

Влияние эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая на качество жизни пациентов

Е.А. Горбатова, Е.А. Есина, Л.А. Итарова, Е.В. Лобачева, Т.А. Смирнова, Е.П. Якушечкина
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Уд Президента РФ, Москва

Influence of erosive-ulcerative form of lichen planus on the quality of patient's life

E.A. Gorbatova, E.A. Esina, L.A. Itarova, E.V. Lobacheva, T.A. Smirnova, E.P. Yakushechkina
Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs. Moscow, Russia

Аннотация

Цель исследования – повышение качества жизни пациентов с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая (КПЛ). **Материалы и методы.** Под наблюдением находились 45 пациенток в возрасте от 45 до 60 лет. Были сформированы две группы: 1-я (основная) группа включала 15 женщин с КПЛ эрозивно-язвенной формы; 2-я (контрольная) группа – 15 женщин без патологии слизистой оболочки рта (СОР) и кожи. Пациентам основной и контрольной групп было проведено описание стоматологического статуса. Состояние СОР фиксировали в виде фотопротокола. Проводили анкетирование пациентов 1-й и 2-й групп с помощью «Краткого опросника ВОЗ для оценки качества жизни». Для пациентов основной и контрольной группы составляли комплексный план обследования и лечения. **Результаты исследования и выводы.** В результате лечения оценка пациентами областей, характеризующих качество жизни (физическое, физиологическое здоровье, социальные отношения), по сравнению с исходным анкетированием улучшилась на 10-12%.

Эти данные позволяют утверждать, что для достижения более стойких и значимых трансформаций в восприятии своего здоровья и отношении к ежедневным событиям, улучшения качества жизни пациентам с КПЛ эрозивно-язвенной формы необходимо включать в комплексное лечение помощь психолога.

Ключевые слова: красный плоский лишай эрозивно-язвенная форма, стоматологический статус пациентов с КПЛ, анкетирование пациентов с КПЛ, оценка качества жизни пациентов с КПЛ.

Abstract

Relevance. Lichen planus is a chronic nodular disease, accompanied by the manifestation of a complex of dystrophic and inflammatory processes with a disturbance of metabolism in the skin and visible mucous membranes. The neuropathic theory of lichen planus is confirmed by the fact that the first manifestations of the disease occur after a nervous shock or against a background of a chronic state of stress. The aim of the study was to determine the quality of life in patients with lichen acuminatus erosive ulcer form according to the questionnaire before and after treatment. **Materials and methods.** 45 patients aged 45 to 60 years were under observation, two groups were formed: The first (main) group included 15 women with erosive-ulcerative form of lichen planus. The second (control) group consisted of 15 women without pathology of oral mucosa and skin. Patients of the main and control groups got a dental status. Defined: the index of hygiene Green-Vermillion (OHI-s), the periodontal index - papillary-marginal-alveolar (PMA). We carried out the photoprotocol of the state of oral mucosa before treatment, during and after the treatment. Questionnaires were conducted for patients in groups 1 and 2 using the WHO Quick Questionnaire for the Quality of Life Assessment. Based on the results of the questionnaire, the feelings of each examinee were assessed in the context of culture and value system, as well as their personal goals, standards and interests. For patients in the main and control groups, a comprehensive survey and treatment plan was developed, including: oral hygiene, correction of individual hygiene, and selection of personal hygiene products. Sanitation of chronic foci of infection. Elimination of mechanical traumatic factors, microcurrents in the oral cavity. After general and local therapy, patients with lichen planus erosive and ulcerative form achieved remission. **Results and conclusion:** the study showed an average 10-12% improvement in the patients' assessment of the areas characterizing the quality of life (physical, physiological health, social relations) in comparison with the initial questionnaire. To achieve more persistent and meaningful transformations in the perception of one's health and attitude to daily events, improving the quality of life of patients with erosive and ulcerative forms of lichen acuminatus, it is necessary to include the help of a psychologist in complex treatment.

Key words: lichen planus, erosive and ulcerative form, dental status of patients with lichen planus, questioning of patients with lichen planus, assessing the patients' quality of life with lichen planus.

Красный плоский лишай (КПЛ) является распространенным заболеванием, поражающим не только кожу, но и слизистые оболочки. Согласно результатам эпидемиологических исследований, КПЛ встречается у 0,1-2% населения, чаще у женщин в возрасте от 40 до 65 лет [1, 2]. Изолированное поражение КПЛ слизистой оболочки рта (СОР) от-

мечается в 30-35% случаев. В клинической практике и в литературе описаны случаи, в которых установлена связь КПЛ с состоянием стресса, поскольку стрессовая ситуация зачастую предшествует возникновению эрозивно-язвенной формы КПЛ [3, 4]. В последнее время отмечается «омоложение» страдающих этим заболеванием. По данным литерату-

ры, это объясняется нарушением экологии, возросшим контактом с вирусной инфекцией, существенными изменениями реактивности организма, а также повышенной частотой психоэмоциональных напряжений [5, 6]. Установлена роль нарушений психологического и вегетативного статуса у больных КПЛ в возникновении патологических элементов на СОР и поддержании хронического рецидивирующего характера заболевания. Многочисленные исследования психоэмоционального состояния больных КПЛ с помощью разработанных опросников Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина установили, что уровень тревожности определяет состояние социальной дезадаптации и влияет на качество жизни пациентов, страдающих КПЛ [1, 4, 5]. Невыясненные вопросы этиопатогенеза КПЛ вызывают необходимость применения многочисленных медикаментозных средств, назначение которых носит эмпирический или симптоматический характер. Однако комплексная терапия не всегда обеспечивает хороший результат: лечение, как правило, затягивается на длительный период [1, 2, 4, 5]. Отсутствие стойкой и продолжительной ремиссии оказывает влияние на оценку окружающего мира и социальную среду пациентов с КПЛ.

Цель исследования: повышение качества жизни пациентов с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая.

Материалы и методы

Обследовали 45 пациенток в возрасте от 45 до 60 лет, средний возраст которых составил $51 \pm 0,3$ года. Для проведения данного исследования были сформированы две группы: 1-я (основная) группа включала 15 женщин с КПЛ эрозивно-язвенной формы; 2-я (контрольная) группа — 15 женщин без патологии СОР и кожи. Критерии включения в исследование: пациенты с КПЛ эрозивно-язвенной формы. Критерии исключения: пациенты с КПЛ с типичной, экссудативно-гиперемической, буллезной формами КПЛ.

Пациентам основной и контрольной групп проводили описание стоматологического статуса: выясняли характер жалоб, подробно отображали состояние СОР, наличие элементов поражения (вид, количество, расположение). Определяли состояние зубов, зубных рядов, индекс гигиены — индекс Грина—Вермиллиона (ОНИ-s), пародонтальный индекс - папиллярно-маргинальный-альвеолярный (РМА).

Вели фотопротокол состояния СОР до лечения, на этапах лечения и по его окончании.

Анкетирование пациентов 1-й и 2-й групп проводили с помощью «Краткого опросника ВОЗ для оценки качества жизни». По результатам анкеты оценивали ощущения каждого обследуемого в кон-

тексте культуры и системы ценностей, а также их личных целей, стандартов и интересов. Краткий опросник «WHOQOL-BREF» состоит из 26 пунктов, позволяющих описать широкие области (сферы): физическое здоровье, психологическое здоровье, социальные отношения и окружающую среду. Расшифровывали сферы по результатам анкетирования: первая сфера отображала физическое здоровье, вторая сфера описывала физиологическое здоровье. Пациенты оценивали, насколько они довольны своим внешним видом, насколько их жизнь наполнена смыслом, данная сфера показывает самооценку индивида. Третья сфера показывала социальные отношения. Личные отношения позволяли понять степень, в которой люди чувствуют дружелюбие, любовь и поддержку, по сравнению с тем, чего бы они желали близким. Четвертая сфера - окружающая среда — отражала понимание физической безопасности и защищенность индивида, финансовые ресурсы, медицинскую и социальную помощь, транспорт и «окружающую среду вокруг», включая чувства безопасности и защищенности от нанесения физического ущерба. Исследовали точку зрения индивида на то, каковы его финансовые ресурсы и степень, в которой они удовлетворяют потребности в здоровом и комфортном стиле жизни. Сосредотачивали внимание на точке зрения индивида на медицинские и социальные службы.

Для пациентов основной и контрольной группы составляли комплексный план обследования и лечения, включающего: профессиональную гигиену полости рта, коррекцию индивидуальной гигиены, выбор средств индивидуальной гигиены, санацию хронических очагов инфекции, устранение механических травмирующих факторов, микротоков в полости рта. Медикаментозное лечение проводили по стандартной схеме лечения КПЛ эрозивно-язвенной формы. Местное лечение КПЛ эрозивно-язвенной формы состояло в антисептической обработке рта; аппликациях кортикостероидных мазей в сочетании с кератопластическими препаратами.

Результаты статически обрабатывали на персональном компьютере с использованием программы Microsoft Excel путем расчета средних арифметических (M) и ошибок средних ($+m$). Достоверность различия между сравниваемыми величинами оценивали с помощью критерия Стьюдента (t). Достоверно значимыми считали результаты при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В основной группе индекс КПУ составил $22,4 \pm 0,04$, в контрольной - $19,3 \pm 0,05$ (рис. 1). Показатели индекса КПУ были высокими в обеих группах и имели прямую корреляционную зависимость с данными индекса гигиены.

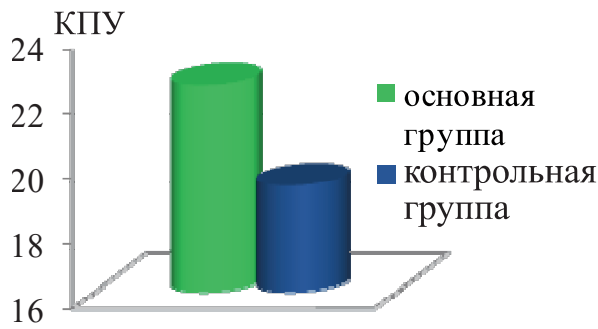


Рис. 1. Значения индекса КПУ в основной и контрольной группах.

На этапе обследования индекс Грина–Вермиллиона (ОНИ-S) в основной группе соответствовал $2,6 \pm 0,03$ – «очень высокий», что означало плохую гигиену рта. В контрольной группе значение $2,01 \pm 0,02$ интерпретировали как неудовлетворительную гигиену (рис. 2). Полученные показатели индекса следует рассматривать с той точки зрения, что в основной группе при проведении индивидуальной гигиены рта пациенты испытывали болезненные ощущения, а в контрольной группе отсутствовала гигиеническая мотивация к выполнению качественного ухода.

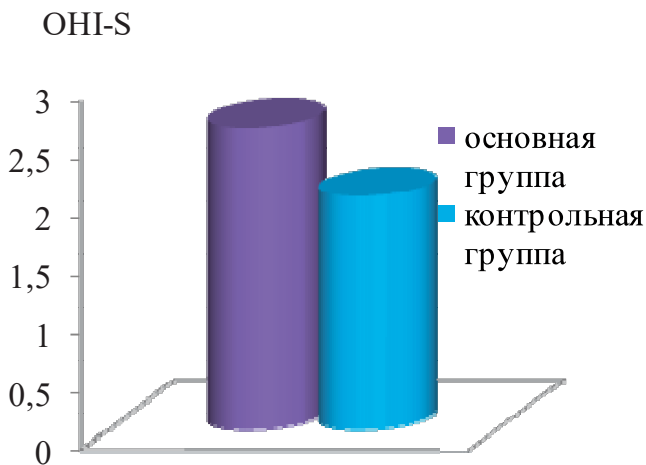


Рис. 2. Значения индекса гигиены Грина–Вермиллиона (ОНИ-S) до лечения.

После лечения индекс ОНИ-S в основной группе составил $1,4 \pm 0,02$, в контрольной - $0,7 \pm 0,05$, что характеризовало гигиену рта как удовлетворительную в обеих группах (рис. 3).

У пациентов основной группы до лечения индекс РМА составил $52,4 \pm 0,45\%$, контрольной группы - $44,3 \pm 0,39\%$ (рис. 4). Показатели индекса РМА имели высокие значения и соотносились с индексами гигиены, КПУ. В 1-й и 2-й группах пациентам подбирали индивидуальные средства по уходу за полостью рта, обучали правилам гигиены, использованию местных медикаментозных средств. Через 14 дней наблюдали улучшение гигиенического статуса и состояния парадонтального комплекса. Индекс

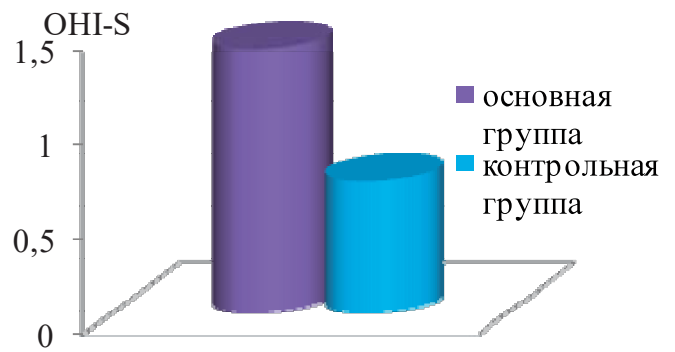


Рис. 3. Значения индекса гигиены Грина–Вермиллиона (ОНИ-S) после лечения.

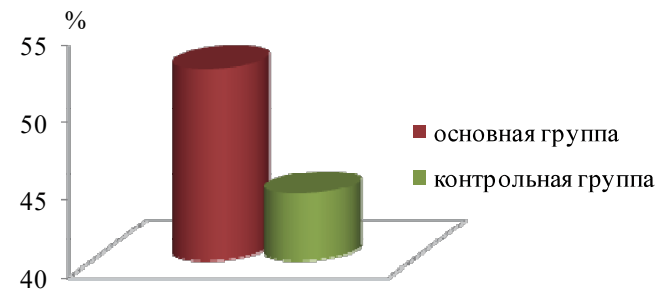


Рис. 4. Значения индекса РМА до лечения.

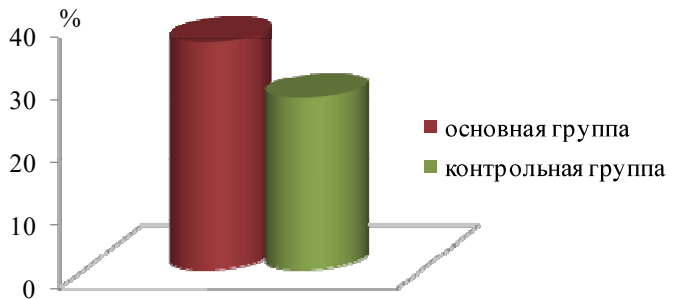


Рис. 5. Значения индекса РМА после лечения.

РМА в основной группе соответствовал $36,4 \pm 0,61\%$, в контрольной - $27,5 \pm 0,52\%$ (рис. 5).

Описание результатов анкетирования: 1-я сфера (физическое здоровье). В основной группе результат до лечения зарегистрировали на уровне $57,7 \pm 0,23\%$, в контрольной - $78,1 \pm 0,15\%$. Пациенты основной группы постоянно испытывали физический дискомфорт, проявляющийся в виде зуда и жжения СОР, боли при приеме раздражающей пищи и гигиенической чистке. После лечения КПЛ эрозивно-язвенной формы СОР эпителизовалась, на не изменной в цвете слизистой оболочке сохранились папулы - типичные элементы поражения (рис. 6). В основной группе пациенты оценили свое физическое здоровье на 11,3% выше, чем до лечения, результат анкетирования был $69,0 \pm 0,35\%$. Данные в контроле достоверно не изменились - $79,2 \pm 0,35\%$.

Показатель второй сферы (физиологическое здоровье) в 1-й группе составил $65,1 \pm 0,34\%$ и де-



До лечения



После лечения

Рис. 6. Клинический пример 1.

монстрировал замкнутость пациентов только на себе, своих болезненных ощущениях, невозможность нормально взаимодействовать с окружающей средой (необходимость соблюдать диету, выбирать только определенные продукты). По итогам курса комплексной терапии у пациентов основной группы мы наблюдали улучшение собственной оценки физиологического здоровья на $12,9 \pm 0,17\%$, показатель составлял $78,0 \pm 0,26\%$ (рис. 7). Во 2-й группе данные анкетирования до начала лечения - $88,3 \pm 0,76\%$, после окончания - $89,7 \pm 0,35\%$, статистически значимых различий не установлено.

Третья сфера (социальные отношения). Результат в основной группе соответствовал $57,4 \pm 0,45\%$, в контрольной - $82,2 \pm 0,15\%$. Пациенты с КПЛ являлись интровертами, боялись строить планы на будущее, многие чувствовали себя обузой для близких людей, имели сниженный фон настроения из-за постоянных болезненных ощущений. По окончании лечения в основной группе отмечали положительный сдвиг показателя в разделе социальная среда - $67,0 \pm 0,57\%$ (рис. 8). Результаты анкетирования в контроле остались без изменений - $84,3 \pm 0,25\%$.

Участники основной группы ответили на вопросы, характеризующие четвертую сферу - окружающую среду. До лечения показатели составляли $72,2 \pm 0,25\%$ и демонстрировали пессимистический взгляд на окружающий мир, отсутствие защи-



До лечения



После лечения

Рис. 7. Клинический пример 2.

щенности, уверенности в завтрашнем дне. Оценка пациентами своего места в семье и обществе после лечения достоверно не изменилась, была равна $73,4 \pm 0,16\%$. Во 2-й группе результаты до лечения - $83,3 \pm 0,26\%$, после лечения - $85,1 \pm 0,3\%$.

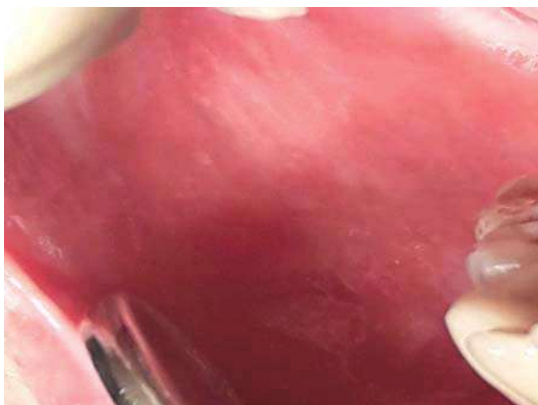
Анализ данных анкетирования основной и контрольной группы указывает на нарушение качества жизни пациентов с КПЛ эрозивно-язвенной формы. Трансформация цифровых показателей изучаемых сфер после общего и местного лечения имеет положительную динамику. Включение психолога на этапах комплексного лечения и реабилитации пациентов с эрозивно-язвенной формой КПЛ позволит добиться более значимых и стойких результатов, проводить коррекцию психоэмоционального состояния, социальную адаптацию и как следствие улучшить качество жизни (рис. 9, 10).

Выводы

1. Индекс Грина-Вермиллиона (ОНИ-S) у пациентов с КПЛ эрозивно-язвенной формы после лечения уменьшился в 1,8 раза ($1,4 \pm 0,07$). Индекс РМА в основной группе на этапе обследования составил



До лечения



После лечения

Рис. 8. Клинический пример 3.

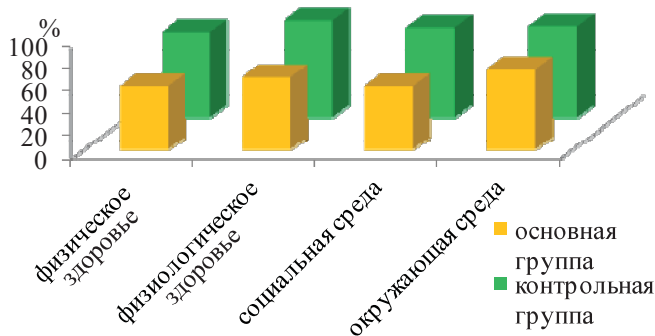


Рис. 9. Результаты анкетирования пациентов до лечения.

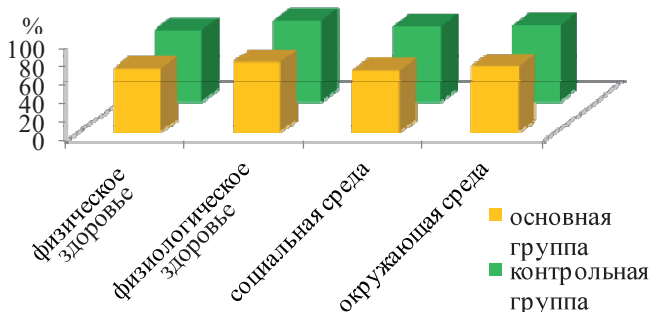


Рис. 10. Результаты анкетирования пациентов основной и контрольной групп после лечения.

52,4±0,45%, после лечения - 36,4±0,61%. В контрольной группе индексы ОНІ-S, РМА снизились в 2,8 раза и на 16,8 % соответственно. Полученные ре-

зультаты свидетельствует о положительной динамике изменения уровня гигиены и уменьшении воспалительных явлений в пародонте в обеих группах.

2. По данным анкетирования до лечения пациенты с КПЛ эрозивно-язвенной формы недовольны своей жизнью, замкнуты, выявлено ухудшение качества жизни. Оценка сфер физического и физиологического здоровья, социальной среды по завершении лечения возросла в среднем на 10-12 %.

В контрольной группе результаты были стабильными и не имели достоверно значимых различий.

3. Пациентам с КПЛ эрозивно-язвенной формы для улучшения социальной адаптации и качества жизни необходимо включать в комплексную терапию этап коррекции психоэмоциональной сферы с привлечением психолога.

Литература

1. Лукиных Л.М., Тиунова Н.В. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта: этиология, патогенез, клиника, современные методы лечения. НижГМА; 2013. 116 с. [Lukinykh L.M., Tiunova N. In. Red flat lichen of oral mucosa: etiology, pathogenesis, clinic, modern methods of treatment. NizhnySMA; 2013.116 p. In Russian].
2. Хайретдинова К.Ф., Юсупова Л.А. Современный взгляд на проблему красного плоского лишая. Лечащий врач. 2015; 7: 61-65 [Khayretdinova K. F., Yusupova L. A. Modern view of the problem of red flat lichen. Attending physician. 2015; 7: 61-65. In Russian].
3. Молочков В.А., Сухова Т.Е., Молочкова В.Е. Клинические особенности красного плоского лишая. Клиническая дерматология и венерология. 2013; 4: 34-42 [Molochkov V.A., Sukhova T.E., Molochkova E.V. Clinical features of lichen planus. Clinical dermatology and venereology. 2013; 4: 34-42. In Russian].
4. Farzam Gorouhi, Parastoo Davari, Nasim Fazel. Cutaneous and Mucosal Lichen Planus: A Comprehensive Review of Clinical Subtypes, Risk Factors, Diagnosis, and Prognosis. The Sci. World J. 2014; 7: 21-43.
5. Дороженок И.Ю., Снарская Е.С., Шенберг В.Г. Психосоматические аспекты красного плоского лишая. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2014; 6: 43-49 [Dorozhenok I. Yu., Snarskaya E.S., Schonberg V.G. Psychosomatic aspects of lichen planus. Russian journal of skin and venereal diseases. 2014; 6: 43-49. In Russian].
6. Карелин А.А. Большая энциклопедия психологических тестов. М.: ЭКСМО, 2007. 416 с. [Karelin A.A. Large encyclopedia of psychological tests. M.: EKSMO, 2007. 416 p. In Russian].

Для корреспонденции/Corresponding author
Горбатова Екатерина Александровна /Gorbatova Ekaterina
gorbatova_k@mail.ru