

# РОЛЬ СИСТЕМНОЙ ПАТОЛОГИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Шукурова У.А.

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Красный плоский лишай (КПЛ) – дистрофически-воспалительное заболевание с хроническим рецидивирующим течением и формированием хронических кератинизирующих папул на коже и слизистой оболочки полости рта (СОПР). В стоматологической практике плоский лишай встречается довольно часто, составляя 4-10% среди заболеваний полости рта [1,2,10,11].

На сегодняшний день КПЛ рассматривается как многофакторный процесс, в котором ведущими звеньями патогенеза являются нейроэндокринные, метаболические и иммунологические механизмы [4,5,7].

Сопоставление клинической картины КПЛ с результатами цитологических и морфологических исследований позволяет выделить несколько форм заболевания: типичную, экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, гиперкератотическую и буллезную [1,2,10].

Проблема сочетанной патологии в настоящее время приобретает особую остроту в связи с неуклонным ростом полиморбидной заболеваемости и недостаточной эффективностью применяемого в этих случаях традиционного лечения отдельных заболеваний. Примером ассоциированной патологии могут служить сочетанные заболевания внутренних органов и КПЛ. В настоящее время клиническая медицина накопила достаточное количество свидетельств в пользу взаимного отягощения различных заболеваний внутренних органов и КПЛ СОПР [3,6,8,9].

Однако, до сих пор остаются неизученными системные патогенетические механизмы, приводящие как к заболеваниям внутренних органов, так и к тканевой альтерации СОПР при КПЛ.

В научной литературе отсутствуют комплексные исследования об особенностях течения различных клинических вариантов КПЛ в сочетании с патологией внутренних органов.

В связи с вышеизложенным **целью исследований явилось:** изучение влияния соматической отягощенности на клинические проявления и течения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта.

## **Материалы и методы:**

Под наблюдением находилось 139 больных КПЛ СОПР, находившихся на амбулаторном лечении в клинике терапевтической стоматологии ТМА за период с 2009 по 2012 гг.

Среди обследованных 55 (39,57%) составили мужчины и 84 (60,43%) женщины; 20 человек сопоставимого пола и возраста составили группу контроля.

Клинически у 36 человек (25,9%) диагностирована типичная форма заболевания; у 34 (24,4%) – экссудативно-гиперемическая; у 42 (30,22%) – эрозивно-язвенная и у 27 (19,42%) – буллезная.

При верификации клинических форм заболевания использовали классификацию Боровского Е.В. и Машкиллейсона А.Л. 2001 г. [1].

Всех больных консультировали у узких специалистов, для выявления или уточнения диагноза сопутствующей патологии.

Сравниваемые группы были рандомизированы по половому-возрастному признаку, что обеспечивало репрезентативность полученных данных.

### **Результаты и обсуждения.**

Тщательное терапевтическое обследование больных с КПЛ выявило у них различные заболевания внутренних органов, часто полиорганные поражения.

Среди заболеваний внутренних органов наиболее часто выявлялись заболевания органов пищеварения, среди которых часто встречались хронические гастриты различного генеза, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, вторичные функциональные расстройства кишечника на фоне заболеваний гепато-билиарной системы.

Частота заболеваний ЖКТ определялась формой клинического течения КПЛ: при типичной форме они встречались у 55,56% больных; при экссудативно-гиперемической, эрозивно-язвенной и буллезной формах 67,65%; 88,10% и 81,08% соответственно. Наиболее частой сопутствующей патологией ЖКТ явились дисбиотические нарушения кишечника частота обнаружения, которых составила у больных типичной формой 51,11%; при экссудативно-гиперемической – 82,35% и 92,86% и 74,07% при эрозивно-язвенной и буллезной формах соответственно.

Среди других заболеваний внутренних органов наиболее часто выявлялись очаги хронической инфекции различной локализации: одонтогенные (апикальные гранулемы, кисты, периодонтит); ЛОР органов (хронический тонзиллит, хронический фарингит, хронический гайморит и др.); гепато-билиарной системы (хронический холецистит, хронический холангит); мочевыделительной системы и урогенитальной сферы (хронический пиелонефрит, хронический простатит, хронический аднексит и др.).

При сравнительном анализе клинических форм КПЛ установлено, что при нарастании воспалительно-деструктивных процессов в эпителии СОР при КПЛ (типичная, экссудативно-гиперемическая, эрозивно-язвенная и буллезная) наблюдалось прогрессивное увеличение частоты хронических очагов инфекции. Так, если при типичной форме частота встречаемости очагов хронической инфекции составила 52,78%; то, при экссудативно-гиперемической, эрозивно-язвенной и буллезной формах уже 88,74%; 80,95% и 66,67% соответственно (Таблица 1).

Практически все системы организма оказались вовлечены в спектр внутренней патологии, способной провоцировать начало и усугублять течение патологии на СОПР.

Таблица 1.

Структура заболеваний внутренних органов у больных КПЛ, в зависимости от клинической формы заболевания

ЗАБОЛЕВАНИЯ.	Клиническая форма КПЛ							
	Типичная n=36		Экссудативно- гиперемическая n=34		Эрозивно- язвенная n=42		Буллезная n=27	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<b>Хронические очаги инфекции:</b> Одонтогенные (хрон. периодонтит, апикальные гранулемы, кисты);	1	2,78	2	5,88	3	7,14	4	14,81
ЛОР - органов (хрон. тонзиллит, хрон. фарингит, хрон. гайморит);	3	8,33	3	8,82	3	7,14	3	11,11
Бронхолегочной системы (хрон. бронхит);	2	5,56	5	14,71	6	14,78	2	7,41
Желчевыводящих путей (хрон. холецистит, хрон. холангит);	13	38,24	20	58,82	22	52,38	11	40,74
<b>Заболевания мочевыделительной системы и урогенитальной сферы</b> (хрон. пиелонефрит, цистит, простатит, аднексит, кольпит);	15	41,67	20	58,82	30	71,42	15	55,5
<b>Заболевания ЖКТ</b> (хрон. гастрит, язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки, колит, и др.);	20	56,56	23	67,65	37	88,10	20	74,07
Дисбактериоз кишечника	22	61,11	28	82,35	39	92,86	13	48,15
<b>Заболевания сердечно-сосудистой системы</b> (нейроциркуляторная дистония; гипертоническая болезнь; миокардиодистрофия; ИБС).	15	41,67	18	52,94	21	50,0	11	40,74
<b>Эндокринные заболевания:</b> Сахарный диабет (II тип);	3	8,33	4	11,76	12	28,57	4	14,81
Заболевания щитовидной железы;	4	11,11	3	8,82	7	16,67	3	11,11
<b>Дисфункция половых гормонов у женщин</b> , в том числе, дисменорея;	2	9,10	3	15,0	5	20,0	3	17,65
Климакс;	2	9,10	4	20,0	7	28,0	2	11,76
<b>Метаболические нарушения:</b> Ожирение (адипозо-генитальное, алиментарное);	6	16,67	10	29,41	12	28,57	5	18,52
Сидеропенический синдром;	4	11,11	3	8,82	5	11,90	2	7,40
<b>Заболевания системы крови:</b> хрон. железодефицитная анемия;	2	5,55	6	17,65	12	24,10	5	18,52
<b>Заболевания нервной системы:</b> Неврозы, фобии;	17	47,22	21	61,76	30	71,43	7	25,93
Пояснично-крестцовый радикулит, невралгия, остеохондроз;	4	11,11	7	20,59	6	14,29	2	7,41
<b>Аллергические заболевания</b> (крапивница, полиноз, бронхиальная астма, узловатая эритема);	2	5,55	3	8,82	7	9,72	5	18,52

Сочетанные заболевания внутренних органов были установлены у 130 (93,96%) обследованных. Как правило, у больных отмечалось наличие 2-3 и более заболеваний внутренних органов.

Как видно из таблицы 2, с увеличением тяжести клинического течения КПЛ увеличивается частота фоновой соматической патологии, так, если у больных КПЛ с типичной формой заболевания частота обнаружения составила  $1,83 \pm 0,22$  случая на одного больного, то у больных экссудативно-гиперемической формой  $2,65 \pm 0,44$  случая, а у больных эрозивно-язвенной и буллезной соответственно –  $4,72 \pm 0,35$  и  $4,02 \pm 0,51$  случаев.

Таблица 2.

Количество этиологических факторов участвующих в развитии различных форм КПЛ

Клиническая форма КПЛ	Количество выявленных этиологических факторов развития КПЛ					Этиология не выявлена	Σ
	Один	Два	Три	Четыре	Пять		
Типичная, n=36	$\frac{3}{8,33}$	$\frac{7}{19,44}$	$\frac{8}{22,22}$	$\frac{2}{5,55}$	$\frac{2}{5,55}$	$\frac{7}{19,44}$	$\frac{29}{80,56}$
Экссудативно-гиперемическая, n=34	$\frac{3}{8,32}$	$\frac{5}{14,71}$	$\frac{7}{20,60}$	$\frac{8}{23,53}$	$\frac{7}{20,60}$	$\frac{2}{5,88}$	$\frac{32}{94,12}$
Эрозивно-язвенная, n=42	$\frac{0}{0}$	$\frac{3}{7,14}$	$\frac{5}{11,90}$	$\frac{14}{33,33}$	$\frac{20}{47,62}$	$\frac{0}{0,0}$	$\frac{42}{100,0}$
Буллезная, n=27	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{7}{25,93}$	$\frac{8}{29,63}$	$\frac{12}{44,44}$	$\frac{0}{0,0}$	$\frac{27}{100,0}$
<b>Всего у больных КПЛ, n=139</b>	$\frac{3}{8,32}$	$\frac{3}{8,32}$	$\frac{3}{8,32}$	$\frac{3}{8,32}$	$\frac{3}{8,32}$	$\frac{9}{6,47}$	$\frac{130}{93,35}$
Контроль, n=20	$\frac{2}{10,0}$	$\frac{3}{15,0}$	$\frac{5}{15,0}$	$\frac{1}{5,0}$	$\frac{1}{5,0}$	$\frac{8}{40,0}$	$\frac{12}{60,0}$

**Примечание:** в числителе – количество больных;  
в знаменателе – в % от числа больных в группе.

При этом фоновую соматическую патологию не удалось обнаружить у 7 (19,44%) больных типичной формой КПЛ СОПР, и 2 (5,88%) экссудативно-гиперемической; у больных эрозивно-язвенной и буллезной формами фоновая соматическая патология обнаруживалась в 100% случаев (таблица 2).

Таким образом, КПЛ является патологией, ассоциированной с заболеваниями внутренних органов.

Очевидно, что при изучении патогенеза развития заболевания нельзя ограничиваться изучением локальных предпосылок и причин, выявляющих развитие КПЛ.

Ротовой полости принадлежит особая роль в представительстве зон гомогетероэнергетической системы человеческого организма. Многообразие и высокая степень дифференцировки тканей полости рта подтверждает её многочисленные высокоспециализированные биологические функции. Состояние

органов и тканей полости рта имеет большое значение в рамках целостной концепцией здоровья человека и их связи с заболеваниями внутренних органов.

Существует значительное число исследований, которые указывают на связь заболеваний КПЛ СОПР с некоторыми системными заболеваниями и патологией внутренних органов [1,2,3,5,6,11]. Необходимо проведение дальнейших исследований, для более совершенного представления о том, как патология СОПР при КПЛ как локализованного хронического процесса взаимосвязана с развитием, прогрессированием и тяжестью системных заболеваний и патологий внутренних органов.

Однако, до сих пор остаются неизученными многие системные патогенетические механизмы, приводящие к заболеваниям внутренних органов и тканевой альтерации СОПР при различных вариантах течения КПЛ. Отсутствуют убедительные объяснения причин снижения барьерных функций и несостоятельной резистентности слизистой при КПЛ.

Наличие высокой частоты соматических заболеваний у больных с разными клиническими вариантами течения КПЛ позволяет предположить участие в локальных проявлениях КПЛ на СОПР патогенетических механизмов, проявляющихся нарушениями многих гомеостатических систем организма.

#### **Список литературы.**

1. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. – М.: МедПресс, 2001.-С. 156-166.
2. Волков Е.А., Гемонов В.В., Лемецкая Т.И., Брусенина Н.Д., Гришина Л.В. // Заболевания слизистой оболочки полости рта: учебник для ВУЗов/ Под ред. Барер Г.М. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. -288 с.
3. Гилева О.С., Белёва Н.С., Либик Т.В. Факторы системного риска у больных с проявлениями красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта / Акт. вопр. клин. и экспер. мед.: Материалы межрегион. науч. сессии молодых ученых. – Пермь, 2009. – С. 191-194.
4. Иванова Е.В., Тупицын Н.Н., Рабинович И.М., Рабинович О.Ф. Субпопуляции лимфоцитов слизистой оболочки рта, пораженной плоским лишаем // Клиническая иммунология. 2007. - № 1.- С.31-33.
5. Ирсадиева Ф.Х. Состояние местных факторов защиты полости рта у больных с аллергическими заболеваниями // Медицинский журнал Узбекистана 2009.- №4.-С. 58-66.
6. Невозинская З., Корсунская И.М. Современный взгляд на патогенез красного плоского лишая // Сибирский журнал дерматологии и венерологии.-2007. -№8. – С. 23-28
7. Петрова Л.В. Клиника, патогенез и лечение КПЛ слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. д-ра мед. наук — М.,2002. -42с.
8. Рабинович О.Ф., Эпельдимова Е.Л. Методы диагностики и местного лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта (красный плоский лишай, рецидивирующий афтозный стоматит, декубитальные язвы) // Стоматология 2005. - № 3.- С. 58-66.

9. Тиунова Н.В. оптимизация комплексного лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Автореф. дис....канд. мед. наук.- Н-Новгород, 2009. – 22 с.
10. Трунина, Л.П. Лимфотропная медикаментозная терапия в комплексном лечении красного плоского лишая полости рта: Автореф. дис... канд. мед. наук. — Самара, 2005. 27 с.
11. Цветкова Л.А., Арутюнов С.Д., Петрова Л.В., Перламутров Ю.Н./ Заболевания слизистой оболочки рта и губ // Учебное пособие. 2-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006.-208 с.

### **РЕЗЮМЕ**

В ходе исследования изучено влияние соматической отягощенности на клинические проявления и течения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Под наблюдением находилось 139 больных КПЛ СОПР, клинически у 36 человек (25,9%) диагностирована типичная форма заболевания; у 34 (24,4%) – экссудативно-гиперемическая; у 42 (30,22%) – эрозивно-язвенная и у 27 (19,42%) – буллезная.

Наличие высокой частоты соматических заболеваний у больных с разными клиническими вариантами течения КПЛ позволяет предположить участие в локальных проявлениях КПЛ на СОПР патогенетических механизмов, проявляющихся нарушениями многих гомеостатических систем организма.

### **SUMMARY**

The influence of somatic pathology on clinical course and manifestation of lichen planus of oral cavity has been studied during the research. 139 patients with lichen planus of oral mucosa were observed. By clinical evidence typical form of the disease was diagnosed at 36 patients (25,9%), exudative and hyperemic form was at 34 patients (24,4%), erosive and ulcerous form was at 42 patients (30,22%) and bullous form was at 27 patients (19,42%).

Presence of high frequency of somatic diseases at patients with clinical course varieties of lichen planus permits to suppose that pathogenetic mechanisms manifesting by dyscrasia of body systems take part in local manifestations of lichen planus on oral mucosa.