

Л.Р. МУХАМЕДЖАНОВА, Е.С. ЛЕОНТЬЕВА, Р.Г. КУЗНЕЦОВА

Казанский государственный медицинский университет  
Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань

УДК 616.513.5/.7+616.314.17-008.1

## Красный плоский лишай и генерализованный пародонтит: *circulus vitiosus* или сочетанная патология?

**Мухамеджанова Любовь Рустемовна**

доктор медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии

420073, г. Казань, ул. А. Кутуя, д. 48, корпус А, кв. 66, тел. 8-965-597-93-32, e-mail: lr71@bk.ru

*Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей течения красного плоского лишая (КПЛ) на фоне хронического генерализованного пародонтита (ХГП). Представлены результаты собственных исследований и сделаны выводы, что более тяжелые формы КПЛ (экссудативно-гиперемическая и эрозивно-язвенная) чаще сочетаются с ХГП тяжелого и среднетяжелого течения, в то время как отсутствие воспалительных явлений в тканях пародонта или ХГП легкой степени тяжести чаще имеет место при типичной (более легкой) форме КПЛ.*

**Ключевые слова:** красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта, генерализованный пародонтит.

L.R. MUKHAMEDZHANOVA, E.S. LEONTYEVA, R.G. KUZNETSOVA

Kazan State Medical University

Republican Clinical Hospital of Ministry of Health Care of the Republic of Tatarstan, Kazan

## Lichen planus and generalized periodontitis: *circulus vitiosus* or associated pathology?

*The purpose of this study was to examine the characteristics of the oral lichen planus (OLP) in the presence of chronic generalized periodontitis (CGP). The results of own research are presented and concluded that the more severe forms of the OLP (exudative hyperemic and erosive-ulcer) often combined with CGP of severe and moderate currents, while the absence of periodontal inflammation or mild CGP often takes place at a typical (lighter) form of the OLP.*

**Keywords:** oral lichen planus, generalized periodontitis.

Известно, что пародонтальный очаг хронической инфекции, формирующийся при воспалительно-деструктивных поражениях комплекса пародонтальных тканей, способен изменить общую иммунологическую резистентность организма и создать «благоприятный» фон для инициации системных иммунных нарушений, в том числе и патологических изменений в слизистой оболочке полости рта (СОПР) [1,2,5,6]. Эпидемиологические данные, накопленные за последние годы, свидетельствуют, что хроническое воспаление, индуцированное биологическими, химическими и физическими факторами, способствует развитию, по крайней мере, 15% случаев всех форм рака [4]. Ассоциация хронического воспаления и рака была установлена для некоторых заболеваний желудочно и респираторного трактов. Материальной основой взаимосвязи процессов воспаления и канцерогенеза является экспрессия эпителиальными клетками рецепторов к цитокинам, хемокинам, иммунорегуляторным и ростовым факторам. Кроме того, эпителиоциты способны

к конституитивной экспрессии эйкозаноидов, эндотелинов, дефенсинов, молекул межклеточных взаимодействий, оксида азота. Благодаря этому эпителиальные клетки вступают в кооперацию с «профессиональными» индукторами и эффекторами воспаления и иммунитета, активно участвуют в каскадных и сетевых взаимодействиях, определяющих развитие названных процессов. В свою очередь, медиаторы и продукты воспаления могут способствовать инициации канцерогенеза, выступать как мощный промотирующий фактор, стимулировать опухолевую прогрессию, а в последующем усилить пролиферацию, повышать инвазию, миграцию опухолевых клеток, воздействовать на рост первичной опухоли и на способность ее клеток колонизировать метастатическую нишу. Воспаление влияет на микроокружение опухоли (как клеточное, так и метаболическое), процессы неангиогенеза, может изменять ответ опухоли на терапевтические вещества и гормоны [5].

Хронический генерализованный пародонтит (ХГП) часто осложняет течение заболеваний СОПР, в частности, красного плоского лишая (КПЛ). Так, литературные данные свидетельствуют о том, что ХГП встречается у 72,3-89% больных КПЛ СОПР, необходимость коррекции гигиены полости рта выявляется у 92-96,2% пациентов [3, 7]. Однако непрерывно-рецидивирующее течение КПЛ затрудняет проведение гигиенической полости рта, при проведении пародонтологических манипуляций неизбежно травмируются не только маргинальный пародонт, но и очаги поражения на буккальной и лабиальной слизистой оболочке. Низкий уровень оральной гигиены провоцирует усиление контаминации СОПР патогенными микроорганизмами, что вызывает угнетение местного иммунитета полости рта. Последнее, в свою очередь, приводит к высокому риску вторичного инфицирования очагов поражения СОПР красным плоским лишаем, и, соответственно, антигенному раздражению, что увеличивает вероятность злокачественной трансформации [3, 7]. При снижении местного иммунитета слизистой оболочки при пародонтите в эрозивно-язвенных очагах поражения часто обнаруживается *Candida albicans* [2]. В литературе встречаются данные, что инфицирование *Candida albicans* может быть важным фактором в злокачественной трансформации КПЛ за счет продуцирования канцерогенного соединения N-нитробензилметиламина [7].

Этиопатогенетическое лечение эрозивно-язвенных очагов поражения при красном плоском лишае необходимо начинать только после проведения комплексной пародонтологической подготовки, при отсутствии которой все лечебные мероприятия малоэффективны.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение особенностей течения различных форм красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта на фоне хронического генерализованного пародонтита

#### Материалы исследования

Под наблюдением находились 24 пациента с изолированным поражением полости рта и 5 пациентов с сочетанным поражением слизистой полости рта и кожи (6 мужчин и 23 женщины в возрасте 45-70 лет). Критериями включения больных в исследование явились: информированное согласие больного на проведение исследования; подтвержденный дерматологом диагноз красного плоского лишая (поражение слизистой полости рта и/или кожных покровов), подтвержденный диагноз хронического генерализованного пародонтита (верификация методом радиовизиографической панорамной рентгенографии с денситометрическим профилем). Критериями исключения из исследования явились: отказ пациента от участия в исследовании; отягощенность заболеваниями эндокринной системы – сахарный диабет; аллергологическая отягощенность; прием гормональных препаратов (оральные контрацептивы, кортикостероидные гормоны).

Контрольную группу составили 30 лиц сходного возраста и пола, страдающих ХГП разной степени тяжести, не отягощенных заболеваниями слизистой оболочки полости рта, обратившихся с целью плановой санации в лечебно-хирургическое отделение стоматологической поликлиники Казанского медицинского университета.

#### Методы исследования

Сбор анамнеза и клинический осмотр, при котором акцентировано внимание на состоянии гигиены полости рта (индекс ОНI-S, индекс гигиены по Федорову-Володкиной, индекс зубного налета по Quigley и Hein, индекс зубного налета Силнесс-Лоз), выраженности воспалительных проявлений в тканях пародонта (индекс Мюллемана-Коуэлла, пародонтальный индекс Рассела, индекс Рамфьерда), форме красного плоского лишая (типичная, экссудативно-гиперемическая, эрозивно-язвенная, атипичная, гиперкератотическая, буллезная), локализации

**Таблица 1.**  
**Мукозальный и пародонтальный статус обследованных пациентов**

Состояние тканей пародонта	Число пациентов (%)	Форма КПЛ	Биотоп поражения (анатомо-топографическая зона)
Интактный пародонт	7 (24,1%)	6 (85,7%) – типичная форма. 1 (14,3%) – экссудативно-гиперемическая форма	Буккальная слизистая оболочка. Слизистая оболочка боковых поверхностей языка
Хронический генерализованный пародонтит легкого течения	9 (31,0%)	6 (66,7%) – типичная форма. 3 (33,3%) – экссудативно-гиперемическая форма	Буккальная слизистая оболочка. Слизистая оболочка боковых поверхностей языка. Палатинальная слизистая оболочка
Хронический генерализованный пародонтит среднетяжелого течения	9 (31,0%)	5 (55,6%) – эрозивно-язвенная форма. 2 (22,2%) – экссудативно-гиперемическая форма. 2 (22,2%) – атипичная форма	Буккальная слизистая оболочка. Слизистая оболочка боковых поверхностей языка. Палатинальная слизистая оболочка. Слизистая оболочка альвеолярного отростка и ретромолярного пространства
Хронический генерализованный пародонтит тяжелого течения	4 (13,9%)	3 (75%) – эрозивно-язвенная форма. 1 (25%) – экссудативно-гиперемическая форма	Буккальная слизистая оболочка. Слизистая оболочка боковых поверхностей языка, дна полости рта

очага поражения (кератинизированный/некератинизированный эпителий), площади очага поражения (определялась с помощью пластиковой сетки с 5-миллиметровыми делениями – палетки), наличии налета (цвет, спаянность с подлежащими тканями, снимаемость при поскабливании), состоянии тканей перифокальной зоны (гиперемия яркая/застойная, инфильтрация, болезненность). Специальные методы: люминесцентная диагностика (аппарат для люминесцентной диагностики ОЛД (лампа Вуда), определение дискриминационной чувствительности (с использованием циркуля Вебера, шаг циркуля составил 1 мм). Полученные результаты обработаны с использованием стандартного пакета статистических программ.

**Результаты исследований и их обсуждение**

Анализ анамнестических данных свидетельствует о том, что 12 пациентам (54,5%) диагноз ХГП был поставлен ранее, чем диагноз КПЛ, у 10 пациентов (45,5%) КПЛ был диагностирован ранее, чем ХГП, у 6 из них течение КПЛ на фоне ХГП стало тяжелее. Отмечали улучшение состояния очагов поражения СОПР 2 пациента (уменьшение болезненности, сокращение площади очага, уменьшение выраженности воспаления в перифокальной зоне, сокращение сроков эпителизации) после прохождения курса лечения ХГП; 2 пациентам, у которых была выявлена атипичная форма КПЛ, ранее в другой клинике был поставлен диагноз ХГП, хотя имела место сочетанная патология – ХГП и атипичная форма КПЛ.

У 22 обследованных пациентов (75,9%) выявлены заболевания пародонта: у 9 – генерализованный пародонтит легкого течения (40,9%), у 9 – пародонтит среднетяжелого течения (40,9%), у 4 – пародонтит тяжелого течения (18,2%). У 19 пациентов течение пародонтита было обозначено как стадия ремиссии (86,4%), у 3 – как стадия обострения (13,6%). У 12 пациентов была диагностирована типичная форма красного плоского лишая (41,4%), у 7 – экссудативно-гиперемическая (24,1%), у 8 – эрозивно-язвенная (27,6%), у 2 – атипичная форма (6,9%). У 6 пациентов, неотягощенных генерализованным пародонтитом, диагностирована типичная форма красного плоского лишая. У 3 пациентов с эрозивно-язвенной формой КПЛ был выявлен пародонтит тяжелого течения, у 5 больных с эрозивно-язвенной формой заболевания – пародонтит среднетяжелого течения (табл. 1).

Большинство (93,5%) пациентов с КПЛ отмечают, что ментолсодержащие зубные пасты оказывают раздражающее действие на эрозивно-язвенные очаги поражения, поэтому при выборе средств ухода за полостью рта предпочтение было отдано пастам, не содержащим ментол (83,5%) и зубным порошкам (10%). При оценке уровня гигиенического состояния полости рта выявлено, что пациенты очищают поверхности тех зубов, в области которых слизистая оболочка не изменена, а в области зубов, соприкасающихся с поверхностью эрозий и язв, уход, как правило, недостаточен, поэтому усредненные индексы могут не отражать истинное состояние гигиены (табл. 2). В тех топографо-анатомических зонах, где имеются очаги поражения КПЛ, на коронках зубов обнаруживается обильный зубной налет за счет усиления десквамативных процессов в очаге поражения и перифокальной зоны, отсутствия пассажа пищи (пациенты избегают любого травмирования очагов поражения), вторичного инфицирования очагов поражения.

Оценка пародонтального статуса пациентов исследуемой группы свидетельствует о достоверно большей выраженности степени кровоточивости (индекс Мюллемана-Коуэлла), что может быть следствием не только воспаления тканей пародонта, но и локализации эрозивно-язвенных очагов и гиперкератоза (сетка Уикхема) на кератинизированном эпителии альвео-

лярного отростка. Также установлены достоверные различия в значениях индексов, отражающих степень деструкции костной ткани пародонта (индексы Рамфьерда и Рассела), подтверждающие преобладание среднетяжелой и тяжелой степени пародонтита у пациентов с красным плоским лишаем.

**Таблица 2.**  
Значения гигиенических и пародонтологических индексов у пациентов исследуемой и контрольной группы

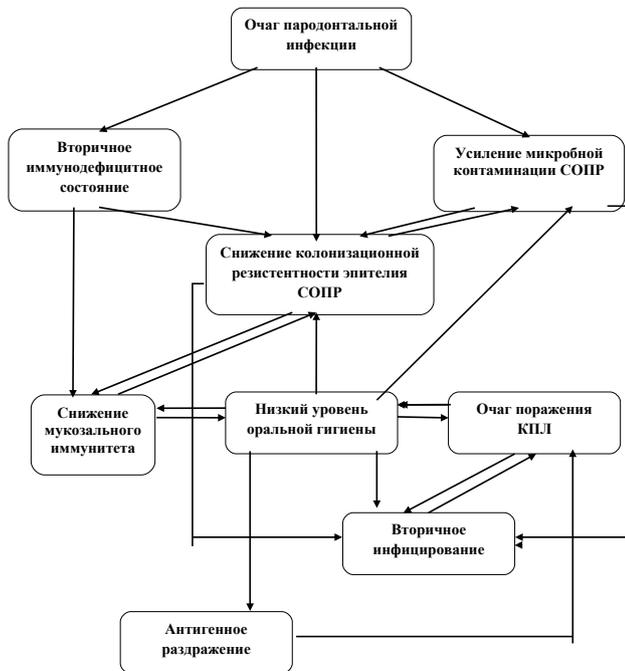
Индексы	Исследуемая группа n = 29	Контрольная группа n = 30	Значение p
<b>Гигиенические:</b>			
Индекс ОНІ-S	1,8±0,4	1,4±0,1	p> 0,05
Индекс гигиены по Федорову-Володкиной	2,8±0,6	2,2±0,6	p< 0,05
Индекс Quigley и Hein	2,2±0,7	1,8±0,3	p> 0,05
Индекс Силнесс-Лоз	2,4±0,7	2,0±0,3	p< 0,05
<b>Пародонтологические:</b>			
Индекс Мюллемана-Коуэлла	2,4±0,5	1,8±0,1	p< 0,05
ПИ по Расселу	2,8±0,8	2,0±0,3	p< 0,05
Индекс Рамфьёрда	5,8±1,2	4,2±1,0	p< 0,05

**Таблица 3.**  
Дискриминационная чувствительность СОПР у пациентов исследуемой и контрольной групп (мм)

Локус проведения исследования	Исследуемая группа n=29	Контрольная группа n=30	Значение p
Красная кайма губ	3,8 ±0,6	4,0±0,7	p>0,05
Кератинизированный эпителий альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти	18,2±2,6	21,8±3,6	p>0,05
Буккальная слизистая оболочка	8,9±2,1	5,6±1,3	p<0,05
Лабильная слизистая оболочка	7,7±1,7	6,5±0,3	p<0,05
Боковая поверхность языка	14,6±2,6	9,8 ±1,8	p<0,05
Спинка языка	6,8±0,9	8,5±2,1	p<0,05
Кончик языка	1,1±0,2	1,2 ±0,3	p>0,05

При оценке дискриминационной чувствительности выявлено достоверное снижение ее в перифокальной зоне очагов поражения при эрозивно-язвенной форме КПЛ (буккальная,

Рисунок 1. Circulus vitiosus



лабиальная слизистые оболочки, боковая поверхность и кончик языка) у пациентов, страдающих ХГП, по сравнению с аналогичными данными у лиц, неотягощенных пародонтитом. Статистически значимых различий между показателями дискриминационной чувствительности в области очагов поражения СОПР другими формами КПЛ между группами пациентов, отягощенных и неотягощенных ХГП, не выявлено (табл. 3).

Можно сделать вывод, что более тяжелые формы КПЛ (экссудативно-гиперемическая и эрозивно-язвенная) чаще сочетаются с ХГП тяжелого и среднетяжелого течения, в то время как отсутствие воспалительных явлений в тканях пародонта или ХГП легкого течения чаще имеет место при типичной (более легкой) форме КПЛ.

Таким образом, отягощенность очагами пародонтальной инфекции влечет за собой снижение уровня оральной гигиены и, соответственно, возрастание риска вторичного инфицирования эрозивно-язвенных очагов за счет угнетения мукозального иммунитета и усиления микробной контаминации. Наличие очагов поражения на СОПР, в свою очередь, затрудняет гигиену полости рта, следовательно, порочный круг (circulus vitiosus) замыкается (рис. 1). Вторичное инфицирование и антигенное раздражение очагов поражения повышает риск злокачественной трансформации эпителия. Для снижения риска малигнизации КПЛ замкнутый порочный круг необходимо разорвать, но нерешенным и требующим дальнейшего углубленного изучения остается вопрос, на какое из звеньев этой цепи нужно воздействовать.

#### ЛИТЕРАТУРА

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. - Пермь, 2010. - 24 с.
2. Силин Д.С., Сороковик М.Н., Бибичева Т.В., Бобынцев И.И. Структура клинических разновидностей поражения слизистой оболочки полости рта больных красным плоским лишаем (клинико-статистическое исследование) // Материалы третьей российской научно-практической конференции Санкт-Петербургские дерматологические чтения. - Курск, 2009. - С. 152.
3. Тиунова Н.В. Оптимизация комплексного лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта: автореф. дис... канд. мед. наук. - Н. Новгород, 2009. - 24 с.
4. Чехун В.С. Воспаление и рак // Онкология. - 2009. - Т. 11, № 4. - С. 244-245.
5. Bermejo-Fenoll A. A retrospective clinicopathological study of 550 patients with oral lichen planus in south-eastern Spain // Journal Of Oral Pathology & Medicine. - 2010. - Vol. 39, № 6. - P. 491.
6. Ben Slama L. Precancerous lesions of the buccal mucosa. - Vol. 102, № 2. - P. 77-108.
7. Torrente-Castells E. Clinical features of oral lichen planus. A retrospective study of 65 cases // Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal. - 2010. - Vol. 15, № 5. - P. 685-690.