

ПАРАЗИТАРНЫЕ ИНФЕКЦИИ

УДК: 616.995.1:616.31-036.1

ВЛИЯНИЕ ГЕЛЬМИНТОЗОВ НА ТЕЧЕНИЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Н.Ю. Миропольская¹, М.Б. Сувырина¹, Д.Т. Гусаинова¹, И.Б. Иванова²

¹ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Минздрава России», Хабаровск,

²ФБУН Хабаровский НИИ эпидемиологии и микробиологии Роспотребнадзора

Определен стоматологический статус лиц с подтвержденным паразитологическим диагнозом. Выявлена связь больных гельминтозами с патологическими изменениями слизистой оболочки полости рта. Стоматологическая помощь пациентам с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая, проведенная на фоне противопаразитарной терапии, привела к уменьшению очага поражения в два раза.

Ключевые слова: красный плоский лишай, гельминтозы, Дальний Восток

INFLUENCE OF HELMINTHIASIS ON THE PROGRESS OF ORAL LICHEN PLANUS

N.Yu. Miropolskaya¹, M.B. Suvirina¹, D.T. Gusainova¹, I.B. Ivanova²

¹State-Financed Educational Institution of the Higher Professional Education «Far Eastern State Medical University», Khabarovsk, Russia;

²Federal State Institution of Science State Khabarovsk research institute of epidemiology and microbiology of Federal service for surveillance on customer rights protection and human wellbeing (Rospotrebnadzor), Khabarovsk, Russia

The research revealed the dental status of patients with verified helminthiasis. Toxocarosis was associated with pathologic changes in the oral mucous of the patients. Dental care of patients with erosive-ulcerative form of lichen planus in the course of antiparasitic therapy lead to reduction of the affected area in two times

Key words: oral lichen planus, helminthiasis, Far East

Хронические заболевания слизистой оболочки полости рта (СОПР) и красной каймы губ отличаются персистирующими и манифестирующими проявлениями, сложностью диагностики, отсутствием адекватной реакции на проводимую терапию. Согласно данным литературы, одной из наиболее частых болезней СОПР является красный плоский лишай [2, 3].

Красный плоский лишай (КПЛ) – тяжелое заболевание, протекающее с нарушением целостности покровного эпителия. При этом, эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы КПЛ обладают высоким онкогенным потенциалом и могут иметь тенденцию к озлокачествлению [2, 3, 4].

Причиной развития многих хронических заболеваний является пагубное влияние жизнедеятельности гельминтов, поражающих человеческий организм. Паразиты, обитающие в различных органах и системах, провоцируют аномальность иммунного гомеостаза, что обуславливает развитие аутоиммунных состояний [1, 3].

В связи с тем, что КПЛ относится к аутоиммунным заболеваниям, актуальным является поиск его ассоциации с паразитоносительством у жителей Дальнего Востока, региона, являющегося эндемично неблагоприятным в отношении возбудителей глистной инвазии. Несомненным прогрессом в изучении причин возникновения деструктивных изменений на слизистые оболочки полости рта будет установление видовой специфичности паразита при данном заболевании.

Оценка заболеваемости и особенности клинической картины предопухолевых состояний ротовой полости в популяции определенного территориального объекта сделает возможным усовершенствовать качество диагностических манипуляций и выявить уровень нуждаемости больных в лечебно-профилактической стоматологической помощи. Подобное исследование позволит в дальнейшем разработать алгоритм согласованных действий врачей различных специальностей в случае постановки диагноза гельминтоза и красного плоского лишая, протекающего с эрозированием слизистой оболочки полости рта.

Цель исследования - выявление особенностей диагностики, клинического течения, анализ результатов лечения красного плоского лишая у пациентов, проживающих в эндемически неблагоприятных условиях с точки зрения гельминтоза.

Материалы и методы

Для реализации цели был исследован стоматологический статус у 92 человек с подтвержденным паразитологическим диагнозом. Из них 54 (65,8%) обследованных составили взрослые (43 женщины и 11 мужчин) и 38 (34,2%) детей в возрасте до 14 лет. Экстраоральный диагноз был установлен на основании анамнеза, клинических проявлений и лабораторного подтверждения (копроовоскопия, ИФА с антигенами гельминтов) [5, 6]. При обработке данных наличие гельминтов кодировался единицей - 1, отсутствие - 0.

Контрольную группу составили 30 респондентов с отсутствием паразитарной патологии. Все обследованные проживали на одной территории. Исследования проводились на базе ЦРБ с. Троицкое Нанайского района Хабаровского края и лаборатории паразитологии ФБУН Хабаровского НИИ эпидемиологии и микробиологии Роспотребнадзора.

Проведена математическая и статистическая обработка результатов, полученные данные вносились в компьютерную базу с использованием статистической программы "Statistica for Windows, ver. 6.0. Характер распределения переменных определяли с помощью теста χ^2 , сравнивали полученное распределение с ожидаемым. Учитывая ненормальный характер распределения, в дальнейших расчетах использовали непараметрические методы вариационной статистики. Для характеристики показателей свойств и различий между группами рассчитывали медианы, 25-й и 75-й процентиля. Для определения корреляции значений использовали тест Спирмана (R). С целью определения зависимости стоматологического здоровья от присутствия гельминтов определяли коэффициент совпадений (показатель ассоциаций A).

Результаты и обсуждения

Для выявления видового состава паразитов были использованы непараметрические методы вариационной статистики. Наличие простейших и червей кодировалось единицей (1), отсутствие - 0. Было выяснено, что ведущими гельминтозами основной группы являлись клонорхоз - медиана 1 (25-й процентиль 0,4 ÷ 75 процентиль 0,5), и токсокароз – медиана 1 (0,4÷0,6), (табл.1).

Таблица 1

Видовой состав гельминтов

Гельминты	Токсокары	Лямблии	Клонорхи	Аскариды	Острицы
Медиана	1 (0,4÷0,6) *	0 (0,2÷0,4)	1 (0,4÷0,5) *	0 (0,2÷0,4)	0 (0÷0,2)
N (количество)	18	27	34	14	3

Примечание: * P < 0,05

Тройку лидеров замыкал лямблиоз. Аскаридоз наблюдался в 14 случаях. Единично встречался энтеробиоз. У 5 респондентов выявилось сочетанное поражение гельминтами.

Сбор жалоб анамнеза и осмотр представителей основной группы показал, что у 21% больных наблюдалось изменение вкусовой чувствительности. В 50% случаев выявлялся налет на языке, имеющий цвет от желто-зеленого до темно коричневого. У 50% респондентов определялся десквамативный глоссит, протекающий без субъективных признаков воспаления в виде болевого синдрома или чувства саднения. При этом максимально сильная положительная связь была выявлена у больных с токсокарозом (R=0,21) и клонорхозом (R=0,19). То есть у носителей данных гельминтов более всего проявлялись выявленные патологические изменения.

Основным заболеванием СОПР у лиц основной группы был красный плоский лишай. В 37,8% наблюдалась эрозивно-язвенная форма. На втором месте (30%) – типичная форма, и в 28,2% - экссудативно-гиперемическая. При этом была установлена положительная связь средней силы хронических заболеваний, протекающих с нарушением целостности СОПР, склонных к малигнизации (КПЛ эрозивно-язвенная форма) при токсокарозе (R = 0,32) и клонорхозе (R = 0,25) (P<0,05).

При токсокарозе коэффициент корреляции равнялся 4 (16 совпадений случаев гельминтоза и диагноза КПЛ). При клонорхозе - 3,25 и 13 соответственно.

После обследования и верификации основного заболевания (гельминтоз) были выделены больные с поражениями СОПР. Перед стоматологическим лечением данная группа была разделена

на две составляющие. В первой группе по объективным причинам противопаразитарное лечение было отсрочено. Здесь больные получали традиционное лечение красного плоского лишая. Вторая параллельно с работой врача стоматолога получала помощь инфекциониста.

После курса терапии полного излечения КПЛ выявлено не наступило. Однако в обоих случаях наблюдалось улучшение клинической ситуации, что подтверждалось субъективными показателями (снижение болевого симптома и чувства стянутости). Для объективной оценки результатов посттерапевтического вмешательства группы были ранжированы по критерию уменьшения размера патологического очага. Где 1 соответствовала сокращению очага на 1/4, 2 – 1/2, 3 – 2/3.

При типичной форме заболевания достоверных различий в обеих группах после проведенного стоматологического лечения не наблюдалось. Наиболее ярко сочетанное воздействие на организм проявилось при эрозивно-язвенной (ЭЯФ) и экссудативно-гиперемической формах. У пациентов с ЭЯФ КПЛ воздействие на элементы поражения, проводимое на фоне противопаразитарной терапии, привело к его уменьшению на 1/2 (медиана 2). Во 2^й группе - на 1/4 (медиана 1,3), (табл. 2).

Таблица 2

Изменение размера очага на фоне проводимой терапии

Формы	Типичная		Эрозивно-язвенная		Гиперкератотическая		Экссудативно-гиперемическая	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Критерии	1 (1÷2,4)	1 (0,8÷2,0)	2 (1,6÷2,8)	1,3 (1,0÷1,8)	0,5 (0 ÷1,0)	0,5 (0÷0,8)	3 (1,9÷3,0)	1,8 (1,3÷2,5)

Примечание: 1 – не получали противопаразитарное лечение, 2 – получали противопаразитарное лечение, P < 0,05

Соблюдение принципа преемственности между специалистами различного профиля привело к тому, что уменьшение очага поражения у больных КПЛ экссудативно-гиперемической формой произошло в 3 раза, в отличие от случаев, когда лечение проводилось только стоматологом.

При гиперкератотической форме достоверных различий в уменьшении очага поражения не выявлено.

Выводы

1. У больных токсокарозом (R= 0,21) и клонорхозом (R = 0,19) существует положительная связь средней силы с патологическими изменениями слизистой оболочки полости рта.

2. У пациентов с эрозивно-язвенной формой КПЛ (факультативный предрак), стоматологическая помощь, проводимая на фоне противопаразитарной терапии, привела к уменьшению очага поражения в 2 раза.

Литература

1. Козлов В.А. Иммуноterapia аллергических, аутоиммунных и других заболеваний, Новосибирск : Агро-Сибирь, 2004. - 127 с.
2. Гилева О.С., Либик Т.В., Позднякова А.А., Сатюкова Л.Я. Предраковые заболевания в структуре слизистой оболочки // Проблемы стоматологии. - 2013. - № 2. – С. 3-9.
3. Спицына В. И. Патогенез иммунодефицита у больных красным плоским лишаем слизистой оболочки рта // Российский стоматологический журнал. – 2002. - № 3. - С. 30–34.
4. Томас П. Хэбиф. Кожные болезни. Диагностика и лечение. М.: «МЕДпресс-информ», 2008. - 672 с.
5. Финогеев Ю.П., Лобзин Ю.В., Вшакмен Ю.А. и др. Клинико-лабораторная диагностика инфекционных болезней (руководство для врачей). - СПб: Фолиант, 2007. - 384 с.
6. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Инфекционные болезни. - М.: Медицина, 2003. - 544 с.

Сведения об авторах:

Миропольская Наталья Юрьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских инфекционных болезней ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России, старший научный сотрудник лаборатории паразитологии ФБУН Хабаровского НИИ эпидемиологии и микробиологии Роспотребнадзора E-mail: adm@hniiem.ru