

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Рутковская А.С., Казеко Л.А., Александрова Л.Л.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Плоский лишай (ПЛ) – распространенный рецидивирующий дерматоз, в основе которого лежит хронический воспалительный процесс эпителия кожи и слизистых оболочек (кожно-слизистая реакция). По данным специальной литературы [1, 5], в общей структуре дерматологической заболеваемости ПЛ составляет от 1,5% до 11% от всех кожных заболеваний. Частота одновременного поражения слизистых оболочек и кожи составляет от 23 до 28,6%. Следует отметить, что проявления на слизистой оболочке полости рта могут задолго предшествовать возникновению высыпаний на коже или оставаться единственным признаком заболевания [2]. Изолированное поражение слизистой оболочки полости рта (СОПР) составляет от 26,5% до 58% [1, 4]. Считается, что ПЛ чаще возникает у лиц в возрасте от 26 до 70 лет. Преимущественно болеют женщины после 40 лет, однако, в последние годы появились данные о развитии ПЛ в более молодом и даже в детском возрасте [2, 3, 5].

В настоящее время этиология и патогенез ПЛ изучены недостаточно. ПЛ следует рассматривать как мультифакторное заболевание, в патогенезе которого участвуют различные нейроэндокринные, иммунные, интоксикационные и метаболические процессы, немаловажна роль стрессовых ситуаций и нервно-психологических напряжений [3, 4].

Согласно существующим классификациям А.И. Рыбакова, Г.В. Банченко (1978), Е.В. Боровского, А.Л. Машкиллеясона (1982) выделяют следующие клинические формы плоского лишая СОПР: типичная, экссудативно-гиперемическая, эрозивно-язвенная, буллезная, гиперкератотическая и атипичная [1]. Чаще плоский лишай слизистой оболочки полости рта локализуется на слизистой щёк, боковой и дорсальной поверхности языка, реже в области переходных складок, альвеолярного отростка и десневого края, губ и дна полости рта.

Цель исследования - проанализировать частоту встречаемости различных клинических форм ПЛ слизистой оболочки полости рта, определить частоту поражения при ПЛ кожи, СОПР, сочетанных поражений.

Объекты и методы. Объектом ретроспективного исследования явились медицинские карты стационарных пациентов (ф.003/у), находившихся на лечении в УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» (УЗ ГККВД).

Статистическая обработка выполнялась с использованием методов описательной статистики, а также параметрической и непараметрической статистики с учётом критерия - χ^2 .

Результаты. Ретроспективно за период с 2005 по 2011 год проанализированы 21824 медицинские карты стационарных пациентов, из них ПЛ СОПР зарегистрирован у 120 лиц. При изучении частоты встречаемости различных клинических форм плоского лишая СОПР (рис. 1) установлено, что чаще регистрировалась типичная форма ПЛ - $59,9 \pm 4,4\%$, эрозивно-язвенная встречалась у $30,8 \pm 4,4\%$ пациентов, экссудативно-гиперемическая - в $8,3 \pm 2,5\%$, гиперкератотическая - в $0,8 \pm 0,6\%$. Такие формы ПЛ СОПР, как буллезная и атипичная, зарегистрированы не были. При сравнении среднего числа фактов клинических форм плоского лишая слизистой оболочки полости рта результаты статистически достоверны ($p < 0,001$).



Рис. 1 Клинические формы плоского лишая слизистой оболочки полости рта.

Ретроспективно за период с 2010 по 2011 год было проанализировано 4155 медицинских карт стационарных пациентов.

Распространенность ПЛ среди дерматологической патологии составила $2,5 \pm 0,06\%$. Кожные проявления ПЛ определены в $64,7 \pm 4,7\%$, сочетанное поражение кожи и СОПР - $22,5 \pm 4,1\%$, изолированное поражение СОПР установлено в $12,8 \pm 3,3\%$ (рис. 2).



Рис. 2 Частота поражений при плоском лишае кожи, слизистой оболочки полости рта и сочетанных поражений.

Заключение. Типичная форма ПЛ СОПР встречается чаще других форм ($59,9 \pm 4,4\%$; $p < 0,001$). Поражение слизистой оболочки полости рта при ПЛ составляет $35,3 \pm 4,9\%$ (изолированное поражение СОПР - $12,8 \pm 3,3\%$ и сочетанное поражение кожи и СОПР - $22,5 \pm 4,1\%$).

Литература.

1. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ; под ред. Е.В. Боровского, А.Л. Машкиллейсона. - М.: «Медицина», 1984. - 400 с.
2. Шумский, А.В. Клинико-морфологические особенности и дифференциальная диагностика красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта / А.В. Шумский, Л.П. Трунина // Стоматолог. - 2006. - № 4. - С. 20-28.
3. Ackerman, A.B. Differential diagnosis in dermatopathology / A.B. Ackerman, Y. Guo // NY: Albany Medical. college. - 2001. - P. 143-148.
4. Anuradha, C.H. Oral lichen planus / C.H. Anuradha, B.V. Reddy // Rev. NY State Dent. J. - 2008. - Vol. 74. - № 4. - P. 66-68.
5. Zegarelli, D. The treatment of oral lichen planus / D. Zegarelli // Ann. Dent. - 1993. - № 52. - P. 3-8.