

СТРУКТУРА КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Жовтяк П. Б.¹, Григорьев С.С.¹, Летаева О.В.²

¹ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Екатеринбург, e-mail:polina_zhovtyak@mail.ru;

²-ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздрава РФ, г. Екатеринбург, e-mail:letaeva82@mail.ru

В статье представлен анализ соматической патологии у пациентов с различными формами красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Исследование проведено на основании результатов комплексного обследования 47 пациентов с типичной, эрозивно-язвенной и экссудативно-гиперемической формами дерматоза на базе стоматологической клиники ГБОУ ВПО Уральского государственного медицинского университета Минздрава России с 2013 по 2014 г. Установлено, что у всех обследуемых присутствует коморбидная патология, доминируют заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, сочетанная патология наиболее часто обнаружена у больных эрозивно-язвенной формой заболевания. В структуре фоновой патологии при типичной форме дерматоза выявлено преобладание патологии желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, при эрозивно-язвенной форме – нарушения со стороны нервной системы, при экссудативно-гиперемической доминирует эндокринная патология. Особенности распределения, частоту сопутствующей патологии у пациентов с различными формами красного плоского лишая слизистой оболочки рта целесообразно учитывать при диагностике и планировании комплексного лечения.

Ключевые слова: красный плоский лишай, слизистая оболочка рта, соматическая патология.

THE STRUCTURE OF COMORBID PATHOLOGY IN PATIENT WITH VARIOUS FORMS OF ORAL LICHEN PLANUS

Zhovtyak P.B.¹, Grigoriev S.S.¹, Letaeva O.V.²

¹Ural State Medical University of Russia, Ekaterinburg, e-mail:polina_zhovtyak@mail.ru;

²Ural Research Institute of dermatology and immunopathology, Ekaterinburg, e-mail:letaeva82@mail.ru

The article presents an analysis of somatic pathology in patients with various forms of oral lichen planus. The study was conducted on the basis of a comprehensive survey of 47 patients with typical, erosive ulcerous and exudative dermatoses congestive forms-based dental clinic Medical University, Ural State Medical University, Russian Ministry of Health from 2013 to 2014. It was found that in all subjects there is comorbid pathology, dominated by diseases of the gastrointestinal tract and hepatobiliary system, combined pathology frequently observed in patients with erosive and ulcerative form of the disease. In the structure of the background pathology in typical form of dermatosis found the prevalence of pathology of the gastrointestinal tract and hepatobiliary system, with erosive and ulcerative forme – disorders of the nervous system, exudative hyperemic diminiruet endocrine pathology. Features of distribution, the frequency of comorbidity in patients with various forms of oral lichen planus is expedient to take into account in the diagnosis and planning of complex treatment.

Keywords: oral lichen planus, oral mucosa, somatic pathology.

Красный плоский лишай (КПЛ) – один из распространенных манифестных хронических дерматозов, характеризующийся специфической папулезной сыпью. По данным С.В. Сирак и С.А. Хановой, частота встречаемости изолированных форм КПЛ слизистой оболочки рта (СОР) за последние 20 лет увеличилась в 2 раза и составляет 30–35 % в общей структуре стоматологической заболеваемости [7].

Зарубежные и российские авторы отмечают разнообразие и высокую частоту фоновой соматической патологии у пациентов с красным плоским лишаем [1,5-7]. Ряд исследователей придают иницирующее значение в возникновении КПЛ нарушениям нервной системы и

психоэмоционального статуса [4,10]. Приводятся данные, подтверждающие общность патогенеза неспецифического язвенного колита и эрозивно-язвенной формы КПЛ [10]. Международный опыт исследователей подтверждает наличие корреляции между КПЛ и первичным билиарным циррозом печени, особенно отмечается связь с эрозивно-язвенной формой дерматоза [6]. Кроме характерного поражения кожи и слизистых оболочек при КПЛ описаны также лихеноидные поражения пищевода, желудка, кишечника, мочевого пузыря, эндометрия и среднего уха [4,5,9]. Кроме того, представлены примеры сочетания КПЛ с диффузными болезнями соединительной ткани (дискоидная красная волчанка и склеродермия) [1,3]. Ряд исследователей установили связь КПЛ с хроническим активным гепатитом С [2]. Зарегистрированы случаи КПЛ кожи и СОР у ВИЧ-положительных пациентов, в том числе с развитием гипертрофической формы [8]. КПЛ часто сочетается с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы, нервной системы, с системными воспалительными заболеваниями, злокачественными опухолями внутренних органов. Сочетание эрозивно-язвенной формы КПЛ с сахарным диабетом и артериальной гипертензией в литературе известно как синдром Гриншпана – Поткаева [5].

Установлено, что рецидивы дерматоза возникают на фоне обострения хронической соматической патологии, что усугубляет клиническое течение и снижает эффективность лечения больных КПЛ [6,7]. Несмотря на большое количество клинических исследований, посвященных изучению сопутствующих заболеваний у пациентов с КПЛ, данные о частоте коморбидной патологии у больных с поражением СОР при различных формах дерматоза в литературе нам не встречались. Между тем знание подобных особенностей фоновой соматической патологии у пациентов с КПЛ СОР позволит оптимизировать и индивидуализировать подход к лечению дерматоза.

Цель исследования – изучить структуру соматической патологии у пациентов с различными формами КПЛ СОР.

Материалы и методы

В условиях стоматологической клиники ГБОУ ВПО Уральского государственного медицинского университета Минздрава России с 2013 по 2014 г. мы провели одноцентровое клиническое исследование. Набор пациентов с КПЛ СОР осуществлен в соответствии с критериями включения. Критериями включения больных в исследование являлись: наличие поражений КПЛ СОР и КПЛ кожи с вовлечением СОР; наличие заключения врачей: дерматолога, терапевта, эндокринолога, гастроэнтеролога, кардиолога, иммунолога, невролога; возраст старше 18 лет, информированное добровольное согласие пациента на принятие участия в исследовании. Критерии исключения: изолированная кожная форма

КПЛ, женщины в период беременности и лактации, возраст до 18 лет, отказ больного от участия на любом из этапов исследования.

В работу были включены 47 пациентов с КПЛ СОР: 36 женщин (76,6 %) и 11 мужчин (23,4 %), в возрасте $57,51 \pm 3,09$ лет (от 39 до 76 лет), с длительностью заболевания от 3-х месяцев до 10 лет. Среди обследуемых – 32 (68,1 %) человека с изолированным поражением СОР, 15 (31,9 %) пациентов – со смешанной (кожно-слизистой) формой КПЛ. Типичная форма КПЛ выявлена у 19 пациентов (40,4 %), эрозивно-язвенная форма КПЛ – у 16 пациентов (34,0 %), экссудативно-гиперемическая форма КПЛ – у 12 больных (43,2 %).

Обследование пациентов с КПЛ СОР включало сбор анамнеза, данные общеклинического исследования, в том числе заключения участкового терапевта, эндокринолога, гастроэнтеролога, дерматолога, кардиолога, иммунолога. Оценку стоматологического статуса проводили по общепринятым методикам. Основным методом исследования являлся клинико-эпидемиологический метод, а также метод статистического мониторинга.

Результаты и обсуждение

При анализе результатов исследования обнаружено наличие фоновой соматической патологии у всех пациентов с КПЛ СОР.

Наиболее часто встречается сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы (ЖКТ, ГС) – у 76,5 % обследуемых: хронический гастрит, хронический колит, язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, дисбиозы желудочно-кишечного тракта, вирусный и токсический гепатит, хронический холецистит, дискинезия желчевыводящих путей. Нарушение неврологического статуса (НС): лабильная психика, склонность к эмоциональным стрессам, канцерофобия наблюдались у 70,5 % пациентов исследуемой группы. Среди коморбидной патологии выявлена высокая частота встречаемости заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС): гипертоническая болезнь, аритмия, ишемическая болезнь, варикозная болезнь, атеросклероз, вегетососудистая дистония (61,8 %). Патология эндокринной системы (ЭС) выявлена у 44,1 % пациентов: сахарный диабет, нарушения гормонального фона у женщин, патология щитовидной железы, надпочечников. У 38,2 % больных КПЛ СОР выявлены изменения со стороны иммунной системы (ИС) и признаки вторичного иммунодефицита: детекция вируса Эпштейн – Барра, вируса простого герпеса 1 и 2 типов, цитомегаловируса, вируса гепатита В. Заболевания мочеполовой системы (МПС): калькулезный пиелонефрит, нефротический синдром, у женщин – адено- и эндометриоз, у мужчин – хронический простатит и аденома предстательной железы регистрировались у 34,5 % пациентов (рис.1).

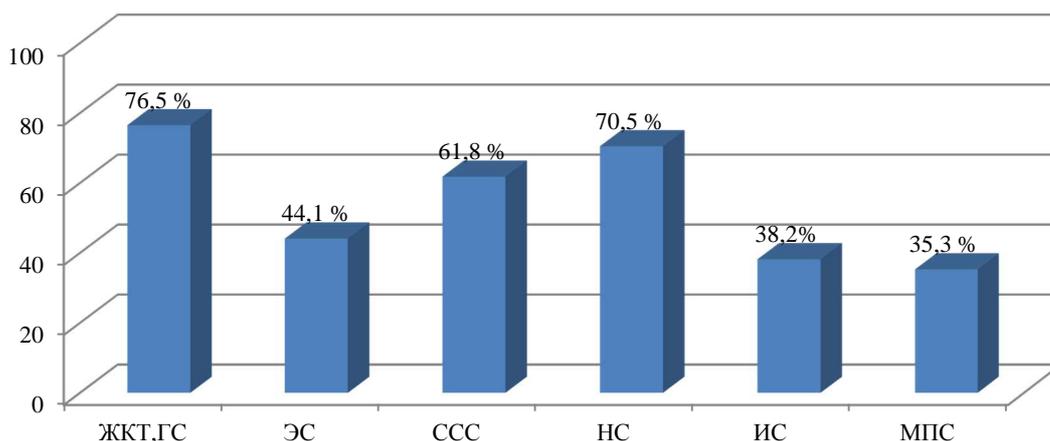


Рис. 1. Частота соматической патологии у пациентов с КПЛ СОР

При анализе полученных результатов выявлено, что полисистемность коморбидной патологии более характерна для пациентов с эрозивно-язвенной формой КПЛ, в сравнении с типичной и экссудативно-гиперемической формами КПЛ СОР (Рис. 2). Можно предположить, что данная закономерность связана с наиболее тяжелым течением эрозивно-язвенной формы КПЛ СОР, в том числе вследствие истощения резервов компенсаторно-адаптивных механизмов организма. Торпидностью к проводимому лечению объясняется более частая необходимость применения системной терапии при эрозивно-язвенной форме дерматоза, что является причиной проявления не только лечебного, но и ряда побочных действий, в том числе токсического эффекта лекарственных средств, способных оказывать негативное системное влияние.

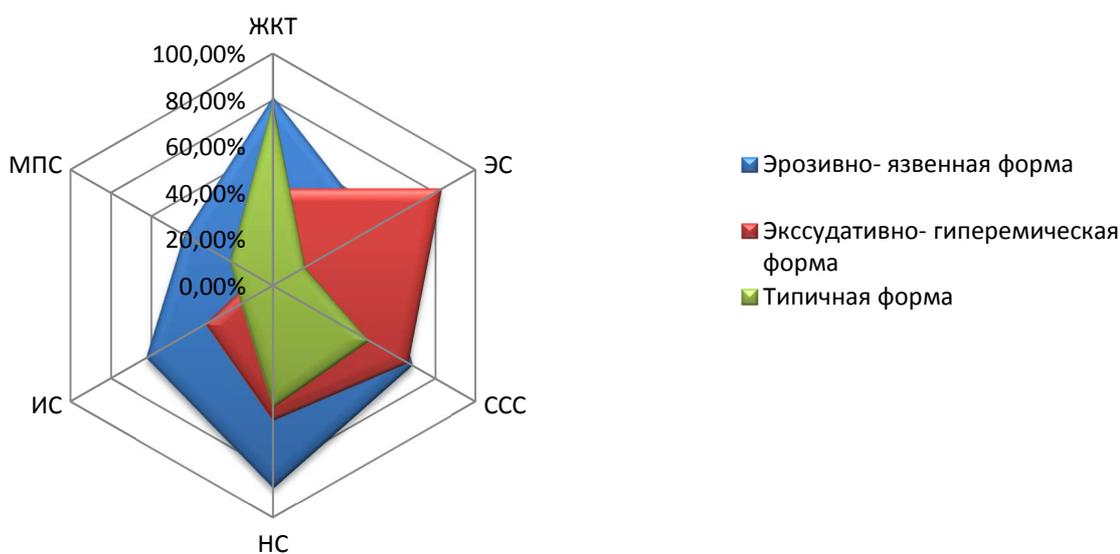


Рис.2. Структура соматической патологии у пациентов КПЛ СОР

Выводы

1. Соматический статус у всех больных КПЛ СОР отягощен коморбидной патологией. Составление комплексного плана лечения пациентов с КПЛ СОР необходимо проводить с учетом заключения врачей-интернистов и коррекции сопутствующей патологии.
2. В структуре соматической патологии у пациентов с КПЛ СОР при типичной форме поражения доминируют заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, у пациентов с эрозивно-язвенной формой преобладают нарушения нервной системы и психоэмоциональные расстройства, у пациентов с экссудативно-гиперемической формой КПЛ СОР преимущественно встречаются нарушения эндокринной системы.
3. Полисистемность коморбидной патологии наиболее часто регистрируется у пациентов с эрозивно-язвенной формой КПЛ СОР.

Список литературы

1. Белева Н.С. Совершенствование диагностики и комплексного лечения в системе диспансеризации больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / Белева Наталья Сергеевна. – 2010. – 25 с.
2. Бутарева М.М., Жилова М.Б. Красный плоский лишай, ассоциированный с вирусным гепатитом С особенности терапии // Вестн. дерматол. и венерол. – 2010. – № 1. – С. 105-108.
3. 3.Молочков В.А. Клинические особенности различных форм красного плоского лишая / В.А. Молочков, А.А. Прокофьев, М.А. Бобров, О.Э. Переверзева // Росс. журн. кож. и венер. бол. – 2011. – № 1. – С.30-36.
4. Потекаев Н.С. Генерализованный красный плоский лишай с поражением слизистой оболочки полости рта, пищевода и среднего уха: клиническое наблюдение / Н.С. Потекаев, Л.Р. Плиева, С.В. Шкребец, Л.А. Шестакова // Клиническая дерматология и венерология. – 2011. – № 4. – С. 15-18.
5. Рубинс А.Д. Дерматовенерология / под ред. А.А. Кубаровой / А.Д. Рубинс, В.П. Адаскевич. – 2012. – 368 с.
6. Сурдина Э.Д. Современные представления о ведущих факторах развития и лечении красного плоского лишая с проявлениями на слизистой оболочке рта / Э.Д. Сурдина, А.В. Цимбалистов, Ю.А. Кравчук, А.И. Каспина // Вестник Санкт- Петербургского университета. Серия 11: Медицина. – 2011. – № 4. – С. 112-118.
7. Ханова С.А. Лечение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта (практические рекомендации) / С.А. Ханова, С.В. Сирак, И.А. Копылова и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 3.

8. Emadi S.N. Extensive hypertrophic lichen planus in an HIV positive patient / S.N. Emadi, J. Akhavan-Mogaddam, M. Yousefi, B. Sobhani, A. Moshkforoush, S.E. Emadi // *Dermatol Online J.* – 2010. – Vol.16 (6). – P. 8.
9. Lavanya N. Oral lichen planus: An update on pathogenesis and treatment / N. Lavanya, P. Jayanthi, Umadevi K. Pao, K. Ranganathan // *J. Oral MaxillofacPathol.* – 2011. – Vol. 15(2). – P. 127–132.
10. Srinivas K. Oral lichen planus – Review on etiopathogenesis / K. Srinivas, K. Aravinda, P. Ratnakar, N. Nigam, S. Gupta// *National Journal of Maxillofacial Surgery.* – 2011. – Vol. 2. – P. 15-16.

Рецензенты:

Мандра Ю.В., д.м.н., профессор, проректор по научной работе ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Екатеринбург;

Жолудев С.Е., д.м.н., профессор, декан стоматологического факультета ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Екатеринбург.