



Клинический случай

Консультация терапевтом стоматологического пациента с поражением слизистой оболочки полости рта. Когда, зачем, о чем?

Е.А. Темникова✉, А.В. Чекина, К.В. Веткова

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Россия
✉temnikovaomsk@mail.ru

Аннотация

Патология слизистой оболочки полости рта (СОПР) является значимой проблемой в стоматологии из-за сложности дифференциальной диагностики и, зачастую, необходимости системной терапии, поэтому нередко пациенты с заболеваниями СОПР направляются на консультации к врачам терапевтического профиля для поиска этиологического фактора заболевания СОПР и системной терапии. Однако цели консультации и возможности врача-терапевта в таких ситуациях могут по-разному интерпретироваться врачами-стоматологами и терапевтами. На примере пациентки с красным плоским лишаям (КПЛ) СОПР обсуждаются основные задачи терапевта при консультации пациента, направленного стоматологом: тщательная клиническая оценка возможных соматических проявлений аутоиммунного процесса при КПЛ, оценка проводимой терапии соматической патологии для исключения ее возможного влияния на возникновение изменений СОПР или прогрессирование КПЛ, оценка общего состояния пациента для подбора схем лечения при использовании системных кортикостероидов и факторов риска развития побочных проявлений этой терапии.

Ключевые слова: консультация терапевта, заболевания слизистой оболочки полости рта, оральный красный плоский лишай, лечение.
Для цитирования: Темникова Е.А., Чекина А.В., Веткова К.В. Консультация терапевтом стоматологического пациента с поражением слизистой оболочки полости рта. Когда, зачем, о чем? *Клинический разбор в общей медицине*. 2024; 5 (1): 78–82. DOI: 10.47407/kr2023.5.1.00365

Clinical Case

Therapeutic consultation a patient with damage to the oral mucosa from the dentist. When, why, about what?

Elena A. Temnikova✉, Anna V. Chekina, Kira V. Vetkova

Omsk State Medical University, Omsk, Russia
✉temnikovaomsk@mail.ru

Abstract

Oral mucosal pathology is a significant problem in stomatology due to the complexity of a differential diagnosis and often requires the systemic therapy of it. Therefore, it is not uncommon for patients with diseases of the oral mucosa to be referred to a therapeutic physician to find the etiological factor of oral mucosa disease and to choose the systemic therapy. However, the purpose of the consultation and the capacity of the therapist's physician in such situations may be interpreted differently by stomatologists and therapists. There is an example of the patient with lichen planus. The main tasks of the therapist consultation in this case are: to provide a general clinical examination of the possible somatic manifestations of the lichen planus autoimmune process, to evaluate the therapy to exclude possible influence some of the medication to the lesion of oral mucosal or progression lichen planus, to assess the general condition of the patient in order to select the treatment regimens using systemic corticosteroids and risk factors for the development of side effects of this therapy.

Keywords: therapeutic consultation, oral mucosa diseases, oral lichen planus, treatment.

For citation: Temnikova E.A., Chekina A.V., Vetkova K.V. Therapeutic consultation a patient with damage to the oral mucosa from the dentist. When, why, about what? *Clinical analysis in general medicine*. 2024; 5 (1): 78–82 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2023.5.1.00365

Распространенность поражений слизистой оболочки полости рта (СОПР), по данным эпидемиологических исследований, в разных странах и популяциях составляет от 4,9 до 64,7% и зависит от возраста, общего состояния здоровья, статуса курения, а также принятых методик диагностики заболеваний СОПР [1–3]. Эта патология значительно снижает качество жизни пациентов, связанное со здоровьем [4], и может ухудшать прогноз жизни (риск злокачественного перерождения 1–17% у 90% нозологических форм поражения СОПР) [5, 6]. Для стоматологов ведение пациентов с заболеваниями СОПР остается трудной задачей из-за проблем их диагностики в повседневной рутинной

практике и часто сложных схем не только местной, но и системной терапии. И то и другое зачастую невозможно оценивать и проводить без адекватной помощи врачей других специальностей. Так, уже на этапе осмотра врач-стоматолог должен учитывать широкий спектр возможных и первичных, и вторичных изменений СОПР (например, при системных заболеваниях), модификацию клинической картины под воздействием различных внешних и внутренних факторов (в том числе приема различных фармакологических препаратов). Кроме того, поражения полости рта могут сочетаться с поражением слизистой оболочки (СО) других органов и кожи. Исходя из сказанного, объяснима распростра-

ненная ситуация, когда врачи-стоматологи направляют пациента к врачам терапевтического профиля для консультаций по вопросам диагностики заболеваний, которые могли бы быть причиной развития изменений СОПР и лечения этих заболеваний препаратами системного действия, например пероральными кортикостероидами. В то же время у врачей-терапевтов, как показал наш опрос, нет четкого представления о том, что именно нужно искать и какие методики использовать.

В проведенном нами анкетировании 40 респондентов (20 врачей-терапевтов и 20 врачей-стоматологов) со сходными по смыслу вопросами для терапевтов и стоматологов половина врачей-терапевтов указали, что именно поиск первопричины изменений СОПР является поводом для направления к ним пациентов стоматологами, но в результате, по мнению 55% врачей-стоматологов консультация терапевта помогает выявить причину поражения СОПР крайне редко (меньше чем в 10% случаев). Имелись явные расхождения между стоматологами и терапевтами в вопросах необходимой лабораторной диагностики при обследовании таких пациентов. Стоматологи значительно реже, чем терапевты, считали необходимым исследование функции печени (55% против 83%) и почек (25% против 50%), общего анализа мочи (25% против 83%).

Для чего же тогда стоматолог должен направить пациента с заболеванием СОПР к терапевту? Что же действительно могут и должны сделать терапевты при консультации направленных к ним стоматологами пациентов с заболеваниями СОПР? Вопросы неоднозначные, так как, по сути, поражение СОПР возможно при очень широком круге заболеваний, но только в отношении некоторых нозологий (например, красный плоский лишай – КПЛ) в последние годы появились данные о необходимом алгоритме обследования и наблюдения.

Клинический пример

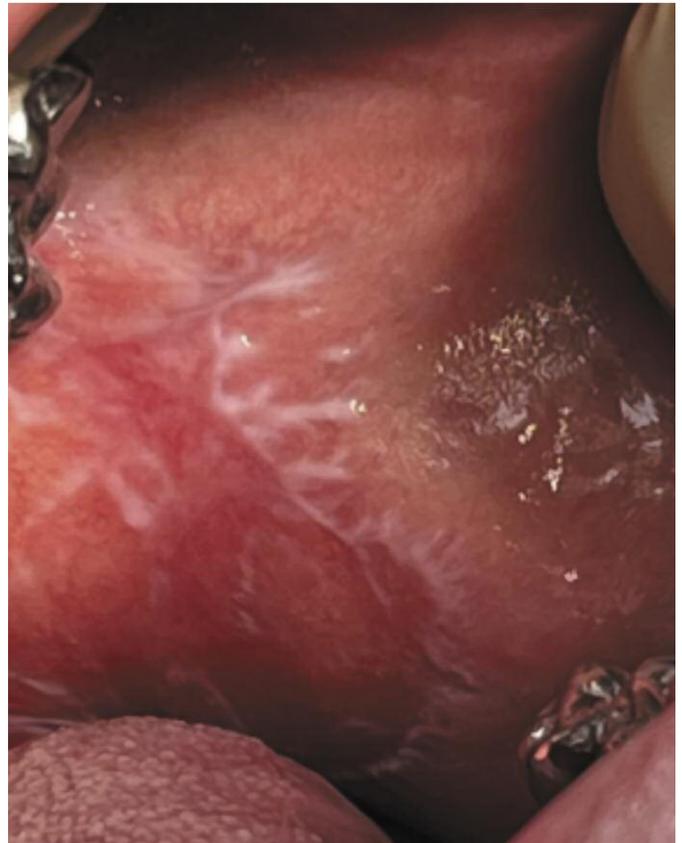
На консультативный прием на кафедру терапевтической стоматологии обратилась пациентка 68 лет с жалобами на болезненность СО щек и губ. Боль усиливалась при приеме острой и грубой пищи.

Болевые ощущения в полости рта возникли 3 года назад. Со слов пациентки, в этот период у нее так же появлялись патологические проявления на СО гортани, половых органов, кожи, глаз. В течение всего этого периода консультировалась и наблюдалась у врачей различных профилей (стоматолог, офтальмолог, гинеколог, отоларинголог, онколог) по месту жительства. Эффекта от местного лечения (назначенного каждым из специалистов одновременно) не отмечала. Пациентка неоднократно была осмотрена ранее терапевтом, получала медикаментозное лечение по поводу гипертонической болезни, сахарного диабета 2-го типа, гипотиреоза.

При объективном обследовании стоматологом на СО щек и красной кайме губ был определен возвышающийся участок ороговения эпителия в виде грубой сетки (сетка Уикхема) (рис. 1). В ячейках сетки СО си-

Рис. 1. Возвышающийся участок ороговения эпителия в виде сетки Уикхема на СО щеки.

Fig. 1. Eminent area of keratinized epithelium in the form of Wickham's striae on the buccal mucosa.



юшно-гиперемированной окраски, в центре – эрозии, покрытые фибринозным налетом, при пальпации резко болезненные (рис. 2).

На видимых участках кожи папулы полигональной формы, круглые и овальные. Величина элементов – 1–2 мм в диаметре, поверхность плоская, с круто обрывающимися краями. Цвет высыпаний синюшно-красный, на месте регресса высыпаний – пигментные пятна желтоватого или коричневатого цвета (рис. 3). Передний край века и конъюнктивы обоих глаз гиперемированы (рис. 4). Увеличены и болезненны при пальпации поднижнечелюстные лимфатические узлы.

По данным биопсии участка эрозий с боковой поверхности щеки, проведенной онкологом, в эпителиальном слое имелись гиперкератоз, паракератоз, гранулемы; вакуольная дистрофия базального слоя эпителия. Предположено наличие эрозивно-язвенной формы КПЛ и принято решение назначить курс терапии системными кортикостероидами. Для определения возможности такой терапии пациентка была направлена на консультацию к терапевту.

Что может и должен сделать в данном клиническом случае терапевт?

Обсуждение

КПЛ – хроническое аутоиммунное воспалительное заболевание, вызванное дисфункцией Т-клеток, пора-

Рис. 2. Эрозии: а – на красной кайме губ, б – на СО щеки.
Fig. 2. Erosions on the vermillion border (a) and the buccal mucosa (b).

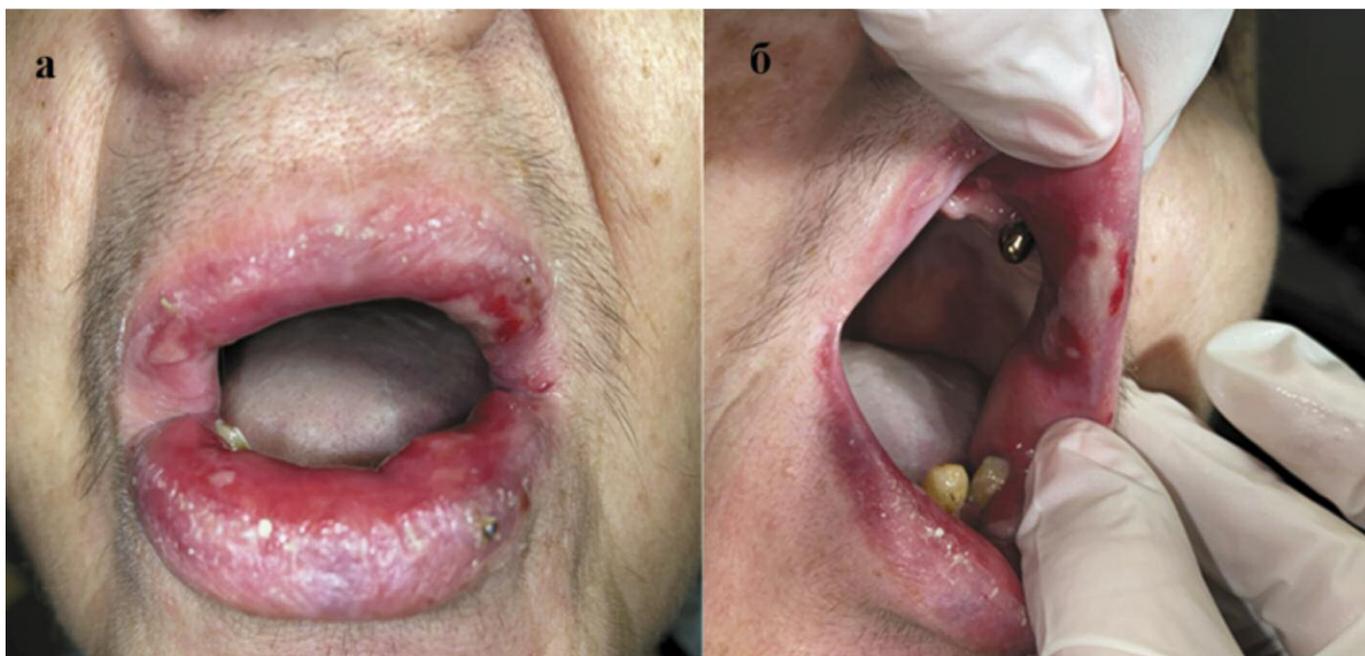
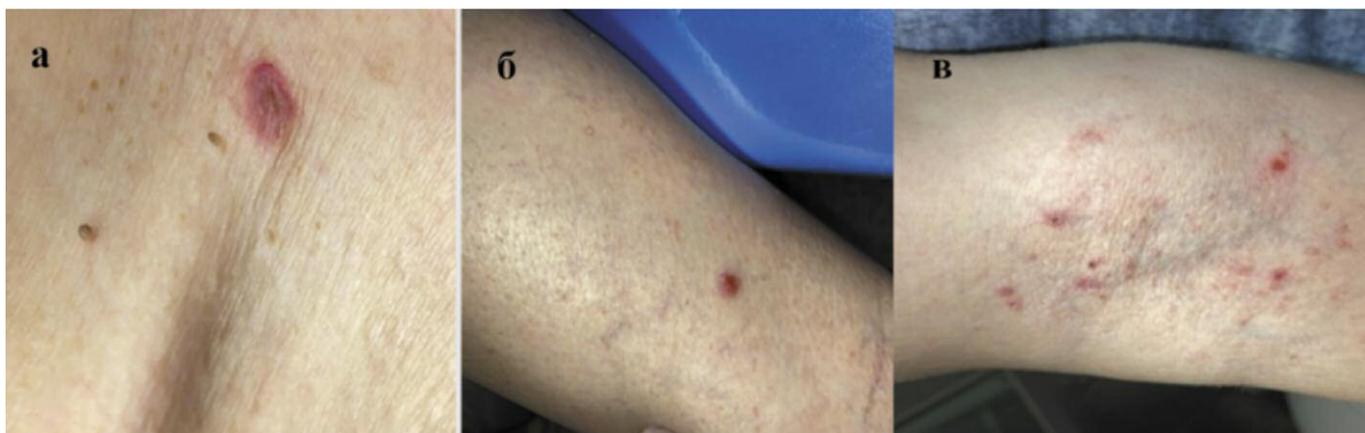


Рис. 3. Папулы на коже полигональной, круглой и овальной формы синюшно-красного цвета.
Fig. 3. Polygonal, round and oval bluish red papules on the skin.



жающее кожу и СО, реже ногти и волосы, типичными элементами которого являются лихеноидные папулы. Оральный КПЛ (ОКПЛ) встречается у 1–2% населения, чаще у женщин среднего и пожилого возраста. Примерно у 15% пациентов с ОКПЛ развиваются дополнительно поражения кожи, у 20% пациентов – поражения гениталий [6–9]. Среди пациентов с ОКПЛ 27–82% имеют специфические сывороточные антитела (ANA, SMA, AMA, антитела к париетальным клеткам желудка, тиреоглобулину, микросомальные аутоантитела к щитовидной железе) значительно чаще, чем в контрольной здоровой группе, причем частота выявления аутоантител у пациентов с ОКПЛ прямо связана с тяжестью заболевания [6, 8, 9].

Часто ОКПЛ сочетается с различной патологией желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, эндокринопатиями. Причем последовательность развития патологических изменений на сего-

Рис. 4. Поражение переднего края век и конъюнктивы глаз.
Fig. 4. Lesions on the anterior margins of the eyelids and conjunctiva of the eyes.



дняшний день рассматривается именно с точки зрения первичности аутоиммунного процесса в коже и СО. А именно: КПЛ вызывает продукцию аутоантител, что

вторично приводит к поражению желудка, щитовидной железы и других органов. Аутоиммунное поражение желудка в сочетании с ограничениями при приеме пищи из-за болезненных ощущений при ОКПЛ может вызывать дефицит витамина В₁₂, железа и фолиевой кислоты, снижение уровня витаминов В₁ и В₆ и сопровождается аномально высоким уровнем гомоцистеина [6, 9, 10].

При развитии КПЛ у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями хроническое системное воспаление, обусловленное аутоиммунными процессами, связанными с КПЛ, приводит к усугублению дислипидемии, прогрессированию атеросклероза, нарастанию проявлений метаболического синдрома и формированию инсулинорезистентности. Таким образом, есть мнение, что тяжесть течения ОКПЛ должна рассматриваться как интегративный показатель, отражающий оксидативные изменения и нарушения микроциркуляции непосредственно в СОПР, особенности жирнокислотного состава крови, изменения микробиоты полости рта, кишечника и клиническую картину заболевания [7–9].

С учетом описанных множественных патологических проявлений, возможных при ОКПЛ, был предложен алгоритм обследования, включающий консультации стоматологического пациента во время диагностического поиска и при назначении лечения целым рядом специалистов:

- дерматологом – для диагностики, лечения и обследования поражений кожи, ногтей, гениталий и волосистой части головы;
- оториноларингологом – для диагностики и лечения поражений гортани;
- офтальмологом – для диагностики и лечения поражений конъюнктивы;
- гинекологом – для диагностики и лечения поражений вульвы и влагалища;
- гастроэнтерологом – для диагностики и лечения поражений СО пищевода (при жалобах на дисфагию или одинофагию).

При наличии признаков тревожности для повышения приверженности лечению и улучшения качества жизни некоторым пациентам показана также консультация психотерапевта [6, 10, 11].

Консультация терапевта при ОКПЛ вопреки сложившимся представлениям необходима не для поиска причины заболевания, а для оценки состояния пациента

перед и во время лечения КПЛ, а также для коррекции терапии соматических заболеваний. Последнее связано с тем, что ряд широко используемых в терапевтической практике групп препаратов могут, по литературным данным, усугублять проявления КПЛ или вызывать сходные с КПЛ внешне поражения кожи и СО (лекарственные лихеноидные реакции). К таким препаратам относятся нестероидные противовоспалительные препараты, ряд гипогликемических препаратов, пероральные, ретровирусные средства, β-адреноблокаторы, тиазидные диуретики, пеницилламин, ритуксимаб, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и другие фармакологические средства [6, 7, 9, 11].

Современные схемы терапии ОКПЛ предполагают помимо местного стоматологического лечения длительное применение системных кортикостероидов (например, 30 мг преднизолона 1–2 мес), что требует тщательной оценки терапевтом возможных побочных проявлений такого лечения, а именно: нарушений функции коры надпочечников, появления или ухудшения течения артериальной гипертонии, гипергликемии, дислипидемии, увеличения массы тела, поражения желудочно-кишечного тракта, остеопороза [7, 9–11].

Таким образом, основными задачами терапевта при консультации направленных стоматологом пациентов с ОКПЛ является не поиск первопричины КПЛ, а тщательная клиническая оценка возможных соматических проявлений аутоиммунного процесса при КПЛ (поражение печени, щитовидной железы, СО желудочно-кишечного тракта). Следующим шагом должна стать оценка проводимой терапии соматической патологии для исключения возможного влияния на прогрессирование КПЛ медикаментозных назначений с последующей их коррекцией. Наконец, очень важна оценка состояния пациента с учетом всей имеющейся патологии для определения схем лечения при использовании системных кортикостероидов и факторов риска развития побочных проявлений этой терапии.

У обсуждаемой нами пациентки на момент консультации терапевтом не был достигнут контроль уровня артериального давления, гликемии, дислипидемии, что не позволяло с учетом предполагаемого курса лечения начать лечение амбулаторно, и она была госпитализирована в дерматологический стационар.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература / References

1. Жубоева М.А. Сравнительный анализ распространенности заболеваний слизистой оболочки полости рта в разных регионах Российской Федерации. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина.* 2022;17(3):203-11.
Zhuboeva M.A. A comparative analysis of the prevalence of diseases includes the use of the oral cavity in different regions of the Russian Federation. *Bulletin of St. Petersburg University. Medicine.* 2022;17(3):203-11 (in Russian).
2. Splieth C, SümniGW, Bessel F et al. Prevalence of oral mucosal lesions in a representative population. *Quintessence Int* 2007;38(1):23-9.
3. Sharma C. Regenerated Organs: Future Perspectives. Academic Press, 2021; p. 350-71.
4. Suliman NM, Johannessen AC, Ali RW et al. Influence of oral mucosal lesions and oral symptoms on oral health related quality of life in dermatological patients: a cross sectional study in Sudan. *BMC Oral Health* 2012; p. 12-9.

5. Maysone MBC, Greer RO, Kesecker J et al. Premalignant and malignant oral mucosal lesions: Clinical and pathological findings. *Am Acad Dermatol* 2019;81(1):59-71.
6. Shavit E, Hagen K, Shear N. Oral lichen planus: a novel staging and algorithmic approach and all that is essential to know. *F1000Research* 2020;206(9):1-10.
7. Тлиш М.М., Осмоловская П.С. Красный плоский лишай. Современные методы терапии: систематический обзор. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2021;28(2):104-19.
Tlish M.M., Osmolovskaya P.S. Lichen planus. Current therapies: a systematic review. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2021;28(2):104-19 (in Russian).
8. Сурдина Э.Д., Силин А.В., Родионов Г.Г. Критерии оценки тяжести течения красного плоского лишая слизистой оболочки рта. *Медицинский альманс*. 2021;9(1):73-81.
Surdina E.D., Silin A.V., Rodionov G.G. Criteria for assessing the severity of lichen planus of the oral mucosa. *Medical Alliance*. 2021;9(1):73-81 (in Russian).
9. Chiang CP, Chang JY, Wang YP et al. Oral lichen planus – Differential diagnoses, serum autoantibodies, hematologic deficiencies, and management. *Formos Med Assoc* 2018;117(9):756-65.
10. Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *Scientific World Journal* 2014; Jan 30;2014: 742826.
11. Boch K, Langan EA, Kridin K et al. Lichen Planus. *Front Med (Lausanne)* 2021;(8):737-813.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Темникова Елена Андреевна – д-р мед. наук, доц., проф. каф. поликлинической терапии и внутренних болезней ФГБОУ ВО ОмГМУ. E-mail: temnikovaomsk@mail.ru; ORCID: 0000-0003-2355-4906

Чекина Анна Витальевна – канд. мед. наук, доц. каф. терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ОмГМУ. E-mail: annacheckina@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-2569-4964

Веткова Кира Вениаминовна – канд. мед. наук, доц. каф. терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ОмГМУ. E-mail: kira_vetkova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-7611-4878

Поступила в редакцию: 11.02.2024

Поступила после рецензирования: 15.02.2024

Принята к публикации: 15.02.2024

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Elena A. Temnikova – Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Omsk State Medical University. E-mail: temnikovaomsk@mail.ru; ORCID: 0000-0003-2355-4906

Anna V. Chekina – Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Omsk State Medical University. E-mail: annacheckina@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-2569-4964

Kira V. Vetkova – Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Omsk State Medical University. E-mail: kira_vetkova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-7611-4878

Received: 11.02.2024

Revised: 15.02.2024

Accepted: 15.02.2024