

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ
КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ПРИ ОПТИМИЗАЦИИ
КОМПЛЕКСНОГО ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ**

**3.1. КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ
КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

Клиническое обследование включало выявление жалоб пациента, тщательный сбор анамнеза, осмотр полости рта по общепринятой методике с использованием стандартного набора стоматологических инструментов. При сборе анамнеза выясняли время появления жалоб и элементов поражения в полости рта и причины их возникновения по мнению больного, определяли наличие элементов поражения на кожных покровах, частоту обострений, тактику и эффективность проведенного ранее лечения.

Также учитывали влияние экзогенных и эндогенных факторов риска на развитие КПЛ СОПР. Среди экзогенных факторов риска большое внимание уделялось профессиональным вредностям, приему лекарственных препаратов. Среди эндогенных факторов риска отмечали перенесенные стрессовые ситуации и длительное пребывание в состоянии нервно-психического напряжения, а также сопутствующую соматическую патологию.

При осмотре полости рта определяли состояние слизистой оболочки, цвет, степень увлажненности, локализацию элементов поражения (папул, эрозий, пузырей) и феномен изоморф-

ной реакции Кебнера, проявляющийся возникновением свежих первичных элементов, свойственных данному заболеванию, на месте раздражения слизистой оболочки любым экзогенным фактором [143]. Также при осмотре полости рта выявляли местные экзогенные факторы риска КПЛ СОПР.

Уровень интенсивности кариеса зубов оценивали по индексу КПУ, который рассчитывали по сумме кариозных, пломбированных и удаленных зубов у больного.

Состояние гигиены полости рта характеризует *упрощенный индекс гигиены ОНI-S* (J.C. Green, J.R. Vermillion, 1964). Исследовали вестибулярные поверхности зубов 1.6, 1.1, 2.6, 3.1 и язычные поверхности зубов 3.6, 4.6. Оценка зубного налета проводили визуально. Отсутствие зубного налета — 0 баллов; зубной налет, покрывающий не более 1/3 поверхности коронки — 1 балл, налет, покрывающий более 1/3, но менее 2/3 поверхности коронки — 2 балла, налет, покрывающий более 2/3 поверхности коронки — 3 балла. Оценка над- и поддесневого зубного камня осуществляли с помощью стоматологического зонда. Отсутствие зубного камня — 0 баллов, наличие наддесневого зубного камня, покрывающего не более 1/3 поверхности коронки, — 1 балл, наличие наддесневого зубного камня, покрывающего более 1/3, но менее 2/3 поверхности коронки, или наличие отдельных отложений поддесневого зубного камня — 2 балла, наличие наддесневого зубного камня, покрывающего более 2/3 поверхности коронки, или значительные отложения поддесневого зубного камня — 3 балла. Затем баллы складывали, делили на общее число обследованных зубов и суммировали значения компонентов зубного налета и зубного камня. По величине индекса определялось гигиеническое состояние полости рта: 0–1,2 балла — хорошее; 1,3–3,0 балла — удовлетворительное; 3,1–6,0 баллов — плохое.

Для оценки *состояния тканей пародонта* использовали *патиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА)* в модификации Рагма (1960). Состояние десны у каждого зуба оценивали после окрашивания ее раствором «Колор-тест № 1» («ВладМиВа»). При этом воспаленные участки десны приобретали коричневую окраску из-за присутствия гликогена. Отсутствие воспаления

оценивали в 0 баллов, воспаление десневого сосочка — в 1 балл, воспаление десневого сосочка и маргинальной десны — в 2 балла, воспаление десневого сосочка, маргинальной и альвеолярной десны — в 3 балла. Индекс РМА рассчитывали по формуле:

$$PMA = \frac{\text{сумма баллов}}{3 \times \text{число зубов}} \times 100\%$$

Значение индекса менее 30% указывало на легкую степень тяжести воспаления десны, 31–60% — на среднюю степень тяжести, 61% и более — на тяжелую степень.

Индекс кровоточивости по Н. Kotzschke (1975) основан на определении кровоточивости по данным анамнеза. Редкое появление кровоточивости, главным образом при приеме твердой пищи — I степень, кровоточивость во время чистки зубов — II степень и спонтанная кровоточивость — III степень кровоточивости. Данный индекс не учитывает отсутствие кровоточивости, поэтому в нашей работе мы применяли индекс кровоточивости по Н. Kotzschke (1975) в нашей модификации и определяли кровоточивость в баллах: отсутствие кровоточивости — 0 баллов, редкое появление кровоточивости, главным образом при приеме твердой пищи — 1 балл, кровоточивость во время чистки зубов — 2 балла и спонтанная кровоточивость — 3 балла.

Таблица 1

Распределение больных красным плоским лишаем СОПР по полу и возрасту

Возраст, лет	Женщины	Мужчины	Всего, абс. (%)
31–40	2	2	4 (7)
41–50	11	1	12 (20)
51–60	17	—	17 (28)
61–70	15	1	16 (27)
71–80	10	1	11 (18)
Всего, абс. (%)	55 (92)	5 (8)	60 (100)

В нашем исследовании среди 60 пациентов с КПЛ СОПР преобладали женщины (табл. 1). Средний возраст больных составил $58,30 \pm 1,47$ года (от 31 до 80 лет), 76% пациенток находились в возрасте от 50 до 80 лет. Преимущественная пораженность женщин старше 50 лет согласуется с имеющимися в литературе сведениями [49, 54, 112, 124, 176].

Из клинических форм КПЛ СОПР нами выявлены папулезная, типичная, эрозивная и буллезная (табл. 2, рис. 1–4).

Жалобы на жжение, боль при приеме пищи и разговоре предъявляли 51% пациентов, жалобы на визуальные изменения слизистой — 18%, на сухость в полости рта — 38%, на чувство стянутости слизистой оболочки полости рта — 23%. На неэффективность проведенного ранее лечения в других стоматологических поликлиниках указали 27% больных.

У 4 пациентов (7%) проявления лишая красного плоского папулезного в полости рта протекали бессимптомно и были обнаружены при санации полости рта. У 56 больных (93%) длительность заболевания составила от двух недель до 17 лет (рис. 5).

Появление жалоб и элементов поражения в полости рта 38 больных (63%) связывали с перенесенными стрессовыми

Таблица 2

Распределение больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта по клиническим формам заболевания

Клиническая форма	Основная группа (человек)	Группа сравнения (человек)	Всего	
			Абс. число	%
Лишай красный плоский папулезный L43.80	14	15	29	49
Лишай красный плоский (типичные бляшки) в полости рта L43.83	1	1	2	3
Лишай красный плоский, эрозивная форма L43.82	12	12	24	40
Лишай красный плоский буллезный L43.1	3	2	5	8

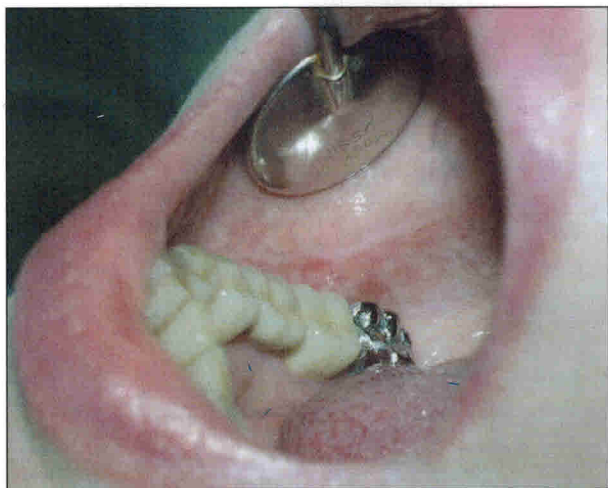


Рис. 1. Пациентка Н., 63 года: диагноз «Лишай красный плоский папулезный»



Рис. 2. Пациентка И., 47 лет: диагноз «Лишай красный плоский (типичные бляшки) в полости рта»



Рис. 3. Пациентка О., 71 год: диагноз «Лишай красный плоский, эрозивная форма»



Рис. 4. Пациентка П., 62 года: диагноз «Лишай красный плоский буллезный»

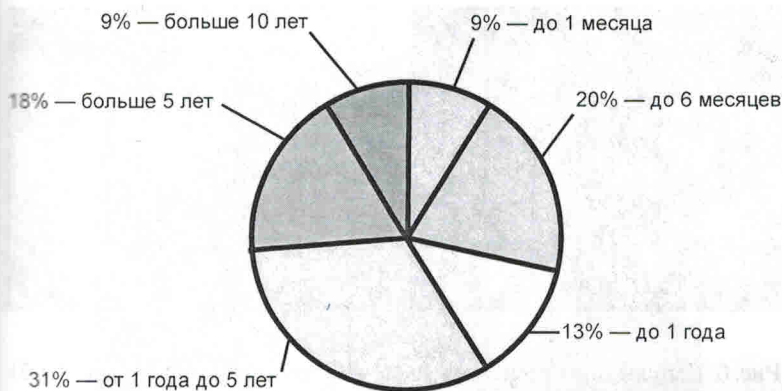


Рис. 5. Длительность заболевания КПЛ слизистой оболочки полости рта

ситуациями, психоэмоциональным перенапряжением, 7 больных (12%) — с проведенным ранее протезированием, 5 больных (8%) — с обострением хронического соматического заболевания.

На кожных покровах элементы поражения (рис. 6) наблюдались у 4 пациентов.

Из экзогенных факторов риска отмечены профессиональные вредности (работа на предприятиях химической промышленности) у 5% больных, прием лекарственных препаратов (маннинил, пропранолол) — у 3% больных. Из эндогенных факторов риска выявлены перенесенные стрессовые ситуации у 63% больных и сопутствующая соматическая патология у 88% больных. В структуре сопутствующей соматической патологии отмечены: хронический гастрит (25% больных), хронический колит (5%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (8%), хронический панкреатит (15%), хронический холецистит (4%), в анамнезе с холецистэктомией (7% больных), гепатит С (3% больных), гипертоническая болезнь (37%), сахарный диабет (10%), ишемическая болезнь сердца, стенокардия (7%), остеохондроз (12%), заболевания щитовидной железы (3%), хроническая экзема (3%), псориаз (3%), патология жен-



Рис. 6. Папулы при красном плоском лишае на кожных покровах (а, б)

ской половой сферы (11%). У 47% больных отмечены два и более хронических заболевания. Сочетание гипертонической болезни, сахарного диабета и проявлений красного плоского лишая атрофических и эрозивных в полости рта — синдром Гриншпана — наблюдалось у 7% больных.

При осмотре полости рта гиперемия и отек слизистой оболочки полости рта выявлены у 52% больных, сухость слизистой оболочки полости рта — у 38% человек. У 65% больных КПЛ СОПР элементы поражения локализовались одновременно на нескольких участках. Элементы поражения располагались на слизистой оболочке щек у 83% больных, слизистой оболочке ретромолярной области у 37%, на слизистой оболочке альвеолярных отростков у 35%, на переходных складках верхней и нижней челюсти у 17%, на слизистой оболочке боковой поверхности языка у 15%, на слизистой оболочке дорсальной поверхности языка у 13%, на слизистой оболочке вентральной поверхности языка у 13%, на слизистой оболочке дна полости рта у 12%, на слизистой оболочке верхней и нижней губы у 8%, на слизистой оболочке твердого неба у 3%, на слизистой оболочке мягкого неба у 2%. Таким образом, чаще всего элементы поражения локализовались на слизистой оболочке щек (рис. 7), на слизистой оболочке ретромолярной области (рис. 8) и слизистой оболочке альвеолярных отростков (рис. 9).



Рис. 7. Пациентка М., 65 лет: диагноз «Лишай красный плоский папулезный», локализация папул на слизистой оболочке правой щеки

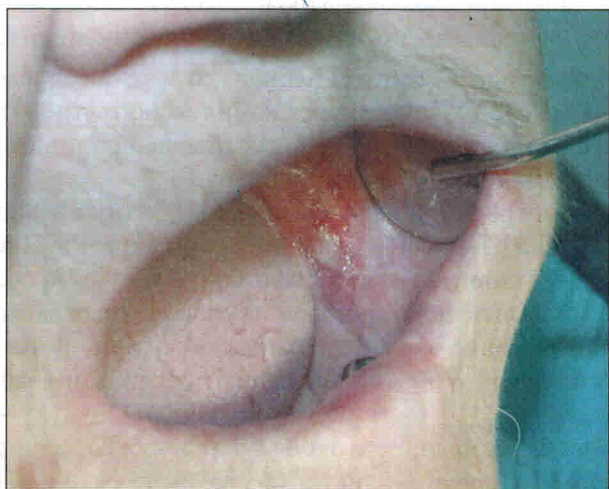


Рис. 8. Пациентка С., 70 лет: диагноз «Лишай красный плоский, эрозивная форма», локализация эрозии на слизистой оболочке ретро-молярной области



Рис. 9. Пациентка Т., 47 лет: диагноз «Лишай красный плоский папулезный», локализация папул на слизистой оболочке альвеолярных отростков

Положительный симптом Кебнера до лечения определялся у 20 больных (33%). После курса комплексного этиопатогенетического лечения у 100% больных отмечен отрицательный феномен изоморфной реакции Кебнера.

При осмотре полости рта выявлены местные экзогенные факторы риска КПЛ СОПР: наличие острых краев зубов и коронок, неудовлетворительное состояние пломб у 57% больных, наличие металлических протезов из разнородных металлов у 27%, использование окрашенных пластмасс при протезировании у 8% больных. У 77% больных диагностированы заболевания пародонта.

Интенсивность кариеса зубов по индексу КПУ составила $18,85 \pm 0,90$. До лечения константа «К» была равна $3,77 \pm 0,60$ (20% от его значения), константа «П» — $5,63 \pm 0,60$ (30%), константа «У» — $9,37 \pm 1,04$ (50%) (рис. 10). Наши результаты подтверждаются данными В.Б. Акинфиевой (2007) о преобладании удаленных зубов у больных КПЛ СОПР, что вызвано редкими,

нерегулярными посещениями врача-стоматолога, отсутствием профилактических мероприятий и систематических осмотров в связи со стрессом и обострением заболевания после врачебных манипуляций [3].

После лечения константа «К» составила $0,97 \pm 0,38$, константа «П» — $8,00 \pm 0,71$ и константа «У» — $9,80 \pm 1,03$ (см. рис. 10), что соответствует 5, 43 и 52% от значения индекса КПУ.

У 72% больных выявлено плохое состояние гигиены полости рта (рис. 11), что также констатировали ряд авторов [3, 16, 21, 49, 77]. При исходном осмотре полости рта средняя величина гигиенического индекса ОНI-S была достоверно выше значения этого индекса в контрольной группе (табл. 3). У больных с эрозивной и буллезной формами индекс ОНI-S составил $4,12 \pm 0,15$ балла, что в два раза больше, чем у больных с лишаем красным плоским папулезным и лишаем красным плоским (типичными бляшками) в полости рта — $2,23 \pm 0,14$ балла, различия статистически достоверны ($p < 0,001$).

Клиническое состояние и уровень гигиены полости рта являются взаимоухудшающими факторами: при наличии воспаления, гиперемии, болезненности и дискомфорта на слизистой

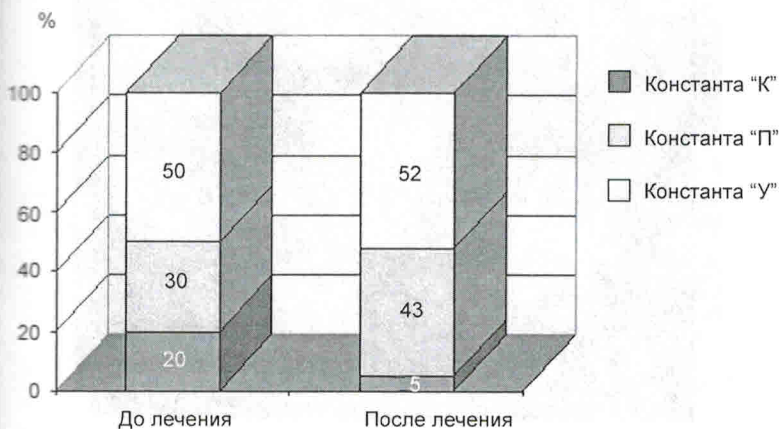


Рис. 10. Структура индекса КПУ у больных КПЛ СОПР до и после лечения

**Индексная оценка стоматологического статуса больных КПЛ
СОПР до и после лечения**

Индексы	До лечения	После лечения	P
ОНИ-S (баллы)	3,14±0,12	1,61±0,11	p<0,001
РМА (%)	36,44±3,95	13,98±1,61	p<0,001
Модифицированный индекс кровоточивости по Н. Kotzschke (баллы)	1,82±0,13	1,17±0,10	p<0,05

пациент производит более щадящую чистку зубов, что снижает уровень гигиены, а микроорганизмы и токсины зубного налета отрицательно влияют на клиническую картину заболевания [48]. Поэтому перед началом комплексного этиопатогенетического лечения следует проводить профессиональную гигиену полости рта. При ее отсутствии все лечебные мероприятия



Рис. 11. Пациентка О., 71 год: диагноз «Лишай красный плоский, эрозивная форма», плохой уровень гигиены полости рта

малоэффективны. Профессиональная гигиена обеспечивает улучшение гигиенического состояния ротовой полости и служит мотивационным аспектом, так как появляется критерий самоконтроля в виде чувства гладкости зубов. Большое значение имеет обучение пациента рациональной гигиене полости рта и языка, которое следует рассматривать как необходимое условие эффективности лечебных мероприятий при КПЛ СОПР. Однако мы считаем, что только обучения рациональной гигиене полости рта недостаточно, необходим контроль качества ее проведения во время диспансерного наблюдения.

После курса комплексного этиопатогенетического лечения гигиеническое состояние полости рта значительно улучшилось (рис. 12), достоверно снизился индекс гигиены ОНI-S, уменьшились воспалительные явления в тканях пародонта, что подтвердилось достоверным снижением индекса РМА и модифицированного нами индекса кровоточивости по Н. Kotzschke (см. табл. 3).



Рис. 12. Пациентка О., 71 год: диагноз «Лишай красный плоский, эрозивная форма», после профессиональной гигиены, санации полости рта и удаления нерациональных ортопедических конструкций

3.2. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ В СТРУКТУРЕ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ

Анализ 23 424 медицинских карт стоматологического больного (форма № 043/у) показал, что с 2006 по 2010 гг. в стоматологическую поликлинику Нижегородской государственной медицинской академии обратилось 244 первичных пациента с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Из них у 160 был выявлен КПЛ СОПР (табл. 4).

Структура предраковых заболеваний была следующей:
красный плоский лишай — 65,6% (160 больных);
лейкоплакия — 24,6% (60 больных);
папилломы — 2,9% (7 больных);
болезнь Кейра — 2,5% (6 больных);
болезнь Боуэна — 1,6% (4 больных);
ограниченный предраковый гиперкератоз нижней губы — 1,2% (3 больных);

Таблица 4

Распределение первично обратившихся пациентов с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ с 2006 по 2010 гг.

Год обращения	Первично обратившиеся пациенты с предраковыми заболеваниями СОПР	Первично обратившиеся пациенты с КПЛ СОПР
2006	47	28
2007	42	30
2008	44	31
2009	51	34
2010	60	37
Итого	244	160

абразивный преинвазивный хейлит Манганотти — 0,8% (2 больных);

эрозивно-язвенная форма красной волчанки — 0,4% (1 больной);

кожный рог — 0,4% (1 больной).

Таким образом, КПЛ СОПР встречается в 1,9 раза чаще, чем остальные предраковые заболевания в совокупности.

Согласно нашим исследованиям, за пятилетний период пациентов с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ стало больше в 1,28 раза, из них количество первично обратившихся пациентов с КПЛ СОПР увеличилось в 1,32 раза (см. табл. 4). Наши результаты согласуются с данными З. Невозинской (2007) о росте заболеваемости КПЛ в разных промышленных регионах Российской Федерации за период 2001–2005 гг. [108]. Увеличение числа пациентов с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ можно объяснить ухудшением экологической обстановки, увеличением частоты стрессовых реакций, несвоевременно назначенным лечением или его отсутствием, расширением диагностических возможностей, а также возросшей онкологической настроенностью врачей-стоматологов.

3.3. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Для оценки психоэмоционального состояния применяли личностную шкалу тревоги J. Teulor (1955) в модификации Т.А. Немчина (1966). Опросник состоял из 50 утверждений, на которые следовало дать ответ «да» или «нет» (см. Приложение 3).

Результаты оценивались путем подсчета ответов, свидетельствующих о тревожности. Каждый ответ «да» на высказывания с 14 по 50 и ответ «нет» на высказывания с 1 по 13 оценивался в 1 балл.

Сумма с 40 по 50 баллов означает очень высокий уровень тревоги, с 20 по 40 баллов — высокий уровень тревоги, с 15