

УДК 616.516:616.311

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КРАСНОГО
ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА: ОБЗОР
МЕЖДУНАРОДНЫХ И УЗБЕКСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ***Камилов Хайдар Позилович – д.м.н. профессор**Хусанов Азимжон Абдурасул угли**Ташкентский государственный медицинский университет***Аннотация**

В статье представлен обзор литературы по эпидемиологическим и клиническим аспектам красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Рассмотрены международные данные о распространённости заболевания, возрастных и половых особенностях, а также основных клинических формах. Проанализированы результаты исследований, проведённых в Узбекистане. Разграничены показатели распространённости среди населения и распределение клинических форм среди обследованных пациентов. Отмечена ограниченность доступных популяционных данных по Узбекистану. Обоснована необходимость дальнейших эпидемиологических исследований с использованием единых диагностических критериев.

Ключевые слова: *красный плоский лишай, слизистая оболочка полости рта, эпидемиология, распространённость, клинические формы, Узбекистан.*

Annotatsiya

Maqolada og'iz bo'shlig'i shilliq qavati qizil yassi temiratkisining epidemiologik va klinik jihatlariga oid adabiyotlar sharhi keltirilgan. Kasallikning tarqalishi, yosh va jinsga bog'liq xususiyatlari hamda asosiy klinik shakllari bo'yicha xalqaro ma'lumotlar ko'rib chiqilgan. O'zbekistonda olib borilgan tadqiqotlar natijalari tahlil qilingan. Aholi orasidagi tarqalish ko'rsatkichlari va tekshirilgan bemorlardagi klinik shakllar taqsimoti alohida yoritilgan. O'zbekiston bo'yicha mavjud populyatsion ma'lumotlarning cheklanganligi qayd etilgan. Yagona diagnostik mezonlar asosida keyingi epidemiologik tadqiqotlarni o'tkazish zarurati asoslangan.

Kalit so'zlar: *qizil yassi temiratki, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, epidemiologiya, tarqalish, klinik shakllar, O'zbekiston.*

Abstract

This article reviews the literature on the epidemiological and clinical aspects of oral lichen planus. International evidence on disease prevalence, age and sex patterns, and major clinical forms is examined. Findings from studies conducted in Uzbekistan are also analysed. Population prevalence estimates are distinguished from the distribution of clinical forms among examined patients. The limited availability of population-based data for Uzbekistan is highlighted. The need for further epidemiological studies using standardized diagnostic criteria is emphasized.

Keywords: *oral lichen planus, oral mucosa, epidemiology, prevalence, clinical forms, Uzbekistan.*

Введение

Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта (КПЛ СОПР) представляет собой хроническое иммуновоспалительное заболевание, характеризующееся клиническим полиморфизмом, длительным течением и чередованием периодов обострения и относительной стабилизации. Актуальность

его изучения определяется сочетанием диагностических трудностей, стойкости отдельных поражений и необходимости продолжительного наблюдения за пациентами. Клиническое значение заболевания особенно выражено при развитии болезненных эрозивных и язвенных изменений, ограничивающих приём пищи и повседневную активность. Вместе с тем малосимптомные проявления могут длительное время оставаться вне внимания пациента, что повышает значение осмотра слизистой оболочки при стоматологическом обследовании. [1]

Клиническая картина КПЛ СОПР неоднородна: поражения различаются по внешнему виду, локализации, распространённости и выраженности субъективных ощущений. У одного пациента могут одновременно присутствовать участки кератоза, эритемы и эрозирования. Такая вариабельность затрудняет унификацию клинической оценки и сопоставление результатов исследований. Кроме того, течение заболевания не всегда ограничивается полостью рта: возможны сочетанные поражения кожи и других слизистых оболочек, требующие междисциплинарного подхода. В исследовании D. Eisen, включавшем 723 пациента, были рассмотрены как особенности оральных проявлений, так и внеполостные изменения и случаи злокачественной трансформации. Эти наблюдения подчёркивают необходимость комплексной оценки клинического состояния и динамического контроля. [1]

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о присутствии КПЛ СОПР в различных популяциях, однако опубликованные оценки его распространённости существенно различаются. Согласно систематическому обзору и метаанализу С. Li и соавторов, объединённая распространённость заболевания среди населения в целом составила 0,89%, а среди пациентов клинических выборок — 0,98%. Представленные показатели характеризуют разные категории обследованных и не должны рассматриваться как взаимозаменяемые. Популяционные исследования позволяют оценивать распространённость заболевания в сообществе, тогда как клинические выборки в значительной степени отражают обращаемость за медицинской помощью и особенности отбора пациентов. [2,13]

В другом систематическом обзоре и метаанализе, выполненном М.Á. González-Moles и соавторами, объединённая мировая распространённость КПЛ СОПР оценена в 1,01%. Авторы установили выраженные географические различия и увеличение распространённости после 40 лет. Различия между итоговыми оценками отдельных метаанализов необходимо интерпретировать с учётом состава включённых исследований и применённых методов анализа. Поэтому использование единственного процента без указания источника и характеристик обследованной популяции ограничивает научную обоснованность эпидемиологических сопоставлений. Международные показатели могут служить ориентиром, однако их непосредственный перенос на население конкретной страны требует самостоятельного обоснования. [5]

Важным фактором, влияющим на эпидемиологические оценки, является диагностическая неоднородность исследований. В метаанализе М.Á. González-Moles и соавторов показаны различия в выявляемой распространённости в зависимости от наличия сформулированных диагностических критериев и профессиональной специализации исследователей. Следовательно, наблюдаемые расхождения могут отражать не только особенности популяций, но и различия в распознавании и регистрации заболевания. Это придаёт особое значение стандартизации обследования, последовательному описанию клинических признаков и

прозрачному представлению критериев включения пациентов.[5]

В Узбекистане клинические и патогенетические аспекты КПЛ СОПР изучались в рамках стоматологических исследований, направленных на совершенствование диагностики и комплексного лечения. Одним из значимых местных источников является диссертационная работа У.А. Шукуровой, выполненная в Ташкентском государственном стоматологическом институте. В исследование включены 139 пациентов в возрасте 18–69 лет. Типичная форма заболевания зарегистрирована у 25,90% обследованных, экссудативно-гиперемическая — у 24,46%, эрозивно-язвенная — у 30,22%, буллёзная — у 19,42%. Представленные результаты отражают разнообразие клинических проявлений и значительную долю эрозивно-язвенных поражений в данной выборке. [3,6]

Методологически важно разграничивать эти местные клинические результаты и данные о распространённости заболевания среди населения. Исследование пациентов с уже установленным диагнозом позволяет характеризовать распределение клинических форм, сопутствующие нарушения и результаты лечения. Однако для расчёта популяционной распространённости необходимы сведения об общем числе обследованных лиц, включающих как больных, так и людей без заболевания, а также репрезентативный способ формирования выборки. Поэтому результаты клинических наблюдений не могут непосредственно использоваться для определения доли жителей Узбекистана, страдающих КПЛ СОПР.

В рассмотренных открытых источниках не удалось подтвердить наличие репрезентативной общереспубликанской оценки распространённости КПЛ СОПР. Это ограничивает возможности количественного сопоставления ситуации в Узбекистане с международными данными и оценки потребности населения в специализированной помощи. Научная значимость дальнейшего изучения проблемы связана с накоплением сопоставимых эпидемиологических сведений, уточнением клинической структуры заболевания и повышением качества его выявления. Анализ международных публикаций совместно с результатами местных исследований создаёт основу для обоснованного обсуждения этих вопросов с учётом возможностей и ограничений существующей доказательной базы.

Цель обзора — провести обобщение и критический анализ данных международных и узбекских научных публикаций, посвящённых эпидемиологическим и клиническим аспектам красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Особое внимание уделяется оценке распространённости заболевания в различных популяциях, возрастным и половым особенностям, структуре клинических форм и факторам, определяющим различия между опубликованными результатами.

В рамках обзора предполагается сопоставить международные эпидемиологические сведения с результатами исследований, проведённых в Узбекистане, разграничивая показатели популяционной распространённости и распределения клинических форм в отдельных выборках пациентов. Анализ направлен на оценку степени изученности проблемы, выявление методологических ограничений имеющихся работ и определение вопросов, требующих дальнейшего исследования. На этой основе предусматривается обоснование перспективных направлений эпидемиологического и клинического изучения заболевания в Узбекистане с учётом необходимости применения единых диагностических критериев и формирования репрезентативных выборок.

Материалы и методы

Материалом для настоящего повествовательного обзора послужили научные публикации, посвящённые эпидемиологии, клиническим проявлениям и диагностике красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта (КПЛ СОПР), а также исследования, выполненные в Узбекистане. Рассматривались оригинальные клинические и эпидемиологические работы, систематические обзоры, метаанализы и авторефераты диссертаций. Такой подход позволил сопоставить обобщённые международные сведения с результатами местных исследований, учитывая различия в их задачах, дизайне и составе обследованных групп.

Поиск доступных публикаций осуществлялся в открытых интернет-источниках с последующим изучением материалов, представленных в PubMed, PubMed Central, научной электронной библиотеке inLibrary.uz и на официальных сайтах научных журналов. Приоритет отдавался первичным источникам, содержащим описание исследованной выборки, методов обследования и полученных результатов. Для анализа международных показателей распространённости дополнительно использовались систематические обзоры и метаанализы. Отдельное внимание уделялось выявлению работ узбекских исследователей, непосредственно посвящённых поражению слизистой оболочки полости рта.

Поисковые запросы формировались на русском, английском и узбекском языках. Использовались термины «красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта», «распространённость», «эпидемиология», «клинические формы», «Узбекистан», “oral lichen planus”, “prevalence”, “epidemiology”, “clinical features”, “Uzbekistan”, «qizil yassi temiratki», «og'iz bo'shlig'i shilliq qavati» и «tarqalishi». Основное название заболевания сочеталось с обозначениями эпидемиологических показателей, клинических характеристик и географической принадлежности исследования. Дополнительный поиск проводился по фамилиям авторов и названиям выявленных публикаций для уточнения библиографических сведений и содержания соответствующих работ.

Отбор источников осуществлялся по их тематической релевантности и возможности проверить представленные сведения. В обзор включались публикации, содержащие данные о распространённости КПЛ СОПР, возрастном и половом составе обследованных, клинических формах заболевания либо методологических особенностях его диагностики. Работы, посвящённые красному плоскому лишаю в целом, рассматривались только в той части, в которой сведения о поражении слизистой оболочки полости рта могли быть выделены отдельно. Диссертационные материалы использовались при наличии доступного текста, позволяющего установить характеристики выборки и содержание результатов исследования.

Не использовались в качестве доказательных источников рекламные материалы, популярные медицинские публикации без проверяемых научных ссылок и сообщения, не позволяющие определить происхождение приводимых числовых показателей. Повторное размещение одной работы на разных электронных ресурсах не рассматривалось как самостоятельное исследование. Если сведения были доступны только в аннотации, их интерпретация ограничивалась представленным в ней содержанием; отсутствующие детали методологии не предполагались и не восполнялись расчётным путём.

При анализе публикаций учитывались год и место проведения исследования,

его дизайн, объём и способ формирования выборки, возрастно-половые характеристики участников, диагностические критерии и представленные клинические показатели. Особое внимание уделялось определению знаменателя при расчёте процентов. Раздельно рассматривались распространённость заболевания среди населения, частота его выявления среди пациентов медицинских учреждений и распределение клинических форм среди лиц с установленным диагнозом. Эти показатели оценивались как различные по эпидемиологическому содержанию и не объединялись в единую количественную оценку.

Одним из основных местных источников являлся автореферат диссертации У.А. Шукуровой, выполненной в Ташкентском государственном стоматологическом институте и включавшей обследование 139 пациентов с КПЛ СОПР в возрасте 18–69 лет. Представленные в данной работе результаты использовались для характеристики клинической структуры заболевания в исследованной группе. Их экстраполяция на население Узбекистана не проводилась, поскольку клиническая выборка пациентов с установленным диагнозом не является основанием для расчёта популяционной распространённости. [6]

Обобщение материала осуществлялось посредством качественного сравнительного анализа. Сопоставлялись основные эпидемиологические оценки, особенности клинических выборок и ограничения интерпретации результатов. Методологическая оценка носила описательный характер и включала рассмотрение репрезентативности выборки, прозрачности диагностических критериев и соответствия выводов представленным данным. Формальная балльная оценка риска систематических ошибок не проводилась. Собственный метаанализ, объединение индивидуальных данных пациентов и повторный расчёт опубликованных показателей не выполнялись.

Настоящая работа имеет характер повествовательного обзора и не претендует на исчерпывающий систематический поиск всех существующих публикаций. Ограничениями являются доступность полных текстов, неоднородность диагностических подходов и различия в формировании исследованных групп. Отсутствие подтверждённого показателя в рассмотренных источниках трактовалось как недостаточность доступных сведений, а не как доказательство отсутствия соответствующих исследований.

Основная часть

Анализ эпидемиологических данных о красном плоском лишае слизистой оболочки полости рта требует разграничения трёх показателей: распространённости заболевания среди населения, частоты его выявления среди пациентов медицинских учреждений и распределения клинических форм среди лиц с подтверждённым диагнозом. Каждый из этих показателей характеризует самостоятельный аспект проблемы. Их объединение без учёта состава обследованных групп может приводить к ошибочной оценке масштабов заболевания и необоснованному переносу результатов отдельных клинических исследований на население страны.

Одним из наиболее значимых источников международных эпидемиологических данных является систематический обзор и метаанализ С. Li и соавторов, включивший 46 исследований. Объединённая распространённость КПЛ СОПР среди населения составила 0,89% при 95% доверительном интервале 0,38–2,05%; соответствующая совокупность обследованных насчитывала 462 993 человека. В клинических выборках общей численностью 191 963 пациента

показатель составил 0,98% при 95% доверительном интервале 0,67–1,43%. Раздельное представление этих результатов имеет принципиальное значение, поскольку обследование населения и анализ обращаемости в медицинские учреждения основаны на различных способах выявления заболевания. [2]

В указанном метаанализе обнаружены географические различия. Среди популяционных исследований объединённая распространённость составляла 0,57% в Азии, 1,68% в Европе и 1,39% в Южной Америке. Эти значения относятся к совокупностям исследований соответствующих регионов и не являются нормативными показателями для каждой входящей в них страны. В частности, азиатскую оценку нельзя использовать как установленную распространённость КПЛ СОПР в Узбекистане. Для такого заключения необходимо самостоятельное исследование репрезентативной выборки населения с описанными диагностическими критериями. [2]

Дополнительные сведения представлены в метаанализе M.Á. González-Moles и соавторов, согласно которому объединённая мировая распространённость заболевания составила 1,01%. Авторы установили значимое увеличение распространённости после 40 лет: отношение шансов составило 3,43 при 95% доверительном интервале 2,48–4,73. Данный результат указывает на необходимость учитывать возрастную структуру обследованных при сравнении эпидемиологических показателей. Выборки с преобладанием лиц старших возрастных групп могут демонстрировать более высокую частоту заболевания, поэтому сопоставление необработанных процентов без возрастной стандартизации ограничивает обоснованность выводов. [5]

Тот же метаанализ выявил зависимость результатов от организации диагностического процесса. В исследованиях с обозначенными диагностическими критериями распространённость составляла 1,31%, тогда как в работах без их чёткого определения — 0,70%. Различия наблюдались и в зависимости от специализации обследовавших специалистов. Эти данные свидетельствуют о том, что неоднородность эпидемиологических оценок может быть связана не только с реальными популяционными особенностями, но и с полнотой выявления поражений. При анализе литературы диагностическую методологию следует рассматривать как один из факторов, влияющих на сопоставимость результатов. [5]

Исследования, проведённые в Узбекистане, отражают актуальность совершенствования диагностики и лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта (КПЛ СОПР). По данным ретроспективного анализа Z.Kh. Adilhodzhaeva и соавт. (2020), среди 442 пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, обратившихся в клинику Ташкентского государственного стоматологического института за 2015–2019 гг., КПЛ выявлен у 196 человек (44,3%). Женщины составили 80,1% пациентов; преобладали лица старше 50 лет. Наиболее часто регистрировались типичная (41,32%) и эрозивно-язвенная (33,67%) формы заболевания. У 42,3% пациентов авторы отмечали резистентность к применявшейся традиционной терапии, сопровождавшуюся частыми обострениями и нестойкой ремиссией [4,8]. Указанные показатели характеризуют структуру обращаемости в специализированную клинику и не отражают популяционную распространённость заболевания.

В исследовании Ш.И. Самадовой (2021) изучена возможность повышения эффективности комплексного лечения эрозивно-язвенной формы КПЛ СОПР посредством местного применения озонированного кунжутного масла. Обследованы 62 пациента, распределённые на основную группу (32 человека) и

группу сравнения (30 человек); дополнительную контрольную группу составили 18 лиц без патологии слизистой оболочки полости рта. По данным автора, включение озонированного кунжутного масла в комплексную терапию сопровождалось улучшением клинического состояния, микробиологических показателей и местных защитных факторов. Продолжительность ремиссии в основной группе увеличилась с $2,53 \pm 0,14$ до $5,75 \pm 0,06$ месяца, тогда как в группе сравнения — с $2,50 \pm 0,13$ до $3,37 \pm 0,19$ месяца.

Представленные работы обосновывают необходимость дальнейшего изучения дополнительных методов лечения КПЛ СОПР, направленных на уменьшение воспаления, восстановление слизистой оболочки и продление ремиссии. Вместе с тем результаты следует интерпретировать с учётом ограниченного объёма клинической выборки и необходимости подтверждения эффективности предложенного подхода в более крупных контролируемых исследованиях.

Возрастно-половые характеристики дополняют представление о клиническом контингенте пациентов. В исследовании D. Eisen, включившем 723 больных с морфологически подтверждённым КПЛ СОПР, женщины составляли 75%, мужчины — 25%. Наблюдение продолжалось от шести месяцев до восьми лет, в среднем 4,5 года. Преобладание женщин в этой выборке представляет интерес для характеристики обращающихся пациентов, однако само по себе не определяет соотношение распространённости заболевания среди мужчин и женщин в общей популяции. Для расчёта такого соотношения необходимы данные о численности обследованных представителей каждого пола, включая лиц без заболевания. [1]

Клинический полиморфизм КПЛ СОПР проявляется различиями в характере поражений, выраженности воспалительных изменений и субъективных симптомов. В исследовании D. Eisen эрозивный вариант преобладал при первичном обращении у 40% пациентов, а изолированное поражение десны зарегистрировано у 8,6%. У большинства обследованных присутствовали субъективные симптомы. Подобная структура клинической выборки подчёркивает значение симптомных поражений для специализированной практики. Вместе с тем более частое обращение пациентов с болью и выраженным воспалением может повышать долю тяжёлых вариантов среди наблюдаемых больных по сравнению с их долей среди всех лиц с заболеванием. [1]

Разнообразие клинических проявлений определяет необходимость диагностической стандартизации. В позиции Американской академии оральной и челюстно-лицевой патологии, представленной Y.S.L. Cheng и соавторами, подчёркиваются трудности точной диагностики КПЛ СОПР и предлагаются критерии для клинической практики и последующих исследований. Авторы рассматривают диагностику как процесс, который может требовать продолженного клинического наблюдения после первоначального обследования. С научной точки зрения это означает, что обоснованность эпидемиологической оценки зависит не только от размера выборки, но и от надёжности подтверждения каждого зарегистрированного случая. [13]

При сопоставлении клинических работ необходимо также учитывать различия классификационных подходов. Категории, используемые для описания преобладающего типа поражения, не всегда полностью совпадают с выделением самостоятельных клинических форм. Поэтому близкие по названию показатели из разных исследований нельзя автоматически считать идентичными. Для корректного сравнения требуется установить, относили ли пациента к одной

преобладающей форме, регистрировали ли несколько типов поражений одновременно и учитывали ли изменения клинической картины в процессе наблюдения. Эти методологические вопросы особенно существенны при сравнении международных публикаций с местными исследованиями.

В Узбекистане подробная клиническая характеристика КПЛ СОПР представлена в диссертационном исследовании У.А. Шукуровой, выполненном в Ташкентском государственном стоматологическом институте. Обследованы 139 пациентов в возрасте 18–69 лет, находившихся на амбулаторном лечении; контрольную группу составили 20 человек без заболеваний кожи и слизистой оболочки полости рта. В исследованной группе типичная форма зарегистрирована у 25,90% больных, экссудативно-гиперемическая — у 24,46%, эрозивно-язвенная — у 30,22%, буллёзная — у 19,42%. Наиболее высокой среди выделенных категорий оказалась доля эрозивно-язвенной формы. [6]

Помимо клинических проявлений, в работе изучались психоэмоциональное состояние пациентов, показатели окислительных процессов, цитокинового профиля и метаболитов микрофлоры. Автором выявлены связи между тяжестью заболевания и рядом исследованных нарушений. Эти результаты расширяют характеристику местного клинического контингента, однако выявленные ассоциации не следует без дополнительных доказательств интерпретировать как причинные отношения. Значение исследования для настоящего обзора заключается прежде всего в документированном описании клинических форм и сопутствующих изменений у пациентов, обследованных в Узбекистане. [6]

Сопоставление местных и международных данных показывает, что эрозивные поражения занимают существенное место в рассматриваемых клинических выборках. Однако различие между 30,22% эрозивно-язвенной формы в исследовании У.А. Шукуровой и 40% преобладающего эрозивного варианта в работе D. Eisen нельзя трактовать как доказательство межстрановых различий. Исследования отличаются условиями отбора пациентов и способом представления клинических категорий. Корректное сравнительное заключение ограничивается тем, что оба источника подтверждают значимость данного типа поражений в обследованных группах. [1,6]

Отдельного рассмотрения заслуживает потенциальная злокачественная трансформация. В обновлённом систематическом обзоре и метаанализе М.А. González-Moles и соавторов опубликована объединённая оценка малигнизации КПЛ СОПР, составляющая 1,43%. Этот показатель характеризует долю случаев трансформации в проанализированных исследованиях и не должен представляться как ежегодный риск для каждого пациента. Его интерпретация требует учёта продолжительности наблюдения, диагностических критериев и характеристик включённых больных. Наличие такого риска придаёт дополнительное значение длительному наблюдению и точному описанию изменений поражений. [14]

Для оценки ситуации в Узбекистане сохраняется принципиальное ограничение: в рассмотренных открытых источниках не подтверждён показатель распространённости КПЛ СОПР, полученный при репрезентативном обследовании населения страны. Имеющиеся клинические сведения позволяют обсуждать особенности наблюдаемых пациентов, но не определять общую численность больных и региональную распространённость. Перспективным направлением является проведение многоцентровых исследований с единым протоколом обследования, учётом возраста и пола, документированными диагностическими критериями и отдельной регистрацией клинических форм. Получение таких

данных позволит сопоставлять результаты по регионам и обоснованно включать показатели Узбекистана в международный эпидемиологический контекст.

Обсуждения

Сопоставление рассмотренных публикаций показывает, что эпидемиологическая характеристика красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта определяется не только частотой заболевания, но и методологией его выявления. Объединённые оценки распространённости, представленные в метаанализах С. Li и соавторов и М.Á. González-Moles и соавторов, составляют соответственно 0,89% среди населения и 1,01% в совокупности исследований второго обзора. Близость этих значений позволяет рассматривать их как согласующиеся ориентиры, однако не устраняет различий между включёнными работами. Полученные оценки следует интерпретировать с учётом состава выборок, географии исследований и диагностических подходов. Их непосредственное применение к населению Узбекистана без местного популяционного обследования было бы методологически необоснованным. [2,14] Одним из существенных источников неоднородности является способ формирования исследуемого контингента. Популяционные обследования направлены на выявление заболевания независимо от обращения за медицинской помощью. Клинические исследования, напротив, преимущественно характеризуют пациентов, поступивших на консультацию или лечение. Можно предположить, что выраженность субъективных симптомов влияет на вероятность обращения и, следовательно, на представленность различных клинических форм в специализированных учреждениях. Поэтому высокая доля болезненных эрозивных поражений в клинической выборке не обязательно свидетельствует об аналогичном распределении заболевания среди населения. Это предположение требует проверки в исследованиях, включающих как обращающихся пациентов, так и лиц, выявленных при профилактических осмотрах.

Особое значение имеет стандартизация диагностики. Метаанализ М.Á. González-Moles и соавторов продемонстрировал различия в выявляемой распространённости в зависимости от наличия сформулированных диагностических критериев и специализации исследователей. Следовательно, межрегиональные расхождения могут частично отражать особенности распознавания поражений. В этой связи сравнение процентов без анализа методов подтверждения диагноза способно приводить к чрезмерно упрощённым выводам. Для повышения сопоставимости результатов необходимо подробно описывать клинические критерии, основания для морфологического исследования и подходы к разграничению сходных поражений. [14]

Рекомендации Y.S.L. Cheng и соавторов дополнительно подчёркивают значение клинико-морфологического сопоставления и последующего наблюдения при диагностике КПЛ СОПР. Для эпидемиологических исследований это имеет непосредственное значение: ошибочное включение или исключение случаев влияет на итоговый показатель распространённости. Единообразие диагностического подхода особенно важно при многоцентровом дизайне, когда обследование выполняется специалистами из разных учреждений. Предварительное согласование критериев и обучение исследователей могут быть предусмотрены как меры, направленные на уменьшение различий между центрами. [13]

Результаты исследования У.А. Шукуровой представляют значимый местный материал для характеристики клинической структуры заболевания. Среди 139

обследованных пациентов эрозивно-язвенная форма составила 30,22%, а буллёзная — 19,42%. Эти сведения отражают заметную представленность соответствующих форм в изученной группе и обосновывают внимание к пациентам с выраженным поражением слизистой оболочки. Вместе с тем исследование было направлено на изучение уже диагностированного заболевания, поэтому его результаты не позволяют определить долю больных среди населения страны. Контрольная группа, сформированная для клиничко-лабораторного сравнения, также не заменяет репрезентативную популяционную выборку. [6]

Сравнение местных результатов с данными D. Eisen, у которого преобладающий эрозивный вариант отмечен у 40% из 723 пациентов, показывает необходимость осторожной интерпретации клинических различий. В публикациях использованы не полностью тождественные категории: самостоятельная эрозивно-язвенная форма и преобладающий эрозивный тип при первичном обращении. Поэтому количественное расхождение нельзя рассматривать как доказательство более тяжёлого течения заболевания в одной стране по сравнению с другой. Для подобного заключения потребовались бы единая классификация, сопоставимые условия включения и стандартизированная оценка тяжести. [1,6]

Изученные в местном исследовании связи клинической тяжести с психоэмоциональными и лабораторными показателями позволяют обсуждать заболевание в более широком клиническом контексте. Однако ассоциация между двумя признаками не устанавливает направление причинной связи. Например, изменения психоэмоционального состояния могут сопровождать длительное симптомное заболевание, а характер их взаимодействия с активностью поражений требует отдельного продольного изучения. Аналогичным образом лабораторные различия необходимо оценивать с учётом сопутствующих заболеваний и других потенциально смешивающих факторов. [6]

Потенциальная злокачественная трансформация придаёт обсуждаемой проблеме дополнительную клиническую значимость. Опубликованная в метаанализе M.Á. González-Moles и соавторов оценка 1,43% относится к объединённой доле случаев малигнизации в исследованных группах. Она не является универсальным ежегодным риском и не может непосредственно использоваться для индивидуального прогноза. При интерпретации необходимо учитывать длительность наблюдения и исходные характеристики поражений. Для будущих местных исследований это обосновывает необходимость фиксировать сроки наблюдения, изменения клинической картины и морфологически подтверждённые исходы, а не ограничиваться результатами однократного обследования. [14]

Ограничения настоящего обзора обусловлены его повествовательным характером, доступностью источников и неоднородностью рассмотренных исследований. Поиск не обеспечивает исчерпывающего охвата всех местных публикаций, поэтому отсутствие подтверждённой общереспубликанской оценки следует понимать как недостаточность выявленных сведений, а не как доказательство отсутствия соответствующих работ. Кроме того, международные метаанализы могут включать пересекающиеся первичные исследования, вследствие чего их результаты не следует считать полностью независимыми подтверждениями. Формальная оценка риска систематических ошибок не проводилась, что также ограничивает возможность ранжировать все источники по достоверности.

Дальнейшее изучение КПЛ СОПР в Узбекистане целесообразно развивать в

двух взаимодополняющих направлениях. Популяционные обследования позволят оценить распространённость заболевания и её распределение по возрасту, полу и территории проживания. Клинические исследования с длительным наблюдением дадут возможность характеризовать течение, рецидивирование и исходы различных форм. Раздельное решение этих задач при использовании согласованных диагностических критериев обеспечит более обоснованную оценку эпидемиологической ситуации и потребности в специализированной стоматологической помощи.

Декларация об использовании генеративного искусственного интеллекта

При подготовке рукописи использовался инструмент генеративного искусственного интеллекта ChatGPT (OpenAI) для содействия в структурировании материала, формулировании и редактировании отдельных фрагментов текста, переводе аннотации и ключевых слов, а также грамматической и стилистической коррекции. Применение инструмента было направлено на повышение ясности изложения, логической связности предложений и соответствия текста академическому стилю. Искусственный интеллект также использовался как вспомогательное средство при поиске и предварительном обобщении научных публикаций. Сгенерированные материалы не рассматривались в качестве самостоятельного научного источника и не заменяли критическую оценку первоисточников. Ответственность за проверку фактических сведений, точность цитирования, интерпретацию результатов и окончательное содержание рукописи возлагается на авторов.

Список литературы

1. Eisen D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: a study of 723 patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2002;46(2):207–214. DOI: [10.1067/mjd.2002.120452](https://doi.org/10.1067/mjd.2002.120452).
2. Li C., Tang X., Zheng X., Ge S., Wen H., Lin X., Chen Z., Lu L. Global prevalence and incidence estimates of oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatology*. 2020;156(2):172–181. DOI: [10.1001/jamadermatol.2019.3797](https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2019.3797).
3. Камиллов Х.П., Ибрагимова.М.Х., Муродова З.У. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта: Клинические формы и лечение // Медицинский журнал Узбекистана 2020й. №1.С.78-81 (14.00.00: №8)
4. Самадова Ш.И., Ибрагимова.М.Х., Адилходжаева З.Х. Этиопатогенетическое и клиническое обоснование лечения красного плоского лишая // Медицинский журнал Узбекистана.2020й. №2.С.71-77. (14.00.00: №8)
5. González-Moles M.Á., Warnakulasuriya S., González-Ruiz I., González-Ruiz L., Ayén Á., Lenouvel D., Ruiz-Ávila I., Ramos-García P. Worldwide prevalence of oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis. *Oral Diseases*. 2021;27(4):813–828. DOI: [10.1111/odi.13323](https://doi.org/10.1111/odi.13323).
6. Шукурова У.А. Клинико-патогенетическое лечение красного плоского лишая слизистой полости рта: автореф. дис. ... д-ра мед. наук (DSc): 14.00.21 — Стоматология. Ташкент: Ташкентский государственный стоматологический институт; 2018. 65 с. [Электронная версия](#).
7. Ибрагимова.М.Х., Муродова З.У. К вопросу лечения красного плоского лишая в полости рта с применением озонотерапии // Ёш олимлар кунлари республика илмий-амалий анжумани.-Тошкент, 2020 йил.С. 23-26.
8. Самадова Ш.И., Ибрагимова.М.Х., Адилходжаева З.Х. К вопросу комплексного лечения эрозивно язвенной формы КПЛ с применением озонотерапии // Сборник материалов IX Международной научно-практической конференции «Проритеты

- фармации и стоматологии: от теории к практике», Казахстан, 2020й С 95-97
9. Самадова Ш.И., Ибрагимова.М.Х., Муродова З.У. Состояние местных факторов защиты у больных эрозивно язвенной формы красного плоского лишая //«Yosh olimlar: yuz-yuz jarrohlida innovatsion echimlar» Xalqaro ilmiy-amaliy anjuman to'plami 5.02.2021 С.69-71
 10. Хабибова Н.Н., Собиров Ш.С. Красный плоский лишай // Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы в стоматологии» Фаргона 2021. С 55-56
 11. Самадова Ш.И., Ибрагимова.М.Х. Критерии диагностики красного плоского лишая // Методические рекомендации. Бухара 2021 25 б.
 12. Самадова Ш.И., Ибрагимова.М.Х. Совершенствование лечения пациентов с эрозивно язвенной формой красного плоского лишая озонированным кунжутным маслом // Методические рекомендации. Бухара 2021 23 б.
 13. Cheng Y.S.L., Gould A., Kurago Z., Fantasia J., Muller S. Diagnosis of oral lichen planus: a position paper of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2016;122(3):332–354. DOI: [10.1016/j.oooo.2016.05.004](https://doi.org/10.1016/j.oooo.2016.05.004).
 14. González-Moles M.Á., Ramos-García P. An evidence-based update on the potential for malignancy of oral lichen planus and related conditions: a systematic review and meta-analysis. *Cancers*. 2024;16(3):608. DOI: [10.3390/cancers16030608](https://doi.org/10.3390/cancers16030608).