1. Пациент Л., 48 лет. Десневые изолированные кератотические поражения на верхней челюсти справа в области боковой группы зубов
Fig. 1. Patient L., 48 years old. Gingival isolated keratotic lesions on the upper jaw on the right in the area of the lateral group of teeth



Рис. 2. Пациент М., 51 год. Десневые изолированные кератотические поражения с признаками воспаления
Fig. 2. Patient M., 51 years old. Gingival isolated keratotic lesions with signs of inflammation



Рис. 3. Пациент И., 25 лет. Десневые кератотические поражения на десне нижней челюсти справа
Fig. 3. Patient I., 25 years old. Gingival keratotic lesions on the gum of the lower jaw on the right



Рис. 4. Пациент И., 25 лет. Папулезный рисунок на слизистой оболочке щеки слева
Fig. 4. Patient I., 25 years old. Papular pattern on the mucous membrane of the cheek on the left



Рис. 5. Пациент Д., 42 года. Первичные элементы на красной кайме нижней губы и папиллярной десне между 4.1. и 4.2
Fig. 5. Patient D., 42 years old. Primary elements on the red border of the lower lip and papillary gum between 4.1. and 4.2



Рис. 6. Пациент Н., 41 год. Папулы на красной кайме нижней губы. Атрофическая форма поражения десны при КПЛ
Fig. 6. Patient N., 41 years old. Papules on the red border of the lower lip. Atrophic form of gum lesion in LP



Рис. 7. Пациент А., 60 лет. Папулы сливаются в рисунок в области слизистой оболочки щеки и переходной складки нижней челюсти справа
Fig. 7. Patient A., 60 years old. Papules merge into a pattern in the area of the mucous membrane of the cheek and the transitional fold of the lower jaw on the right



Рис. 8. Пациент А., 60 лет. Атрофия нитевидных сосочков и папулы, сливающиеся в плоские белесоватые образования
Fig. 8. Patient A., 60 years old. Atrophy of filiform papillae and papules merging into flat whitish formations

и прикрепленной десны в области зубов 3.3, 3.4, 3.5, 4.3, 4.4 (рис. 9). На альвеолярной десне в проекции клыка нижней челюсти слева определялись сгруппированные белые папулы. Маргинальная десна в области 4.4 была эрозирована, в области вершины межзубного сосочка зубов 4.3, 4.4. — геморрагические проявления. Во время осмотра обращало на себя внимание небольшое количество зубных отложений на всех зубах. Не везде проявлялась воспалительная реакция десны и отсутствовали пародонтальные карманы. При потягивании за край эпителия в области эрозии определялся симптом перифокальной субэпителиальной отслойки (рис. 10).

На рис. 11 представлен другой вариант эрозивной формы ДГ. Определялись ярко-красные эрозии на неизменном и даже бледном фоне десны. Обращали на себя внимание резкие границы очагов поражения, что нехарактерно для неспецифических поражений десны, а также неравномерный характер воспалительных очагов при относительно одинаковом количестве зубных отложений (например, в области зуба 1.4 и 1.5). При осмотре СОР выявлены типичные папулы КПЛ. Эрозивная форма диагностирована у 4 пациентов с типичной формой КПЛ.

Эрозивная форма может сочетаться с везикуло-буллезной. Так, на десне верхней челюсти были отмечены отек, деформация десны, появление геморрагий и типичных папул. Последние сливаются в нити и распространяются на переходную складку. Обратили на себя внимание наличие гиперемии и эрозии

в области промежуточной части протеза в проекции отсутствующего зуба 1.5, и на десне в области центральных резцов нижней челюсти определялся пузырь с толстой крышкой и прозрачным содержимым. Фон слизистой вокруг слабо гиперемирован. Эритема сохраняется и в области отсутствующего зуба 4.4 (рис. 12 а, б).

Важным диагностическим признаком при буллезной форме десневых поражений являлось выявление первичного элемента поражения — пузыря с толстой крышкой и прозрачным содержимым (рис. 13).

Везикуло-буллезная форма на момент осмотра диагностирована у трех пациентов. Однако, учитывая то, что пузыри вскрывались и возникали эрозии, деление на формы являлось условным.

Наиболее тяжело протекала атрофическая форма, диагностированная у 4 пациентов, которые отмечали снижение качества жизни. Из предъявленных жалоб чаще всего встречались интенсивная боль, жжение, затруднявшие прием пищи и проведение гигиенических мероприятий.

При осмотре: десна ярко-красного цвета, поверхность имела лакированный вид, на фоне которого папулы было невозможно определить. Зачастую процесс локализовывался в области свободной и прикрепленной десны. Имелись признаки пародонтита: наличие карманов различной глубины, оголение корней зубов. ДГ с неспецифическим тяжелым пародонтитом, процесс развивался на фоне удовлетворительной гигиены полости рта (рис. 14). В отдельных случаях выявлялся симптом перифокальной субэпителиальной отслойки (рис. 10).

Появление папул и их слияние на других участках слизистой оболочки помогает поставить правильный диагноз (рис. 15).

При изолированном поражении десны диагностике помогали результаты цитологического (определение акантолитических клеток) и гистологического исследования, а также проведение противовоспалительного лечения, вследствие которого проявлялся папулезный рисунок.



Рис. 9. Пациент Ш., 29 лет.
Эрозивная форма поражения ДГ
Fig. 9. Patient Sh., 29 years old.
Erosive form of DG lesion



Рис. 10. Пациент В., 38 лет.
Симптом перифокальной
субэпителиальной отслойки
Fig. 10. Patient V., 38 years
old. A symptom of perifocal
subepithelial detachment



Рис. 11. Пациент Д., 31 год.
ДГ, эрозивная форма
Fig. 11. Patient D., 31 years
old. DG, erosive form



Рис. 12. Пациент З., 39 лет. Везикуло-буллезное поражение десны: а — верхней челюсти; б — нижней челюсти
Fig. 12. Patient Z., 39 years old. Vesicular-bullous lesion of the gum: a — upper jaw; b — lower jaw



Рис. 13. Пациент Ю., 43 года.
Везикуло-буллезная форма десневых поражений на верхней челюсти слева
Fig. 13. Patient Yu., 43 years old. Vesicular-bullous form of gingival lesions on the upper jaw on the left

Экссудативно-гиперемическая форма была диагностирована у 87 пациентов, признаки десквамативного гингивита выявлены у 22 человек (25,28%).

У всех пациентов определялись только воспалительные формы десневых поражений. Характерны жалобы на боль, саднение, усиливающиеся при приеме острой или грубой пищи, при чистке зубов, кровоточивость десен.

Сложность в постановке диагноза часто связана с тем, что на участках яркой гиперемии папулезный рисунок теряется и проявляется вновь только после снятия острых признаков воспаления (рис. 16). В иных случаях удается выявить типичный папулезный рисунок на розовом фоне в других отделах слизистой оболочки (рис. 17).

Десневые проявления КПЛ-ассоциированных поражений при экссудативно-гиперемической форме разнообразны, но не имеют существенных отличий от признаков ДГ при типичной форме. Эрозивная форма может проявляться как мелкими дефектами на бледном фоне десны, так и выраженной багрово-синюшной окраской десны, переходной складки и прилегающей к слизистой оболочке щеки. Участки эрозирования маргинальной десны перемежались белесоватыми участками ороговения в области папиллярной десны, что придавало очагу

поражения «пестрый» вид. Обращала внимание атрофия эпителия в области десневого края с вестибулярной поверхности зубов. Выраженная синюшность красной каймы губ, обусловленная сердечно-сосудистой патологией (ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда в анамнезе) с одной стороны и папулезным рисунком — с другой (рис. 18).

Признаки воспаления и ороговения ярко выражены, что облегчало постановку основного диагноза, отмечался ярко выраженный папулезный рисунок (рис. 19).

Размеры пузырей варьировались от 3–4 мм до 30–50 мм (рис. 20). Пузыри сливались. После их вскрытия образовывались дефекты, покрытые спавшейся покрывкой пузыря с фибринозным налетом (рис. 21).

Атрофическая форма характеризовалась яркой гиперемией, которая захватывала и свободную, и прикрепленную десну, альвеолярную десну в области удаленных зубов, наличием двух пузырей диаметром 3 и 4 мм. Пузыри располагались на гребне альвеолярного отростка, имели плотную покрывку и прозрачное содержимое (рис. 22а). Все жалобы были



Рис. 14. Пациент Г., 47 лет. Атрофическая форма десневых поражений

Fig. 14. Patient G., 47 years old. Atrophic form of gingival lesions



Рис. 15. Пациент Б., 53 года. ДГ с неспецифическим тяжелым пародонтитом

Fig. 15. Patient B., 53 years old. DG with nonspecific severe periodontitis



Рис. 16. Пациент Р., 60 лет. Экссудативно-гиперемическая форма КПЛ

Fig. 16. Patient R., 60 years old. Exudative-hyperemic form of LP



Рис. 17. Пациент З., 47 лет. Типичные папулы, сливающиеся в дуги на слизистой оболочке щеки и переходной складки нижней челюсти справа. Эрозивная форма ДГ

Fig. 17. Patient Z., 47 years old. Typical papules merging into arcs on the mucous membrane of the cheek and the transitional folds of the lower jaw on the right. Erosive form of DG



Рис. 18. Пациент С., 55 лет. Эрозивная форма ДГ на фоне выраженного отека и застойной гиперемии в области десны верхней челюсти

Fig. 18. Patient S., 55 years old. Erosive form of DG on the background of pronounced edema and congestive hyperemia in the gum area of the upper jaw



Рис. 19. Пациент М., 63 года. Эрозивная форма ДГ в сочетании кератотической при экссудативно-гиперемической форме КПЛ

Fig. 19. Patient M., 63 years old. Erosive form of DG combined with keratotic in the exudative-hyperemic form of LP



Рис. 20. Пациент Ф., 65 лет. Буллезная форма ДГ при экссудативно-гиперемической форме КПЛ

Fig. 20. Patient F., 65 years old. Bullous form of DG in the exudative-hyperemic form of LP



Рис. 21. Пациент В, 37 лет. Буллезная форма ДГ при экссудативно-гиперемической форме КПЛ после вскрытия пузыря

Fig. 21. Patient B, 37 years old. Bullous form of DG in the exudative-hyperemic form of LP after opening the blister

связаны с болевыми ощущениями в области десны. При осмотре выявлен очаг гиперемии на слизистой оболочке щеки слева (рис. 22б). Симптом Никольского отрицательный. При цитологическом исследовании со дна эрозий в мазках-отпечатках акантолитические клетки не выявлялись. После проведенного противовоспалительного лечения на слизистой щеки четко определялись папулы КПЛ (ярко выраженный папулезный рисунок).

Эрозивно-язвенная форма КПЛ была диагностирована у 105 пациентов, признаки кератотических поражений десны выявлены в 32,4% случаев, воспалительные формы диагностированы у 21,9% пациентов.

Пациенты связывали жалобы с выраженными болевыми ощущениями в местах локализации дефектов. На необычный вид десны при кератотическом варианте поражения жалоб никто не предъявлял.

На боль и кровоточивость десны жаловались три пациента с атрофической формой десневых поражений, остальные подтвердили разную степень болезненности и кровоточивости при дополнительном опросе.

Клинические признаки воспалительных форм КПЛ-ассоциированных десневых поражений при эрозивно-язвенной форме КПЛ имели те же проявления, что и при предыдущих формах заболевания: часто — гиперемия с выраженной синюшностью, отек, дефекты различных размеров, мелкие кровоизлияния, очаги воспаления, располагающиеся на десне в области отсутствующих зубов. Белесоватые пятна в области межзубных сосочков разной степени выраженности, образовавшиеся за счет слияния папул (рис. 23–25). Атрофическая форма характеризуется алой лакированной окраской десны с признаками атрофии (рис. 26а). Помогало в постановке диагноза обнаружение папул и пузырей (рис. 25, 26 а, б).

При атипичной форме КПЛ СОР у всех 22 пациентов проявления ДГ больше соответствовали атрофической форме десневых поражений. Во всех случаях пациентов беспокоили боль и кровоточивость десен.

Атипичная форма возникает на слизистой оболочке верхней губы и на соприкасающейся с ней слизистой оболочке верхней десны. Десна у таких пациентов гиперемирована, отечна, легко кровоточит. При легком потирании десны легко возникает эрозия.



а

Рис. 22. Пациент Н, 54 года. Атрофическая форма ДГ при экссудативно-гиперемической форме КПЛ: а — проявления ДГ, сопровождающегося появлением пузырей; б — гиперемия слизистой оболочки щеки

Fig. 22. Patient H, 54 years old. Atrophic form of DG in the exudative-hyperemic form of LP: a – manifestations of DG, accompanied by the appearance of blisters; b – hyperemia of the cheek mucosa



б



Рис. 23. Пациент Р, 42 года. Эрозивная форма ДГ при эрозивно-язвенной форме КПЛ. Папулы и чешуйки на красной кайме нижней губы

Fig. 23. Patient P, 42 years old. The erosive form of DG in the erosive-ulcerative form of RLP. Papules and scales on the red border of the lower lip



Рис. 24. Пациент В, 49 лет. Эрозивная форма ДГ при эрозивно-язвенной форме КПЛ

Fig. 24. Patient B, 49 years old. Erosive form of DG in the erosive-ulcerative form of LP



Рис. 25. Пациент Л, 61 год. Везикуло-буллезная форма ДГ в сочетании с кератотической при эрозивно-язвенной форме КПЛ

Fig. 25. Patient L, 61 years old. Vesicular-bullous form of DG in combination with keratotic in erosive-ulcerative form of LP



а

Рис. 26. Пациент А, 47 лет. Атрофическая форма ДГ при эрозивно-язвенной форме КПЛ: а — ДГ; б — дефект полигональной формы на боковой поверхности языка справа. На слизистой щеки определяется четко выраженный папулезный рисунок

Fig. 26. Patient, 47 years old. Atrophic form of DG in the erosive-ulcerative form of LP: a – DG; b – a defect of polygonal shape on the lateral surface of the tongue on the right. A distinct papular pattern is determined on the cheek mucosa



б



Рис. 27. Пациент Н, 46 лет. Атипичная форма КПЛ. Эрозивная форма десневых поражений, расширенные протоки малых слюнных желез

Fig. 27. Patient H, 46 years old. Atypical form of LP. Erosive form of gingival lesions, dilated ducts of small salivary glands

Выраженность гиперемии, отека, площадь поражения (сосочек, маргинальная или альвеолярная десна) могут варьировать (рис. 27–30).

На рис. 29 представлена атипичная форма КПЛ, при которой определялись пузыри и эрозии разного размера и локализации.

Важным для диагностики являлся вид прилегающей части слизистой оболочки верхней губы: поверхность ярко-красного цвета, имеет «лакированный» вид. На гиперемированном фоне можно было увидеть белесоватую окраску эпителия, которая напоминала налет, не снимающийся при поскобливании. Также обращала на себя внимание сухость данного участка слизистой оболочки, которая проявлялась отсутствием скольжения инструмента при осмотре пациента (рис. 30).

Во всех случаях пациентов направляли на проведение цитологического исследования на наличие акантолитических клеток.

Для **буллезной формы КПЛ** в трех случаях из четырех были отмечены проявления ДГ. В одном случае наблюдалась яркая гиперемия свободной и прикрепленной десны с признаками эрозирования маргинальной десны (рис. 31а). В полости рта

определялись пузыри разных размеров с толстой крышкой. По периферии пузыря располагались папулы, образующие при слиянии «бордюр» белого цвета (рис. 31б).

В другом случае пузыри и эрозии (в проекции зубов 4.3 и 4.4) на нижней челюсти располагались на бледном фоне слизистой оболочки (рис. 32). При осмотре на альвеолярной десне виднелся вскрытый пузырь с толстой крышкой. На верхней челюсти свободная и прикрепленная десна синюшна, в области вершин межзубных сосочков эпителий имел белесоватую окраску и напоминал налет. Положительный симптом перифокальной субэпителиальной отслойки — при потягивании за крышку пузыря эпителий отслаивался, возникала боль и кровоточивость (рис. 33). При цитологическом исследовании акантолитические клетки не выявлялись.

У третьего пациента очаги поражения десны имели признаки всех трех воспалительных форм ДГ. На ярко красном «лакированном» фоне десны располагались эрозии, пузыри, папулы, геморрагии (рис. 34). На слизистой оболочке преддверия полости рта заметен папулезный рисунок в виде полосок и переплетающихся нитей белого цвета.



Рис. 28. Пациент К, 64 года. Атипичная форма КПЛ. Эрозивная форма десневых поражений. Телеангиоэктазии на слизистой оболочке верхней губы

Fig. 28. Patient K, 64 years old. Atypical form of LP. Erosive form of gingival lesions. Telangiectasia on the mucous membrane of the upper lip

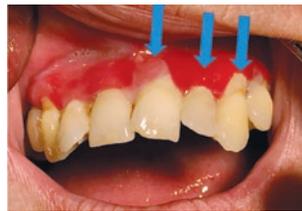


Рис. 29. Пациент Р, 59 лет. Атипичная форма КПЛ. Везикуло-буллезная форма десневых поражений

Fig. 29. Patient P, 59 years old. Atypical form of LP. Vesicular-bullous form of gingival lesions

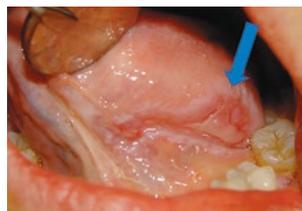


Рис. 30. Пациент О, 53 года. Атипичная форма КПЛ. Атрофическая форма десневых поражений

Fig. 30. Patient, 53 years old. Atypical form of LP. Atrophic form of gingival lesions



а



б

Рис. 31. Буллезная форма КПЛ; а — Пациент Д, 67 лет. Эрозивная форма ДГ, пузыри на слизистой оболочке верхней губы, окруженные папулезным рисунком; б — Пациент Т, 50 лет. Пузырь на нижней поверхности языка, окруженный папулезным рисунком

Fig. 31. Bullous form of RLP; а is Patient D, 67 years old. Erosive form of DG, blisters on the mucous membrane of the upper lip, surrounded by a papular pattern; б — Patient T, 50 years old. A bubble on the lower surface of the tongue, surrounded by a papular pattern



Рис. 32. Пациент В, 57 лет. Везикуло-буллезная форма десневых поражений

Fig. 32. Patient B, 57 years old. Vesicular-bullous form of gingival lesions



Рис. 33. Пациент Д, 51 год. Везикуло-буллезная форма десневых поражений

Fig. 33. Patient D, 51 years old. Vesicular-bullous form of gingival lesions

С гиперкератотической формой КПЛ приняли 3 человека, у одного из них определялись десневые поражения в виде слабо выраженных папулезных высыпаний (рис. 35. а, б).

В связи с возможностью сочетания клинических признаков разных форм десневых проявлений КПЛ, перехода одной формы в другую посчитали деление КПЛ-ассоциированных поражений десны на формы не имеющим практического значения.

Дифференциальную диагностику воспалительных форм КПЛ-ассоциированных заболеваний пародонта следует проводить с проявлениями **акантолитической пузырчатки** в полости рта. Так, нами диагностированы три случая вульгарной пузырчатки с изолированным поражением десны. Во всех случаях продолжительность высыпаний составляла 3–4 месяца. В одном случае направительный диагноз звучал как «климактерический гингивит» (рис. 36), в двух других диагноз отсутствовал, пациентам была рекомендована противовоспалительная терапия (рис. 37, 38). На фотографиях видно, что клинические признаки поражения десны при пузырчатке сходны с симптомами ДГ при КПЛ. Диагноз поставлен по результатам цитологического исследования — во всех случаях выявлялись клетки Тцанка.

Дифференциальную диагностику ДГ при КПЛ следует проводить с аллергическими реакциями. Характерно внезапное появление клинических признаков (в течение нескольких часов) и постепенное нарастание симптоматики в течение суток. Из данных анамнеза также удается выявить прием лекарственного препарата, пищевого продукта, использование новой зубной пасты или ополаскивателя для полости рта. Проявления могут носить характер катаральной, геморрагической реакции, пузырных и даже некротических проявлений. Во всех случаях пациентов беспокоят боль и жжение.

Пузыри возникали на гиперемизованном фоне слизистой оболочки, располагались внутри эпителия, имели серозное содержимое. Постепенно пузыри увеличивались в размере и могли сливаться (рис. 39). Гиперемизованная поверхность губы сухая. Альвеолярная десна гиперемизована, на ее поверхности обнаруживались мелкие эрозии и пузырь. Симптом Никольского отрицательный, клетки Тцанка не выявлялись.

Обобщая изложенные данные клинических наблюдений, можно заключить, что существенные различия в клинических проявлениях специфических десневых поражений при различных фоновых заболеваниях отсутствуют.



Рис. 34. Пациент Я, 46 лет. ДГ с проявлениями на десне верхней челюсти
Fig. 34. Patient I, 46 years old. DG with manifestations on the gum of the upper jaw



Рис. 35а. Гиперкератотическая форма КПЛ. Пациент Р, 61 год. кератотическая форма поражения десны
Fig. 35a. Hyperkeratotic form of LP. Patient P, 61 years old. keratotic form of gum lesion



Рис. 35б. Гиперкератотическая форма КПЛ: Пациент З, 68 лет. На боковой поверхности языка папулы сливаются в бляшки
Fig. 35b. Hyperkeratotic form of LP: Patient Z, 68 years old. On the lateral surface of the tongue, papules merge into plaques



Рис. 36. Пациент О, 68 лет. Акантолитическая пузырчатка на нижней челюсти. ДГ
Fig. 36. Patient O, 68 years old. Acantholytic pemphigus on the lower jaw. DG



Рис. 37. Пациент Н, 65 лет. Акантолитическая пузырчатка на верхней челюсти. ДГ
Fig. 37. Patient H, 65 years old. Acantholytic pemphigus on the upper jaw. DG



Рис. 38. Пациент Д, 51 год. Акантолитическая пузырчатка. Положительный симптом Никольского
Fig. 38. Patient D, 51 years old. Acantholytic pemphigus. A positive symptom of Nikolsky



Рис. 39. Пациент М, 39 лет. Аллергический стоматит в результате приема лекарственного препарата. Пузырно-эрозивная форма
Fig. 39. Patient M, 39 years old. Allergic stomatitis as a result of taking the drug. Bubble-erosive for

Поскольку такой специфический характер поражения десны может встречаться не только при КПЛ, но и при ряде других заболеваний, считаем целесообразным объединение всех воспалительных форм поражения десны (эрозивная, везикуло-буллезная и атрофическая) собирательным термином — «ДГ».

Выводы

1. Признаками специфического поражения десны при КПЛ СОР являются:

- резкие границы очагов гиперемии на десне;
- распространение очагов гиперемии на альвеолярную десну при отсутствии пародонтальных карманов;
- неравномерный характер выраженности и распространения гиперемии при относительно одинаковом количестве зубных отложений на соседних зубах;

- наличие дополнительных клинических признаков: пузырей, эрозий, атрофии эпителия, геморрагических проявлений, сухости гиперемизированных поверхностей слизистой оболочки, положительный симптом субэпителиальной перифокальной отслойки;
 - распространение очагов гиперемии, атрофии и десквамации по протяжению на десну в области отсутствующих зубов;
 - необычный вид десны: ярко-красный цвет, «лакированный» или «пестрый» вид поверхности.
 - наличие папул на десне и/или в типичных отделах слизистой оболочки;
2. Клинические проявления ДГ при КПЛ и при акантолитической пузырьчатке не имеют существенных различий, в связи с этим показано цитологическое исследование на клетки Тцанка в каждом случае специфического поражения десны.

Литература/References

1. Гилева О.С., Кошкин С.В., Либик Т.В., Городилова Е.А., Халыгина И.Н. Пародонтология. 2017;22;3(84):9-14. [O.S. Gileva, S.V. Koshkin, T.V. Libik, E.A. Gorodilova, I.N. Khalyavina. Periodontal aspects of oral mucosal diseases: lichen planus. Parodontologiya. 2017;22;3(84):9-14. (In Russ.). <https://www.parodont.ru/jour/article/view/120/120>
2. Боровский Е.В., Машкиллеисон А.Л., Виноградова Т.Ф. и др. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. Москва : «МЕДпресс». 2001:320. [E.V. Borovskiy, A.L. Mashkilleison, T.F. Vinogradova et al. Diseases of the mucous membrane of the oral cavity and lips. Moscow : «MEDpress». 2001:399. (In Russ.). <https://djvu.online/file/eqOg5aQZKrJCQ>
3. Arduino P.G. Oral complications of dermatologic disorders // Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am. – 2017;25:221-228. DOI: 10.1016/j.cxom.2017.04.013
4. Cabras M., Gambino A., Broccoletti R., Arduino P.G. Desquamative gingivitis: a systematic review of possible treatments // J Biol Regul Homeost Agents. – 2019;33(2):637-642. <https://iris.polito.it/handle/11583/2731008>
5. Gizem K., Kivanc B., Meral U. Desquamative gingivitis: A review // J.Istanb. Univ. Fac. Dent. – 2016;50(2):54-60. DOI: 10.17096/jiufd.57228
6. Guiglia R., Di Liberto C., Pizzo G., Picone L., Lo Muzio L., Gallo P.D., Campisi G., D'Angelo M. A combined treatment regimen for desquamative gingivitis in patients with oral lichen planus // J Oral Pathol Med. – 2007;36(2):110-116. DOI: 10.1111/j.1600-0714.2007.00478.
7. Hasan S. Desquamative gingivitis -A clinical sign in mucous membrane pemphigoid: Report of a case and review of literature // Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences. – 2014;6(2):122-126. DOI: 10.4103/0975-7406.129177
8. Jandinski J.J., Shklar G. Lichen planus of the gingiva // J Periodontol. – 1976;47(12):724-733. DOI: 10.1902/jop.1976.47.12.724.
9. Lo Russo L., Fedele S., Guiglia R., Ciavarella D., Lo Muzio L., Gallo P., Di Liberto C., Campisi G. Diagnostic pathways and clinical significance of desquamative gingivitis // J Periodontol. – 2008;79(1):4-24. DOI: 10.1902/jop.2008.070231.
10. Maderal A.D., Lee Salisbury P., Jorizzo J.L. Desquamative gingivitis: Clinical findings and diseases // J Am Acad Dermatol. – 2018;78(5):839-848. DOI: 10.1016/j.jaad.2017.05.056.
11. Maderal A.D., Lee Salisbury P., Jorizzo J.L. Desquamative gingivitis: Diagnosis and treatment // J Am Acad Dermatol. – 2018;78(5):851-861. DOI: 10.1016/j.jaad.2017.04.1140.
12. Mhaske M., Thakur N., Bansode S., Kedar P. Desquamative Gingivitis Treated By An Antioxidant Therapy- A Case Report // International Journal of Pharmaceutical Science Invention. – 2016;5(4):18-22. DOI: 10.1016/j.jaad.2017.05.056
13. Mignogna M.D., Lo Russo L., Fedele S. Gingival involvement of oral lichen planus in a series of 700 patients // J Clin Periodontol. – 2005;32(10):1029-1033. DOI: 10.1111/j.1600-051X.2004.00761.x.
14. Mustafa M.B., Porter S.R., Smoller B.R., Sitaru C. Oral mucosa manifestations of autoimmune skin diseases // Autoimmunity Rev. – 2015;14:930-951. DOI: 10.1016/j.autrev.2015.06.005
15. Paul G.T. Desquamative gingivitis: Does the gingiva tell you more than what meets the eye? A comprehensive review // J. Adv. Clin. Res. Insights. – 2019;6:48-52. DOI: 10.15713/ins.jeri.258.
16. Ramesh A., Bhat R.M., Madhumita M., Jaganathan P. Desquamative gingivitis in dermatological disorders // Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol. – 2021;87:446-451. DOI: 10.25259/IJDVL.130.20.
17. Sciuca A.M., Toader M.P., Stelea C.G., Maftei G.A., Ciurcanu O.E., Stefanescu O.M., Onofrei B.A., Popa C. Desquamative Gingivitis in the Context of Autoimmune Bullous Dermatoses and Lichen Planus-Challenges in the Diagnosis and Treatment // Diagnostics (Basel). – 2022;12(7):1754. DOI: 10.3390/diagnostics12071754.
18. Scott M. Peters. Demystifying Desquamative Gingivitis: Diagnosis and Management. Decisions in Dentistry. 2020. <https://decisionsindentistry.com/author/scottmpeters/>