

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**  
**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ**  
**УНИВЕРСИТЕТ**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ КРАСНОГО**  
**ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

*(Методические рекомендации)*

**Ташкент -2025**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

**«УТВЕРЖДАЮ»**

Председатель координационного  
экспертного совета ТашГосМУ,

к.м.н., доцент

\_\_\_\_\_ Анваров Ж.А.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 г.

Ибрагимова М.Х., Абдувахобова Д.А.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ КРАСНОГО  
ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

*(Методические рекомендации)*

**Ташкент - 2025**

УДК: 616.31.616.516-085.31-036-07

Методические рекомендации рассмотрены на заседании Проблемной комиссии («\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 года, протокол № \_\_) и Ученом Совете Ташкентского государственного стоматологического института (протокол № \_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.)

**Составители:**

**Ибрагимова М.Х.** – профессор кафедры госпитальной терапевтической стоматологии Ташкентского Государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

**Абдувахובה Д.А.** – соискатель кафедры госпитальной терапевтической стоматологии Ташкентского Государственного медицинского университета.

**Рецензенты:**

**Зойиров Т.Э.** –Заведующий кафедрой терапевтической стоматологии СамГМУ, д.м.н., профессор

**Даминова Ш.Б.** –заведующая кафедрой профилактики стоматологических заболеваний ТГСИ, д.м.н., профессор

Красный плоский лишай является аутоиммунным заболеванием, при позднем ее выявлении специалистами различных профилей может достигнуть трансформации и озлокачествления. Высыпания КПЛ на СОПР могут предшествовать возникновению высыпаний на коже или могут оставаться единственным признаком заболевания. Рекомендуется врачам-стоматологам, магистрам и соискателям в области терапевтической стоматологии.

Секретарь  
Ученого Совета ТГМУ,  
д.м.н., профессор

Г.А.Исмаилова

## ВВЕДЕНИЕ

Среди наиболее часто фиксируемых заболеваний слизистой оболочки ротовой полости (СОПР), механизм развития которого пока не полностью раскрыт, выделяется красный плоский лишай (КПЛ). Он составляет приблизительно 30–35 % всех патологий СОПР, в то время как для кожных проявлений красного плоского лишая эта доля значительно меньше — лишь 1,5 % - 2,4 % [2,5,12,14].

Исследования показывают, что КПЛ диагностируют чаще у женщин, чем у мужчин. У мужчин заболевание обычно появляется в более раннем возрасте, тогда как у женщин его максимум отмечается после 50-60 лет, что связывают с гормональными изменениями. Наиболее часто КПЛ выявляется у пациентов в возрасте 30–60 лет, причем основная доля (около 62–67%) приходится на женщин старше 40 лет, что связано с наступлением климактерического и постклимактерического периода. Риск злокачественного перерождения очагов КПЛ, по данным различных авторов, составляет от 0,4% до 3,3% при длительности наблюдения от 6 месяцев до 20 лет, тогда как среди других дерматозов данный показатель достигает примерно 5% [1,3,4,7,8,11].

В классификации КПЛ, предложенной Н.Ф. Данилевским и Л.И. Урбанович (1979), прослеживаются параллели между клинической картиной и результатами стоматоскопического, люминесцентного, цитологического, гистологического и гистохимического исследований. Авторы выделяют пять клинических форм КПЛ, поражающих слизистую оболочку полости рта и красную кайму губ: типичную, эрозивную, язвенную, пемфигоидную и бородавчатую.

До настоящего времени этиопатогенез КПЛ недостаточно изучен [6,9,10,13,15]. Классификация КПЛ по МКБ-10: Другой красный плоский лишай (L43.8).

**Цель исследования**—клиническая характеристика разнообразных форм красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта, связанных с повышенным риском злокачественного преобразования.

## **Материалы и методы исследования.**

В исследование включили 122 пациента с диагнозом КПЛ СОПР, получавших лечение в отделении терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института. Среди них — 34 мужчины (27,83 %) и 88 женщин (72,1 %) в возрасте от 20 до 69 лет, сформировавших основную наблюдательную группу. Контрольную группу составили 18 почти полностью здоровых добровольцев.

Для оценки гигиенического статуса полости рта использовали индекс гигиены ОНI-S (J.G. Green, J.R. Vermillion, 1964), а степень воспалительных изменений десны оценивали при помощи папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса РМА (С. Parma, 1960), а интенсивность кариозного процесса — по индексу КПУ. Всем пациентам проводился клинический осмотр при естественном освещении методом стоматоскопии, осуществлялся сбор анамнеза жизни и анамнеза настоящего заболевания, а также выполнено фотодокументирование.



Рис.1 Исследование слизистой оболочки полости рта методом стоматоскопии

При стоматоскопии (рис.1) производится осмотр всей слизистой оболочки полости рта, в увеличенном изображении, выведенное на монитор, при этом, осуществляется диагностика морфологических элементов поражения, особенно в труднодоступных участках, определяется целостность эпителия, цвет, влажность, элементы поражения КПЛ, имеется возможность сохранить и сравнить все полученные изображения между собой для

выявления динамики процесса.

### **Полученные результаты и обсуждение.**

Клинический осмотр пациентов КПЛ СОПР проводили под естественным освещением стоматоскопическим аппаратом и стоматологическим зеркалом. При осмотре пациентов были выявлены все формы орального КПЛ: гиперкератозная (типичная), эрозивная, язвенная, пемфигоидная и бородавчатая. Во время осмотра обращали внимание на наличие гиперемии и отека, наличие морфологических элементов - папул бело-перламутрового цвета и сетки «Уикхема». Сбор анамнеза заболевания пациентов состоял из наличия названных факторов, предшествующих развитию КПЛ такие, как стрессовые ситуации, токсико-аллергические и другие воздействия.

Основными жалобами, предъявляемые пациентами были боли во время приема острой и соленой пищи, зуд и жжение, кровоточивость десен, неприятный запах - галитоз. Ангулярный хейлит развивался у пациентов, с гипосаливацией и сухостью полости рта. Однако, у большего числа пациентов отмечается гиперсаливация и истечение слюны из полости рта в ночное время. Следует отметить, что при расположении элементов поражения на языке и дне полости рта нарушается не только прием пищи, но и речь. Естественно, при болях и жжении соблюдение гигиены полости рта бывает затрудненным, в результате этого может наблюдаться отложение мягкого налета и твердых зубных отложений, отмечается галитоз.

Гиперкератотическая (стандартная) разновидность красного плоского лишая является самой распространённой и охватывает приблизительно 63,2 % всех клинических форм болезни. У этой формы обычно наблюдается формирование небольших полигональных папул бледно-серого тона, отливающих перламутром, слегка выступающих над эпителиальной поверхностью; иногда пациенты сообщают о чувствах стянутости, жжения и шероховатости в полости рта. При клиническом осмотре выявляются папулы, нередко образующие кружевной рисунок, известный как «сеточка Уикхема» (рис. 2). На языке высыпания могут располагаться в виде колец или

окружностей. (Рис.3). Стоматоскопия показывает люминесцентную картину участка слизистой с голубовато-фиолетовым свечением.

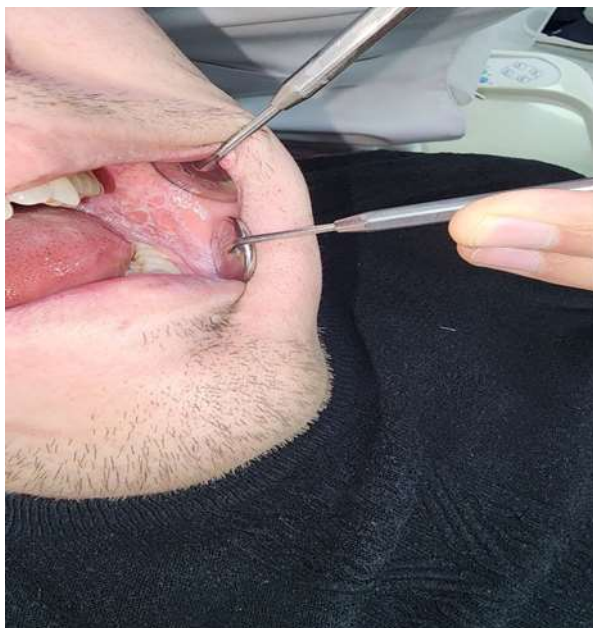


Рис.2. Гиперкератозная форма КПЛ. Папулы на СО щеки, ажурная сеть.



Рис.3. Гиперкератозная форма КПЛ. Белые круги и кольца на СО языка

**Эрозивная форма** красного плоского лишая занимает второе место по распространённости после гиперкератотической и диагностируется в 14,4% случаев. Основные жалобы пациентов связаны с выраженным чувством жжения и болевыми ощущениями, которые особенно усиливаются при приёме пищи и во время жевания вследствие контакта изменённых участков слизистой с пищевыми продуктами. Некоторые больные при этом ощущают кровоточивость, причем незначительную. Эрозивная форма КПЛ наиболее часто встречается на боковых поверхностях языка, задняя часть слизистой щеки, т.н. ретромолярная область. На красной кайме губ эта форма наблюдается редко. При объективном осмотре можно наблюдать яркого цвета эритему вокруг папулезного участка слизистой оболочки, на котором отмечаются эрозированные участки разной формы и размеров. (Рис.4). При стоматоскопии отмечаются различные участки чередующихся папул с ороговевшей верхушкой и эпителиального дефекта, выявляется люминесцентная картина свечения коричневого цвета на месте эрозий, также

ороговевшие папулы дают свечение голубого цвета.



Рис.4 Эрозивная форма КПЛ.  
Неправильная форма эрозий.



Рис.5. КПЛ. Язвенная форма.  
Язва покрыта некротическим налетом.

**Язвенная форма КПЛ** по частоте встречаемости наблюдается в 4,5% случаев болезни. Обычно пациенты предъявляют жалобы на боли при приеме пищи и от действия различных раздражителей как механических, так и химических раздражителей. Иногда может быть затрудненное открывание рта, саливация увеличивается, отмечается галитоз. При объективном обследовании наблюдается язва неправильной формы, окруженная папулами бело-серого цвета полигональной формы, вокруг отмечаются нити белого цвета, напоминающие кружевной узор. Обычно язва бывает неглубокой и находится в пределах соединительно-тканной пластинки эпителия, дно заполняется некротической массой и остатками ороговевшего эпителия. Язва имеет неровные края, очень болезненные при пальпации, вокруг отмечается умеренный воспалительный инфильтрат (Рис.5). У врачей, состояние течения таких язв, находящиеся долгое время незаживающими, должны вызывать онконастороженность. При стоматоскопии определяются участки с глубокими дефектами орального эпителия слизистой оболочки и группы ороговевших

папул, люминесцентная картина выявляет коричнево-черное свечение. Лимфоузлы могут быть болезненными и увеличенными.

**Пемфигоидная** форма красного плоского лишая диагностировалась в 8,3% случаев. Наиболее часто она выявлялась у пациентов в возрасте от 35 до 60 лет. В большинстве наблюдений поражения имели изолированный характер — либо только на слизистой оболочке полости рта, либо на коже. Типичная локализация данной формы отмечалась на задних отделах щёк, преимущественно в ретромюлярной области; на языке высыпания чаще располагались на боковой поверхности. Реже изменения фиксировались на слизистой десны и красной кайме губ. Пемфигоидная форма часто встречается у пациентов КПЛ с отягощенным анамнезом, может встречаться у людей с аллергическими проявлениями организма. У больных часто бывает недомогание, нарушен сон и аппетит, потливость, боли из-за приема раздражающей пищи. На слизистой оболочке рта отмечаются папулы белого цвета, соединенных друг с другом "сеткой Уикхема", с «морозным» рисунком и «листьями папоротника». На стоматоскопии определяются пузыри, на слизистой оболочке полости рта среди папул, которые вскрываются, в результате этого отмечаются эрозии с обрывками покрышек, окруженные яркой воспалительной гиперемией (Рис.6). Размеры пузырей обычно бывают от 2-3 до 10-15 мм в диаметре. Содержимое пузырей чаще бывает прозрачным, редко геморрагическим. В отдельных случаях у пациентов, страдающих гипертонической болезнью в сочетании с сахарным диабетом и имеющих эрозивно-язвенную форму КПЛ СОПР, выявляется синдром Гриншпана – Потеева.



Рис.6.Пемфигоидная форма КПЛ.  
Обрывки покрывок пузырей на языке.

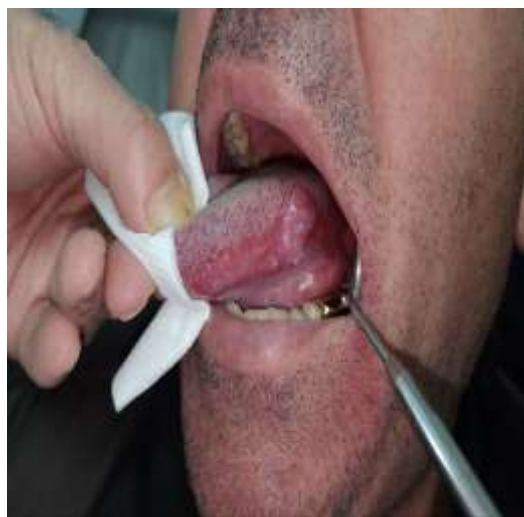


Рис.7.Бородавчатая форма КПЛ.  
Бородавка на боковой части языка.

**Бородавчатая форма** красного плоского лишая встречается сравнительно редко, однако её частота может достигать 9,4% случаев. Для неё характерно образование отдельных сильно ороговевших папул, которые сливаются и формируют бородавчатые разрастания на слизистой оболочке полости рта. Пациенты, как правило, отмечают наличие плотного, безболезненного участка, выступающего над поверхностью эпителия, а также жалуются на ощущение сухости во рту. При воздействии термических или химических раздражителей очаг поражения реакции не даёт. В большинстве случаев бородавчатая форма формируется постепенно, на фоне длительных хронических механических травм слизистой оболочки. При объективном осмотре участок поражения состоит из ороговевших папул и возвышается над СОПР, вокруг бородавки сохраняется «сетка Уикхема» (Рис.7). При стоматоскопическом исследовании выявляется чередование ороговевших папул, выступающих над поверхностью слизистой в виде сосочковых возвышений, на вершинах которых фиксируется характерное свечение фиолетового оттенка. Между папулами наблюдаются гиперкератотические перемычки, которые соединяются друг с другом, формируя различные фигуры — линии, кольца или сетчатый рисунок.

Таблица 1.

## Индексные показатели ГИ, РМА и КПУ больных КПЛ СОПР

КПЛ Индекс	Формы					Всего, n=122
	Гиперкератозная, n=24	Бородавчатая, n=15	Эрозивная, n=19	Пемфигоидная, n=22	Язвенная, n=42	
ГИ ОНИ-s	1,89±0,05	2,12±0,12	3,21±0,12	3,44±0,12	3,61±0,19	3±0,1
РМА %	30,21±1,43	38,65±1,46	47,57±1,67	44,32±0,86	48,61±2,27	42,83±1,09
КПУ	8,33±0,27	15,87±0,45	18,68±0,38	28,41±0,67	36,24±0,88	24,1±1,03
К	5,17±0,21	6,8±0,3	7,58±0,22	14,18±0,67	19,62±0,7	12,34±0,61
П	1,17±0,08	5,07±0,18	5,89±0,2	7,05±0,27	8,14±0,26	5,84±0,26
У	2,25±0,11	3,67±0,16	5,21±0,21	7,18±0,32	8,48±0,25	5,92±0,25

Результаты клинической оценки стоматологических индексов продемонстрировали, что у всех пациентов с КПЛ СОПР выявлен значительно сниженный уровень гигиены полости рта в сочетании с выраженной степенью воспалительных изменений десны.

Показатели гигиенического индекса ОНИ-S у пациентов с различными клиническими формами КПЛ СОПР распределились следующим образом: при гиперкератотической (типичной) форме —  $1,89 \pm 0,05$ ; при бородавчатой —  $2,12 \pm 0,12$ ; при эрозивной —  $3,21 \pm 0,12$ ; при пемфигоидной —  $3,44 \pm 0,12$ . Наиболее неблагоприятные значения выявлены при язвенной форме заболевания, где индекс достигал  $3,61 \pm 0,19$ , что существенно превышает показатель при гиперкератотической форме ( $1,89 \pm 0,05$ ). Высокие значения ОНИ-S указывают на неудовлетворительное состояние гигиены полости рта, что способствует развитию воспалительно-деструктивных изменений тканей слизистой оболочки и, как следствие, утяжелению клинической картины КПЛ.

Показатели РМА у больных КПЛ СОПР по различным формам заболевания составили: при гиперкератозной форме  $30,21 \pm 1,43$ ; бородавчатой -  $38,63 \pm 1,46$ ; эрозивной -  $47,56 \pm 1,67$ ; пемфигоидной -  $44,32 \pm 0,86$ ; язвенной -

48,61±2,27. Таким образом, показатель РМА был достоверно выше ( $P<0,01$ ) при язвенной форме КПЛ, чем при гиперкератозной форме 30,21±1,43, что несомненно, обуславливает развитие воспалительного процесса в пародонте.

Показатели интенсивности кариеса - значение КПУ при гиперкератозной форме достоверно ниже ( $P<0,01$ ), чем при бородавчатой форме; при эрозивной, пемфигоидной и язвенной формах КПУ составило соответственно 18,68±0,38; 28,41±0,67 и 36,24±0,88, что значимо выше соответствующей величины КПУ при гиперкератозной ( $P1<0,01$  и  $P2<0,01$ ) и бородавчатой формах ( $P1<0,01$  и  $P2<0,01$ ). Кариозные зубы в структуре КПУ «К» составили самый низкий показатель 5,17±0,21 в гиперкератозной группе больных; самый высокий - отмечен при язвенной форме 19,62±0,7. Такая же тенденция сохранилась в элементе «П» соответственно 1,17±0,08 и 8,14±0,26; и элементе «У» соответственно 2,25±0,11 и 8,48±0,25

## **СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ**

Представленная методическая рекомендация представляет высокую медико-социальную значимость, так как ее внедрение позволит улучшить терапевтическую реабилитацию пациентов и направлена на улучшение диагностики больных с различными формами красного плоского лишая.

### **Экономическая эффективность:**

В настоящее время у нас в Республике наиболее часто встречающимся заболеванием, требующим совершенствования патогенетически обоснованных методов диагностики является красный плоский лишай.

Расчет предполагаемой экономической эффективности (Э), в результате внедрения предложенных методических рекомендаций, позволяющий оптимизировать подбор эффективной дозы препарата, производится следующим образом:

$$\text{Э} = S_{\text{ст}} - S_{\text{пол}}$$

Затраты на диагностику больных КПЛ:

$$S_{\text{зт}} = N_{\text{сч}} * D_{\text{к}} * C_{\text{к/дн}}$$

Здесь:

$S_{\text{ст}}$  - Сумма затрат на диагностику больных КПЛ;

$N_{\text{сч}}$  - Среднестатистическая численность пациентов выделенных в группу риска по результатам опроса примерно 70% (65 больных) из числа (95) населения старше(или до) 45 лет;

$D_{\text{к}}$  - продолжительность диагностики одного больного (10 дней);

$C_{\text{к/дн}}$  - Затраты на диагностику одного больного (на момент проведения расчета - 68800 сум).

$$S_{\text{ст}} = 65 * 10 * 68800 = 44\,720\,000 \text{ сум.}$$

Затраты на лечение в первичном звене оказания медицинской помощи:

$$S_{\text{пол}} = N_{\text{сч}} * D_{\text{кп}} * C_{\text{к/днп}}$$

Здесь:

$S_{\text{пол}}$  - Сумма затрат на курс профилактического осмотра (месяц) больных с выявленной патологией (КПЛ);

$D_{\text{кп}}$  - продолжительность *профилактических мер* на одного больного;

$C_{\text{к/днп}}$  - Затраты пациента на день для диагностики в амбулаторных условиях на момент проведения расчета – 20 500 сум).

$$S_{\text{пол}} = 65 * 30 * 20\,500 = 39\,975\,000 \text{ сум.}$$

**Экономический эффект:**

$$\mathcal{E} = S_{\text{ст}} - S_{\text{пол}} = 44\,720\,000 - 39\,975\,000 = \mathbf{4\,745\,000 \text{ сум.}}$$

Если при исследовании ограниченного контингента пациентов (95) экономический эффект составит 4,75 миллионов сум, то по всей республике этот показатель может увеличиваться в десятки раз.

**Примечание:** При расчете экономической эффективности не учтено сокращение расходов за счет проведения профилактики и предупреждения осложнений у пациентов, а также расходы, связанные с оплатой по больничным листам больных.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, особенности течения различных форм КПЛ СОПР отличаются между собой как клиническими, так и диагностическими признаками, выявляемыми при осмотре и стоматоскопическом исследовании; “неудовлетворительным” уровнем гигиены ротовой полости, развитием воспалительных процессов в полости рта; высокими показателями интенсивности кариеса, что приводит к снижению местных механизмов защиты, изменению акта жевания и речи, длительности и утяжелению клинического течения КПЛ, в ряде случаев приводящих к малигнизации.

### **Использованная литература:**

- 1.Адамович Е.И., Македонова Ю.А., Марымова Е.Б. и др. Обоснование новых методов диагностики и лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой полости рта // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=24123>
- 2.Ибрагимова М.Х., Адилходжаева З.Х., Самадова Ш.И.Этиопатогенетическое и клиническое обоснование лечения красного плоского лишая. Обзор// Медицинский журнал Узбекистана. - 2020. - №2. - С.71-77.
- 3.Камилов, Х. П Особенности патоморфологических изменений слизистой оболочки полости рта при синдроме Гриншпана-Потекаева [Текст]: научное издание / Х. П. Камилов, З. Х. Адилходжаева // Дерматовенерология и эстетическая медицина . - 2019. - N 2. - С. 63-66
- 4.Камилов, Х. П. К вопросу лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая на слизистой полости рта. Х. П. Камилов, М. Х. Ибрагимова, Н. О. Асильбекова//Медицинский журнал Узбекистана. - 2015. - N6. - С. 15-18.
- 5.Камилов Х. П. Состояние полости рта у больных красным плоским лишаем. / Х. П. Камилов, О. Е. Бекжанова, У. А. Шукурова, Ш. Ф. Шамсиева // Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент, 2013. N3. - С. 47-49
- 6.Македонова Ю.А., Фирсова И.В., Афанасьева О.Ю., Ю. Федотова Ю.М. Немедикаментозные методы лечения эрозивно-язвенных поражений полости рта // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2016. - № 1 (49) . – С.8 - 11.
- 7.Adilhodzhaeva Z.Kh., Kamilov H.P., Ibragimova M.Kh., Samadova Sh.I. Retrospective analysis of the frequency of the occurrence of the lichen ruber planus and the its various forms under the conditions of Uzbekistan// American Journal of Research 7-8, July-August 2020. P.20-26.
- 8.Чуйкин С.В., Акмалова Г.М. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта: клинические формы и лечение // Казанский медицинский журнал. – 2014. – С. 680–687.

9. Колосова К.Ю. Особенности течения и обоснование лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта у больных сахарным диабетом (клинико-лабораторное исследование): Автореф. дис... канд. мед. наук. - Киев, 2015. – 26 с.
10. Леонтьева Е.К. Стоматологические проявления красного плоского лишая и прогностическая значимость факторов, влияющих на его течение: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - Казань, 2014. – 24 с
11. Юсупова Л.А., Ильясова Э.И. Красный плоский лишай: современные патогенетические аспекты и методы терапии. Практическая медицина. 2013;3:13-17. [Yusupova LA, Ilyasova EI. Lichen ruber planus: modern pathogenetic aspects and treatments. Prakticheskaya meditsina. 2013;3:13-17. (In Russ.)]
12. Bardellini E. Clinicopathological features and malignant transformation of oral lichen planus : A 12-years retrospective study / E. Bardellini [et al.] // Acta Odontol Scand. – 2013. – V. 71, N 3-4. – P. 834-840
13. Cruz AF, de Resende RG, de Lacerda JC, Pereira NB, Melo LA, Diniz MG. DNA methylation patterns of genes related to immune response in the different clinical forms of oral lichen planus. Oral Pathol Med. 2018;47(1):91-95. <https://doi.org/10.1111/jop.12645>
14. Pol CA, Ghige S, Gosavi SR. Role of human papilloma virus-16 in the pathogenesis of oral lichen planus an immunohistochemical study. Int Dent J. 2015;65(1):11-14. <https://doi.org/10.1111/idj.12125>
15. Córdova P, Rubio A, Echeverría P. Oral lichen planus: A look from diagnosis to treatment. J Oral Res. 2014;3(1):62-67