

УДК 616.-097:616.516:616.311-085

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

Д.С. СИЛИН
А.И. КОНОПЛЯ
Д.С. ТИШКОВ
Е.В. ПИСЬМЕННАЯ

*Курский государственный
медицинский университет*

e-mail: evpismennaya@yandex.ru

Целью нашего исследования явилась оценка клинико-диагностических особенностей состояния слизистой полости рта у больных красным плоским лишаем. Нами была проведена оценка состояния слизистой оболочки полости рта у 156 пациентов с помощью используемых в практике индексов состояния полости рта. У большинства больных красным плоским лишаем, особенно с клиническими проявлениями на слизистой полости рта, нами выявлены нарушения стоматологического статуса, проявляющиеся в изменении основных стоматологических индексов. С утяжелением клинической формы лабораторные данные трансформируются в сторону процесса воспаления, что типично для этих стадий и форм болезни.

Ключевые слова: красный плоский лишай, слизистая полости рта.

Введение. Красный плоский лишай (КПЛ) является распространенным полиэтиологическим заболеванием, в патогенезе которого участвуют иммунные, нейроэндокринные, интоксикационные метаболические процессы с поражением кожи и слизистых оболочек в виде специфических высыпаний, которые развиваются вследствие воспалительных и дистрофических реакций в пораженных тканях [1-3].

Согласно результатам эпидемиологических исследований красный плоский лишай встречается у 0,1-2,0% населения, чаще у женщин в возрасте от 40 до 65 лет. В последнее время отмечается «омоложение» данной патологии. Одной из наиболее частых локализаций данного дерматоза является слизистая оболочка полости рта, сведения о частоте поражения которой у больных красным плоским лишаем в литературе весьма разноречивы и варьируют от 17 до 77%. Изолированное поражение слизистой оболочки полости рта красным плоским лишаем отмечается в 30-35% случаев. Все авторы отмечают, что красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта имеет основные клинические характеристики: полиморфизм симптомов клинического проявления, тяжелое длительное рецидивирующее течение, а также торпидность к проводимой традиционной терапии [4-6].

Целью исследования явилась оценка клинико-диагностических особенностей состояния слизистой полости рта (СОПР) у больных красным плоским лишаем, получавших традиционную терапию.

Материалы и методы. Клинические наблюдения выполнены на 156 пациентах с красным плоским лишаем слизистой полости рта различных форм. Исследование было проведено в течение 2008-2012 гг. в Курском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере, на кафедрах дерматовенерологии и терапевтической стоматологии Курского государственного медицинского университета.

Критериями включения пациентов в исследование были: возраст от 18 до 60 лет, верифицированный диагноз: красный плоский лишай слизистой полости рта типичной, экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной форм поражения, анамнез заболевания до 5 лет, абсолютная переносимость использованных в исследовании фармакологических препаратов, отсутствие соматических хронических заболеваний в стадии обострения. Критериями исключения были: лица с аллергологическим анамнезом, соматической патологией, пациенты, отказавшиеся от проводимого исследования. Все пациенты получали общее энтеральное лечение фармакопрепаратами по общепринятым методикам – вещества с седативным действием, десенсибилизирующие средства, далагил, метилурацил, противовирусные препараты. При положительных результатах исследования на наличие грибов рода *Candida* назначали противогрибковые препараты общего и местного действия. Пациентам также выполняли физиотерапевтические процедуры (фонофорез с лекарственными веществами на десневой край). С целью профилактики осложнений больные соблюдали диету с исключением раздражающих и экстрактивных веществ.

Все больные были осмотрены терапевтом, при необходимости – эндокринологом, затем пациенты с эфлоресценциями на СОПР были проконсультированы врачом-стоматологом с целью оптимизации местной терапии. Устранение травмирующего фактора и назначение мест-



ной терапии стандартными средствами (после консультации врача стоматолога-терапевта) – ирригации растворами ротокана, танина, хлорофиллипта, мараславина), использование эпителизирующих гелей – солкосерил, актовегин, смазывание холесалом) нивелировало высыпания (рассасывание инфилтративных элементов, заживление эрозивно-язвенных) спустя 20-22 дня после начала терапии [5-7].

Далее нами была проведена оценка состояния слизистой оболочки полости рта с помощью используемых в практике индексов состояния полости рта [7-8, 15]. К основным индексам состояния полости рта относятся:

1) гигиенический индекс (гигиеническое состояние полости рта, или индекс Грина-Вермильона, которые и предложили расчет этого индекса) определяется путем окрашивания раствором фуксина шести зубов, и затем по трехбалльной системе оценивается уровень окрашиваемости зубов из-за наличия на них налета и зубного камня);

2) индекс гингивита (папиллярно-маргинально-альвеолярный) выявляется в результате окрашивания раствором люголя десны: в зависимости от наличия гликогена в десне изменяется интенсивность окрашивания – чем сильнее окрашивание, тем больше воспаление (проба Шиллера-Писарева);

3) комплексно-пародонтальный индекс (индекс CPI – коммунальный пародонтальный индекс) – характеризует степень поражения тканей пародонта путем исследования окружающих тканей 10, 7, 6, 1, 6, 7-го зубов соответственно на нижней и верхней челюстях с помощью зондирования бороздок и околозубных патологических карманов, зондирования с целью их выявления, выявления кровоточивости и наддесневого и поддесневого зубного камня и в дальнейшем определяется путем суммирования присвоенных кодов патологии тканей возле каждого зуба и критериев оценки, разделенной на количество исследуемых зубов на предмет наличия патологии пародонта;

4) индекс КПУ – сумма кариозных (компонент «К»), пломбированных (компонент «П») и удаленных (компонент «У») зубов у одного обследованного – был использован нами для оценки интенсивности кариеса постоянных зубов. Интенсивность кариеса зубов – это сумма клинических признаков кариозного поражения (кариозных, пломбированных и удаленных зубов, рассчитанная индивидуально для одного или группы обследуемых.

Результаты исследования и их обсуждение. Клинически 79,5% больных встречалась типичная форма КПЛ, у 20,5% атипичные формы: веррукозная – у 10% пациентов, у 1% пигментная клиническая разновидность и у одного больного была диагностирована атрофическая форма. Положительный феномен Кебнера был установлен у 70,3% больных [8, 9]. Поражение СОПР было отмечено у 60,2% и проявлялось следующими клиническими разновидностями:

- гипертрофическая у 20% пациентов;
- эрозивно-язвенная у 44% пациентов;
- эрозивно-гиперемическая у 36% больных КПЛ.

Нами выявлено, что наиболее часто эфлоресценции локализовались на слизистой щек по линии смыкания коренных зубов (72%), на языке (31%), на небе (28%), на деснах (14%), на дне полости рта (5%) и на глотке (2%). Кроме того, имело место сочетание областей локализации высыпаний у 54% пациентов. Заболевания пародонта встречались у 72,2% пациентов со специфическим поражением СОПР.

Кроме того, у 50,7% пациентов имело место сочетание исследуемой и описанной нами патологии СОПР. Распространенность кариозного процесса у больных КПЛ с поражением СОПР составил 85,7%. Наблюдался третий уровень интенсивности кариеса зубов по критериям ВОЗ (3,8) (средний и высокий уровень КПУ).

Среди обследованных нами больных КПЛ с поражением СОПР неудовлетворительный гигиенический индекс встречался у 92,3%, среди больных без поражения СОПР – у 79,0%. У 50% больных определялась средняя степень поражения пародонта при исследовании комплексно-пародонтального индекса, в то же время у больных КПЛ без поражения СОПР лишь 37,2% имели риск поражения пародонта. Индекс гингивита был выражен в средней степени у 47,2% лиц исследуемой группы (с поражением СОПР), у больных КПЛ без высыпаний на слизистой оболочке полости рта этот индекс составил 38%. Следовательно, у большинства больных КПЛ и особенно с клиническими проявлениями на СОПР нами выявлены нарушения стоматологического статуса, проявляющееся в изменении основных стоматологических индексов. Эти нарушения влияли на появление эфлоресценций, специфических для КПЛ. Причем нами отмечено, что чем распространеннее высыпания как на коже, так и на СОПР, тем выраженнее их клинический характер – сыпь представляла собой обширные эрозивно-язвенные поверхности с различной степенью глубины поражения.

У 24% больных в полости рта имелись различные разновидности ортопедических протезов – съемные и несъемные мостовидные металлоконструкции, единичные и множественные восстановительные коронки и протезы с использованием пластмассовых и фарфоровых мате-



риалов, бюгельные протезы. Выявленные нами факторы стоматологического характера, способствующие высыпаниям КПЛ на СОПР, представлены в табл. 1.

Таблица 1

Провоцирующие факторы стоматологического генеза, способствующие появлению высыпаний КПЛ на СОПР

Фактор	Количество больных (%)
Раздражение слизистой оболочки полости рта кариозными зубами	42
Наличие разнородных металлов в протезах	12
Плохо подогнанные протезы, травмирующие слизистую оболочку	10
Альвеолярная пиорея	2
Неправильно поставленные пломбы	32
Вредная привычка прикусывать десну или щеку	11

В дальнейшем нами было проведено исследование общего анализа крови и биохимического анализа крови у всех пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта и гепато-билиарной системы.

При исследовании иммунометаболических показателей в крови у больных с типичной формой красного плоского лишая установлено повышение общего количества лейкоцитов, эозинофилов, СОЭ, CD8⁺-лимфоцитов, концентрации IgG, IgM, циркулирующие иммунокомплексы (ЦИК), показатель индуцированной хемолуминесценции (ИХЛ), снижение количества общих Т-лимфоцитов, хелперной субпопуляции клеток, уровней IgA и лизоцима. У больных с экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной формами обнаружены однотипные, но более выраженные изменения исследованных показателей (табл. 2).

Таблица 2

Изменения лабораторных показателей у больных с различными формами красного плоского лишая до лечения

Показатели	Единицы измерения	1	2	3	4
		Здоровые	Формы красного плоского лишая		
В крови					
Лейкоциты	10 ⁹ /л	5,4±0,7	11,46±0,24 ^{*1}	14,46±0,24 ^{*1,2}	16,48±0,24 ^{*1-3}
Эозинофилы	%	0,2±0,06	1,99±0,18 ^{*1}	2,89±0,18 ^{*1,2}	3,19±0,12 ^{*1-3}
СОЭ	мм/ч	4,0±0,35	12,14±0,37 ^{*1}	15,12±0,37 ^{*1,2}	18,12±0,37 ^{*1-3}
CD3 ⁺	%	71,62±0,26	51,82±0,29 ^{*1}	50,82±0,29 ^{*1}	52,82±0,29 ^{*1}
CD4 ⁺	%	37,94±0,3	27,64±0,46 ^{*1}	26,65±0,46 ^{*1}	28,63±0,46 ^{*1}
CD8 ⁺	%	29,52±0,27	36,74±0,2 ^{*1}	38,74±0,2 ^{*1}	36,3±0,2 ^{*1}
CD20 ⁺	%	15,18±0,39	14,64±0,24	14,14±0,24	14,54±0,24
IgG	г/л	9,63±0,1	18,3±0,3 ^{*1}	29,3±0,30 ^{*1,2}	29,35±0,3 ^{*1,2}
IgM	г/л	2,07±0,05	2,37±0,04 ^{*1}	6,17±0,04 ^{*1,2}	6,37±0,04 ^{*1,2}
IgA	г/л	2,09±0,07	1,37±0,12 ^{*1}	0,37±0,12 ^{*1,2}	0,3±0,12 ^{*1,2}
ЦИК	усл. ед.	39,72±2,33	56,6±0,88 ^{*1}	67,6±0,88 ^{*1,2}	68,6±0,88 ^{*1,2}
Лизоцим	мкг/мл	8,5±1,02	3,1±0,82 ^{*1}	2,3±0,82 ^{*1}	1,06±0,82 ^{*1-3}
ИХЛ	-	11,07±1,05	27,65±1,3 ^{*1}	38,37±1,3 ^{*1,2}	48,47±1,3 ^{*1-3}
В содержимом десневого кармана					
Ядра клеток	%	4,2±0,3	9,57±1,3 ^{*1}	13,0±1,3 ^{*1,2}	16,2±1,4 ^{*1-3}
Разрушенные клетки	%	4,1±0,7	18,9±1,2 ^{*1}	21,8±2,0 ^{*1}	29,6±0,8 ^{*1-3}
Эпителиальные клетки	%	78,4±1,3	18,9±1,3 ^{*1}	16,4±1,2 ^{*1}	17,4±1,1 ^{*1}
ПЯЛ	%	17,6±0,3	81,7±2,1 ^{*1}	80,7±2,3 ^{*1}	84,1±1,5 ^{*1}
Мононуклеарные лейкоциты	%	3,1±0,2	7,1±0,9 ^{*1}	15,9±1,8 ^{*1,2}	16,2±1,9 ^{*1,2}
В слюне					
ИНФу	пкг/мл	42,44±3,14	455,16±4,4 ^{*1}	462,65±8,55 ^{*1}	796,3±122,11 ^{*1-3}
ФНОα	пкг/мл	122,65±8,14	779,13±18,76 ^{*1}	780,17±26,86 ^{*1}	945,49±13,32 ^{*1-3}
IgA	г/л	0,13±0,05	0,22±0,08 ^{*1}	0,24±0,08 ^{*1}	0,28±0,09 ^{*1-3}
sIgA	г/л	0,5±0,05	1,62±0,1 ^{*1}	1,69±0,1 ^{*1}	2,74±0,1 ^{*1-3}
IgG	г/л	0,09±0,02	1,21±0,0 ^{*1}	2,31±0,1 ^{*1,2}	3,33±0,24 ^{*1-3}
ИЛ-4	пкг/мл	12,56±1,21	9,16±1,9 ^{*1}	6,89±0,84 ^{*1,2}	5,34±0,89 ^{*1-3}

Примечание. Здесь и в последующих таблицах * – p<0,05, цифра рядом со звездочкой указывает на группу, по отношению к которой отличие достоверно.



Локально, в содержимом десневого кармана, выявлено повышение, по сравнению со здоровыми донорами, количества полиморфноядерных и мононуклеарных лейкоцитов, числа разрушенных клеток и их ядер, снижение процентного содержания эпителиальных клеток.

Исследование цитокинов и иммуноглобулинов в слюне выявило повышение концентрации провоспалительного ФНО α , ИНФ γ , IgG, IgA и sIgA, на фоне сниженного уровня противовоспалительного цитокина ИЛ-4. Более выраженные изменения выявлены при экссудативно-гиперемической и, особенно, при эрозивно-язвенной формах красного плоского лишая слизистой полости рта.

Таким образом, у больных с типичными формами красного плоского лишая слизистой полости рта, в большей степени с экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной, полученные изменения лабораторных показателей выявили развитие выраженной воспалительной реакции преимущественно в слизистой полости рта. Это подтверждается системно лейкоцитозом, эозинофилией, повышением СОЭ, ИХА, содержания цитотоксической субпопуляции лимфоцитов, СОЭ, ИХЛ, концентрации IgG, IgM, ЦИК, локально – повышением количества полиморфноядерных и мононуклеарных клеток, их разрушенных фрагментов, провоспалительного ФНО α и всех изученных иммуноглобулинов. В то же время наблюдается дисбаланс в показателях иммунного статуса с признаками развития вторичного иммунодефицита и нарушением процессов регенерации (снижение в крови количества общих и хелперной субпопуляций лимфоцитов, концентрации IgA, локально – снижение содержания эпителиальных клеток и противовоспалительного цитокина ИЛ-4).

Выводы. Таким образом, у больных с различными клиническими формами красного плоского лишая большая выраженность изменений связана с формой патологического процесса. У больных с типичной, в большей степени с экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной формами на системном уровне наблюдается лейкоцитоз, эозинофилия, повышение содержания цитотоксической субпопуляции лимфоцитов, СОЭ, ИХЛ, концентрации IgG, IgM, ЦИК, снижение количества общих и хелперной субпопуляции лимфоцитов, концентрации IgA, лизоцима, локально – повышение числа полиморфноядерных и мононуклеарных клеток, их разрушенных фрагментов, в слюне уровня ФНО α , всех изученных иммуноглобулинов, снижение содержания эпителиальных клеток и ИЛ-4. Выявленные нами изменения позволяют помимо патогенетического общего и местного лечения по поводу основного кожного заболевания назначать фармакологическую терапию сопутствующего соматического заболевания (желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы), проводить показанные специалистом лечебные мероприятия по коррекции состояния полости рта – санацию (лечение кариеса, удаление разрушенных зубов, не подлежащих восстановлению), лечение заболеваний пародонта (лечебный электрофорез, ополаскивания, витаминно- и антибиотикотерапия, удаление зубных камней, массаж), своевременное и адекватное протезирование с использованием физиологических разновидностей протезов из различных материалов.

Литература

1. Ежова, М.Н. Атрофическая форма красного плоского лишая / М.Н. Ежова, О.С. Миронова, О.А. Иваненко // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2002. – № 6. – С. 10-15.
2. Иванова, Е.В. Иммуноморфологические характеристики красного плоского лишая слизистой оболочки рта / Иванова Е.В., Ч.М. Рабинович, Н.Н. Тупицын // Стоматология. – 2003. – № 5(80). – С. 22-27.
3. Иванова, Н.Н. Психосоматическое состояние больных красным плоским лишаем / Н.Н. Иванова, Р.А. Мансуров // Вестник дерматологии и венерологии. – 2003. – № 5. – С. 28-30.
4. Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний : учеб. пособие / Э.М. Кузьмина. – М. : Тонга-принт. – 2001. – С. 216.
5. Леус, П.А. Коммунальная стоматология / П.А. Леус. – Брест, 2000. – С. 284.
6. Рахматов, Т.П. О состоянии слизистой оболочки полости рта и губ / Т.П. Рахматов, Х.И. Исралиев // Вестник дерм. и венерол. – 2001. – № 3. – С. 31.
7. Петрова, Л.В. Особенности клинического течения красного плоского лишая слизистой оболочки рта / Л.В. Петрова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2002. – № 3. – С. 28-31.
8. Рабинович, Ч.М. Современные подходы к лечению красного плоского лишая слизистой полости рта / Ч.М. Рабинович // Стоматология. – 2005. – Т. 84, № 5. – С. 28-31.
9. Спицина, В.И. Местная реактивность слизистой оболочки полости рта у больных красным плоским лишаем / В.И. Спицина // Рос. стоматологический журнал. – 2002. – № 4. – С. 18-20.



CONDITION OF ORAL MUCOSA IN PATIENTS WITH LICHEN RUBER PLANUS

D.S. SILIN
A.I. CONOPLYA
D.S. TISHKOV
E.V. PISMENNAYA

Kursk State Medical University

e-mail: evpismennaya@yandex.ru

The aim of research was devoted to estimate clinical and diagnostic features of oral mucosa in patients with lichen ruber planus. The research group included 156 patients and the status of oral mucosa was estimated according to indexes of condition of the oral cavity. The majority of patients with lichen ruber planus, especially with clinical appearances of oral mucosa, revealed changes of stomatological status presented by changes of the main stomatological indexes. These changes influenced the formation of specific eruptions; it has been noticed that the spread of eruptions corresponded with the severity of the clinical character, the rash was presented with erosive-ulcerative plaques with different depth of affection. With the worsening of a clinical form the laboratory data tended to reveal the signs of inflammation, which is typical for these types and forms of disease

Keywords: lichen ruber planus, oral mucosa.