

14. Stratton I.M., Adler A.L. et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complication of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observation study // BMJ. — 2000. — Vol. 321. — P.405-412.

15. Welin L., Eriksson H., Larsson B. et al. Hyperinsulinemia is hot a major coronary risk factor in elderly men // Diabetologia. — 2002. — Vol. 35. — P.766-770.

© САМОЙЛОВА О.П., МОЛОКОВ В.Д., НОСКОВ С.И., РУДЫХ — 2007

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕНЩИН С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМОЙ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С ЙОДДЕФИЦИТНЫМ СОСТОЯНИЕМ

О.П. Самойлова, В.Д. Молоков, С.И. Носков, Н.М. Рудых

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра управления и экономики фармации, зав. — к.ф.н., доц. Л.Н. Геллер, кафедра терапевтической стоматологии, зав. — д.м.н., проф. В.Д. Молоков)

Резюме. Дана оценка эффективности местного лечения больных женщин в возрасте 31-64 лет с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта, ассоциированного с йоддефицитным состоянием. Больные были разделены на две группы. В группе клинического сравнения проводилась монотерапия: на эрозивно-язвенную поверхность слизистой оболочки полости рта больным накладывали аппликации солкосерила-желе. В группе клинического наблюдения использовали лекарственную композицию в виде геля. До и после лечения была просчитана площадь эрозивно-язвенной поверхности, а также процент эпителизации эрозий и язв. Было установлено, что при использовании в лечении лекарственной композиции процент эпителизации эрозий через две недели лечения был в 2,2 раза выше, чем при использовании в лечении солкосерила-желе. Таким образом, использование в лечении лекарственной композиции позволяет сократить сроки лечения больных с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая.

Ключевые слова: красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта, площадь эрозивно-язвенной поверхности, процент эпителизации эрозий и язв.

Красный плоский лишай, кроме кожи, поражает слизистые оболочки полости рта. По данным Е.И. Абрамовой (2003) сочетанные поражения кожи и слизистой оболочки рта отмечены у 25% больных красным плоским лишаем, а изолированная локализация на слизистой оболочке рта без поражения кожи у 58-75%, чаще болеют женщины от 30 лет и старше [1,2].

Многие описанные ранее способы местного лечения больных красным плоским лишаем остаются излишне громоздкими, являются небезразличными для организма больного [10,11].

Длительность течения, частые рецидивы заболевания, высокая тенденция трансформации эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта в злокачественные новообразования [3-6,8,9] и большое значение местного лечения определили актуальность исследования.

Целью исследования явилась оценка эффективности местного лечения больных с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта, ассоциированного с йоддефицитным состоянием.

Материалы и методы

Лечение получали 63 больных — женщины в возрасте 31-64 лет с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта (КПЛ СОПР) с заболеваниями щитовидной железы, ассоциированными с йоддефицитными состояниями.

Все больные, которым проводилось местное лечение, были разделены на две группы. В группе клинического сравнения (n=31) на эрозивно-язвенные поверхности СОПР накладывали аппликации солкосерила-желе.

В группе клинического наблюдения (n=32) применяли лекарственную композицию (ЛК) в виде геля (токоферола ацетат — 0,001 г, ретинола ацетат 3,44% — 0,5 мл, далаггин — 0,002 г, натрия оксбутират — 1,0 г, анестезин — 0,37 г, метилцеллюлоза — 5,0 г), разработанного на кафедре терапевтической стоматологии ИГМУ (рацпредложение № 4042, ИГМУ, 2000 г.). Слизистая оболочка полости рта предварительно обрабатывалась 1% раствором перекиси водорода, изолировалась от слюны, высушивалась, и ЛК нано-

силась на поверхность эрозии или язвы зубоветеринарным шпателем. ЛК и солкосерил-желе применяли 4 раза в день после приема пищи с экспозицией 20 минут.

Оценка эффективности местного лечения проводилась методом сравнения площади и процента эпителизации эрозий и язв на слизистой оболочке полости рта [7].

Для определения площади эрозивно-язвенной поверхности использовали прозрачную стерильную целлофановую пленку, которую прикладывали на поверхность эрозий и язв, очерчивали края, затем пленку переносили на миллиметровую бумагу и подсчитывали площадь поверхности по предложенной нами формуле:

$$S = (n \cdot S_n) + (n \cdot S_n) : 2 \quad (1),$$

где: n — количество квадратов, S_n — площадь полных квадратов, S_n — площадь неполных квадратов.

Процент площади эпителизации эрозий и язв рассчитывали посредством применения современных методов математического, в частности, статистического моделирования по формуле:

$$P = (S_u - S_3) : S_u \cdot 100\% \quad (2),$$

где: P — процент площади заживления эрозий и язв, S_u — исходная площадь эрозий и язв (мм²), S₃ — площадь эпителизации эрозий и язв (мм²).

Полученные данные обработаны стандартными параметрическими методами с вычислением средней величины, средней ошибки, стандартного отклонения, t-критерия Стьюдента. Данные считались достоверно отличающимися при p<0,05.

Результаты исследования

Всем больным КПЛ при обращении в стоматологическую клинику ИГМУ было проведено обследование СОПР. Наиболее часто эрозии и язвы выявлены на слизистой оболочке щек (49,2%), ретромолярной области, слизистой альвеолярного отростка нижней челюсти (12,7%) и на губах (9,5%). Сочетанная локализация элементов поражения щеки и губы, языка и губы определялась значительно реже и составляла 6,3% случаев. Эрозии и язвы определялись на гиперемизированном и отечном фоне СОПР в окружении папул, расположенных в виде определенного рисунка (сетка Уикхема).

Площадь эрозивно-язвенной поверхности СОПР у 63 больных женщин КПЛ до лечения (S_и) определялась по формуле (1). В среднем площадь эрозий составила 15,4±3,28 мм², площадь язвенной поверхности соста-

вила $16,2 \pm 3,27$ мм².

При местном лечении больных женщин КПЛ СОПР солкосерил-ом-желе и ЛК были выявлены различные сроки эпителизации эрозий и язв (табл. 1).

Таблица 1

Площадь эпителизации эрозий у больных женщин красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта в мм² (M ± m)

Сроки лечения	Группы больных в зависимости от проводимого лечения		p
	лекарственная композиция	солкосерил-желе	
до лечения	15,4±3,28		
1 неделя	8,2±2,28	12,4±1,26	p ₂₋₃ < 0,001
2 неделя	4,7±0,06	10,8±2,14	p ₄₋₅ < 0,001
3 неделя	—	6,3±1,12	p < 0,001

В группе клинического сравнения у больных с патологией щитовидной железы через 1 неделю после начала лечения аппликациями солкосерила (S1) площадь эрозивной поверхности СОПР составила $12,4 \pm 1,26$ мм² и тем самым была в 1,2 раза меньше, чем до начала лечения (p < 0,001).

В группе клинического наблюдения после проводимого лечения ЛК, через 1 неделю (S1) площадь эрозивной поверхности СОПР составила $8,2 \pm 2,28$ мм² и была в 1,8 раза меньше, чем до начала лечения (p < 0,001).

Таким образом, через 1 неделю проводимого лечения ЛК у больных КПЛ в группе клинического наблюдения эпителизация эрозий была в 1,5 раза быстрее, чем в группе клинического сравнения (p < 0,001).

Через 2 недели лечения в группе клинического наблюдения (S2) — площадь эрозивной поверхности СОПР составила $4,7 \pm 0,06$ мм² и была в 3,2 раз меньше по сравнению с начальной площадью эрозий. У больных в группе клинического сравнения через 2 недели после начала лечения аппликациями солкосерила (S2) площадь эрозивной поверхности СОПР составила $10,8 \pm 2,14$ мм² и тем самым была в 1,4 раза меньше, чем до начала лечения (p < 0,001), тем самым эпителизация эрозий в группе клинического наблюдения происходила в 2,2 раза быстрее, чем в группе клинического сравнения (p < 0,001).

Через 3 недели лечения ЛК эрозий эпителизировались полностью. В группе клинического сравнения после проводимого лечения солкосерил-ом-желе (S3) площадь эрозивной поверхности СОПР составила $6,3 \pm 0,12$ мм² и была в 2,4 раза меньше по сравнению с начальной площадью эрозий. Через 4 недели лечения в группе клинического сравнения эпителизация была полной.

Эффективность лечения оценивали по формулам (2) и (3), определяя процент эпителизации язв через 1, 2 и 3 недели лечения.

У больных в группе клинического сравнения через 1 неделю лечения аппликациями солкосерила процент эпителизации эрозий и язв (P1) составил $19,4 \pm 0,17\%$, а в группе клинического наблюдения после лечения ЛК — $46,7 \pm 0,24$ (p > 0,05).

После 2 недель лечения у больных в группе клинического сравнения (P2) процент эпителизации соста-

вил $42,5 \pm 0,27\%$. Эпителизация при этом была не полной, окружающая слизистая эпителизированных эрозий была слабо гиперемирована и находилась в состоянии отека. После 2 недель лечения у больных в группе

клинического наблюдения (P2) процент эпителизации составил $69,4 \pm 0,11\%$. На 3 неделе процент эпителизации в группе клинического сравнения составил $59,0 \pm 0,14\%$. В группе клинического наблюдения эрозий эпителизировались полностью.

У больных в группе клинического сравнения через 1 неделю после начала лечения аппликациями солкосерила (S1) площадь язвенной поверхности СОПР составила $14,3 \pm 1,25$ мм² и тем самым была в 1,1 раза меньше, чем до начала лечения (p < 0,05). В группе клинического наблюдения через 1 неделю после начала лечения ЛК (S1) площадь язвенной поверхности СОПР составила $10,6 \pm 2,27$ мм² и тем самым была в 1,5 раза меньше, чем до начала лечения.

У больных в группе клинического сравнения через 2 недели после начала лечения аппликациями солкосерила (S2) площадь язвенной поверхности слизистой оболочки полости рта составила $12,2 \pm 1,28$ мм² и тем самым была в 1,3 раза меньше, чем до начала лечения (p < 0,05).

Таблица 2

Площадь эпителизации язвенной поверхности у больных женщин красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта в мм² (M ± m)

Сроки лечения	Группы больных в зависимости от проводимого лечения		p
	лекарственная композиция	солкосерил-желе	
до лечения	16,2±3,27		
1 неделя	10,6±2,27	14,3±1,25	p ₂₋₃ < 0,001
2 неделя	7,4±2,13	12,2±1,28	p ₄₋₅ < 0,001
4 неделя	3,8±0,65	9,4±0,62	p ₆₋₇ < 0,001
6 неделя	0	4,8±1,03	p < 0,001

В группе клинического наблюдения через 2 недели после начала лечения ЛК (S2) площадь язвенной поверхности СОПР составила $7,4 \pm 2,13$ мм² и тем самым была в 2,1 раза меньше, чем до начала лечения. Таким образом, в группе клинического наблюдения язвенные поверхности уменьшились в 1,6 раза быстрее, чем в группе клинического сравнения (p < 0,001).

У больных в группе клинического сравнения через 4 недели после начала лечения аппликациями солкосерила (S4) площадь язвенной поверхности слизистой оболочки полости рта составила $9,4 \pm 0,62$ мм² и тем самым была в 1,7 раза меньше, чем до начала лечения (p < 0,001).

В группе клинического наблюдения после проводимого лечения лекарственной композицией (S4) площадь язвенной поверхности слизистой оболочки полости рта составила $3,8 \pm 0,65$ мм² и была, как у больных группы клинического сравнения в 4,2 раза меньше, чем до начала лечения (p < 0,001). Таким образом, через 4 недели лечения больных красным плоским лишаем площадь язвенной поверхности в группе клинического наблюдения уменьшились в 2,4 раза быстрее.

У больных в группе клинического сравнения (S6) площадь язвенной поверхности через 6 недель лечения аппликациями солкосерила составила $4,8 \pm 1,03 \text{ мм}^2$, а в группе клинического наблюдения у больных с патологией щитовидной железы язвы эпителизовались ($p < 0,001$).

Эффективность лечения оценивали по формулам (2) и (3), определяя процент эпителизации язв через 4 и 6 недель лечения.

У больных в группе клинического сравнения через 4 недели лечения аппликациями солкосерила процент эпителизации язв (P4) составил $41,9 \pm 0,21\%$, а в группе клинического наблюдения после лечения лекарственной композицией — $76,5 \pm 0,23$ ($p < 0,001$).

После 6 недель лечения у больных в группе клинического сравнения (P6) процент эпителизации составил $70,3 \pm 0,29\%$ поверхности поражения, в 1,6 раза выше, чем через 4 недели лечения. Эпителизация при этом была не полной, окружающая слизистая эпителизованных эрозий была слабо гиперемирована и находилась в состоянии отека.

В группе клинического наблюдения больных красным плоским лишаем через 6 недель лечения при использовании ЛК составил язвы эпителизовались полностью ($p < 0,001$).

При использовании лекарственной композиции заживление эрозий через 2 недели от начала лечения происходит в 2,2 раза быстрее, чем при лечении солкосерил-желе. При использовании лекарственной композиции эпителизация эрозий составила 100%, а при солкосерил-желе — $42,5 \pm 0,27\%$.

При использовании лекарственной композиции язвы слизистой оболочки полости рта у больных красным плоским лишаем, ассоциированным с йоддефицитным состоянием, эпителизовались полностью на 4 неделе. Эпителизация язв при лечении лекарственной композицией происходила в 2,4 раза быстрее, чем при лечении солкосерил-желе. Следовательно, действие лекарственной композиции в виде геля было более эффективным за счет антиоксидантного, обезболивающего, кератопластического действия.

THE ASSESSMENT OF LOCAL TREATMENT EFFICIENCY OF WOMEN PATIENTS WITH EROSION-ULCERATIVE FORM OF LICHEN RUBER PLANUS DISEASE ASSOCIATED WITH IODINE DEFICIENCY STATE

O.P. Samoylova, V.D. Molokov, S.I. Nockov, N.M. Rudikh
(Irkutsk State Medical University)

The article presents the evaluation of local treatment of women patients aged 31-64 years with erosive-ulcerative form of lichen ruber planus of tunica mucosa of mouth, which was associated with iodine deficiency state. The patients were divided into two groups. In the group of clinical comparison the patients received monotherapy: on the erosive-ulcerative surface of tunica mucosa of mouth applications of gelling solcoseryl were made. In the group of clinical observation gel medicine composition was used. Before and after the therapy the area of erosive-ulcerative surface, percentage of erosions and ulcers epithelization were calculated. It was established that in application of medicine composition the percentage of erosion epithelization in 2 weeks was 2.2 times higher then after using gelling form of solcoseryl. Thus, the application of medical composition in the therapy reduces the terms of treatment of patients with erosive-ulcerative form of lichen ruber planus.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамова Е.И.* Красный плоский лишай в полости рта: Автореф. дис.... канд. мед. наук. — 1966. — 16 с.
2. *Абрамова Е.И., Любомирова И.М.* Озлокачествление красного плоского лишая // *Стоматология*. — 1997. — № 1. — С.25-26.
3. *Быкова И.А., Агаджанян А.А., Банченко Г.В.* Цитологическая характеристика отпечатков слизистой оболочки полости рта с применением индекса дифференцировки клеток // *Лаб. дело*. — 1987. — № 1. — С.80.
4. *Васьковская Г.Л.* Эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ // 4-я научно-практ. конф. дерматовенерологов. — М., 1992. — С.13-14.
5. *Васьковская Г.Л., Абрамова Е.И.* Развитие рака на очагах красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ // *Стоматология*. — 1981. — № 3. — С.46-48.
6. *Машкиллейсон А.Л., Абрамова Е.И., Абдуев Н.К.* Клинические особенности эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // *Вестник дерматологии и венерологии*. — 1989. — № 8. — С.29-31.
7. *Носков С.И.* Информационные технологии и проблемы математического моделирования сложных систем. — 2006. — № 4. — С.63.
8. *Петрова Л.В.* Особенности клинического течения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. — 2002. — № 3. — С.28-31.
9. *Попова К.П.* Лабораторные исследования в стоматологии. — София, 1978. — 261 с.
10. *Шумский А.В.* Красный плоский лишай полости рта. — 2004. — 162 с.
11. *Caffesse R.G., Wasileti C.E., Kowalski Ch.J.* Carrageen induced inflammation and its effects on mitotic activity and keratinization of gingival epithelium // *J. Parodontol.* — 1985. — № 3. — P.132-138.

© ПАТЮКОВ К.А., ДОЛГИХ В.Т. — 2007

ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ИНДЕКСЫ ЭНДОТОКСИКОЗА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

К.А. Патюков, В.Т. Долгих

(Омская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. А.И. Новиков, кафедра патологической физиологии с курсом клинической патофизиологии, зав. — д.м.н., проф. В.Т. Долгих)

Резюме. Целью исследования являлась разработка критериев метаболической оценки степени эндотоксикоза при травматической болезни головного мозга. В работе использовались клинические наблюдения, результаты клинических и биохимических исследований крови 150 больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, компьютерный корреляционный и регрессионный анализ результатов. Обнаружены четкие корреляционные взаимосвязи между показателями,