

VILNIAUS UNIVERSITETAS

ARŪNAS RIMKEVIČIUS

SERGANČIŲJŲ BURNOS PLOKŠČIAJA KERPLIGE
KLINIKINIŲ RODIKLIŲ IR RIZIKOS VEIKSNIŲ
BEI GYVENIMO KOKYBĖS TYRIMAS

D A K T A R O D I S E R T A C I J A

BIOMEDICINOS MOKSLAI, ODONTOLOGIJA (07 B)

Vilnius, 2018

Disertacija rengta 2010–2018 metais Vilniaus universitete.

Disertacija ginama eksternu.

Mokslinė konsultantė – prof. dr. Alina Pūrienė (Vilniaus universitetas,
biomedicinos mokslai, odontologija – 07 B)

TURINYS

SANTRUMPOS.....	5
1. ĮVADAS	6
1.1. Tiriamoji problema ir jos aktualumas	6
1.2. Darbo mokslinis naujumas ir praktinė reikšmė	7
1.3. Darbo tikslas ir uždaviniai	8
2. LITERATŪROS APŽVALGA	9
2.1. Plokščiosios kerpligės paplitimas.....	9
2.2. Plokščiosios kerpligės etiopatogenezė.....	11
2.2.1. Plokščioji kerpligė ir autoimuninės ligos	13
2.2.2. Plokščioji kerpligė ir lėtinės ligos	15
2.2.2.1. Plokščioji kerpligė ir virškinamojo trakto ligos	15
2.2.2.2. Plokščioji kerpligė ir širdies bei kraujagyslių ligos	19
2.2.2.3. Plokščioji kerpligė ir cukrinis diabetas	20
2.2.2.4. Plokščioji kerpligė ir lėtiniai hepatitai	21
2.2.2.5. Plokščioji kerpligė ir virusinės infekcijos	23
2.2.3. Plokščioji kerpligė ir psichoemocinė būklė	24
2.2.4. Plokščioji kerpligė ir grybelinė infekcija	26
2.2.5. Plokščiosios kerpligės ryšys su kitomis odos ligomis	29
2.2.6. Plokščioji kerpligė ir genetiniai veiksniai	34
2.2.7. Plokščioji kerpligė ir kiti rizikos veiksniai	35
2.3. Plokščiosios kerpligės klinika.....	38
2.3.1. Burnos gleivinės plokščiosios kerpligės histopatologija	42
2.4. Plokščioji kerpligė ir gyvenimo kokybė.....	42
3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI.....	47
3.1. Studijos dizainas.....	47
3.2. Tiriamųjų grupės	47

3.3. Pacientų ištyrimas	48
3.3.1. Pacientų apklausa	48
3.3.1.1. Gyvenimo kokybės anketa	48
3.3.1.2. Anketa paciento bendrai sveikatos būklei įvertinti	49
3.3.1.3. Klinikinio ištyrimo anketa	49
3.3.2. Duomenų rinkimas	49
3.3.3. Klinikinis paciento, sergančio burnos plokščiąja kerplige, tyrimas	52
3.3.4. Histologinis tyrimas	52
3.3.5. Citologinis tyrimas	53
3.4. Statistinė analizė	53
4. REZULTATAI	55
4.1. Ligonių, sergančių plokščiąja kerplige, sociodemografiniai, klinikiniai ir sveikatos būklės rodikliai	55
4.1.1. Sergančiųjų plokščiąja kerplige sociodemografiniai rodikliai	55
4.1.2. Sergančiųjų plokščiąja kerplige klinikiniai rodikliai	57
4.1.3. Sergančiųjų plokščiąja kerplige bendra sveikatos būklė	62
4.2. Plokščiąją kerpligę lemiantys veiksniai	63
4.2.1. Sociodemografinių veiksnių ryšys su plokščiąja kerplige	63
4.2.2. Vietinių ir bendrinių veiksnių ryšys su plokščiąja kerplige	64
4.2.3. Bendra sveikatos būklė sergančiųjų ir nesergančiųjų burnos plokščiąja kerplige	69
4.3. Sergančiųjų burnos plokščiąja kerplige gyvenimo kokybė	72
4.4. Veiksniai, susiję su gyvenimo kokybe	76
5. REZULTATŲ APTARIMAS	83
6. IŠVADOS	92
7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	93
8. LITERATŪROS SĄRAŠAS	94
9. MOKSLINĖS PUBLIKACIJOS IR PRANEŠIMAI DISERTACIJOS TEMA	118
10. PRIEDAI	120
11. PADĖKA	147

SANTRUMPOS

df – laisvės laipsnių skaičius

DNR – deoksiribonukleorūgštis

FFA – frontalinė fibrozinė alopecija

GVH – „*graft versus host*“ liga

HBV – hepatito B virusas

HCV – hepatito C virusas

HSV – *herpes simplex* virusas

MDA – malondialdehidas

mln. – milijonas

n – absoliutus skaičius

p – statistinis reikšmingumas

PI – pasikliautinis intervalas

proc. – procentai

SN – standartinis nuokrypis

SRV – sisteminė raudonoji vilkligė

χ^2 – chi kvadrato kriterijus

Žalgirio klinika – Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinika

ŽIV – žmogaus imunodeficito virusas

ŽPV – žmogaus papilomos virusas

1. ĮVADAS

1.1. Tiriamoji problema ir jos aktualumas

Plokščioji kerpligė yra lėtinė uždegiminė odos ir gleivinių liga, pasireiškianti būdingu bėrimu, klinikiniais ir histologiniais pokyčiais. Plokščioji kerpligė gali pasireikšti ne tik odoje ir gleivinėse, bet ir pažeisti nagus bei plaukuotąją galvos dalį. Tai liga, turinti keletą klinikinių variantų.

Skirtingose šalyse diagnozuojama nuo 0,5 iki 2,6 proc. susirgimo atvejų [1, 2, 3]. Liga gali vystytis tik odoje (iki 44 proc.), burnoje ir odoje, tik burnoje (iki 70 proc.) [1, 2]. Dažniausiai serga vidutinio amžiaus ir pagyvenę žmonės. Kai kurių autorių duomenimis, moterys serga dažniau nei vyrai, atitinkamai 2,2 proc. ir 1,6 proc. [7], yra šalių, kur vyrai serga dažniau nei moterys [27]. Plokščioji kerpligė aptinkama šeimose, todėl manoma, kad galima šios ligos genetinė predispozicija [240], kai kada serga vaikai [9, 26, 27, 28]. Plokščioji kerpligė – tai liga, sukianti ligoniams diskomfortą, neretai lemianti skausmingus odos ir gleivinių pakitimus, turinti abejotiną gydymo prognozę ir diskutuotiną potencialą supiktybėti [17]. Įvardijama nevienoda plokščiosios kerpligės pažeistų audinių malignizacija [241]. Nustatyta, kad 1,0–3,0 proc. visų sergančiųjų plokščiąja kerplige pažeidimų linkę piktybėti [22]. Dažniau piktybėja erozinė-opinė, rečiau – atrofine ligos formos [13].

Plokščiosios kerpligės išsivystymui turi reikšmės lėtinės ligos, autoimuninio disbalanso sutrikimas, genetinis polinkis sirgti šia liga, vaistų, odontologinių medžiagų sukeltos reakcijos, audinių trauma, tam tikra mityba, žalingi įpročiai bei paciento psichoemocinė būklė [42, 8, 3, 4, 35, 36, 38, 43, 44]. Manoma, kad tokios būklės kaip depresija, stresas ar tiesiog perdėtas nerimas gali lemti ligos atsiradimą [127].

Neabejotinai endokrininė patologija: skydliaukės ligos [55], cukrinis diabetas [92, 93, 94, 95]; taip pat hepatitai [8, 59, 60, 61, 242], skrandžio ir žarnyno ligos [70, 71, 243], širdies ir kraujagyslių ligos, hipertenzija [28, 29, 74] bei kitos ligos turi įtakos plokščiosios kerpligės atsiradimui ir ligos eigai.

Vietinės etiologinės rizikos veiksniai: periodonto patologija, dantų restauracijos ar / ir netinkama burnos higiena, odontologinės medžiagos [165, 166, 167, 168, 169]. Žalingi įpročiai, pavyzdžiui, rūkymas ir alkoholio vartojimas, taip pat įvardijami kaip etiologiniai veiksniai [170, 244, 245].

Daugybė plokščiosios kerpligės rizikos veiksnių gali būti ir kol kas nežinomų [15], dėl to svarbūs tyrimai, nagrinėjantys galimas, susijusias su šia liga rizikas.

Plokščioji kerpligė itin blogina ligonių gyvenimo kokybę [41, 225–227], todėl, tiriant gyvenimo kokybės pokyčius, žmonių sugebėjimą adaptuotis susirgus burnos plokščiąja kerplige, rekomenduojamas nuolatinis šių pacientų stebėjimas [246], būtinybė gydytojui taikyti į paciento gyvenimo kokybės užtikrinimą orientuotą gydymą.

Apie burnos plokščiosios kerpligės rizikos veiksnius ir pacientų gyvenimo kokybę Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse tikslių duomenų nėra, todėl, siekiant pagerinti mūsų šalyje gyvenančių pacientų gydymo kokybę, profilaktiką, įvertinti plokščiosios kerpligės vystymąsi predisponuojančius veiksnius, jų įtaką ligai, pažeistų audinių malignizaciją, sergančiųjų gyvenimo kokybę, svarbūs tolesni ligos tyrimai.

1.2. Darbo mokslinis naujumas ir praktinė reikšmė

Pacientai, sergantys plokščiąja kerplige, patiria ne tik fizinį, bet ir psichologinį diskomfortą. Įvertinti jų gyvenimo kokybę sudėtinga, nes gyvenimo kokybės suvokimas skiriasi tarp individų, sergančiųjų lūkesčiai nevienodi. Ligos klinikinių formų įvairovė lemia skirtingą ligos raidą, pobūdį ir poveikį gyvenimo kokybei. Iki šiol burnos plokščiąja kerplige sergančių pacientų būklė ir šios ligos įtaka gyvenimo kokybei Lietuvoje nebuvo tirta.

Pirmą kartą buvo ištirtas ir įvertintas Lietuvos pacientų, sergančių plokščiąja kerplige, klinikinių formų dažnumas ir pažeidimų lokalizacija, išsiaiškintas burnos grybelio paplitimas tarp sergančiųjų, įvertintas plokščiosios kerpligės pažeistų audinių malignizacijos paplitimas, ryšys su dermatozėmis, širdies kraujagyslių ir virškinamojo trakto ligomis, hepatitais, cukriniu diabetu. Ištirta ir įvertinta sergančiųjų plokščiąja kerplige burnos sveikata. Nustatytas ryšys tarp plokščiosios kerpligės ir socialinės bei klinikinės rizikos veiksnių.

Naudojant psichometrinę skalę įvertinti pacientų, sergančių plokščiąja kerplige, įvairūs gyvenimo aspektai, kasdienio gyvenimo veikla, socialiniai santykiai, dėl to šio darbo rezultatai leidžia teikti plokščiąja kerplige sergantiesiems rekomendacijas, kaip gerinti gyvenimo kokybę.

Šio darbo praktinė reikšmė: surinkti duomenys ir moksliniais įrodymais pagrįsti tyrimai, kurie bus naudingi vertinant individualiai kiekvienam pacientui socialinius ir klinikinius veiksnius, turinčius įtaką ligos atsiradimui ir progresavimui. Darbas bus naudingas organizuojant medicininę pagalbą sergantiesiems plokščiąja kerplige, diegiant šiuolaikinės diagnostikos ir gydymo standartus, formuojant odontologijos ir medicinos studentų, rezidentų, gydytojų odontologų ir odontologijos bei odos ligų specialistų požiūrį į šios ligos išaiškinimo, gydymo, profilaktikos bei pacientų gyvenimo kokybės gerinimo svarbą.

1.3. Darbo tikslas ir uždaviniai

Darbo tikslas – ištirti pacientų, sergančių burnos plokščiąja kerplige, klinikinius rodiklius, ligos sąryšį su rizikos veiksniais ir pacientų gyvenimo kokybę.

Darbo uždaviniai:

1. Įvertinti sergančiųjų burnos plokščiąja kerplige sociodemografinius ir klinikinius rodiklius.
2. Nustatyti rizikos susirgti burnos plokščiąja kerplige sąsajas su sociodemografiniais, vietiniais, bendriniais veiksniais bei lėtinėmis ligomis ir sveikatos būklėmis.
3. Nustatyti ir įvertinti sergančiųjų burnos plokščiąja kerplige gyvenimo kokybę.
4. Nustatyti rizikos veiksnius, turinčius įtakos sergančiųjų burnos plokščiąja kerplige gyvenimo kokybei.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Plokščiosios kerpligės paplitimas

Plokščiosios kerpligės pažeidimų aptinkama įvairiose kūno vietose. Dažniausiai pažeidžiama oda – iki 66 proc. atvejų, oda ir nagai – 2,4 proc., oda ir burnos gleivinė – 8,8 proc., burnos gleivinė – iki 18,8 proc. atvejų, genitalijų gleivinė – 4,1 proc. atvejų [1]. Tarp visų burnos gleivinės ligų plokščioji kerpligė sudaro 12,4 proc. atvejų [2].

Burnos plokščiosios kerpligės paplitimas tarp įvairių populiacijų yra skirtingas ir, įvairių mokslinių tyrimų duomenimis, svyruoja tarp 0,5 ir 20 proc. [1, 3, 4, 5, 6].

Nustatyta, kad šia liga moterys serga apie du kartus dažniau nei vyrai [7]. Plokščioji kerpligė dažniausiai pasireiškia 30–60 m. amžiaus žmonėms [3, 4, 8], tačiau esama duomenų, kad ši liga aptinkama ir vaikų burnoje, aprašomi įvairiose šalyse pavieniai atvejai [9, 10, 11, 12, 13, 14, 15].

Remiantis nacionaline Brazilijos gyventojų studija apie plokščiosios kerpligės paplitimą, galima teigti, kad 76,4 proc. sergančiųjų buvo moterys, kurių vidutinis amžius 54 metai, 85 proc. jų buvo baltosios rasės. Tinklinė ligos forma nustatyta 81,8 proc. sergančiųjų. Neretai tinklinė ligos forma pasireiškė skausmingomis erozijomis. 92,7 proc. atvejų buvo pažeista abiejų žandų gleivinė, o 77,3 proc. atvejų – stebimi daugybiniai pažeidimai [16]. Britanijoje atliktas retrospektyvus tyrimas parodė, kad tinklinė ligos forma burnoje nustatoma dažniausiai, 60 proc. šių pažeidimų buvo aptikta kartu su kitomis plokščiosios kerpligės klinikinėmis išraiškomis. Iki 95 proc. pažeidimų buvo abipusiai, 13 proc. pacientų ligos simptomai buvo ne tik burnoje ir 1,9 proc. pacientų liga supiktybėjo [17]. Tinklinė kerpligės forma buvo dažniausia ir Irane – 76,9 proc. atvejų [18].

Plokščioji kerpligė yra vidutinio amžiaus žmonių liga, tačiau skirtingose etninėse grupėse sergantieji gali skirtis. K. Thongprasom ir kt. (2009) retrospektyvioje lyginamojoje studijoje, tiriančioje tailandiečių ir kroatų ligos istorijas, nurodo, kad sergančių plokščiąja kerplige moterų ir vyrų santykis yra 3,5:1.

Sergančių kroatų amžius buvo gerokai didesnis nei tailandiečių. Atrofinė ir erozinė-opinė kerpligės formos labiau buvo būdingos Tailando, o tinklinė – Kroatijos gyventojams, sergantiems plokščiąja kerplige. Burnos deginimo pojūtis buvo būdingas abiejų šalių tiriamiesiems [19]. Panašūs rezultatai gauti ištyrus Pakistano 17–62 m. amžiaus sergančiuosius plokščiąja kerplige: tinkline ligos forma sirgo 54,7 proc., erozine-opine – 32,6 proc., atrofinė – 12,6 proc. pacientų, o skausmu ir deginimo pojūčiu burnoje skundėsi 75,7 proc. sergančiųjų. Dažniausiai buvo pažeista žandų gleivinė, mažiau – liežuvis, lūpos, gomurys ir burnos dugnas [20].

Serbijoje plokščiąja kerplige dažniau serga moterys, tačiau amžiaus skirtumo tarp sergančiųjų neaptikta, 1,22 proc. pacientų liga supiktybėjo [21]. Supiktybėjimo procentas įvairiose šalyse skiriasi [22].

Ištyrus Irano gyventojus nustatyta, kad ši liga supiktybėjo 0,1 proc. sergančiųjų, Olandijoje ligos piktybinė forma išsivystė 0,5 proc. atvejų, Islandijoje – 1,0 proc., o Izraelyje – 5,8 proc. [18, 23, 24]. Plokščioji kerpligė gali supiktybėti sergant bet kuria ligos forma [23].

Švedijos mokslininkai pastebi, kad supiktybėjimo tendencija sergant burnos plokščiąja kerplige nors lėtai, bet didėja [25].

Vaikai plokščiąja kerplige serga retai, aprašomi tik pavieniai atvejai [26, 27, 28]. Vaikų plokščiosios kerpligės paplitimas nėra žinomas, burnos gleivinės pažeidimai nedažni. Nustatyta, kad vaikų plokščioji kerpligė 75 proc. atvejų buvo tinklinės formos ir 75 proc. atvejų buvo pažeistas tik liežuvis [29].

Švedijoje, atlikus 20 333 žmonių patikrą, nustatyta, kad 1,9 proc. ištirtųjų aptikta burnos plokščioji kerpligė, iš jų 1,6 proc. – moterų ir 2,2 proc. – vyrų. Didžiausias šios ligos paplitimas buvo tarp 65–74 ir 55–64 m. amžiaus grupių ištirtųjų. Dažniausiai pasireiškė tinklinė ligos forma (77,3 proc. atvejų), o populiariausia pažeidimų vieta – žandų gleivinė (92 proc. atvejų) [30].

Iš visų iraniečių, sergančių plokščiąja kerplige, 76,9 proc. sirgo tinkline šios ligos forma [18]. Skirtingai nuo kitų tyrimų, L. Khondker (2010) atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad Bangladeše plokščiąja kerplige dažniau sirgo vyrai nei moterys, o plačiausiai paplitusi buvo tinklinė ligos forma (68,3 proc.), kai kada pasireiškė ir kitos šios ligos formos. Bangladeše dažniau sirgo 30–50 m. amžiaus žmonės [31].

Moterys dažniau sirgo šia liga ir Italijoje [32]. Vidutinis sergančių moterų amžius buvo 61 metai, o vyrų – 58 metai. Tinklinė ir apnašinė ligos formos buvo nustatytos 60 proc. visų sergančiųjų [32]. Panašūs duomenys buvo gauti ištyrus prancūzus ir ispanus. Prancūzijoje dažniausiai plokščiąja kerplige sirgo 30–60 m. amžiaus moterys, Ispanijoje mažiau nei ketvirtadalis sergančiųjų (23,3 proc.) plokščiąja kerplige buvo vyrai, o sergančios moterys sudarė 76,7 proc. atvejų. Ispanijoje liežuvis buvo dažniausiai pažeidžiama vieta [7, 33]. Skirtingai nei kituose tyrimuose, Australijoje pasiskirstymas tarp amžiaus ir lyties buvo panašus, bet duomenys išsiskyrė lyginant etnines grupes: daugiau kaip pusė sergančiųjų (52,2 proc.) buvo europiečiai, 31,4 proc. – Indijos, Pakistano, Šri Lankos kilmės gyventojai, 9,7 proc. – Azijos šalių kilmės gyventojai, 16,8 proc. – salų gyventojai, o 24,2 proc. – kitų tautybių asmenys, 4,8 proc. – nežinomos kilmės asmenys [34].

Duomenų apie burnos plokščiosios kerpligės paplitimą Lietuvoje nerasta.

2.2. Plokščiosios kerpligės etiopatogenezė

Plokščiosios kerpligės etiopatogenezė nėra iki galo aiški, moksliniai tyrimai aiškina daugiaveiksnį šios ligos pobūdį [35, 36].

Esama nemažai mokslinių įrodymų, jog plokščioji kerpligė yra uždegiminė autoimuninė liga [37], CD8+ (citotoksinių) T limfocitų sukelta autoimuninė reakcija [8]. Įvairūs antigenai veikia T limfocitus, išskiriančius citokinus IL-1, IL-8, IL-10, TNF-a, IFN- γ [3]. Išskirti citokinai aktyvina Langerhanso ląsteles, lemia citotoksinių T limfocitų gausėjimą. Aktyvintos Langerhanso ląstelės gamina IFN-a ir IFN- γ mediatorius, o šie dar labiau aktyvina citotoksinius T limfocitus, sukeliančius gleivinės pamatinio epitelio sluoksnio keratinocitų apoptozę [4]. Limfocitinės reakcijos metu iš aktyvuotų T limfocitų ir keratinocitų atsipalaidavę citokinai stimuliuoja tolesnę limfocitų migraciją į uždegimo židinį [8].

Autoimuninę plokščiosios kerpligės kilmę patvirtina pacientų kraujo plazmoje aptinkamas didesnis IL-10 ir mažesnis IL-2 kiekis, dominuoja Th2 limfocitai, o tai rodo, kad sutrikęs Th1/Th2 limfocitų balansas. Th2 limfocitų dominavimas sergant plokščiąja kerplige gali būti 2 tipo imuninė hiperjautrumo reakcija [38]. Nustatyta, kad sergant plokščiąja kerplige yra sustiprėjęs Th1 limfocitų

atsakas į tam tikras epitelio ląstelės paviršiuje esančias molekules (CXCR) [8, 31, 39]. Sergant plokščiąja kerplige šių molekulių kiekis epitelio ląstelės paviršiuje būna padidėjęs [40].

Šią ligą gali provokuoti ilga nervinė įtampa ar staigi psichinė trauma, autoimuniniai procesai, kai kurie vartojami vaistai (pvz., aukso druskos) ar virusai, galintys sukelti kepenų uždegimą. Liga siejama su medikamentais, vakcinacijomis, odontologinėmis medžiagomis [41].

Remiantis įvairių mokslinių tyrimų duomenimis, burnos plokščiosios kerpligės priežastis būtų galima suskirstyti į šias pagrindines grupes: autoimuninė kilmė, kitos gretutinės lėtinės ligos, genetinė predispozicija, vaistų, odontologinių medžiagų sukeltos reakcijos, burnos gleivinės traumavimas, mityba, žalingi įpročiai ir paciento psichoemocinė būklė [8, 3, 42, 43, 44, 4].

Depresinės nuotaikos ir žema savikontrolė taip pat gali būti susijusios su plokščiąja kerplige, ypač tinkline ar mazgeline ligos forma [45].

Lyginant su kontroline grupe, sergantieji burnos plokščiąja kerplige turi miego problemų, jiems būdinga dažnai prislėgta nuotaika ir nerimas. Miego sutrikimai, nuotaikų kaita gali būti prodrominiai plokščiosios kerpligės simptomai [46].

Sergant plokščiąja kerplige būdingi pykčio priepuoliai. Tyrėjai nurodė, kad nustatyta koreliacija tarp pykčio kontrolės ir plokščiosios kerpligės pasireiškimo. Pacientai, kenčiantys nuo stipraus skausmo, dažniau savo pyktį išreiškia fiziškai nei pacientai, nesergantys šia liga. Taigi, pykčio slopinimas ir pastangos jį valdyti gali turėti įtakos plokščiosios kerpligės, kaip žinomo psichosomatinio sutrikimo, vystymuisi [47].

Plokščioji kerpligė yra viena iš lichenoidinių dermatozijų rūšių, kurias sieja tam tikri histologiniai lichenoidinio (kerpligiško) pažeidimo panašumai. Tai yra poūmės arba lėtinės eigos uždegiminė odos ir gleivinių liga, galinti pažeisti ir nagus bei sukelti randinę alopeciją. Nustatytas plokščiosios kerpligės ryšys su kitomis autoimuninėmis ligomis [48], pavyzdžiui, dermatomiozitu, raudonąja vilklige, sklerodermija, opininiu kolitu, pirmine biliarine ciroze, lėtiniais aktyviais B, C hepatitu, cukriniu diabetu, navikais.

2.2.1. Plokščioji kerpligė ir autoimuninės ligos

Plokščioji kerpligė dažniausiai pasireiškia kaip solitarinė liga, tačiau kartais kartu pasireiškia ir kitos autoimuninės ligos: sisteminė raudonoji vilkligė, Sjögreno sindromas, Hashimoto tiroiditas, opinis kolitas, reumatoidinis artritas, dermatomiozitas, baltmė, lizdinė alopecija ir kitos [49].

P. I. Chung ir kt. (2015) moksliniame darbe teigiama, kad buvo nustatytas dažnesnis autoimuninių ligų paplitimas tarp pacientų, sergančių plokščiąja kerplige, nei tarp nesergančių šia liga kontrolinės grupės asmenų [49]. Manoma, kad plokščioji kerpligė susijusi su įvairiomis autoimuninėmis ligomis, tačiau statistškai patikimų mokslinių duomenų trūksta. Pacientus, sergančius plokščiąja kerplige, rekomenduojama stebėti bei tirti ir dėl kitų autoimuninių ligų, ypač tada, kai esama plokščiajai kerpligei nebūdingų simptomų. Įrodyta, kad nemažai daliai pacientų neteisingai diagnozuojama arba diagnozuojama tik viena iš kelių autoimuninių ligų [53]. Taigi, suvokimas, kad egzistuoja ryšys tarp autoimuninių ligų ir plokščiosios kerpligės, gali padėti tiek gydytojui nustatant ir stebint ligą, tiek pacientui su ja gyvenant ir ją gydantis.

Sisteminė raudonoji vilkligė yra jungiamojo audinio autoimuninė liga, pažeidžianti platų spektrą organų ir jų sistemų: nervų, kvėpavimo, širdies ir kraujagyslių, ekskrecinę sistemas, odą ir gleivines. Šios ligos esmė yra autoantikūnų susidarymas prieš organizmo ląstelių branduolius. Aktyvinami T ir B limfocitai, kraujyje cirkuliuojantys imuniniai kompleksai nusėda jungiamajame audinyje, kur kyla uždegiminė reakcija ir vyksta audinių pažeidimas [50]. Plokščioji kerpligė ir sisteminė raudonoji vilkligė yra skirtingos ligos, bet kartu jos gali pasireikšti kaip persidengiantis raudonosios vilkligės / plokščiosios kerpligės sindromas. Tai retas sutrikimas, turintis abiejų ligų imunologinius, patohistologinius ir klinikinius požymius, kai dominuoja bėrimo elementai, būdingi tik sisteminėi raudonajai vilkligei arba tik plokščiajai kerpligei [51]. Manoma, kad šis sindromas dažnesnis, nei nurodo dokumentuojamų atvejų skaičius, ir gali būti klaidingai diagnozuotas kaip pavienė hipertrofinė plokščioji kerpligė ar lėtinė odos raudonoji vilkligė [52].

Kartu su plokščiąja kerplige dažnai pasireiškia ir skyd liaukės pažeidimai. Tiriant suomių populiaciją tarp 152 sergančiųjų burnos plokščiąja kerplige nu-

statyta 15 proc. pacientų, turinčių ir skydliaukės patologiją [55]. M. Ebrahimi ir kt. (2012) savo tyrime nurodo, kad 45 proc. moterų, sergančių plokščiąja kerplige, vartojo sintetinės kilmės skydliaukės hormoną levotiroksiną, skirtą hipotireozei, strumai ar skydliaukės navikams gydyti [56].

Viena iš skydliaukės ligų, galinčių pasireikšti kartu su plokščiąja kerplige, yra autoimuninis tiroiditas, arba Hashimoto tiroiditas. Hashimoto tiroiditas yra nežinomos kilmės autoimuninis susirgimas, sukeliantis skydliaukės uždegimą ir atrofiją. Pacientams pasireiškia hipotireozė: jų oda būna sausa, plona ir šalta, nagai ploni ir trapūs, pažeidžiama virškinimo, kraujotakos, nervų sistemos, judėjimo aparatas [57]. Autoimuninio Hashimoto tiroidito pasireiškimas kartu su plokščiąja kerplige gali būti paaiškinamas keliais būdais. Pirmiausia, cirkuliuojantys kraujyje autoantikūnai prieš skydliaukę aktyvuoja T limfocitus ir skatina uždegiminius procesus odoje ir gleivinėse prisijungdami prie keratinocitų receptorių, taip skatindami plokščiosios kerpligės vystymąsi [58]. Tiesa, tai kol kas daugiau yra mokslininkų spėjimai, todėl, norint šiuos mechanizmus išaiškinti, reikalingi tolesni tyrimai.

Skydliaukės disfunkcija taip pat turi ryšį su plokščiąja kerplige [73]. Hashimoto tiroiditas, kaip ir plokščioji kerpligė, susijęs su kitomis lėtinėmis ligomis, bet dažniausiai apibūdinamas kaip autoimuninė liga. Hashimoto tiroiditas nustatomas 14,3 proc. sergančiųjų plokščiąja kerplige, skirtingose gyventojų grupėse pasitaiko maždaug apie 1,0 proc. ištirtųjų. Iki šiol nėra aiškiai apibrėžtos plokščiosios kerpligės ir hipotirodizmo sąsajų hipotezės, tačiau tai, kad vienas iš ankstyvųjų Hashimoto tiroidito pasireiškimų 93,3 proc. atvejų yra plokščioji kerpligė, verčia diskutuoti apie abiejų ligų bendrus priežastinius ryšius. Tiroiditu dažniau serga moterys, todėl, jei šeimoje sirgo mama, didelė tikimybė, kad ateityje gali susirgti ir dukros, anūkės. Žinant, kad dažnai nediagnozuojamas lėtinis asimptominis autoimuninis tiroiditas, vyresnėms kaip 40 m. moterims, sergančioms plokščiąja kerplige, vertėtų ištirti skydliaukės funkciją [58].

M. Carbone ir kt. (2009) nagrinėjo 808 Italijos pacientų, sergančių burnos plokščiąja kerplige, 17 metų ligos istorijų klinikinius aprašymus ir nustatė, kad 12,3 proc. pacientų buvo būdingas ir ekstraoralinis šios ligos pasireiškimas (odoje ir genitalijų srityje). Sergantiesiems plokščiąja kerplige buvo nustatytos

ir kitos autoimuninės ligos: reumatoidinis artritas ir tiroiditas – 1,5 proc., žvynelinė – 0,9 proc. pacientų [32].

Dar viena autoimuninė liga, pasireiškianti kartu su plokščiąja kerplige, yra Sjögreno sindromas. 7 proc. sergančiųjų plokščiąja kerplige taip pat serga ir Sjögreno sindromu [53]. Sjögreno sindromas – tai sisteminė autoimuninė liga, pažeidžianti egzokrinines liaukas ir dažniausiai pasireiškianti kserostomija ir sausuoju keratokonjunktyvitu, dėl to pacientai skundžiasi akių, burnos sausumu ir nuovargiu, nustatomi ir ne tokie dažni simptomai: dėmesio sutrikimas, sausa oda, miego sutrikimai bei galūnių tirpimas ir / ar dilgčiojimas. Burnos sausumas turi įtakos burnos sveikatai, nes seilės atlieka ypač svarbią burnos audinių apsaugos nuo įvairių ligų atsiradimo funkciją. Įrodyta, kad pacientai, sergantys Sjögreno sindromu, yra padidėjusios rizikos grupėje sirgti dantų ėduonimi ir periodonto ligomis [54]. Gali pasireikšti opiniai burnos gleivinės pažeidimai nešiojant įvairius protezus ar dėl sutrikusio burnos gleivinės gijimo traumavus audinius. Buvo aiškinta, kad sergant Sjögreno sindromu lichenifikuojanti reakcija gali išsivystyti dėl tam tikrų vartotų medikamentų, bet, ištyrus keletą vartotų vaistų, ši hipotezė buvo atmesta [53].

2.2.2. Plokščioji kerpligė ir lėtinės ligos

Plokščiosios kerpligės atsiradimą gali lemti tokios ligos kaip hepatitas C ir kitos virusinės ligos, GVH („*graft versus host*“) liga, išsivystanti po kaulų čiulpu transplantacijos, endokrinologinė patologija, pirminė arterinė hipertenzija, virškinamojo trakto ligos [4, 8, 37, 43, 44, 60, 61, 62].

2.2.2.1. Plokščioji kerpligė ir virškinamojo trakto ligos

Nustatytas ryšys tarp celiakijos ir plokščiosios kerpligės [70], o *Helicobacter pylori* infekcijos reikšmė plokščiajai kerpligei iki šiol diskutuotina [42].

Helicobacter pylori infekcija yra viena iš dažniausių žmonių bakterinių infekcijų. Tai skrandžio ir žarnyno patogenas, glaudžiai susijęs su gastritu, skrandžio opomis ir padidėjusia skrandžio vėžio rizika. Įrodyta, kad burna yra galimas *Helicobacter pylori* rezervuaras, nes ši bakterija buvo aptikta tiek supra-gingivaliai, tiek subgingivaliai, taip pat ir seilėse. DNR tyrimai atskleidė, kad

Helicobacter pylori infekcija buvo nustatyta 23 proc. pacientų, sergančių plokščiąja kerplige, ir 20 proc. pacientų, sergančių leukoplakija. Sveiki žmonės šios bakterijos neturėjo [72]. Manoma, kad *Helicobacter pylori* infekcija gali turėti įtakos burnos pažeidimams tik sergant aftiniu stomatitu, periodontitu. Nenustatytas ryšys tarp *Helicobacter pylori* infekcijos, antikūnų prieš *Helicobacter pylori* cirkuliacijos kraujyje, sukėlėjų buvimo burnoje ir plokščiosios kerpligės pažeidimų atsiradimo burnos gleivinėje [71].

Ieškoma ryšio tarp virškinamojo trakto organų ligų bei infekcijų ir plokščiosios kerpligės. Dažniausiai tiriama hepatito C ir *Helicobacter pylori* infekcijos įtaka plokščiosios kerpligės vystymuisi. *Helicobacter pylori* – gram (–) bakterija, atrasta 1983 metais, yra dažniausiai aptinkama patogeninė bakterija, kuri dalyvauja skrandžio uždegimo, skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opų bei skrandžio adenokarcinomos patogenezėje. Žinoma, kad ši infekcija gali sukelti ne tik virškinamojo trakto ligas, bet dalyvauti ir odos ligų patofiziologijoje.

Tyrimų, kuriais bandoma nustatyti ryšį tarp *Helicobacter pylori* infekcijos ir plokščiosios kerpligės, rezultatai prieštaringi [100, 101, 102, 71]. H. Moravvej ir kt. (2007) atliktame tyrime dalyvavo 80 pacientų, sergančių plokščiąja kerplige, ir 80 pacientų (kontrolinė grupė), sergančių kitomis odos ligomis. Aktyvi *Helicobacter pylori* infekcija buvo nustatoma remiantis specialiu UBT tyrimu (šlapalo kiekio iškvepiamame ore testu). Sergančiųjų plokščiąja kerplige grupėje net 82,5 proc. buvo nustatytas teigiamas UBT titras, kurio vidutinė vertė 202,2, o kontrolinėje grupėje atitinkamai 61,2 proc. ir 105,1 [100]. Remiantis šia studija, galima būtų daryti išvadą, kad *Helicobacter pylori* infekcija dažnesnė tarp sergančiųjų plokščiąja kerplige. B. R. Devrajani ir kt. (2012) patvirtino, kad sergantieji plokščiąja kerplige dažniau turi ir *Helicobacter pylori* infekciją. Iš ištirtų 105 plokščiąja kerplige sergančių asmenų 77 proc. tiriamųjų buvo nustatyta *Helicobacter pylori*, 69 proc. jų skundėsi skausmu epigastriume, 17 proc. – skausmu už krūtinkaulio [101]. Tačiau A. T. Zenouzas ir kt. (2010) savo studijoje pritaikę UBT testą nustatė, kad nėra statistiškai reikšmingo skirtumo tarp sergančiųjų plokščiąja kerplige ir sveikųjų, vertinant *Helicobacter pylori* infekcijų dažnį [103]. Atlikus tyrimus neaptikta statistiškai reikšmingų duomenų, kad sergantiesiems plokščiąja kerplige *Helicobacter pylori* infekcija pasireikštų dažniau nei tiems, kurie serga ar neserga kitomis odos ligomis [102, 71, 104, 103,

105]. Prieštaringi mokslinių tyrimų duomenys rodo, jog plokščiosios kerpligės ir *Helicobacter pylori* infekcijos sąsaja iki šiol yra ginčytina. Žinant, jog plokščiosios kerpligės etiologijoje dalyvauja nemažai veiksnių, ir remiantis aptartais tyrimais, galima daryti išvadą, jog *Helicobacter pylori* galėtų būti vienas iš trigerinių ligos vystymosi veiksnių, tačiau reikalingos papildomos mokslinės studijos norint galutinai įvertinti plokščiosios kerpligės ir *Helicobacter pylori* infekcijos ryšį.

Įrodyta, kad plokščiosios kerpligės išsivystymui reikšmės turi virusai ir bakterijos, tarp kurių minima ir virškinamajame trakte esanti *Helicobacter pylori* [104, 106]. Ši bakterija, veikdama kartu su kitais veiksniais, sukelia lėtinį gastritą, skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opaligę, skrandžio adenokarcinomą bei kitas virškinamojo trakto ligas. Kadangi *Helicobacter pylori* sukelia lėtines virškinamojo trakto ligas, pasireiškiančias gleivinės uždegimu, erozijomis ir opomis, manoma, kad ji gali būti ir vienas iš plokščiosios kerpligės etiologinių veiksnių, nes ši liga taip pat pasireiškia panašiais simptomais. H. Moravvej ir kt. (2007) atliktame atvejo ir kontrolės klinikiniam tyrimo nustatytas didesnis kiekis *Helicobacter pylori* tarp sergančiųjų plokščiąja kerplige nei sveikų kontrolinės grupės asmenų, tiriant šlapalo koncentraciją iškvėptame ore [100].

Kitų autorių atliktos studijos neparodo statistiškai reikšmingo skirtumo šiuo klausimu [104, 107]. Prieštaringi rezultatai gaunami ir stebint skrandžio opų išsivystymo dažnį sergant plokščiąja kerplige. B. Wedi ir A. Kappo (2002) atlikto tyrimo duomenimis, skrandžio opos triskart dažniau pasireiškė plokščiąja kerplige sergantiesiems nei sveikiems žmonėms [106]. Vėlesnis I. Belkin ir kt. (2010) tyrimas neparodė statistiškai reikšmingo skirtumo šiuo klausimu. Vis dėlto aiškinama, kad *Helicobacter pylori* poveikis gali turėti įtakos plokščiosios kerpligės išsivystymui dėl sumažėjusios gleivinės apsauginės funkcijos, susilpnėjusio vietinio gleivinės imuninio atsako ar kraujotakos pažeidimo. Lėtinio uždegimo metu *Helicobacter pylori* indukuoja lėtinę antigeninę stimuliaciją. Be to, bakterijos išskiriami toksinai gali veikti kaip superantigenai, sukeldami autoimuninius procesus [107]. Taigi, virškinamojo trakto organų sutrikimai neabejotinai turi reikšmės plokščiosios kerpligės atsiradimui ir vystymuisi. Kalbant apie *Helicobacter pylori* infekciją, duomenys prieštaringi: ši bakterija aptinkama kas ketvirtam sergančiajam plokščiąja kerplige, bet priežastiniam šios bakterijos ir plokščiosios kerpligės ryšiui patvirtinti reikia daugiau tyrimų [113].

Be tipinio plokščiosios kerpligės pasireiškimo burnoje, pasitaiko patologi- nių pakitimų ir kitose virškinamojo trakto vietose, pavyzdžiui, stemplėje. Tik- sus plokščiosios kerpligės pažeidimų dažnis stemplėje nėra žinomas, nes daž- niausiai šie pakitimai nepastebimi ir pacientui nesukelia jokių simptomų. Tai apsunkina jų diagnostiką. Simptomų gali atsirasti stipriai pažengus patologijai dėl spindžio susiaurėjimo proksimaliniame stemplės trečdalyje. Atsiranda disfa- gija (apsunkintas rijimas) ir odinofagija (skausmingas rijimas) [119]. Dažniau- siai šie simptomai pasireiškia praėjus 2–5 metams po burnos ar lytinių organų plokščiosios kerpligės diagnozės nustatymo ir dėl nediagnozuotos ir negydytos stemplės plokščiosios kerpligės, o taikyto vien vietinio kitų simptominių vie- tų plokščiosios kerpligės gydymo. Simptominė stemplės plokščiosios kerpligės forma dažniausiai pasitaiko vidutinio ir vyresnio amžiaus moterims (45–70 m. amžiaus); joms diagnozuojama sunki simptominė burnos plokščiosios kerpligės forma [120]. Iš 30 tiriamųjų 20-iai buvo nustatyta stemplės plokščioji kerpligė. Ezofagogastroduodenoskopijos medžiagą įvertinę histologiškai, imunohisto- cheminiu ir tiesioginės imunofluorescencijos būdais tyrėjai padarė išvadą, kad stemplės plokščiąją kerpligę galima nustatyti daugiau nei 50 proc. pacientų, tu- rinčių patvirtintą odos ir gleivinių plokščiąją kerpligę [121].

Endoskopinio tyrimo duomenys priklauso nuo ligos išsivystymo laipsnio. Histologinio tyrimo metu stebima keratinocitų nekrozė (*Civatte* kūneliai – be- branduolių keratinocitų likučiai), pamatinio sluoksnio epitelio ląstelių degener- racija ir gausi T limfocitų infiltracija poepiteliniame sluoksnyje [119, 120, 122]. Laiku nediagnozavus stemplės pažeidimo dėl plokščiosios kerpligės ar klaidin- gai diagnozavus kitas virškinamojo trakto ligas, gali būti pradėtas netinkamas gydymas. Kaip aprašė F. Donnellanas ir kt. (2011), stemplės plokščiosios kerp- ligės simptomai dažnai klaidingai siejami su gastroezofaginio reflukso liga ir pradedamas gydymas protonų siurblio inhibitoriais neduoda teigiamų rezulta- tų [119]. Stemplės plokščioji kerpligė dažniausiai diagnozuojama, kai atsiranda randų ir stemplės stenozė, todėl, diagnozavus plokščiąją kerpligę, būtini profi- laktiniai stemplės patikrinimai [123].

Burnos plokščiosios kerpligės piktybinė transformacija stebima per 5 me- tus 1,0–5,0 proc. sergančiųjų. Kol kas nėra atlikta pakankamai tyrimų, apra- šančių stemplės pažeidimų dėl plokščiosios kerpligės vėžinę transformaciją. Iki

2010 metų aprašyta apie 30 atvejų, kai plokščioji kerpligė pažeidžia stemplės gleivinę. Iš jų 4 atvejais aprašomas plokščialąstelinės karcinomos išsivystymas plokščiosios kerpligės pažeidimų vietose [124]. Svarbu anksti diagnozuoti ne tik gerai išaiškintus odos ir burnos plokščiosios kerpligės simptomus, bet ir rekomenduoti stemplės endoskopinį tyrimą, kurio metu diagnozei patvirtinti būtų atlikta ir gleivinės biopsija. Endoskopija turėtų būti atliekama ypač tuomet, kai esant plokščiajai kerpligei dar atsiranda ir virškinamojo trakto patologijos simptomatika.

Iki šiol aprašyti tik pavieniai atvejai, kai plokščioji kerpligė pasireiškia pacientams, kuriems būdinga žarnyno patologija – Krono liga, opinis kolitas, todėl reikalingi tolesni išsamūs tyrimai, patvirtinantys šių ligų sąryšį [125, 126].

2.2.2.2. Plokščioji kerpligė ir širdies bei kraujagyslių ligos

Nustatytas patikimas ryšys tarp plokščiosios kerpligės ir dislipidemijos [67, 69].

S. Arias-Santiago ir kt. (2011) ištyrė 121 pacientą, sergantį plokščiaja kerplige, matavo jų kraujo spaudimą. Tiriamųjų rezultatai buvo palyginti su anksčiau ištirta bendra populiacija. Gauti rezultatai leido suabejoti hipoteze, teigiančia, jog plokščioji kerpligė turi įtakos arterinės hipertenzijos atsiradimui [74].

A. Bagewadi ir A. K. Bhoweeras (2011) atliko tyrimą, norėdami išsiaiškinti plokščiosios kerpligės ryšį su hipertenzija ir cukriniu diabetu. Tyrimas buvo atliktas su 150 pacientų, kurie buvo suskirstyti į 3 grupes: sergantieji plokščiaja kerplige, sergantieji cukriniu diabetu, turintys arterinę hipertenziją. Visų pacientų buvo ištirtas gliukozės kiekis kraujyje, matuotas kraujo spaudimas. Gliukozės kiekio, pilvinio nutukimo ar kraujo spaudimo reikšmingų skirtumų nenustatyta. Metabolinio sindromo parametrų analizė parodė didesnę dislipidemijos paplitimą tarp sirgusiųjų plokščiaja kerplige. Taip pat tarp sergančiųjų plokščiaja kerplige buvo pastebėtas padidėjęs C reaktyviojo baltymo kiekis, eritrocitų nusėdimo greitis ir fibrinogeno kiekis. Sergantiesiems plokščiaja kerplige lipidų kiekio tyrimas naudingas nustatant rizikos grupei priklausančius asmenis ir kuo anksčiau pradėdant profilaktinį gydymą nuo širdies ir kraujagyslių ligų vystymosi [75].

Nustatytas plokščiosios kerpligės ryšys su kardiovaskulinėmis ligomis [74]. Plokščioji kerpligė yra viena iš galimų dislipidemijos pasireiškimo formų, to-

dėl pacientui gali būti nustatytas padidėjęs cholesterolio, trigliceridų kiekis [85]. Padidėjus kraujyje cholesterolio, mažo tankio lipoproteinų kiekiui, burnoje aptinkama plokščiosios kerpligės požymių. Didelis cholesterolio, mažo tankio lipoproteinų kiekis sukelia aterosklerozę kraujagyslėse. Dėl to vystosi hipertenzija, didėja širdies koronarų spindžio siaurėjimo tikimybė, o tai provokuoja širdies miokardo infarktą ar smegenų insultą [88].

Plokščioji kerpligė, cukrinis diabetas ir kraujagyslinė hipertenzija yra triada simptomų, stebimų sergant Grinspano sindromu: pacientai skundžiasi deginimu burnoje, skausmingumu ryjant, odos bėrimais. Dažnai cukrinis diabetas ir hipertenzija diagnozuojami tik nustatčius plokščiosios kerpligės diagnozę [86]. Manoma, kad Grinspano sindromas gali būti jatrogeninės kilmės – išsivystęs dėl vaistų cukriniam diabetui, hipertenzijai gydyti [87]. Tiesioginio ryšio tarp hipertenzijos, cukrinio diabeto ir plokščiosios kerpligės nenustatyta [89].

Plokščioji kerpligė neretai pasireiškia sergant širdies ir kraujagyslių ligomis, tačiau nėra mokslinių įrodymų, patvirtinančių tiesioginį plokščiosios kerpligės ir kardiovaskulinių ligų ryšį. Medikamentinis kardiovaskulinių ligų gydymas, nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo neretai sukelia jatrogeninius plokščiosios kerpligės pasireiškimo požymius. Atsiradę burnoje plokščiosios kerpligės pakitimai gali padėti diagnozuoti kitas lėtines ligas.

2.2.2.3. Plokščioji kerpligė ir cukrinis diabetas

Cukrinis diabetas apibūdinamas kaip sindromas, kuriam esant hiperglikemija pasireiškia dėl insulino trūkumo. Nustatyta, kad cukrinio diabeto paplitimas tarp sergančiųjų plokščiąja kerplige yra gerokai didesnis nei populiacijoje [20, 91, 96]. J. Guggenheimeris ir kt. (2000) savo tyrime įrodė 0,5 proc. plokščiosios kerpligės paplitimą tarp pacientų, sergančių nuo insulino priklausomu cukriniu diabetu [97]. 2004 metais tarp 150 tirtų plokščiąja kerplige sergančių turkų buvo nustatyta 15,7 proc. asmenų, sergančių dar ir cukralige [98]. Po trejų metų toje pačioje populiacijoje sergamumas padidėjo iki 26,7 proc. [91]. Cukrinis diabetas ir pakitę gliukozės tolerancijos testo rezultatai nustatyti 14–85 proc. sergančiųjų plokščiąja kerplige [90, 91]. Ištyrus 80 iraniečių, sergančių plokščiąja kerplige, 16 (20 proc.) sirgo ir cukriniu diabetu, 14 pacientų (17,5 proc.) buvo sutrikusi gliukozės tolerancija [94].

Cukrinio diabeto įtaka plokščiosios kerpligės atsiradimui vertinama skirtingai. Šių ligų ryšys paaiškinamas tuo, kad sergant cukriniu diabetu sutrinka angliavandenių apykaita, o sergant plokščiąja kerplige aptinkama epitelio ląstelių, pasižyminčių iškreiptu fermentiniu aktyvumu ir sutrikusiu angliavandenių metabolizmu [68].

Tikimybė aptikti plokščiajai kerpligei būdingų bėrimo elementų žandų gleivinėje yra didesnė, kai sergama ir plokščiąja kerplige, ir cukriniu diabetu [93]. Odos ir gleivinių bėrimai gali būti pastebimi dėl sutrikusios gliukozės, insulino ir lipidų reguliacijos organizme [92]. N. Atefi ir kt. (2012) tyrime, lyginant sergančiuosius tik plokščiąja kerplige su sergančiaisiais plokščiąja kerplige ir II tipo cukriniu diabetu, nustatyta, kad pastarieji buvo vyresnio amžiaus, jų sirgimo trukmė buvo gerokai ilgesnė, atitinkamai 27,3 ir 18,7 mėnesio [94]. Cukrinio diabeto ir plokščiosios kerpligės ryšį patvirtina ir M. Seyhan ir kt. (2007) [91] tyrimai bei naujausia H. R. Mozaffari'o ir kt. (2016) metaanalizės studija [95], nors esama ir kontroversiškų duomenų, kad tarp šių dviejų ligų jokios koreliacijos nėra [99].

2.2.2.4. Plokščioji kerpligė ir lėtiniai hepatitai

Lėtinio hepatito C infekcija yra susijusi su daugeliu ne kepenyse pasireiškiančių pakitimų bei ligų. Dermatologiniai požymiai gali padėti anksti diagnozuoti ligą. A. Ejazas ir kt. (2010) nustatė odoje pasireiškiančių pažeidimų dažnį sergant lėtiniu hepatitu C [108]. Nors ši studija atspindi tik mažą pacientų grupę, manoma, kad plokščioji kerpligė dažnesnė sergant hepatitu C nei daugelis kitų odos ligų. Nustatyta, kad iš 149 tiriamųjų, sergančių lėtiniu hepatitu C, 35 (23,5 proc.) sirgo ir burnos plokščiąja kerplige. Burnos pažeidimų dažniausiai buvo aptinkama žandų ir liežuvio gleivinėje. Tinklinė plokščiosios kerpligės forma sergant lėtiniu hepatitu C buvo daugiausiai paplitusi (51 proc.) [109]. Dažniausia plokščiosios kerpligės forma sergant lėtiniu hepatitu C yra tinklinė (39 proc.), o pažeidimų žandų ir liežuvio gleivinėje aptinkama atitinkamai 68,5 proc. ir 15,3 proc. atvejų [110]. Sergančiųjų hepatitu C plokščiosios kerpligės pažeidimai dantenose yra dažnesni, jų skaičius burnoje yra didesnis nei nesergančiųjų hepatitu C [111]. Y. Zhou ir kt. (2010), ištyrę 232 pacientus, sergančius plokščiąja kerplige, tik keturiems iš jų nustatė lėtinį

hepatitą [112]. Lyginant su kontroline grupe, tarp abiejų ligų nebuvo nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys, t. y. sergant plokščiąja kerplige nėra didesnės rizikos susirgti lėtiniu hepatitu C, tai patvirtina ir moksliniai tyrimai [108, 102].

Hepatito B ir C virusų (HBV ir HCV) infekcija yra viena pagrindinių lėtinių kepenų ligų priežastis, tačiau jų sukeltos komplikacijos pasireiškia ekstrahepatiniais simptomais. Sąryšis tarp šių infekcijų ir plokščiosios kerpligės tikėtinas, kadangi lėtinis uždegimas ir sutrikęs imuninis atsakas atlieka svarbų vaidmenį tiek hepatito, tiek plokščiosios kerpligės etiopatogenezėje. Pastaraisiais metais atliktose metaanalizėse studijose nustatyta, kad tarp sergančiųjų plokščiąja kerplige yra 5 kartus daugiau HCV seropozityvių pacientų nei kontrolinėje sveikų asmenų grupėje [102, 114].

Hepatito C virusas plokščiąja kerplige sergančiųjų organizme nustatomas vidutiniškai 22,3 proc. atvejų. Be to, buvo nustatyta hepatito C viruso replikacija plokščiąja kerplige sergančių HCV seropozityvių pacientų burnos gleivinėje [114]. Manoma, kad HCV veikia lokaliai burnos gleivinėje, sutrikdydamas epitelio ląstelių apsauginę funkciją ir imuninį atsaką. Šis faktas tik patvirtina tikimybę, kad plokščioji kerpligė gali būti HCV infekcijos išraiška burnoje. Taip pat nepaneigta, kad sunkesnė plokščiosios kerpligės eiga galima dėl hepatitui C gydyti vartojamų vaistų. Nustatyta, kad HCV infekcijai gydyti rekomenduojamas vartoti interferonas alfa gali turėti įtakos plokščiosios kerpligės pasireiškimui [115].

Šiuolaikinės metaanalizės tyrimų duomenimis, būtina visus sergančiuosius hepatitu C tikrinti, ar jie neserga plokščiąja kerplige [116].

Taigi, lėtinis hepatitas C yra priežastinis veiksnys, didinantis riziką sirgti plokščiąja kerplige, tačiau pati plokščioji kerpligė neprovokuoja lėtinio hepatito C. Jei burnoje nustatomi daugybiniai plokščiosios kerpligės pažeidimai, dantenų pažeidimai, pacientus reikėtų ištirti dėl lėtinio hepatito C. Apibendrinant mokslines studijas, tyrusias plokščiosios kerpligės ir lėtinio hepatito C ryšį, galima daryti išvadą, jog plokščioji kerpligė gali būti kaip nesimptominės lėtinio hepatito C infekcijos žymuo, galintis praversti ankstyvai lėtinio hepatito C diagnostikai bei gydymui, o tai, savo ruožtu, galimai pagerintų ligos prognozę.

Skirtingai nei hepatitas C, hepatitas B nėra siejamas su plokščiąja kerplige. Nors sergančiųjų HBV infekcija kraujuje aptinkama šiems sukėlėjams specifinių

T limfocitų, jų nenustatoma plokščiaja kerplige sergančių seropozityvių pacientų burnos gleivinėje. Mokslinėje literatūroje aprašyti pavieniai atvejai, kai plokščioji kerpligė pasireiškia po vakcinacijos nuo hepatito B [117, 118].

2.2.2.5. Plokščioji kerpligė ir kitos virusinės infekcijos

Manoma, kad plokščiosios kerpligės etiopatogenezeje gali dalyvauti keletas virusų: *Herpes simplex* (HSV), *Cytomegalo*, *Epsteino–Barro* ir ypač žmogaus papilomos virusas (ŽPV) [42, 63, 36], kuris dažnai siejamas su atrofinės plokščiosios kerpligės formos (15,9 proc. atvejų) iniciacija, be to, turintis kancerogeninį potencialą, t. y. dalyvaujantis piktybinių navikų iniciacijoje [63]. Moksliniai tyrimai rodo, kad ryšys tarp ŽPV ir plokščiosios kerpligės yra priežastinis. Šios reikšmingos asociacijos stiprumas priklauso nuo gyvenamosios vietos geografinės padėties, klinikinių plokščiosios kerpligės tipų ir ŽPV genotipų. Tyrimų rezultatai rodo, kad ŽPV gali būti viena plokščiosios kerpligės suvėžėjimo priežasčių [64].

Histologiškai ištyrus odos pokyčius po *Herpes zooster* infekcijos, buvo nustatyti tipiški plokščiajai kerpligei pakitimai. Žaizdos sugijo panaudojus steroidinius vaistus nuo uždegimo. Vadinamoji zosteriforminė plokščioji kerpligė yra viena iš Wolfo izotopinio fenomeno, atsirandančio persirgus *Herpes zooster*, pavyzdžių. Mokslinėje literatūroje buvo publikuota tik 17 panašių atvejų. Neišaiškinta šio reiškinio tiksli patogeneze, bet manoma, kad virusų baltymai sukėlė plokščiosios kerpligės, kaip hiperjautrumo reakcijos, pasireiškimą [65].

B. Yildirimo ir kt. (2011) tyrime ŽPV buvo nustatytas tarp 14–21 proc. burnos plokščiaja kerplige sergančių žmonių, o *Epsteino–Barro* virusas – 35 proc. atvejų. Nenustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp HSV ir plokščiosios kerpligės [63].

Yra manančių, kad moksliskai pagrįstas plokščiosios kerpligės išsivystymas yra tik užsikrėtus hepatito C virusu (HCV), o kitų virusų reikšmę plokščiajai kerpligei dar reikėtų įrodyti [4, 66].

Taigi, mokslinėje literatūroje vyrauja prieštaringos nuomonės dėl plokščiosios kerpligės ryšio su lėtinėmis ligomis, galima pastebėti tik tam tikras tendencijas. Numanomas ryšys tarp plokščiosios kerpligės ir viršutinės virškinamojo trakto dalies patologijos – stemplės pažeidimų, Helicobacter pylori infekcijos, hepatito C,

todėl, nustatčius plokščiosios kerpligės diagnozę, rekomenduojama atlikti stemplės ir skrandžio endoskopiją, tyrimą dėl HCV infekcijos. Iki šiol nėra įrodyta šios ligos sąsaja su hepatitu B. Trūksta duomenų ir apie plokščiosios kerpligės ir žarnyno ligų ryšį.

2.2.3. Plokščioji kerpligė ir psichoemocinė būklė

Manoma, kad tokios būklės kaip depresija, stresas ar tiesiog perdėtas nerimas gali išprovokuoti ligos atsiradimą, paūmėjimus ir erozijų formavimąsi [127, 31, 129, 130, 131]. S. Pourshahidi ir kt. (2011) įrodė, kad plokščiaja kerplige sergantys pacientai patyrė statistiškai reikšmingai daugiau streso nei kontrolinė sveikų dalyvių grupė [128]. Be to, šiuo tyrimu buvo bandoma iširti, ar stresas yra susijęs su skirtingomis burnos plokščiosios kerpligės formomis: erozine-opine ir tinkline. Statistiškai reikšmingo ryšio tarp skirtingų plokščiosios kerpligės formų ir streso nenustatyta. Streso metu padidėja kortizolio kiekis, reguliuojantis angliavandenių, baltymų, riebalų metabolizmą, veikiantis kraujagysles, nervų sistemos jautrumą, kraujo ląstelių sudėtį, lemiantis Th1/Th2 limfocitų disbalansą, autoimuninės ligos vystymąsi [31, 130].

Stresas, nerimas ir depresija gali turėti įtakos kerpligės išsivystymui ir dėl to, kad šios būklės modifikuoja žmogaus organizmo oksidacines-redukcinės reakcijas. Visame žmogaus organizme, įskaitant ir burną, endogeniniu ar egzogeniniu būdu nuolat susidaro laisvieji deguonies radikalai. Šios medžiagos yra pajėgios sukelti baltymų, nukleorūgščių ar ląstelių membranų pažeidimus [132, 133].

Įprastinėmis sąlygomis žmogaus organizmas, pasitelkdamas antioksidantus, sugeba neutralizuoti didžiąją kenksmingų laisvųjų radikalų dalį, palaikydamas nuolatinę pusiausvyrą tarp oksidacinių ir redukcinių reakcijų. Vis dėlto kartais ši pusiausvyra yra suardoma ir susidaro perteklinis laisvųjų radikalų bei reaktyviojo deguonies junginių kiekis. Žinoma, kad oksidacinis stresas turi įtakos daugybei uždegiminių, vėžinių ir kitų ligų. Ne išimtis ir burnos plokščioji kerpligė. Laisvieji deguonies ir kiti aktyvūs radikalai apsunkina uždegiminį atsaką, dalyvaujant T limfocitams ir pažeidžiant keratinocitų riebalines membranas [134].

S. Erguno ir kt. (2011) atliktame tyrime nustatyta, kad pacientai, sergantys plokščiaja kerplige, lyginant su kontroline grupe, savo seilėse turėjo reikšmingai didesnę malondialdehido kiekį. Būtent ši medžiaga susidaro iš lipidinių ląstelių

jų membranų oksidacijos metu [135]. Panašus tyrimas buvo atliktas ir A. Shirzad ir kt. (2014) studijoje. Mokslininkai nustatė, kad sergančiųjų plokščiąja kerplige seilėse yra gerokai mažesnis antioksidantų ir didesnis MDA kiekis, lyginant su sveikais tiriamaisiais [136]. Todėl padidėjęs MDA kiekis seilėse yra objektyvus vykstančio oksidacinio streso indikatorius.

Panašūs rezultatai buvo gauti ir A. Sander ir kt. (2005) tyrimuose. Nustatyti plokščiąja kerplige sergančių ligonių skysčiuose padidėję MDA ir AoHdG (DNR pažeidimo žymenų) kiekiai. Būtent dėl rasto padidėjusio AoHdG kiekio buvo pateiktos išvados, kad, padidėjus oksidantų kiekiui, proporcingai didėja lipidų, DNR ir serumo proteinų pažeidimai [132]. Faktą, kad reaktyviojo deguonies junginiai dalyvauja kerpligės patogenezėje, patvirtina tyrimas, kuriame nustatytas ryšys tarp seilėse aptinkamo azoto oksido radikalų kiekio ir ligos atsiradimo [137]. Žinant oksidacinio streso svarbą plokščiosios kerpligės išsivystymui, svarbu suprasti, kaip oksidacinis stresas susijęs su psichoemocine žmogaus būkle. Stresinių situacijų metu organizme padidėja azoto oksido produkcija, kuri lemia laisvųjų azoto oksido radikalų susidarymą, kurių žmogaus organizmo endogeniniai ar egzogeniniai antioksidantai nepajėgūs redukuoti. Ši medžiaga pasižymi panašiu veikimu kaip norepinefrinas ir geba aktyvinti simpatinę nervų sistemą [138].

Vis dėlto V. S. Simarpreet ir kt. (2014) nustatė, kad net 63,2 proc. šia liga sergančiųjų yra patyrę reikšmingą, sukrečiantį gyvenimo įvykį. Tokiam pačiam skaičiui sergančiųjų buvo nustatytas ir patologinis nerimas [127]. Gauti rezultatai atskleidė, kad santykių krizės (19,3 proc.), asmeniniai sveikatos sutrikimai (19,3 proc.), mirtys (16,1 proc.) bei darbe patiriamas stresas (16,1 proc.) yra išskiriamos kaip dažniausios stresinės situacijos, provokuojančios plokščiosios kerpligės išsivystymą. Gerokai mažesnis skaičius sergančiųjų nurodė, kad stresą jiems sukelia finansinės problemos (3,2 proc.). L. Gavic ir kt. (2014) tyrime buvo siekiama nustatyti ne vien tai, ar psichoemocinės būklės gali lemti plokščiosios kerpligės atsiradimą, bet ir būtent kaip psichologiniai sutrikimai susiję su šia liga. Tyrėjams pavyko įrodyti, kad uždegimo stiprumas tiesiogiai koreliuoja su paciento depresijos sunkumu [139].

K. Valter ir kt. (2013) taip pat siekė išsiaiškinti, ar plokščiosios kerpligės eiga (ūminė fazė vs. remisija) yra susijusi su pacientų psichine būkle. Šiame tyrime

buvo stebimi nerimo, depresijos ir streso lygiai abiejose ligos stadijose. Rezultatai lyginti su kontroline sveikų tiriamųjų grupe. Nors buvo įrodyta, kad plokščiaja kerplige sergantys pacientai turi sunkesnių psichoemocinių sutrikimų nei sveiki tiriamieji, vis dėlto šie sutrikimai neturėjo įtakos ligos eigai [140]. Šio tyrimo autoriai išvadose nurodo, kad depresija, stresas ir nerimas neturi įtakos pačiai ligos eigai, o tik sudaro sąlygas plokščiajai kerpligei atsirasti.

Tiriant odos ligas nustatyta, kad sergantieji burnos plokščiaja kerplige patiria daugiau nerimo, dažniau serga depresija, labiau pažeidžiami įvairių psichikos sutrikimų. Tikrasis žmogaus charakteris taip pat gali nulemti polinkį sirgti plokščiaja burnos kerplige ir kitomis dermatologinėmis ligomis [139].

R. Pippi ir kt. (2016) įrodė, kad depresinės nuotaikos ir žema savikontrolė buvo reikšmingai susijusios su plokščiosios kerpligės, ypač tinklinės formos, vystymusi. Šie asmenybės bruožai gali būti plokščiosios kerpligės vystymosi ir progresavimo priežastis [45].

2.2.4. Plokščioji kerpligė ir grybelinė infekcija

Manoma, kad vienas iš veiksnių, turinčių įtakos burnos plokščiosios kerpligės vystymuisi ir progresavimui, yra burnos grybelinė infekcija [143, 144, 145]. Sergant burnos plokščiaja kerplige ir kitomis burnos gleivinės ligomis dažnai išsivysto antrinė kandidozė – aptinkama *Candida albicans* infekcija [144]. Nors *Candida* mieliagrybio sukeliama infekcija nėra priskiriama plokščiosios kerpligės etiologiniams veiksniams, įrodytas ryšys tarp burnos kandidozės ir plokščiosios kerpligės [42]. Sergant burnos plokščiaja kerplige aptinkama keletas *Candida* grybelio rūšių, nebūdingų sveikiems asmenims (*Candida glabrata*, *Candida parapsilosis*, *Candida fukuyamaensis*) [147]. *Candida* rūšys yra svarbūs oportunistiniai grybeliai, kurie sukelia platų spektrą kandidozių – nuo paviršinių iki gilių mikozių [149]. Nustatyta, kad *Candida* rūšies grybelių paplitimas populiacijoje siekia nuo 3 iki 48 proc., tačiau tai gali nesukelti jokių simptomų [148]. Sveikame organizme *Candida* rūšies grybeliai yra komensalai, bet sisteminiai ir vietiniai veiksniai, sumažinantys individo atsparumą, manoma, skatina šių grybelių gebėjimą sukelti infekciją [151]. Įvairūs veiksniai prisideda prie *Candida albicans* patogeniškumo: adhezija prie epitelio ar endotelio ląstelių, kintantis fenotipas ir kintančios antigeninės savybės dėl pseudohifų formavimo [152].

Epitelio pakitimai sergant plokščiąja kerplige gali skatinti antrinę kandidozę, kurią sukelia normalios burnos mikrofloros dalis – *Candida albicans*. Tokiomis sąlygomis padidėjęs *Candida* grybelių sukibimas su burnos epitelium yra lemiamas veiksnys ligos išsivystymo procese. Prie epitelio prisitvirtinę grybeliai išvengia natūralaus gleivinių apsivalymo [147]. *Candida* gali veikti kaip antrinis patogenas ir ši superinfekcija gali sukelti burnos plokščiosios kerpligės paūmėjimą, pasireiškiantį deginimo pojūčiu ar diskomfortu.

Simptominių atrofinių ar erozinių pažeidimų gydymas paprastai paremtas vietiniu gliukokortikoidų tepalų, kremų vartojimu [150]. Vietinis gydymas gliukokortikoidais yra tik laikinas kontrolės būdas, kartais reikalingas sisteminis jų vartojimas. Viena iš gydymo gliukokortikoidais komplikacijų yra galimas jatrogeninės kandidozės išsivystymas [149, 82].

Tiriant *Candida albicans*, grybelio buvimas dažniausiai nustatomas paimant tiriamųjų burnos gleivinės nuograndų mėginį, stebint mikroskopu ar išauginant mikroorganizmų kultūrą. Norint identifikuoti kitas *Candida* rūšis, taikomi molekulinės biologijos tyrimo metodai, pasitelkiama polimerazinės grandininės reakcijos [154]. P. Kroghas (1987) identifikavo mielių biotipus, susijusius su leukoplakija ir burnos plokščiąja kerplige, ir įrodė, kad *Candida albicans* yra dominuojanti *Candida* grybelio rūšis sergant burnos plokščiąja kerplige. Tyrimas ir pačių autorių vertinamas kritiškai. Manoma, kad pakitusi burnos aplinka (temperatūriniai pokyčiai, rūkymas, nekokybiški protezai, aštrus, burnos gleivinę dirginantis maistas) taip pat gali skatinti *Candida* rūšių išskiriamų proteolitinių fermentų aktyvumą [153]. Įrodytas gerokai didesnis *Candida* kiekis sergančiųjų burnos plokščiąja kerplige nei sveikų žmonių burnose. Išskirtos ir dar kitos *Candida* rūšys, aptinkamos sergant burnos plokščiąja kerplige: didžiausias titras aptinkamas *Candida albicans*, kiek mažesnis *Candida glabrata*, mažiausias – *Candida fukuyamaensis* ir *Candida parapsilosis* rūšių [154]. *Candida albicans* aptinkama tiek sveikiems asmenims, tiek sergantiesiems plokščiąja kerplige, o kitos *Candida* rūšys (*Candida glabrata*, *Candida fukuyamaensis*, *Candida parapsilosis*) – tik sergantiesiems burnos plokščiąja kerplige; iš pastarųjų dažniausiai aptinkama *Candida glabrata* [154].

Ištirta, kad sergantiesiems plokščiąja kerplige būdingas silpnesnis imuninis atsakas į *Candida albicans*. Šių pacientų kraujyje nustatomas mažesnis kiekis

citokinių IFN- γ ir TNF- α . Dėl to būtų galima teigti, kad plokščiąja kerplige sergantys pacientai turi susilpnėjusį imunitetą tam tikriems antigenams [155]. Tačiau kai kuriuose tyrimuose teigiama, kad burnos gleivinės pažeidimų buvimas nepadidina imlumo *Candida* rūšies grybelių kolonizacijai [156].

Duomenys apie *Candida* grybelio reikšmę sergantiesiems plokščiąja kerplige yra kontroversiški. 44,11 proc. *Candida* grybelių paplitimas tarp sergančiųjų burnos plokščiąja kerplige buvo nustatytas R. G. Sherman ir kt. (2002) tyrime, tačiau teigiama, kad reikšmingo skirtumo lyginant su sveikais asmenimis nėra [151]. M. Bokor-Bratic ir kt. (2013) klinikiniame tyrime nustatyta, kad teigiama *Candida* kultūra buvo labiau paplitusi tarp sergančiųjų burnos plokščiąja kerplige (48,9 proc.) nei tarp sveikų žmonių (26,7 proc.). *Candida albicans* buvo dažniausia *Candida* rūšis abiejose tiriamųjų grupėse [157]. M. Mehdipour ir kt. (2010) atliko burnos gleivinės paviršiaus nuograndų tyrimą ir nustatė *Candida albicans* buvimą pacientų, sergančių erozine-opine burnos plokščiąja kerplige, ir sveikų asmenų grupėse. Statistiškai reikšmingas skirtumas taip pat nebuvo nustatytas. Klausimas, ar *Candida albicans* yra erozinės-opinės burnos plokščiosios kerpligės etiologinis veiksnys [158], išlieka diskutuotinas.

V. Lipperheide ir kt. (1996) taip pat aptiko *Candida albicans*, *Candida famata*, *Candida tropicalis*, *Candida parapsilosis*, *Rhodotorula rubra*, *Trichosporon capitatum* rūšis pacientams, sergantiems burnos plokščiąja kerplige. Sveiki asmenys turėjo *Candida albicans*, *Candida rugosa*, *Candida intermedia*, *Candida lipolytica*, *Candida krusei*, *Candida parapsilosis*, *Rhodotorula rubra*. Manoma, kad šios rūšys nesusijusios su burnos plokščiąja kerplige, nes didžiausią įtaką jų egzistavimui turi lėtiniai traumuojantys veiksniai: nekokybiški protezai, rūkymas, o ne burnos plokščioji kerpligė [159].

X. Zengo ir kt. (2005) atliktas tyrimas parodė, kad pacientai, sergantys erozine-opine burnos plokščiosios kerpligės forma, yra dažnesni *Candida albicans* nešiotojai, nors tokia tendencija buvo pastebėta visoje pacientų, sergančių burnos plokščiąja kerplige, grupėje. Tyrėjai teigia, kad tokie rezultatai galėjo būti dėl kelių priežasčių. Pirma, pacientų, sergančių erozine-opine burnos plokščiosios kerpligės forma, atsparumas *Candida* grybelinei infekcijai yra mažesnis nei sveikų individų ar sergančiųjų kitomis burnos plokščiosios kerpligės formomis; antra, *Candida albicans* tipai, kolonizuojantys burnos plokščiąja kerplige ser-

gančių pacientų burnas, gali skirtis nuo grybelio tipų, išskirtų iš sveikų žmonių [160]. Kitas šios tyrėjų grupės atliktas tyrimas parodė, kad *Candida albicans* grybelis, aptiktas pacientams, sergantiems erozine-opine burnos plokščiosios kerpligės forma, pasižymi skirtingomis genetinėmis savybėmis [153]. Šis *Candida albicans* tipas kartu su kitais veiksniais gali sukelti burnos plokščiosios kerpligės paūmėjimą ir progresavimą [161]. Manoma, kad burnos plokščioji kerpligė yra susijusi su tam tikru *Candida albicans* genotipu, turinčiu įtakos burnos plokščiosios kerpligės supiktybėjimui [146].

Grybelinės infekcijos reikšmė sergant plokščiąja kerplige iki šiol nėra pakankamai įvertinta, kadangi infekcija ne visada akivaizdi kliniškai ir dažnai aptinkama tik tiriant biopsijos medžiagą [82].

Mieliagybių kolonizaciją, sergant burnos plokščiąja kerplige, gali lemti susilpnėjęs imuninis atsakas [157, 159], pažeistas burnos gleivinės epitelis, sukuriantis palankias adhezijos sąlygas [82, 151], taip pat vaistai (gliukokortikoidai), vartojami plokščiajai kerpligei gydyti [162, 154, 144, 149]. Taip pat *Candida* grybelių augimą gali skatinti daugelis kitų veiksnių, pavyzdžiui, rūkymas, nekokybiški dantų protezai, netinkama burnos higiena, aštrus, burnos gleivinę dirginantis maistas tiek sergant burnos plokščiąja kerplige, tiek nesergant [148].

Gydytojui odontologui ar odontologui specialistui svarbu remiantis paciento apklausos, apžiūros, klinikinių tyrimų duomenimis tinkamai diferencijuoti burnos gleivinės kandidozę ir burnos plokščiąją kerpligę bei imtis adekvataus ir tikslingo gydymo [158, 149].

Tyrimų, bandančių išsiaiškinti burnos plokščiosios kerpligės ir burnos gleivinės kandidozės ryšį, atlikta nemažai. Jie prieštaringi, todėl šia tema svarbūs tolesni tyrimai.

2.2.5. Plokščiosios kerpligės ryšys su kitomis odos ligomis

Didelei pacientų, sergančių odos plokščiąja kerplige, daliai (apie 70 proc.) pažeidžiama burnos gleivinė, o net 30–40 proc. burnos gleivinės plokščiosios kerpligės atvejų (literatūroje šis procentas varijuoja) būdingi ir odos pažeidimai [180]. Dermatozės laikomos rimta odontologų domėjimosi sritimi, kadangi burnos pažeidimai dažnai tampa svarbiu simptomu (kartais net vieninteliu), perspėjančiu apie esančią odos ligą.

L. M. Gonçalves ir kt. (2009) įvertino burnos pažeidimus, susijusius su dermatologinėmis ligomis. Tyrime dalyvavo 88 pacientai, iš kurių 35,0 proc. diagnozuota plokščioji kerpligė, 33,0 proc. – raudonoji vilkligė, 24 proc. – daugiaformė eritema, 7 proc. – paprastoji pūslinė ir 1,0 proc. – kitos pūslinės ligos. Burnos pažeidimai dažniausiai nustatyti sirgusiesiems plokščiąja kerplige (51 proc.) ir raudonąja vilklige (20 proc.) [180].

Burnos plokščioji kerpligė susijusi ir dažnai pasireiškia kartu su kitomis autoimuninėmis ligomis, o šią ligą sukeliantys veiksniai kartu gali išprovokuoti ir kitas dermatologines ligas. Sergant burnos plokščiąja kerplige kartu dažnai diagnozuojamos įvairios dermatozės. Izoliuota dantenų plokščioji kerpligė aptinkama tik 8,6 proc. pacientų. Maždaug 17,2 proc. pacientų kartu aptinkama ir odos pažeidimų [183]. A. Eralpsu ir kt. (2009) atliktame tyrime nustatyta, kad sergant plokščiąja kerplige pažeidimo elementų buvo aptikta burnoje ir odoje kartu net 60,5 proc. atvejų [184].

Plokščioji kerpligė gali pasireikšti ne tik burnoje, bet ir odos prieduose, gali atsirasti kaktinė fibrozuojanti alopecija, nagų pažeidimų [44], odos egzema ar žvynelinė [185].

Koebnerio fenomenas, kai plokščioji kerpligė pasireiškia pažeistose vietose, t. y. kai kerpliginius audinių pokyčius išprovokuoja vakcinos, įpjovimai, nudrėskimai, chirurginiai randai ar sunkus nudegimas saulėje, stebimas net 50 proc. pacientų, sergančių plokščiąja kerplige. Šis požymis būdingas ir esant žvynelinei, todėl dažnai šios ligos sumaišomos [186].

Simptominę plokščiosios kerpligės formą su egzanteminiais išplitimais reikėtų atskirti nuo kitų susirgimų: lašelinės žvynelinės, blizgančių ar vaistų sukeltų lichenoidinių bėrimų ar papiliarinio sifilio. Pastarieji neturi Wickhamo strijų ar mukozinių įtraukimų. Tik lašelinė žvynelinė rodo Koebnerio fenomeną, bet paprastai turi ir kitų žvynelinei būdingų požymių, nebūdingų sergant plokščiąja kerplige. Sergant sklerozine ar hipertrofine kerplige, galima įtarti esant leukoplakiją [188].

Nagų pokyčiai sergant plokščiąja kerplige turėtų būti atskirti nuo žvynelinės, folikulinės keratozės (Darier ligos) ir nagų kraštelio pažeidimų [189].

Įvairių plokščiosios kerpligės formų diferencinė diagnozė tarp dermatozių priklauso nuo varijuojančios klinikinės morfologijos. Sunkiausia diferencijuoti

pūslinę, pigmentinę ar opinę plokščiąją kerpligę [190]. Kai opelės išsidėsto ne tik per visą plokščiosios kerpligės pažeidimą, bet atsiranda ir nepažeistoje odoje, diagnozuojamas pūslinis pemfigoidas, bet ne plokščiosios kerpligės pemfigoidas. Pūslinis pemfigoidas aptinkamas daugiausia galūnėse, be to, paprastai serga jaunesni žmonės. Plokščiosios kerpligės pemfigoidas tipiškai yra lengvesnės eigos liga nei pūslinis pemfigoidas. Pigmentinę plokščiąją kerpligę reikia atskirti nuo mazginės sarkoidozės, pigmentinės dilgėlinės, amiloidozinės kerpligės ir pigmento nepakankamumo iššutimų vietose. Plokščiąją kerpligę reikia atskirti ir nuo peleninės dermatozės, pasireiškiančios pelenų pilkumo, kartais niežtinčiomis dėmėmis, dažniausiai ant krūtinės. Sunku atskirti dėminę aktininės plokščiosios kerpligės pigmentaciją nuo rudmės, tačiau plokščioji kerpligė labiau linkusi pasireikšti apatinėse galūnėse.

Aktininę plokščiąją kerpligę sunku diagnozuoti pagal morfologinius požymius. Ji dažnai diagnozuojama tik po metus trunkančio opėjimo. Pagrindinis diferencinis opinės plokščiosios kerpligės požymis yra tai, kad nėra kojų pirštų infekcijos, lėtinio pūlinio nago volelio uždegimo – landuonio ir neurotropinių opelių [187, 191].

Pastebėtas, tačiau dar mokslškai neįrodytas sąryšis tarp burnos plokščiosios kerpligės ir porfirijos. Porfirija būdinga pacientams, turintiems hepatito C virusą, o šio viruso sukeltas hepatitas dažnai pasireiškia kartu su burnos plokščiąja kerplige. Net 62–100 proc. hepatito C viruso nešiotųjų serga vėlyvąja odos porfirija. Taip pat apie 35 proc. hepatito C viruso nešiotųjų serga plokščiąja kerplige. Kliniškai nustatomos išplitusios odos žaizdos su eroziniais židiniiais burnos gleivinėje, būdinga lėtinė ligos eiga. Vėlyvoji odos porfirija yra dažniausia porfirijos forma, atsirandanti sumažėjus uroporfitinogeno dekarboksilazės aktyvumui. Ši liga kartu ir su burnos plokščiąja kerplige gali vystytis kaip hepatito C sukelta komplikacija [192, 193].

D. Eisen (2002) tyrimo duomenimis, 25 proc. moterų, sergančių burnos plokščiąja kerplige, taip pat pasireiškė ir vulvovaginalinės srities pažeidimai. Genitalijų pažeidimai paprastai aptinkami tik tada, kai jų jau nustatoma burnoje, nes dažnai liga besimptomė [183]. M. Bidarros ir kt. (2008) tyrimo duomenimis, iš 16 tyrime dalyvavusių moterų, kurios skundėsi genitalijų skausmingumu, tik 7-ioms buvo gydymo įstaigose patvirtinta, kad tai gali būti dėl plokščiosios

kerpligės. Kliniškai diagnozuoti vulvovaginalinę plokščiąją kerpligę sunku ir net patyręs dermatovenerologas turi atlikti histologinius tyrimus [185].

Plokščioji kerpligė imituoja seborėjinę keratozę. Plokščiosios kerpligės bėrimas kartu su klasikiniais odos ir gleivinių pažeidimais ir hiperkeratozėmis priimena seborėjinę keratozę [194].

Plokščioji kerpligė – sudėtinga liga tiek gydytojui, tiek ir pacientui. Jos etiopatogenezė dar nėra tiksliai nustatyta, o tai apsunkina ligos diagnostiką ir gydymą. Gydytojui odontologui, nustatčius burnos plokščiąją kerpligę, rekomenduojama nukreipti pacientą gydytojo dermatovenerologo ir ginekologo konsultacijai.

Dėl šios ligos panašumo į kitas ligas sunku tiksliai nustatyti, kaip dažnai pacientai, sergantys burnos plokščiąja kerplige, serga ir kitomis dermatologinėmis ligomis. Taigi dažnai odos ligos arba išvis neatpažįstamos, arba diagnozuojamos netiksliai, nes plokščioji kerpligė turi daug klinikinių pasireiškimo variantų, panašių į kitas odos ligas. Gydytojui, neturinčiam daug patirties, neatlikus histologinių tyrimų gali būti sunku nustatyti tikslią diagnozę.

Sergant plokščiąja kerplige, dažniausiai pasireiškianti alopecijos forma – *Lichen planopilaris*. Frontalinė fibrozinė alopecija (FFA) – tai tik viena iš *Lichen planopilaris* formų. Ji priskiriama randėjančių alopecijų grupei ir pirmą kartą aprašyta tik 1994 m. Abi ligas tarpusavyje sieja panaši histopatologija [195], nes minėta alopecija yra pigmentinės plokščiosios kerpligės pasireiškimo plaukų srityje variantas [196]. Pigmentinė plokščioji kerpligė – tai retai pasitaikanti plokščiosios kerpligės forma, kuri pasireiškia difuziniu arba tinkliniu bėrimu (dėmėmis) saulėje įdebusios odos vietose [197]. Ja sergant dažnai kartu būna ir frontalinė fibrozinė alopecija. Tai liga, kuriai būdingas progresuojantis, dažniausiai simetriškas kaktinės ir smilkininės plaukų linijos atsitraukimas (recesija), taip pat randų susidarymas plaukų netekimo vietose ir perifolikulinės eritemos (ties likusiais plaukais). Ligos pasireiškimas yra sporadinis, bet gali būti ir šeiminiškas polinkis [197]. Ši alopecija labiau būdinga moterims po menopauzinio laikotarpio. Manoma, kad tam įtakos gali turėti pakitęs hormonų kiekis, t. y. padaugėję androgenų. Liga gali būti asimptomė arba pasireikšti tik minimalia simptomatika (lengvu niežuliu). Kartu su galvos plikimu gali atsirasti ir antakių plaukų netekimas (visiškas arba tik lateraliųjų kraštų). Kiti ligos požymiai: veido hiperpigmentacija, mazgelinis bėrimas veide, kūno plaukų (ne tik galvos) nete-

kimas. Frontalinės fibrozinės alopecijos (FFA) eiga yra nenuspėjama – pradėjusi staiga progresuoti, taip pat staiga gali savaimė nustoti [195]. R. Pirmezo ir kt. (2016) [198] atliktame tyrime buvo tirti 37 pacientai, sergantys FFA. Visiems pasireiškė silpnesnė / ryškesnė veido hiperpigmentacija, 43 proc. atvejų – papulinis bėrimas veide, 73 proc. – kūno plaukų netekimas, 97 proc. – antakių plikimas. Buvo iširta, kad pigmentinė plokščioji kerpligė dažniau pasireiškia kartu su frontaliu fibrozine alopecija tamsesnio gymio pacientams (89 proc.). Taigi, pastebėjus tokius požymius, galima įtarti pacientus sergant plokščiąja kerplige.

Baltmė – tai odos pigmentacijos liga, kai dėl melanino stokos atsiranda baltų dėmių plotų odoje. Ypač ryškiai šios dėmės matosi tamsiaodžių odoje. Manoma, kad ligos atsiradimui įtakos gali turėti paveldimumas arba autoimuniniai procesai organizme – kraujyje yra nustatomi melanocitams specifiški antikūnai [199]. Retkarčiais baltmė gali pasireikšti kartu su plokščiąja kerplige dėl panašios autoimuninės etiologijos ar su kitomis autoimuninėmis ligomis. Tačiau aiškios patogenezės abiem ligoms nėra, nes jų atsiradimą lemia daug veiksnių. Sergant baltme, plokščioji kerpligė gali atsirasti tiek sveikoje odoje, tiek pažeistoje baltmės [199]. Išskiriamos dvi teorijos, kodėl dažniau pažeidžiama baltmės paveikta oda. S. Baghestani ir kt. (2013) teigia, kad saulės šviesa pažeidžia baltmės paveiktą odą, joje išlaisvinami uždegimo mediatoriai, kurie skatina T limfocitų kaupimąsi. Tai lemia plokščiosios kerpligės pasireiškimą [200]. Kita teorija teigia, kad saulės pažeistoje odoje atsiranda uždegimas, kuris modifikuoja mechanizmus, atsakingus už Koebnerio fenomeną. Tokioje odoje taip pat lengvai atsiranda plokščiosios kerpligės požymių [201, 199].

Viena iš ligų, kuriai esant taip pat gali pasireikšti ir nagų pažeidimai – atopinis dermatitas. Tai lėtinis, pasikartojantis odos uždegimas, kuriam būdingas nuolat savo vietą ir formą keičiantis, niežtintis bėrimas. Atopinio dermatito etiologija žinoma ir tuo ši liga skiriasi nuo plokščiosios kerpligės. Jos išsivystymą gali nulemti genetinis polinkis (jei serga ar sirgo vienas iš tėvų, tikimybė susirgti vaikui – 30 proc., jei serga abu tėvai – 70 proc.), odos pokyčiai bei pakitęs imuninis odos atsakas į vidinius ir išorinius dirgiklius (stresą, cheminius dirgiklius ar kitus alergenų) [202]. Dažniausiai šia liga susergera vaikai. Būdingiausias atopinio dermatito požymis yra odos bėrimas, būdingas niežėjimas ir kasymasis. Tipiniai pirmieji pažeidimai, esant klasikinei plokščiosios kerpligės formai, yra

daugiakampės violetinės kelių milimetrų skersmens papulės aštriais kraštais, kartais gali niežėti. Sergant plokščiąja kerplige suaktyvinti limfocitai pagamina uždegiminius mediatorius, kurie, tikėtina, ir sukelia niežėjimą. IL-31 galėtų būti pagrindinis citokinas, atsakingas už niežėjimą, taip pat ir tokias uždegimines odos ligas kaip atopinis dermatitas, tačiau įrodyta, kad šis interleukinas nedalyvauja plokščiosios kerpligės patogenezėje. Niežėjimas sergant plokščiąja kerplige dar nėra aiškus [203].

Plokščiosios kerpligės atveju gleivinėje įprastai susidaro pūslės ar pūslelės, todėl ši liga gali priminti pūslinę ar pemfigoidą [204, 205]. *Pemphigus* terminu yra įvardijama grupė odos ir gleivinės ligų, kurioms esant formuojasi intraepitelinės pūslės. Ši ligų grupė yra autoimuninės kilmės. Paprastoji pūslinė dažnai pažeidžia burnos gleivinę. Ligos metu formuojasi pūslės, kurios lengvai trūksta, o jų vietoje susiformuoja skausmingos, blizgančios, galinčios susilieti opos [204]. Paprastajai pūslinei būdingas Nikolskio požymis, kai nepažeistose vietose perbraukus epitelį matyti, jog jis lengvai atsiluoksnioja. Gleivinės pemfigoido atveju Nikolskio požymis būna neigiamas; nors šiuo atveju taip pat formuojasi pūslės, tačiau jų paviršius būna įtemptas ir jos ne taip greitai plyšta, kaip sergant paprastąja pūsline [206]. Tiek kliniškai, tiek histologiškai atskirti šias ligas nuo plokščiosios kerpligės gana sudėtinga, todėl dažnai prireikia papildomų imunofluorescencijos, histologinio ir kt. tyrimo metodų.

Plokščioji kerpligė – odos ir gleivinių liga, pasireiškianti ir su kitomis odos ligomis ar „besislepianti“ po jų priedanga. Dėl to plokščiosios kerpligės diagnostika sudėtinga ir reikalaujanti nemažai gydytojo žinių.

2.2.6. Plokščioji kerpligė ir genetiniai veiksniai

Plokščiosios kerpligės atsiradimui svarbi genetinė predispozicija, nes įrodyta, kad šeiminė anamnezė lemia apie 10 proc. plokščiosios kerpligės atvejų. Plokščiosios kerpligės atsiradimą gali lemti su HLA (*human leukocyte antigen*) II klasės antigenais susiję genetiniai veiksniai [3, 4, 8]. Plokščiosios kerpligės pasireiškimui svarbus IFN- γ geno polimorfizmas, lemiantis padidėjusią IFN- γ gamybą, aktyvinančią ląstelinį imuninį atsaką, ir keratinocitų pažeidimą [141]. Nustatyta, kad genetinis citokinų polimorfizmas yra susijęs su plokščiosios kerpligės klinicine išraiška: IFN- γ polimorfizmas susijęs su plokščiosios kerpligės

pasireiškimu burnoje, o TNF-a polimorfizmas – su pasireiškimu ir burnoje, ir odoje [8]. Z. Wang ir kt. (2011) ištyrė kinų šeimą, kurios net penki nariai sirgo plokščiąja kerplige, o net dviem iš jų ankstyvame amžiuje buvo nustatyti piktybiniai navikai, išsivystę iš burnos plokščiosios kerpligės. Jiems visiems buvo nustatytas vieno nukleotido polimorfizmas [142]. Tai rodo, kad galimas šios ligos paveldimumas.

2.2.7. Plokščioji kerpligė ir kiti rizikos veiksniai

Vaistai, ypač antibiotikai, diuretikai, antituberkulioziniai vaistai, fenotiazinų grupės neuroleptikai [163, 164], odontologinės medžiagos [165, 166, 167, 168], dantų pasta, trauma [169], alkoholis, aštrus maistas, rūkymas gali provokuoti dažniausiai vienpusius ir netolygiai išplitusius lichenoidinius pakitimus burnoje [170]. Padidėjęs dantų apnašų kiekis, kaip vietinis dirginantis veiksnys, provokuoja plokščiosios kerpligės išsivystymą [168].

Nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo, sulfonilureazės, 3-adrenoblokatoriai, angiotenzino konvertazės inhibitoriai, peroraliniai hipoglikeminiai vaistai, dapsonas, penicilaminas, priešmaliariniai vaistai gali išprovokuoti lichenoidinius pažeidimus, nors tarp tyrėjų nėra bendro sutarimo [8, 78, 4].

A. Asarchas (2009) tyrinėjo galimą šalutinį TNF-a (tumoro nekrozės faktoriaus) inhibitorių poveikį, jais gydant pacientus, sergančius reumatoidiniu artritu, ankiloziniu spondilitu, Krono liga, psoriaze ir psoriazinu artritu. Įrodyta, kad šie vaistai gali sukelti odos ir gleivinių bėrimus, panašius į tuos, kurie pasireiškia sergant plokščiąja kerplige. Lichenoidinė (kerpligiška) reakcija gali atsirasti per kelias savaites arba mėnesius nuo gydymo pradžios [181]. Tokiu atveju galima įžvelgti ligų tarpusavio priklausomybės ryšį, pavyzdžiui, psoriazės ir plokščiosios kerpligės, kurį galima nulemia TNF-a inhibitorių preparatai.

R. Kaomongkolgit (2010), remdamasi mokslinės literatūros šaltiniais, pristatė klinikinį atvejį ir bandė pagrįsti galimas antihipertenzinių vaistų sąsajas su plokščiąja kerplige. Nustatyta, kad lichenoidinio tipo bėrimus, kurie pasireiškia tiek kliniškai, tiek histologiškai panašiai kaip plokščioji kerpligė, sukelia antihipertenziniai vaistai [76].

2009 m. L. Statescu ir kt. [77], 2011 m. S. K. Hirota ir kt. [78] bandė išsiaiškinti įvairioms lėtinėms ligoms gydyti vartojamų vaistų įtaką plokščiosios kerp-

ligės atsiradimui. Tyrimų rezultatai parodė, jog ne visi sistemiškai vartojami vaistai išprovokuoja plokščiosios kerpligės atsiradimą, kai kurie jų, pavyzdžiui, antihipertenziniai, gali sukelti lichenoidinio tipo bėrimus. C. Ben Salemas ir kt. (2008) nustatė, jog kraujospūdį mažinantis kaptoprilis dažniausiai linkęs išprovokuoti lichenoidinio tipo reakcijas [79]. Antihipertenzinio preparato valzartano įtaką lichenoidinių bėrimų atsiradimui 2009 metais aprašė G. Gencoglan ir kt. [80]. Vartojant beta blokatorius dažnai pasitaiko panašių į plokščiosios kerpligės bėrimų [81], todėl svarbu atskirti plokščiosios kerpligės ir lichenoidinio tipo bėrimus – jie ir kliniškai, ir histologiškai panašūs, tačiau skiriasi jų etiologija [82, 83, 84].

A. J. Kanwaras (2010) ištyrė 100 Indijos vaikų, susirgusių plokščiąja kerplige po hepatito B vakcinacijos. Vidutinis pacientų amžius buvo 8,8 metų, o liga vidutiniškai pasireiškė 7,6 metų amžiuje. 42 proc. vaikų išryškėjo mazgelinis bėrimas, 54 proc. vaikų plokščiosios kerpligės pažeidimas nustatytas kojų srityje, 17 proc. vaikų simptomai išryškėjo burnoje, 19 proc. – pažeidimai buvo nagų srityje [171]. Manoma, kad viena iš komplikacijų po hepatito B vakcinacijos yra plokščiosios kerpligės pasireiškimas burnoje ir kitose kūno vietose [172].

Kai kurie mokslininkai mano, kad lichenoidinis pažeidimas, išsivystęs dėl kontaktinės hiperjautrumo reakcijos į odontologines medžiagas, gali išlikti ir pašalinus jį sukėlusius veiksnius [8, 3]. Kiti laikosi nuomonės, kad gali pamažu išnykti lichenoidinė reakcija, bet plokščioji kerpligė išlieka net ir pašalinus vietinius dirginančius veiksnius – odontologines restauracijas [179].

Padidinti žmogaus organizmo jautrumą gali ir burnoje esantys skirtingų metalų jonai, dėl kurių vyksta galvanizmas ir metalų korozija [173]. Šiais atvejais burnos gleivinės pažeidimų lokalizacija atitinka gleivinės kontakto su odontologine medžiaga plotą [3, 44]. Pagrindinės odontologinės medžiagos, skatinančios lichenoidinių pakitimų išsivystymą ir erozijų formavimąsi sergant plokščiąja kerplige, yra amalgama, kompozitų monomerai, akrilinės masės, auksas, kobaltas, eugenolis, cinamono rūgštis, esanti kramtomojoje gumoje, dantų pastoje, taip pat mentolis, pipirmėtė [174, 173, 8, 43, 44, 4]. Sergant erozine opine plokščiąja kerplige, pašalinus amalgamos restauracijas, pastebimas burnos gleivinės gijimas [174, 173]. Nustatyta, kad pacientai, turintys lichenoidinių

pakitimų, yra dažniau alergiški auksui ir kitoms odontologinėms medžiagoms, pavyzdžiui, amalgamai [174].

Įrodyta, kad plokščiosios kerpligės pažeidimo vieta burnoje nepriklauso nuo amalgaminės plombos lokalizacijos [175], o, pašalinus amalgamos plombą, nei plokščioji kerpligė, nei lichenoidinės reakcijos pažeidimai neišnyksta [176].

Cinko turinčios odontologinės medžiagos gali paskatinti ir burnos plokščiosios kerpligės, delnų ir padų pustuliozės atsiradimą bei makulopapulinį bėrimą [182].

Išsiaiškinta, kad pacientams, sergantiems atrofine burnos plokščiąja kerplige ir rūkantiems, dažniau plokščiosios kerpligės pažeistose zonose išsivysto piktybiniai audinių pakitimai. Rūkalų cheminės medžiagos lemia burnos kraujagyslių susitraukimą ir mažesnę audinių aprūpinimą deguonimi, o tai skatina audinių destruktinius pakitimus sergant plokščiąja kerplige [177]. Galimas plokščiosios kerpligės išsivystymas ir po radioterapijos [178].

Nustatytas galimas ryšys tarp blogos burnos higienos ir dažnesnio deskvamacinio gingivito ir erozinės-opinės formos atsiradimo, todėl, norint pasiekti erozijų gijimą, būtina gerinti burnos higieną, bet dantų valymas turėtų būti itin švelnus [170].

Burnos plokščiosios kerpligės paūmėjimams yra svarbus mikroorganizmų poveikis. Įstirta, kad plokščiosios kerpligės paūmėjimą sėkmingai mažina antiseptiniai skalavimai chorheksidinu [39, 179].

Kritiškai apžvelgus mokslinius tyrimus, galima daryti išvadą, jog plokščioji kerpligė nesukelia arterinės hipertenzijos, tačiau antihipertenziniai vaistai, ypač kaptoprilis, sukelia lichenoidinio tipo bėrimus, panašius į plokščiosios kerpligės pažeidimus, dėl to abiejų ligų histologija ir klinika panaši. Pakeitus vartojamus antihipertenzinius vaistus, burnos gleivinėje atsiradę pakitimai pranyksta be liekamųjų reiškinių.

Nėra vienos nuomonės, kas galėtų lemti burnos plokščiosios kerpligės atsiradimą, priežasčių įvardijama daug. Mokslinėje literatūroje pateiktus galimus etiologinius veiksnius reikėtų vertinti kritiškai, nes daug mokslinių tyrimų duomenų yra kontroversiški.

2.3. Plokščiosios kerpligės klinika

Plokščiosios kerpligės pažeidimų aptinkama odoje ir gleivinėse. Gleivinė pažeidžiama kas antram sergančiajam plokščiąja kerplige. Dažniausiai pažeidžiama burnos gleivinė, rečiau – vulvovaginalinė sritis. Retais atvejais liga gali pažeisti gerklas, stemplę, akis, kur nustatoma intraepitelinė ir jungiamojo audinio limfocitozė bei ragėjančių ląstelių apoptozė (*Civatte kūnai*). Stemplės plokščioji kerpligė – reta, diagnozuojama dažniausiai moterims. Sergant stemplės plokščiąja kerplige tik apie 5,0 proc. atvejų aptinkama ir odos pažeidimų. Diagnozuojami tiek viršutinės, tiek apatinės stemplės dalies susiaurėjimai. Dėl pasunkėjusio rijimo ištyrus endoskopiškai, nustatoma stemplės plokščioji kerpligė. Plokščiosios kerpligės pasireiškimai stemplėje siejami su reumatinėmis ligomis, povirusiniais hepatitais, ŽIV, taip pat su medikamentų vartojimu. Būklė linkusi suvėžėti [207]. Stemplės pažeidimai dažniausiai būna kartu su kitų gleivinių pažeidimais, rečiau odos. Tik kartais stemplės plokščioji kerpligė gali būti diagnozuojama kaip izoliuota liga. Beveik visiems pacientams, sergantiems stemplės plokščiąja kerplige, nustatomi ir kitų kūno vietų pažeidimai. Sergant stemplės plokščiąja kerplige 90 proc. atvejų pažeidžiamos proksimalinės stemplės dalys.

Ypač retais plokščiosios kerpligės atvejais yra pažeidžiamos gerklos. Aprašyti tik keli pacientai, kurių vienas skundėsi užkimimu, o antruoju atveju buvo pažeista burnos gleivinė, akys ir gerklos. Gerklų plokščioji kerpligė apėmė antgerklį, vedegines klostes, bet nepažeidė balso stygų. Paprastai didesni pažeidimai aptinkami antgerkliaus srityje nei kitose gerklų dalyse [215].

Burnos pažeidimai būdingi apie 50–70 proc. sergančiųjų plokščiąja kerplige [3]. Dažniausiai plokščiosios kerpligės pažeidimų aptinkama simetriškai krūminių dantų srityje abiejose žandų gleivinės pusėse, rečiau dantenose, liežuvio, lūpų srityse [208]. Gleivinių plokščioji kerpligė pasireiškia keliomis klinikinėmis formomis: papuline (mazgelinė), tinkline, erozine-opine, apnašine, pūslinė, atrofine. Pagrindinis burnos gleivinės pažeidimo morfologinis elementas – apvalus arba ovalus, nuo 1 iki 5 mm dydžio mazgelis (papulė). Bėrimai paprastai būna dauginiai ir simetriški. Gleivinėje iš susiliejančių papulių nepasitebimai formuojasi pieno baltumo Wickhamo tinklelis, panašus į leukoplakiją.

Ligos paūmėjimo metu papulinio bėrimo fone atsiranda pūslių, erozijų. Erozijos apimta burnos gleivinė paburksta, parausta, būna skausminga. Burnos gleivinės plokščiajai kerpligei būdingas abipusis pasireiškimas. 80–90 proc. gleivinių pažeidimų atvejų pažeidžiama žandų gleivinė, rečiau liežuvio nugarėlė ir šonai, dantenos [209].

Dažniausia klinikinė forma – tinklinė. Jai būdingi pilkšvi mazgeliai, kurie susiliedami tarpusavyje sudaro tinklą, vadinamą Wickhamo tinklu (1 priedas). Rečiau ši forma gali pasireikšti liežuvio nugarėlėje.

Papulinei (mazgelinei) plokščiosios kerpligės formai būdingos mažos baltos spalvos papulės (1 priedas). Ši ligos forma yra pradinė ir trumpalaikė. Simptomai dažnai lieka nepastebėti. Papulių tipinė vieta – žandų ir liežuvio nugarėlės gleivinė. Burnos gleivinėje papulinė forma pasireiškia mažomis pilkšvomis papulėmis. Papulės nesusilieja tarpusavyje, gleivinės fonas nepakinta, pažeistas paviršius šiurkštus.

Apnašinės plokščiosios kerpligės atvejais būdingi vientisi ir ragėjantys, aiškių ribų ir įvairios formos hiperkeratozės židiniai (1 priedas). Dažniausiai pažeidžiama žandų gleivinė, ypač trečiųjų krūminių dantų srityje, taip pat liežuvio nugarėlėje.

Pati skausmingiausia plokščiosios kerpligės forma yra erozinė-opinė (1 priedas). Kliniškai matomi atrofiniai arba eriteminiai gleivinių išopėjimai arba erozijos. Jos būna netaisyklingos formos, dažniausiai pavienės, skausmingos, išsidėsčiusios žandų gleivinėje, liežuvio šoniniuose ir apatiniame paviršiuose, kietajame gomuryje ir lūpų raudonyje. Liežuvio nugarėlės pažeidimai gali sukelti jutimo sutrikimus [23, 82].

Atrofinė plokščiosios kerpligės forma dažnai atsiranda kartu su erozine-opine ir tinkline ligos formomis. Pirmiausia pažeidžiamos fiksuotos (ragėjančios) dantenos. Žandų gleivinėje taip pat gali būti pažaidų, ypač antrųjų ir trečiųjų krūminių dantų srityje. Burnos gleivinėje matomos neaiškių ribų atrofinės zonos, kurių kraštuose yra baltos strijos. Nepriklausomai nuo lokalizacijos, visada skausminga, sugijus lieka pigmentinių dėmių (1 priedas).

Pūslinė burnos plokščiosios kerpligės forma pasitaiko retai. Pažeidimo vietoje susidaro 1–10 mm dydžio pūslės, prisipildžiusios serozinio arba hemoraginio skysčio (1 priedas). Dėl maceracijos ir mikrotraumų pūslės burnoje išlieka

trumpai. Pūslei trūkus jos vietoje lieka erozija, tada ši forma beveik nesiskiria nuo erozinės-opinės.

Kaip ir kitos autoimuninės ligos, plokščioji kerpligė gali sukelti autoimuninį deskvamacinį gingivitą (2 priedas). Tai burnos gleivinės būklė, kuriai būdinga difuzinis dantenų paraudimas, paviršinių burnos gleivinės sluoksnių deskvamacija. Dantenos atrodo paraudusios, paburkusios, skausmingos, pasireiškia beveik nematomas plokščiajai kerpligei būdingas papulinis bėrimas.

Plokščioji kerpligė gali pažeisti ne tik burnos, bet ir išorinių lytinių organų gleivinę: varpos galvutę (vyrams), mažąsias lytines lūpas, vaginą (moterims). Išorinių lytinių organų plokščioji kerpligė dažniausiai pasireiškia moterims menopauzės laikotarpiu ar po jos. Retais atvejais serga vaikai [210]. Išorinių lytinių organų plokščioji kerpligė savo klinika panaši į burnos plokščiąją kerpligę. Dažniausios formos – erozinė-opinė, papulinė ir hipertrofinė. Lėtinė erozinė-opinė forma sukelia randėjimą, kuris gali lemti mažųjų lytinių lūpų rezorbciją ar mažųjų lytinių lūpų tarpusavio sulipimą (*synechiae*, 68 proc.), taip pat susiaurėjusią makštį (59 proc.) ar visišką makšties obliteraciją. Susidarę randai ar sąaugos gali trukdyti lytiniam gyvenimui, todėl svarbu tinkamai įvertinti žmogaus psichologinę būklę ir gyvenimo kokybę, kuri dėl šios ligos gali būti gerokai suprastėjusi [211, 212].

Papulinės ir hipertrofinės formų klinika panaši kaip ir burnos gleivinės. Net 43–100 proc. atvejų, esant pažeidimams išoriniuose lytiniuose organuose, aptinkama pažeidimų ir burnos gleivinėje. Tačiau tik 25 proc. atvejų, esant burnos gleivinės pažeidimams, gali būti pažeisti ir išoriniai lytiniai organai. Esant pažeidimams burnos gleivinėje ir lytiniuose organuose, 17–22 proc. stebimi ir odos pažeidimai [212].

Kartu su plokščiąja kerplige taip pat gali pasireikšti įvairios akių ligos, galinčios sukelti ašarų gamybos mažėjimą [213]. Daugiau nei trečdaliui pacientų, sergančių plokščiąja kerplige, būdingas vokų uždegimas (*blepharitis*) [213]. Ištyrus junginės epitelio ląsteles, pastebėta, kad sergant plokščiąja kerplige sumažėja taurinių ląstelių skaičius. Dažniausi akių pažeidimai sergant plokščiąja kerplige – lengvas ar vidutinio sunkumo akių sausumas ar junginės uždegimas [213]. Junginės uždegimo pradžia – balti dryželiai ant voko junginės. Iš 9 pacientų, kuriems pasireiškė požymiai akyse, 7 turėjo pažeidimų burnos gleivinėje ir lytiniuose organuose, taip pat visiems pacientams išsivystė ašarų latakų steno-

zė [214]. Svarbu pacientams, sergantiems erozine-opine plokščiosios kerpligės forma, rekomenduoti akių gydytojo konsultaciją ir reikalingus akių tyrimus [214].

Pagal bėrimų morfologiją odoje išskiriamos plokščiosios kerpligės formos: hipertrofinė, atrofinė, pūslinė, erozinė-opinė, karpinė ir folikulinė. Pagal bėrimų išsidėstymą odoje išskiriamos žiedinė ir linijinė formos.

Odos plokščiajai kerpligei būdingi bėrimai dažniausiai matomi riešų ir dilbių lenkiamuosiuose paviršiuose, liemens apatinėje dalyje, blauzdose, rečiau – kakle, paduose, delnuose. Pažeidimai apima ir plaukuotąją kūno dalį [216, 217].

Būdingas odos pažeidimas – 2–3 mm skersmens rausvos ar šviesiai violetinio atspalvio, apvalios, ovalios, daugiakampės, lygiu, blizgančiu, vėliau ragėjančiu paviršiumi papulės (3 priedas). Tipiškų papulių centras kiek įdubęs. Papulės pavienės, išsijusios, susigrupavusios po kelias, susitelkusios krūvelėmis, išsidėsčiusios žiedeliais, rečiau išplitusios ar susiliejusios iki vientiso pažeidimo. Kartais papulės hipertrofuoja, ragėja, odos paviršius tampa karpiškas. Nykstant karpoms, lieka použdegiminė odos pigmentacija. Pasireiškia izomorfinis atsakas į traumą (Koebnerio fenomenas) sveikoje odoje reaguoti bėrimais, būdingais plokščiajai kerpligei.

Plokščioji kerpligė gali pažeisti ir galvos odą (folikulinė PK). *Lichen planus follicularis seu planopilaris* plaukų folikulus pažeidžia kliniškai ir morfologiškai. Ant galvos odos, ypač viršugalvio, matomos hiperkeratozinės papulės, kurios nykdamos sukelia randinę alopeciją. Gali būti pažeidžiamos ir kitos galvos odos sritys. Dažniau serga moterys; ši forma gali pasireikšti kaip pavienė ar kartu su tipiniais kerpliginiais pažeidimais kitose srityse, ypač po veido odos patempimo operacijų ar plaukų transplantacijos [169]. Plokščiosios kerpligės diagnostika kartais sunki ir galima tik atlikus biopsiją. Histologiškai skiriama randėjanti ir nerandėjanti alopecija. Sergant randėjančia alopecija, plaukų folikulai pakeičiami fibroziniu randiniu audiniu, netenkama plaukų. Sergant nerandėjančia alopecija, plaukų folikulai ir plaukų augimas išlieka [218].

Sergant plokščiąja kerplige 1,0–10 proc. suaugusiųjų gali skūstis nagų pažeidimais. Nagus pažeidžianti plokščioji kerpligė dažniausiai pasireiškia izoliuotai, be odos ir gleivinės pažeidimų (3 priedas). Liga pažeidžia kelis arba daugelį nagų. Klinikiniai kerpligės požymiai priklauso nuo pažeidimų lokalizacijos nago struktūroje. Rankų nagų pažeidimai dažnesni nei kojų. Dažniausiai

pažeidžiamas nagų guolis bei oda po nagu. Klasikinė nagų plokščiosios kerpligės diagnozė turėtų būti paremta nago guolio destrukcija, išilginiais nago įtrūkimais (ruoželiai, vagelės), nagų trapumu (*onychorrhexis*) ir spontaniniu nago plokštelės atsiskyrimu (*onycholysis*, su ar be ponaginės hiperkeratozės). Taip pat būdinga nago plokštelės nelygumas ir spalvos pakeitimas (*trachionichia*). Pažeidimai gali negrįžtamai deformuoti nagą ar net lemti jo praradimą [220]. Vaikams, priešingai nei suaugusiesiems, nagų pažeidimai dažnesni. Apie 19 proc. vaikų, sergančių plokščiąja kerplige, yra būdingi nagų pažeidimai [171, 219].

2.3.1. Burnos gleivinės plokščiosios kerpligės histopatologija

Burnos gleivinės plokščioji kerpligė pasireiškia būdinga įvairaus intensyvumo lichenoidine (išilginė „juostinio“ tipo) limfocitų infiltracija epitelio ir poepitelinio jungiamojo audinio riboje, židinine limfocitų infiltracija baziniame daugiasluoksnio plokščio epitelio sluoksnyje su keratinocitų hidropine degeneracija ir apoptoze (*Civatte* kūnai baziniame epitelio sluoksnyje) (4 priedas). Limfocitų infiltrate dominuoja T limfocitai, makrofagai, dendritinės ir pavienės plazminės ląstelės. Taip pat būdinga gleivinės daugiasluoksnio plokščio epitelio hiperplazija (akantozė) arba atrofija, hiperparakeratozė arba hiperortokeratozė. Esant erozinei-opinei plokščiosios kerpligės formai, pasireiškia gleivinės išopėjimas, esant piktybinei transformacijai – įvairaus laipsnio daugiasluoksnio plokščio epitelio displazija ir plokščialąstelinė karcinoma [8].

2.4. Plokščioji kerpligė ir gyvenimo kokybė

Vertinant ligų gydymo sėkmę, pagrindinis gydymo kokybės kriterijus yra paciento nuomonė apie ligą, jos gydymo rezultatus, vertinimas, kaip pasikeitė sergančiojo psichosocialinės gyvenimo aplinkybės, sveikatos būklė ir koks yra pasitenkinimas gydytojo suteikta sveikatos priežiūra [221].

Įrodyta, kad iš visų fizinių žmogaus sveikatos parametrų burnos sveikata turi didžiausią įtaką gyvenimo kokybei, antroje vietoje – psichologinė paciento savijauta [222]. Šių rodiklių spektras gana platus – nuo objektyvių fizinės sveikatos ir funkcinių su burnos gleivinės pakitimais susijusių nusiskundimų iki nerimo dėl ateities ir ligos prognozės [223].

Gyvenimo kokybės vertinimo testais tiriama tokie gyvenimo kokybės parametrai kaip funkciniai sutrikimai, fizinis skausmas, medikamentai ir gydymas, psichologinis diskomfortas, fizinė negalia, psichologinė negalia, socialinė negalia, neįgalumas, paciento palaikymas gydymo metu [224].

Tinklinė, apnašinė ir papulinė ligos formos yra besimptomės arba turinčios neišreikštus simptomus, o atrofinė, erozinė-opinė ir pūslinė – sukelia stiprų, deginantį, pacientą ypač trikdantį skausmą [225, 226].

Odoje atsiradę bėrimai paprastai niežti ir tai sukelia ne tik bendravimo, bet normalaus darbo atlikimo problemų, turi įtakos ir laisvalaikio kokybei [41].

Susirgus burnos plokščiąja kerplige keičiasi subjektyvūs pojūčiai burnoje, atsiranda būtinybė keisti mitybos įpročius. Ligoniams valgant ar valantis dantis gali atsirasti spontaninis burnos gleivinės skausmas, bendras diskomforto jausmas burnoje. Dėl to pacientai turi atsisakyti dirginamųjų savybių turinčių maisto produktų (pvz., rūgščių, su aštriais prieskoniais), turi keisti savo maisto racioną, valgymo įpročius [227]. Nuolat jaučiamas skausmas verčia sergantį rinktis atitinkamą maistą, apriboti savo valgymo įpročius, sukelia neviltį ir depresiją [226].

Dėl skonio jutimo suprastėjimo, skausmo ir skausmingo kramtymo bei dėl to ribojamo maisto raciono, negalėjimo atsipalaiduoti pacientai būna nuolatos suirzę, mažiau pasitikintys savimi [228]. Gyvenimo įpročių pakeitimas atsisakant tam tikrų mėgstamų maisto produktų, nedirginančių burnos gleivinės priežiūros priemonių paieška, kai kada ir brangių dantų protezų pašalinimas taip pat prisideda prie pacientų bendros gyvenimo kokybės prastėjimo.

Sergant plokščiąja kerplige keičiasi ne tik kasdienio gyvenimo įpročiai, bet ir socialinio bendravimo ypatumai, psichologinė paciento būklė [225].

Plokščioji kerpligė priskiriama psichodermatologiniams sutrikimams, kadangi pacientai prieš susirgdami šia liga dažniausiai patiria stresą, ligą gali išprovokuoti ilga nervinė įtampa ar staigi psichinė trauma. Sergančiųjų plokščiąja kerplige seilėse nustatomas didelį nerimo laipsnį atspindintis aukštas kortizolio lygis [229, 230].

Stresinės situacijos, ypač susijusios su šeimos narių sveikata ir sėkme, turi įtakos plokščiosios kerpligės atsiradimui ir vystymuisi, recidyvų atsiradimui [231], tačiau kaip stresiniai įvykiai veikia psichosomatinės ligos atsiradimą

ir vystymąsi, ypač priklauso nuo paties paciento pažeidžiamumo. Labiau linkę nerimauti žmogus bus labiau pažeidžiamas stresinių veiksnių. Nustatyta, kad burnos plokščioji kerpligė labiau paplitusi tarp jautresnių, neramesnių, protinių sutrikimų turinčių pacientų, tarp sergančiųjų depresija, hipochondrija, isterija. Jų seilių kortizolio lygis didesnis nei kontrolinės grupės ir koreliuoja su patiriamu streso lygiu [129]. M. El Tawilo ir kt. (2009) atliktas tyrimas atskleidė, kad 63,6 proc. sergančiųjų plokščiąja kerplige turi psichiatrinių simptomų: nerimas kartu su depresija buvo dažniausi (15,7 proc.) sutrikimai, 12,9 proc. atvejų pasireiškė socialinė fobija, panikos simptomai (11,4 proc.), 10 proc. atvejų buvo išreikštas obsesinis-kompulsinis sutrikimas, 5,7 proc. – ilgą laiką trunkantis nuotaikos pablogėjimas – distimija [229].

Ligos išsivystymui turi įtakos paciento socialinis statusas. Nustatyta, kad didžiausias sergamumas plokščiąja kerplige, lyginant skirtingus socialinius sluoksnius, yra tarp namų šeimininkių, bedarbių ir mažas pajamas gaunančių gyventojų [230], t. y. tarp socialiai pažeidžiamiausių asmenų.

Sergant burnos plokščiąja kerplige gali kilti tarpasmeninių santykių, savęs vertinimo problemų [222], pati liga gali tapti nerimo ir depresijos priežastimi.

Plokščioji kerpligė siejasi ir su daugybe kitų ligų. Kairo universiteto mokslininkų atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad blogas emocijų atpažinimas – aleksitimija, bloga emocijų išraiška simboliais, žodžiais, vidinių išgyvenimų ir patirties ignoravimas daug dažniau pasireiškė plokščiąja kerplige sergantiesiems nei šia liga nesergantiems kontrolinės grupės asmenims (atitinkamai 51,4 proc. ir 10 proc.) [221].

Sergantieji burnos plokščiąja kerplige ypač nerimauja ir dėl galimo piktybinio proceso išsivystymo, kadangi užsitęsusi atrofinė ar erozinė-opinė plokščioji kerpligė gali transformuotis į piktybinį naviką [223], juolab kad apžvalginiai tyrimai nenurodo jokio statistiškai reikšmingo skirtumo, įrodančio šios ligos gydymo metodų veiksmingumą, lyginant juos su placebo [222]. Pacientai dažnai nežino, ar jiems taikomas gydymas bus efektyvus, todėl dėl užsitęsusios ligos eigos jie ilgai praranda viltį ir ima manyti, kad niekada nebepasveiks [221].

Nėra aišku, kokia yra plokščiosios kerpligės suvėžėjimo rizika ir kokie veiksniai nulemia ligos supiktybėjimą, todėl rekomenduojama sergančiuosius burnos plokščiąja kerplige nuolat tikrinti ir stebėti ligos eigą [232], beje, daž-

ni vizitai pas gydytoją pasitikrinti taip pat kelia nerimą pacientams. Kadangi plokščioji kerpligė 75,8 proc. atvejų tęsiasi ilgai (nuo vienu iki dešimties metų) ir itin retai išgyja savaime, o 40 proc. atvejų pažeidžia ne tik burnos, bet ir kitas organizmo gleivines, odą, pacientų gyvenimo kokybės suprastėjimas yra ilgalaikis [185].

Gydytojas, gydymas plokščiaja kerplige sergančius pacientus, turėtų neapsiriboti vien simptominiu šios ligos gydymu, o pagalvoti apie visus šios ligos išsivystymo, gydymo, profilaktikos aspektus, turinčius įtakos bendrai gyvenimo kokybei [222]. Plokščiosios kerpligės pacientų tyrimas Ispanijoje parodė, kad sergančiųjų gyvenimo kokybės sumažėjimas yra nemažas, todėl būtina šiuos pacientus gydančiam gydytojui taikyti informatyvų, į paciento gyvenimo kokybės užtikrinimą orientuotą gydymą [233].

Dažniausiai patys pacientai mažai žino apie šią ligą. Dauguma jų informacijos ieško papildomuose šaltiniuose, interneto tinklalapiuose, tačiau atliktos studijos rodo, kad didžioji dalis informacijos apie ligas internete yra neišsami ir kartais net klaidinga. Norint sumažinti sergančių plokščiaja kerplige pacientų nežinomybę, baimės jausmą, rekomenduojama gydytojams profesionaliai kuo išsamiau, visapusiškiau juos informuoti apie šios ligos gydymo ir gyvenimo kokybės ypatumus [234]. Informuotumas suteikia pacientui situacijos kontrolės jausmą ir didina pasitikėjimą savimi ir gydytoju.

Kalbant apie medikamentus plokščiajai kerpligei gydyti, svarbu pacientui žinoti apie galimas gydymo pasekmes – trumpalaikes ir ilgalaikes medikamentų šalutines reakcijas [235]. Skiriant gydymą reikėtų vengti kai kurių medikamentų dėl jų šalutinių reakcijų, parinkti alternatyvius, turinčius mažesnę šalutinę poveikį [236], juolab kad moksliniai tyrimai nenurodo, jog kuris nors vienas gydymo būdas būtų pranašesnis už kitus [237]. Reikia žinoti, kad kai kurie pacientai bijo vartoti jiems išrašomus vaistus dėl galimų jų nepageidaujamų poveikių [238].

Plokščiosios kerpligės etiologijoje svarbus veiksnys yra stresas. Šeiminės, darbo, profesinės ir sveikatos problemos yra siejamos su šios ligos atsiradimu ar eigos pasunkėjimu. Akivaizdu, kad šie veiksniai psichologiškai savaime mažina pacientų gyvenimo kokybę, o atsiradusi plokščioji kerpligė pati sukelia papildomą stresą, taip sukurdama ydingą ratą, kuriam užsisukus sunku pagerinti ligo-
nio gyvenimo kokybę [41].

Dažnai lieka nediagnozuoti ekstraoraliniai plokščiosios kerpligės pasireiškimai – odos pažeidimai, stemplės ir šlapimo takų susiaurėjimas, vaginalinė stenozė ir kt. [238]. Šios sunkios komplikacijos lemia mitybos suprastėjimą, šlapinimosi ir lytinio gyvenimo sunkumus, kurie itin blogina sergančiųjų gyvenimo kokybę [239, 237].

Plokščioji kerpligė priklauso daugiapriežastinių ligų grupei. Ištirta, kad ligos išsivystymui įtakos turi autoimuninio disbalanso sutrikimas, genetinis polinkis sirgti šia liga, lėtinės ligos (cukrinis diabetas, hepatitai, hipertenzija, skrandžio ir žarnyno, širdies ir kraujagyslių, skydliaukės bei kitos ligos), vaistų, odontologinių medžiagų sukeltos reakcijos, audinių traumos, mityba, žalingi įpročiai. Ypač svarbus veiksnys yra paciento psichoemocinė būklė. Depresija, stresas ar tiesiog perdėtas nerimas gali lemti ligos atsiradimą. Žinoma, kad žmonių gyvenimo kokybė ypač priklauso nuo jų sveikatos. Nepaisant to, kas jau padaryta ir įrodyta, iki šiol nebuvo ištirta sergančiųjų burnos plokščiąja kerplige klinikinių rodiklių, ligos rizikos veiksnių ir pacientų gyvenimo kokybės dimensijos, todėl tam ir buvo atliekamas šis tyrimas.

3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

3.1. Studijos dizainas

Šios mokslinės studijos uždaviniams išspręsti buvo pasirinktas analitinis stebimasis atvejo ir kontrolės tyrimas, kuriam buvo gautas Lietuvos biomedicininų tyrimų etikos komiteto leidimas Nr. 158200-02-148-056 LP11 (5 priedas).

Asmenys, dalyvaujantys tyrime, buvo žodine ir rašytine forma informuoti apie numatomą vykdyti tyrimą (6 priedas) ir buvo gauti raštiški visų pacientų sutikimai dalyvauti tyrime (7 priedas).

Tyrimo apimtis. Burnos plokščiosios kerpligės tyrimas atliktas 2010–2014 metais Žalgirio klinikoje. Iš viso kreipėsi 312 pacientų, iš kurių sutiko dalyvauti tyrime ir buvo ištirti 274 pacientai, t. y. 137 pacientai, sergantys plokščiąja kerplige, ir tiek pat asmenų, nesergančių šia liga.

3.2. Tiriamųjų grupės

Tyrimui buvo parinktos 2 pacientų grupės. Viena grupė buvo sudaryta iš pacientų, sergančių plokščiąja kerplige (atvejo grupė). Kontrolinės grupės pacientai – nesergantys plokščiąja kerplige – buvo panašaus amžiaus, lyties ir socialinės padėties.

Į sergančiųjų plokščiąja kerplige grupę (atvejo grupę) buvo įtraukti visi pacientai, nuo 2010 iki 2014 metų iš įvairių šalies vietovių atsiųsti į Žalgirio kliniką konsultuoti ir gydyti, kuriems histologiškai buvo patvirtinta plokščiosios kerpligės diagnozė. Remiantis klinikiniais ligos požymiais plokščiosios kerpligės atvejai buvo suskirstyti į šias grupes: papulinę, tinklinę, erozinę-opinę, pūslinę, atrofinę ir apnašinę formas. Apnašinė plokščiosios kerpligės forma nebuvo diagnozuota nė vienam iš tyrime dalyvavusių pacientų, todėl toliau darbe jos neminėsime.

Kontrolinės grupės pacientai buvo parinkti iš atvykusiųjų konsultuotis į Žalgirio kliniką ne dėl plokščiosios kerpligės, bet dėl kitų ligų. Kontrolinės grupės pacientai, panašūs amžiumi, lytimi ir socialine padėtimi, buvo apklausti ir ištirti taip pat, kaip ir sergantieji plokščiąja kerplige.

3.3. Pacientų ištyrimas

Visi šios mokslinės studijos dalyviai buvo apklausti naudojant „Paciento bendros sveikatos būklės anketą“ ir „Gyvenimo kokybės anketą“ (jas pildė abiejų grupių tiriamieji). Papildomą dokumentą – „Klinikinio tyrimo anketą“ – pildė tik pacientai, sergantys plokščiąja kerplige. Sergantieji plokščiąja kerplige buvo ištirti kliniškai, histologiškai, jiems taip pat buvo atliktas citologinis burnos gleivinės nuograndų nuo plokščiosios kerpligės pažeidimų vietos ištyrimas.

3.3.1. Pacientų apklausa

Informacija apie demografinius tiriamųjų duomenis, burnos sveikatą ir vietinius bei sisteminius rizikos veiksnius buvo renkama taikant struktūruotą klausimyną. Siekiant sumažinti nepateiktų atsakymų skaičių, kai klausimynas nebuvo išsamiai užpildytas, papildomai buvo vykdoma asmeninė apklausa. Ne lietuvių kilmės asmenys, netaisyklingai kalbantys lietuvių kalba, taip pat buvo apklausti asmeniškai. Anketų klausimai buvo pateikti su pasirinkamaisiais atsakymais. Studijos dalyviai turėjo atsakyti pasirinkdami labiausiai jiems tinkantį atsakymą.

3.3.1.1. Gyvenimo kokybės anketa

Visiems tiramiesiems buvo pasiūlyta atsakyti į gyvenimo kokybės anketos klausimus (8 priedas). Remiantis tarptautinėmis ir Lietuvoje atliktomis panašiomis sergančiųjų gyvenimo kokybės studijomis, naudotas adaptuotas PSO klausimynas WHOQOL-100 [259]. Šis klausimynas sudarytas remiantis tarptautinėmis ir Lietuvoje atliktomis panašiomis sergančiųjų gyvenimo kokybės studijomis. Tiriamieji buvo klausiami apie demografinius duomenis, taip pat apie pagrindinius veiksnius, galėjusius turėti įtakos jų gyvenimo kokybei. Pagal turinį išskiriamos gyvenimo kokybės tyrimo anketos klausimų grupės: pasitenkinimo burnos sveikatos būkle, pasitenkinimo savo gyvenimu ir pasitenkinimo savo bendra sveikata.

3.3.1.2. Anketa paciento bendrai sveikatos būklei įvertinti

Visi tiriamieji užpildė anketą, išverstą ir adaptuotą pagal Karolio instituto (*Karolinska Institute*, Švedija, 2004) parengtą anketą paciento bendrai sveikatos būklei įvertinti (9 priedas). Buvo surinkti demografiniai duomenys (lytis, amžius, gyvenamoji vieta ir šeiminė padėtis), informacija apie gyvenimo būdą (rūkymas, alkoholio vartojimas) ir socialinė ekonominė informacija (išsilavinimas, socialinė padėtis). Siekiant išsiaiškinti susirgimo etiologiją visi pacientai buvo klausiami apie bendrinius rizikos veiksnius: patiriamą stresą, persirgtas infekcijas, lėtines ligas, medikamentų vartojimą ir genetinius veiksnius (šeimos narių sirgimas plokščiąja kerplige). Pacientai taip pat buvo paprašyti įvertinti savo sveikatos būklę.

3.3.1.3. Klinikinio ištyrimo anketa

Sergančiuosius plokščiąja kerplige tas pats tyrėjas papildomai apklausė naudodamas klinikinio ištyrimo anketą (10 priedas). Taip siekta išsiaiškinti, ar pacientas kreipėsi pirmą kartą ar pakartotinai, kokia buvo ligos eiga, ar buvę ligos paūmėjimų, taip pat nustatyta ligos klinikinė forma, pažeidimų lokalizacija ir plokščiosios kerpligės ryšys su kitomis odos ir gleivinių ligomis (pūsline, žvyneline, seborėja, sisteminė vilklige ir kt.).

3.3.2. Duomenų rinkimas

Siekiant sumažinti informacinių klaidų įtaką, prieš atliekant tyrimą gyvenimo kokybės anketos patikimumas buvo patikrintas (naudojant anketą buvo apklausta atskira 10 pacientų grupė, o po 2 savaičių ta pati grupė buvo dar kartą apklausta naudojant tą pačią anketą). Buvo siekiama išsiaiškinti, ar klausimai tiriamiesiems suprantami, tinkami ir ar nekyla problemų į juos atsakyti.

Klausimyno patikimumas vertintas matavimo stabilumu (angl. *test-retest*), kuris buvo nustatytas įvertinus sąsajas (koreliacijos koeficientus) tarp pirminės ir pakartotinai atliktos apklausos taikant tą pačią metodiką. 1 lentelėje pateikiami patikimumo rezultatai. Koreliacijos koeficientas nuo $r = 0,59$ iki $r = 1,0$.

1 lentelė. Patikimumo patikrinimo rezultatai

Klausimas	Koreliacijos koeficientas (r)
8. Kaip vertinate savo burnos sveikatą?	1,000
F1.2. Ar jaudinatės dėl burnos skausmo ar / ir jaučiamo diskomforto?	0,949
10. Kaip sunku Jums iškęsti skausmą burnoje?	0,951
11. Kaip sunku Jums iškęsti diskomfortą burnoje?	1,000
F1.4. Ar jaučiate, kad (fizinis) skausmas burnoje neleidžia Jums daryti tai, ką norite daryti?	1,000
F3.2. Ar turite sunkumų dėl miego?	1,000
F4.1. Ar džiaugiatės gyvenimu?	1,000
F4.3. Ar gerai jaučiatės dėl savo ateities sirgdamas raudonąja plokščiąja kerplige?	0,950
F4.4. Ar liga netrukdo jausti teigiamų emocijų Jūsų gyvenime?	0,587
F5.3. Ar Jums lengvai pavyksta susikoncentruoti?	1,000
F6.2. Ar Jūs pasitikite savimi?	1,000
19. Ar liga trukdo kasdieniame gyvenime?	1,000
F8.2. Ar jaučiate nerimą dėl savo ligos?	0,988
F8.3. Ar liūdesys (nuolatinis liūdesys) dėl ligos trukdo Jums atlikti kasdienes darbus?	0,986
22. Ar depresija (bloga nuotaika) dėl ligos trukdo Jums atlikti kasdienes darbus?	1,000
F8.4. Ar dėl ligos atsiradusios įvairios depresijos išraiškos trukdo Jums?	1,000
F11.2. Ar daug, gydant šią ligą, Jums reikia suvartoti vaistų, kad galėtumėte gyventi normalų kasdienį gyvenimą?	0,816
F11.3. Ar daug dėl šios ligos Jums reikia medicininės priežiūros ir gydymo, kad galėtumėte gyventi įprastą gyvenimą?	1,000
F11.4. Ar Jūsų gyvenimo kokybė priklauso nuo medicininės pagalbos ir medikamentų gydant šią odos ir gleivinių ligą?	0,929
F13.1. Ar sirgdamas jaučiatės vienišas (-a)?	1,000
F18.2. Ar dėl ligos ir jos gydymo turite finansinių sunkumų?	1,000
F19.1. Ar sunkiai dėl šios ligos galite gauti medicininę pagalbą?	1,000
F21.3. Ar liga netrukdo džiaugtis laisvalaikiu?	1,000
F2.1. Ar turite pakankamai energijos kasdieniam gyvenimui?	0,950
F10.1. Ar Jūsų liga netrukdo atlikti kasdienes darbus?	1,000
F11.1. Ar, gydant šią ligą, Jūs priklausomas (-a) nuo vaistų?	0,849
F14.1. Ar Jūs gaunate reikiamą paramą iš kitų?	0,997
F14.2. Ar galite pasikliauti savo draugais, kai Jums jų reikia?	1,000
F21.2. Ar ši liga leidžia atsipalaiduoti ir džiaugtis savimi?	1,000
G2.7. Ar Jūs patenkintas (-a) savo gyvenimo kokybe?	0,862

Klausimas	Koreliacijos koeficientas (r)
G4. Ar Jūs patenkintas (-a) savo bendra sveikata?	0,761
G5. Ar Jūs patenkintas (-a) savo turima energija?	0,764
F3.3. Ar Jūs patenkintas (-a) savo miego kokybe?	1,000
F6.3. Ar Jūs patenkintas (-a) savimi?	1,000
F7.4. Ar Jūs patenkintas (-a) savo išvaizda?	0,929
F18.3. Ar Jūs patenkintas (-a) savo finansine padėtimi?	1,000
F19.3. Ar esate patenkintas (-a) bendros sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu?	1,000
45. Ar esate patenkintas (-a) odontologinės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu?	0,869
F19.4. Ar esate patenkintas (-a) socialinės apsaugos paslaugomis?	1,000
F21.4. Ar Jūs patenkintas (-a) tuo, kaip leidžiate laisvalaikį?	1,000
F13.2. Ar Jūs patenkintas (-a) savo ryšiais su šeimos nariais?	0,849
G1. Kaip Jūs įvertintumėte savo gyvenimo kokybę?	1,000
F3.1. Ar gerai Jūs miegate?	1,000
F5.1. Ar gera Jūsų atmintis?	1,000
F1.1. Ar dažnai Jūs jaučiate (fizinį) skausmą dėl šios ligos?	0,849
F8.1. Kaip dažnai Jūs jaučiate neigiamas emocijas, pvz.: nerimą, blogą nuotaiką, depresiją ir t. t.?	1,000
F12.1. Ar Jums raudonoji plokščioji kerpligė netrukdo dirbti?	1,000
G1.2. Kokia yra Jūsų burnos sveikata?	0,927
56. Ar turite kokių nusiskundimų dėl burnos gleivinės?	1,000
57. Ar turite nusiskundimų dėl bėrimų kūno odoje ar / ir gleivinėse?	1,000
58. Ar pakitimai dėl raudonosios plokščiosios kerpligės netrukdo lytiniam gyvenimui?	1,000
59. Ar visos įprastos burnos higienos priemonės tinka Jums (dantų pastos, burnos skalikliai, šepetėliai, tarpdančių šepetėliai)?	1,000
60. Ar Jūsų dantų valymo įgūdžiai pakankami?	0,863
61. Ar naudojate dantų pastas?	1,000
62. Ar dantų pastos sukelia Jums nemalonių pojūčių?	1,000
63. Ar naudojate burnos skalavimo skysčius?	0,968
64. Ar burnos skalavimo skysčiai sukelia Jums nemalonių pojūčių?	1,000
65. Ar naudojate tarpdančių šepetėlius?	1,000
66. Ar naudojimas tarpdančių šepetėliais sukelia dantenų ar / ir burnos gleivinės skausmą?	1,000
67. Ar naudojate tarpdančių siūlus?	0,925
68. Ar naudojimas tarpdančių siūlais sukelia dantenų ar / ir burnos gleivinės skausmą?	0,853

1 lentelė (tęsinys). Patikimumo patikrinimo rezultatai

Klausimas	Koreliacijos koeficientas (<i>r</i>)
69. Ar jaučiate seilių trūkumą?	1,000
70. Ar jaučiate skonio pakitimus?	1,000
71. Ar atsiradę bėrimai burnos gleivinėje sukelia Jums diskomfortą?	1,000
72. Ar atsiradę bėrimai burnos gleivinėje trukdo Jums kalbėti?	1,000
73. Ar kelia nerimą pasikeitęs burnos estetinis vaizdas?	1,000
74. Ar jaučiate nemalonius pojūčius kramtydamas (-a) kietą maistą?	1,000
75. Ar jaučiate skausmą valgydamas (-a) rūgštų maistą?	0,935
76. Ar jaučiate skausmą valgydamas (-a) aštrų maistą?	0,990
77. Ar negalėjimas vartoti kai kurių maisto produktų blogina Jūsų gyvenimo kokybę?	0,980

3.3.3. *Klinikinis paciento, sergančio burnos plokščiąja kerplige, tyrimas*

Burnos klinikinį tyrimą sudarė plokščiosios kerpligės klinikinų formų įvertinimas ir galimų vietinių ir sisteminių rizikos veiksnių, susijusių su burnos aplinka, tyrimas. Buvo vertinamos burnos plokščiosios kerpligės pažeidimo vietos.

Klinikinis paciento, sergančio plokščiąja kerplige, ištyrimas buvo atliekamas apžiūrint sergančiojo burną. Buvo nustatoma ligos forma (papulinė, tinklinė (retikulinė), erozinė-opinė, pūslinė (buliozinė), apnašinė (hiperkeratozinė), atrofinė), lokalizacija burnoje (žandų gleivinė, dantenos, liežuvis, lūpos, burnos prieangis, gomurys) ir išplitimas (oda, nagai, genitalijos). Odos ir genitalijų gleivinės ištyrimas buvo atliktas gydytojo dermatovenerologo. Stengiantis įvertinti plokščiosios kerpligės etiologiją, buvo įvertinti šie vietinės rizikos veiksniai: bimetalizmas, bloga burnos higiena, aštrūs dantų kraštai, dantų šaknys, lėtinė endodontinė infekcija, lėtinė periodonto patologija, dantų ėduonis, amalgaminės plombos, kompozitinės plombos bei išimami ir neišimami burnos protezai.

3.3.4. *Histologinis tyrimas*

Histologiniam tyrimui ir plokščiosios kerpligės diagnozės patvirtinimui buvo naudojamos incizinės biopsijos. Visiems pacientams, kuriems kliniškai buvo diagnozuota plokščioji kerpligė, buvo atliekamos biopsijos. Prieš tyrimą jo dalyviai buvo supažindinti su biopsinio mėginio paėmimo metodika ir tyri-

mo komplikacijomis: galimu kraujavimu iš dūrio ar pjūvio vietos, pooperaciniu skausmingumu. Prieš numatomą biopsiją pacientai buvo įspėti nutraukti krešėjimą mažinančių vaistų vartojimą. Biopsijos mėginiai buvo nuo 3–10 mm × 3–4 mm × 3–4 mm dydžio.

Incizinė burnos gleivinės biopsija atlikta taikant vietinę paviršinę infiltracinę nejautrą su 0,5–1 ml 4 proc. *Ubistesini forte* anestetiku, prieš tai dezinfekavus burnos audinius 0,12 proc. chlorheksidino tirpalu 1 min.

Paviršinis burnos gleivinės epitelio gabalėlis fiksuotas 10 proc. buferinio formalino tirpale, įdėtas į paciento inicialais pažymėtą mėgintuvėlį ir siunčiamas tolesniam tyrimui į Valstybinį patologijos centrą, kur tyrimo mėginiai buvo aplieti parafinu, dažyti hematoksilinu ir eozinu bei buvo atliktas histologinis tyrimas, įvertinantis burnos gleivinės infiltraciją limfocitais (T limfocitų infiltraciją), burnos gleivinės hiperplaziją ir hiperparakeratozę, plokščiojo epitelio opėjimą dėl pamatinio sluoksnio irimo ir keratinocitų nekrozės. Infiltracijos ar hiperplazijos buvimas buvo įvertintas kaip minimalus, vidutinis ir maksimalus. Taip buvo patikslinama plokščiosios kerpligės diagnozė ir atipinių ląstelių buvimas ar nebuvimas pažeistuose audiniuose.

Visos procedūros buvo atliekamos įvertinus pacientų bendrą ir esamą burnos sveikatos būklę. Histologinis tyrimas buvo atliktas VUL Santaros klinikų Valstybiniame patologijos centre.

3.3.5. Citologinis tyrimas

Naudojant mentelę nuo plokščiosios kerpligės pažeistos burnos gleivinės paviršių paimtos nuograndos buvo paskleistos ant objektinio stiklelio, nusiųstos į laboratoriją ištirti. Siekiant nustatyti, ar nėra *Candida* grybelio ir atipinių ląstelių, naudota paviršinių ląstelių eksfoliacinė citologija. Citologinis tyrimas buvo atliktas VUL Žalgirio klinikos laboratorijoje.

3.4. Statistinė analizė

Statistinė analizė buvo atlikta naudojantis *IBM SPSS Statistics*[®] programiniu paketu (angl. *Statistical Package for Social Sciences 22 for Windows*). Kokybinių požymių tarpusavio priklausomumui (arba homogeniškumui) vertinti taiky-

tas chi kvadrato (χ^2) požymių nepriklausomumo (homogeniškumo) kriterijus, mažų imčių atveju – tikslusis χ^2 kriterijus. Poriniai palyginimai atlikti taikant z kriterijų.

Sociodemografinių, klinikinių vietinių (su burnos aplinka susijusių) ir bendrinių rizikos veiksnių (pavyzdžiui, lėtinės ligos, vaistų vartojimas, alergijos), taip pat gyvenimo būdo veiksnių (pavyzdžiui, rūkymas ar alkoholio vartojimas) įtaka plokščiosios kerpligės atsiradimui vertinta taikant logistinės regresijos metodą. Atliktos vienmatės ir daugiamatės logistinės regresinės analizės rezultatai aprašyti pateikiant SR – galimybių santykį ir 95 proc. PI – galimybių santykio pasikliautinąjį intervalą.

Analizuojant pacientų gyvenimo kokybę taikyta dispersinė (sklaidos) analizė ir tiesinis multiplikatyvinis analizės modelis SPSS.22 paketo statistine programa GLM (angl. *General Linear Model*). Galutiniame etape tikrintos būtinosios šios analizės prielaidos. Modelio tinkamumas įvertintas determinacijos koeficientu R^2 . Patikrinta dispersijų lygybės prielaida (angl. *equality of variance*), priklausomasis kintamasis, jo liekamojo skirstinio normalumas ir tiesinio modelio koeficientų nuliškumo hipotezė.

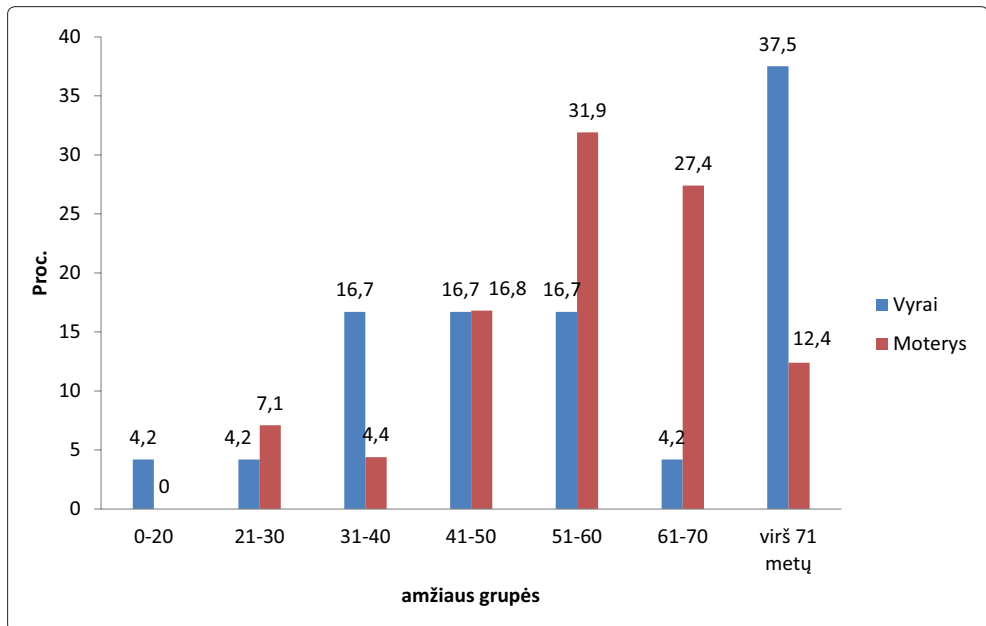
Stebėti skirtumai ar ryšiai tarp požymių laikyti statistiškai reikšmingais, kai statistinių hipotezių tikrinimo metu apskaičiuotasis reikšmingumo lygmuo (p reikšmė) buvo mažesnis už pasirinktąjį reikšmingumo lygmenį $\alpha = 0,05$ (p reikšmė $< 0,05$).

4. REZULTATAI

4.1. Ligonių, sergančių plokščiąja kerplige, sociodemografiniai, klinikiniai ir sveikatos būklės rodikliai

4.1.1. Sergančiųjų plokščiąja kerplige sociodemografiniai rodikliai

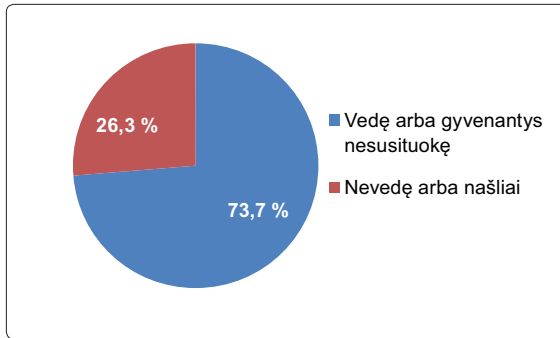
Tyrimė dalyvavo 137 asmenys, sergantys plokščiąja kerplige: 24 vyrai (17,5 proc.) ir 113 moterų (82,5 proc.). Sergančiųjų amžiaus vidurkis buvo $55,43 \pm 14,26$ metų. Vyriausiam pacientui, sergančiam plokščiąja kerplige, buvo 80 metų, o jauniausiam – 17 metų. Didžioji dalis sergančiųjų plokščiąja kerplige buvo 51–60 m. amžiaus (1 pav.).



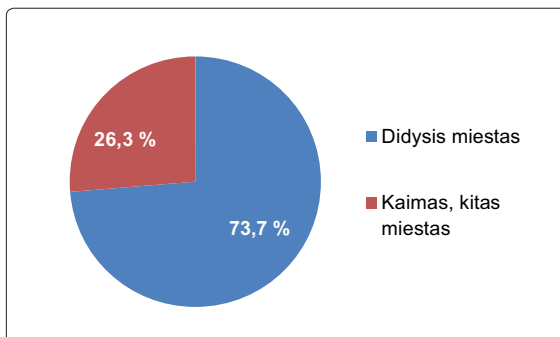
1 pav. Sergančiųjų plokščiąja kerplige pasiskirstymas pagal amžiaus grupes (procentais)

Analizuojant sergančiųjų plokščiąja kerplige pasiskirstymą pagal išsilavinimą, nustatyta, kad 38,0 proc. pacientų turėjo aukštąjį neuniversitetinį arba nebaigtą aukštąjį, 32,1 proc. – aukštąjį universitetinį, 22,6 proc. – vidurinį ir 7,3 proc. – pradinį arba nebaigtą vidurinį išsilavinimą.

Analizuojant sergančiųjų plokščiąja kerplige pasiskirstymą pagal šeimines padėtis, nustatyta, kad didžioji dalis sergančiųjų (73,7 proc.) buvo vedę arba gyveno nesusituokę (2 pav.). Didžioji dalis sergančiųjų plokščiąja kerplige (77,4 proc.) gyveno dideliame mieste (3 pav.).



2 pav. Sergančiųjų plokščiąja kerplige pasiskirstymas pagal šeimines padėtis



3 pav. Sergančiųjų plokščiąja kerplige pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą

Analizuojant sergančiųjų plokščiąja kerplige pasiskirstymą pagal socialinę padėtį, nustatyta, kad 36,5 proc. buvo specialistai arba tarnautojai, 31,4 proc. – pensinio amžiaus, 9,5 proc. – darbininkai arba techniniai darbuotojai. Daugiausiai (38,1 proc.) sergančiųjų plokščiąja kerplige moterų buvo specialistės arba tarnautojos, didžioji dalis sergančiųjų plokščiąja kerplige vyrų buvo specialistai arba tarnautojai (29,2 proc.) bei pensinio amžiaus (29,2 proc.) (2 lentelė).

2 lentelė. Sergančiųjų plokščiąja kerplige pasiskirstymas pagal socialinę padėtį

Socialinė padėtis	Iš viso n (proc.)	Vyrai n (proc.)	Moterys n (proc.)	<i>p</i> reikšmė*
Darbininkas, techninis darbuotojas	13 (9,5)	3 (12,5)	10 (8,8)	0,017
Specialistas, tarnautojas	50 (36,5)	7 (29,2)	43 (38,1)	< 0,001
Verslininkas	7 (5,1)	2 (8,3)	5 (4,4)	0,286
Aukščiausio ar vidutinio lygio vadovas	5 (3,6)	2 (8,3)	3 (2,7)	0,738
Studentas, moksleivis	7 (5,1)	2 (8,3)	5 (4,4)	0,286
Pensinio amžiaus	43 (31,4)	7 (29,2)	36 (31,9)	< 0,001
Ūkininkas	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	–
Namų šeimininkė, auginanti vaikus	5 (3,6)	0 (0,0)	5 (4,4)	0,003
Bedarbis	3 (2,2)	1 (4,2)	2 (1,8)	0,500
Kita	4 (2,9)	0 (0,0)	4 (3,5)	0,003

* Chi kvadratas arba Fisherio tikslusis testas

4.1.2. Sergančiųjų plokščiąja kerplige klinikiniai rodikliai

Nustatyta, kad 11 (8,0 proc.) sergančiųjų plokščiąja kerplige sirgo ir gimi-naičiai, o likusiems 126 pacientams (92 proc.) ligos etiologija buvo neaiški (idio-patinė): vyrai – 23 (18,3 proc.), moterys – 103 (81,7 proc.).

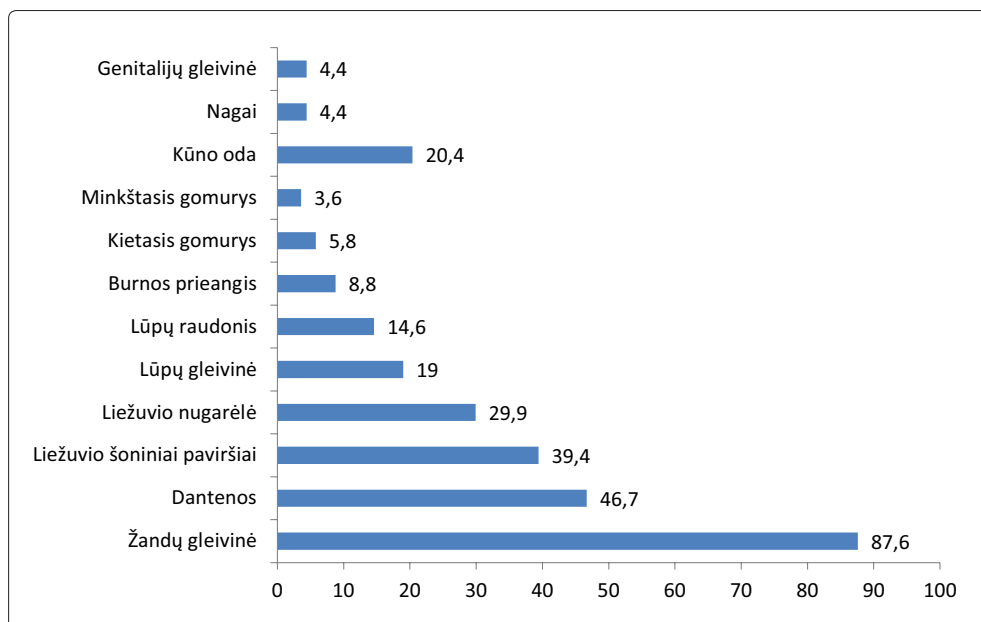
Vertinant sergančiųjų plokščiąja kerplige klinikius rodiklius, nustatyta, kad didžiajai daliai (45,3 proc.) pacientų buvo diagnozuota tinklinė plokščiosios kerpligės forma, 34,3 proc. – erozinė-opinė, 8,0 proc. – papulinė, 10,9 proc. – at-rofinė ir 1,5 proc. – pūslinė plokščiosios kerpligės forma. Apnašinė plokščiosios kerpligės forma nebuvo diagnozuota nė vienam iš tyrime dalyvavusių pacientų (3 lentelė). Tinklinė plokščiosios kerpligės klinikinė forma buvo diagnozuota daugiau vyrams (66,6 proc.) nei moterims (40,7 proc.), skirtumas buvo statis-tiškai reikšmingas ($\chi^2 = 8,756$, $p = 0,003$). Kitų statistiškai reikšmingų skirtumų tarp vyrų ir moterų, sergančių plokščiąja kerplige, nenustatyta.

Analizuojant sergančiųjų plokščiąja kerplige pažeidimų lokalizaciją (4 pav.), pastebėta, kad pacientams buvo dažniausiai pažeista žandų gleivinė (87,6 proc.), dantenos (46,7 proc.), liežuvio šoniniai paviršiai (39,4 proc.) ir liežuvio nugarėlė (29,9 proc.). Kitos burnos gleivinės sritys buvo pažeistos rečiau. Nustatyta, kad 6 pacientams, sergantiems plokščiąja kerplige, (4,4 proc.) buvo pažeisti nagai ir genitalijos.

3 lentelė. Sergančiųjų plokščiąja kerplige pasiskirstymas pagal klinikinę formą

Klinikinė forma	Iš viso (n = 137) n (proc.)	Vyrai (n = 24) n (proc.)	Moterys (n = 113) n (proc.)	p reikšmė
Papulinė	11 (8,0)	1 (4,2)	10 (8,8)	0,689*
Tinklinė	62 (45,3)	16 (66,6)	46 (40,7)	0,003
Erozinė-opinė	47 (34,3)	6 (25,0)	41 (36,3)	0,290
Pūslinė	2 (1,5)	0 (0,0)	2 (1,8)	1,00*
Atrofinė	15 (10,9)	1 (4,2)	14 (12,4)	0,469*
Apnašinė	nerasta	nerasta	nerasta	

* Fisherio tikslusis testas



4 pav. Sergančiųjų plokščiąja kerplige pažeidimų lokalizacija

Analizuojant plokščiosios kerpligės pažeidimų lokalizaciją pagal lytį (4 lentelė), nustatyta, kad dantenos buvo pažeistos dažniau moterims (53,1 proc.) nei vyrams (16,7 proc.), šis skirtumas buvo statistiškai reikšmingas ($\chi^2 = 10,555$; $p = 0,001$). Taip pat nustatyta, kad kūno oda buvo pažeista dažniau moterims (23,9 proc.) nei vyrams (4,2 proc.), šis skirtumas buvo statistiškai reikšmingas ($\chi^2 = 4,738$; $p = 0,028$).

4 lentelė. Sergančiųjų plokščiaja kerplige pažeidimų lokalizacijos palyginimas pagal lytį

Lokalizacija	Iš viso (n = 137) n (proc.)	Vyrai (n = 24) n (proc.)	Moterys (n = 113) n (proc.)	p reikšmė
Žandų gleivinė	120 (87,6)	21 (87,5)	99 (87,6)	0,988
Dantenos	64 (46,7)	4 (16,7)	60 (53,1)	0,001*
Liežuvis	44 (32,1)	9 (37,5)	35 (31,0)	0,534
Liežuvio šoniniai paviršiai	54 (39,4)	12 (50,0)	42 (37,2)	0,243
Liežuvio nugarėlė	41 (29,9)	6 (25,0)	35 (31,0)	0,562
Lūpos	14 (10,2)	5 (20,8)	9 (8,0)	0,071*
Lūpų gleivinė	26 (19,0)	5 (20,8)	21 (18,6)	0,779*
Lūpų raudonis	20 (14,6)	6 (25,0)	14 (12,4)	0,112
Burnos prieangis	12 (8,8)	2 (8,3)	10 (8,8)	1,00*
Gomurys	5 (3,6)	0 (0,0)	5 (4,4)	0,586*
Kietasis gomurys	8 (5,8)	0 (0,0)	8 (7,1)	0,350*
Minkštasis gomurys	5 (3,6)	0 (0,0)	5 (4,4)	0,586*
Kūno oda	28 (20,4)	1 (4,2)	27 (23,9)	0,028*
Genitalijų gleivinė	6 (4,4)	0 (0,0)	6 (5,3)	0,590*
Nagai	6 (4,4)	1 (0,7)	5 (3,6)	0,717*

* Fisherio tikslusis testas

Citologinis tyrimas parodė (5 lentelė), kad, esant skirtingoms klinikinėms plokščiosios kerpligės formoms, pažeidimų nuograndose aptikta bakterijų. Aptikta gausi mikrobinė flora 59,6 proc. sergančiųjų erozine-opine plokščiosios kerpligės forma, 45,5 proc. sergančiųjų papuline, 33,9 proc. sergančiųjų tinkline ir 33,3 proc. sergančiųjų atrofine plokščiosios kerpligės formomis.

Gausiai įvairių *Candida* grybelio rūšių buvo aptikta tiriamiesiems, iš jų (N = 10) 16,1 proc. tinklinės ir (N = 7) 14,9 proc. erozinės-opinės plokščiosios kerpligės atvejų. Iš visų klinikinių plokščiosios kerpligės formų atvejų tik 5,8 proc. atvejų aptikta *Actinomyces* grybų. Iš visų sergančiųjų burnos plokščiaja kerplige 2,2 proc. klinikinių atvejų pažeidimų vietose aptikta atipinių ląstelių. Vertinant citologinį tyrimą, nustatyta, kad atipinės ląstelės buvo aptiktos sergant tik erozine-opine plokščiosios kerpligės forma (3 atvejai) (5 lentelė).

5 lentelė. Citologinių rodiklių pasiskirstymas pagal klinikinės plokščiosios kerpligės formas

Klinikinė forma	Mikrobinė flora		<i>Candida</i>			Aktino-micetai		Atipinės ląstelės		Iš viso
	gausi	negausi	gausiai	negausiai	nėra	yra	nėra	yra	nėra	
Papulinė	5 (45,5)	6 (54,5)	0 (0,0)	7 (63,6)	4 (36,4)	0 (0,0)	11 (100,0)	0 (0,0)	11 (100,0)	11
Tinklinė	21 (33,9)	41 (66,1)	10 (16,1)	20 (32,3)	32 (57,6)	5 (8,1)	57 (91,9)	0 (0,0)	62 (100,0)	62
Erozinė-opinė	28 (59,6)	19 (40,4)	7 (14,9)	18 (38,3)	22 (46,8)	2 (4,3)	45 (95,7)	3 (6,4)	44 (93,6)	47
Pūslinė	0 (0,0)	2 (100,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	2 (100)	0 (0,0)	2 (100,0)	2
Atrofinė	5 (33,3)	10 (66,7)	2 (13,3)	8 (53,3)	5 (33,3)	1 (6,7)	14 (93,3)	0 (0,0)	15 (100,0)	15
Apnašinė	nerasta									

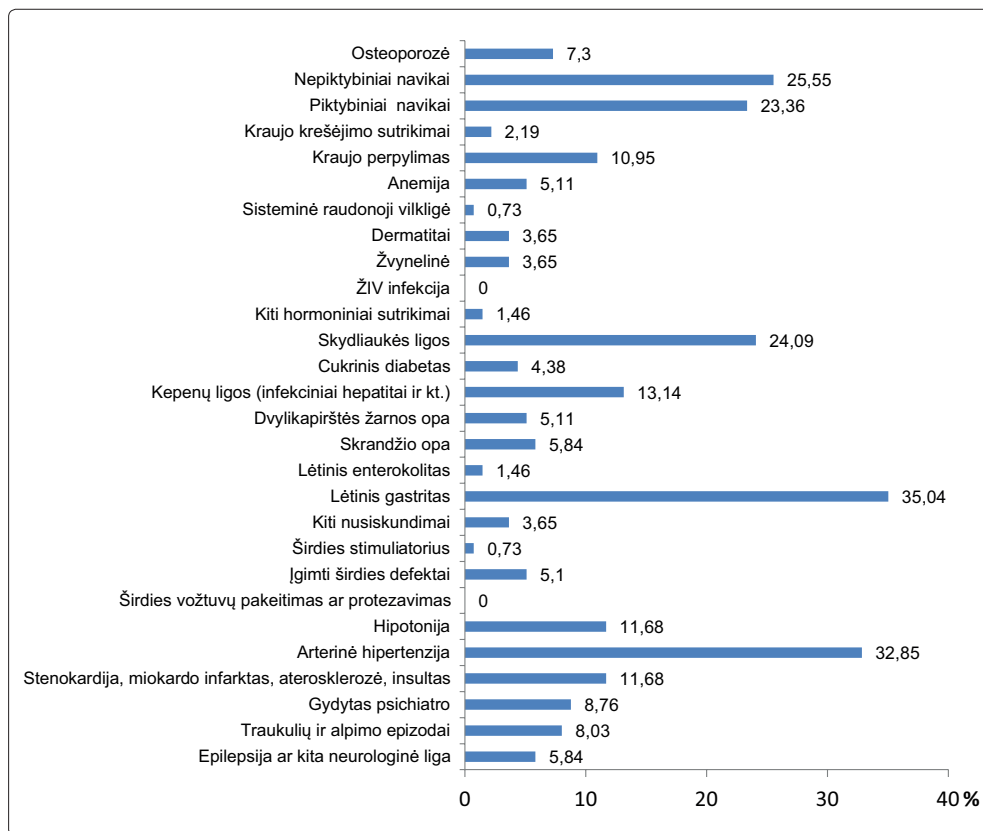
Atlikus histologinį tyrimą (6 lentelė), kuriuo buvo įvertinta burnos gleivinės infiltracija limfocitais (T limfocitų infiltracija), burnos gleivinės hiperplazija, hiperparakeratozė ir plokščiojo epitelio opėjimas, nustatyta, kad ryškiausia (3+) epitelio hiperplazija yra 11,3 proc. tinklinės, 10,6 proc. erozinės-opinės ir 50 proc. pūslinės plokščiosios kerpligės formos atvejų. Ryškiausia leukocitų infiltracija buvo 55,3 proc. erozinės-opinės, 50 proc. pūslinės, 30,6 proc. tinklinės ir 20 proc. atrofinės plokščiosios kerpligės formų atvejų. Dažniausia (74,5 proc.) hiperparakeratozė buvo stebima erozinės-opinės plokščiosios kerpligės formos atvejais. Epitelio išopėjimas nustatytas 76,6 proc. erozinės-opinės ir 46,7 proc. atrofinės plokščiosios kerpligės formų atvejų. Tyrimo metu nustatyti 3 plokščialąstelinės karcinomos atvejai sergantiesiems erozine-opine plokščiąja kerplige (6 lentelė). Apnašinės plokščiosios kerpligės formos ligos atvejų nenustatyta.

6 lentelė. Histologinių rodiklių pasiskirstymas pagal klinikinę plokščiosios kerpligės formą

Klinikinė forma	Limfocitų infiltracija n (proc.)			Hiperparakeratozė n (proc.)		Hiperplazija n (proc.)			Epitelio opėjimas n (proc.)		Karcinoma n (proc.)		Iš viso n
	1+	2+	3+	yra	nėra	1+	2+	3+	yra	nėra	yra	nėra	
Papulinė	2 (18,2)	9 (81,8)	0 (0,0)	4 (36,4)	7 (63,6)	7 (63,6)	4 (36,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (100)	0 (0,0)	11 (100)	11
Tinklinė	6 (9,7)	37 (59,7)	19 (30,6)	40 (64,5)	22 (35,5)	26 (41,9)	29 (46,8)	7 (11,3)	10 (16,1)	52 (83,9)	0 (0,0)	62 (100)	62
Erozinė-opinė	2 (4,3)	19 (40,4)	26 (55,3)	35 (74,5)	12 (25,5)	11 (23,4)	31 (66,0)	5 (10,6)	36 (76,6)	11 (23,4)	3 (6,4)	44 (93,6)	47
Pūslinė	0 (0,0)	1 (50)	1 (50,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100)	2
Atrofinė	4 (26,7)	8 (53,3)	3 (20,0)	6 (40,0)	9 (60,0)	13 (86,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (46,7)	8 (53,3)	0 (0,0)	15 (100)	15
Apnašinė	nerasta												

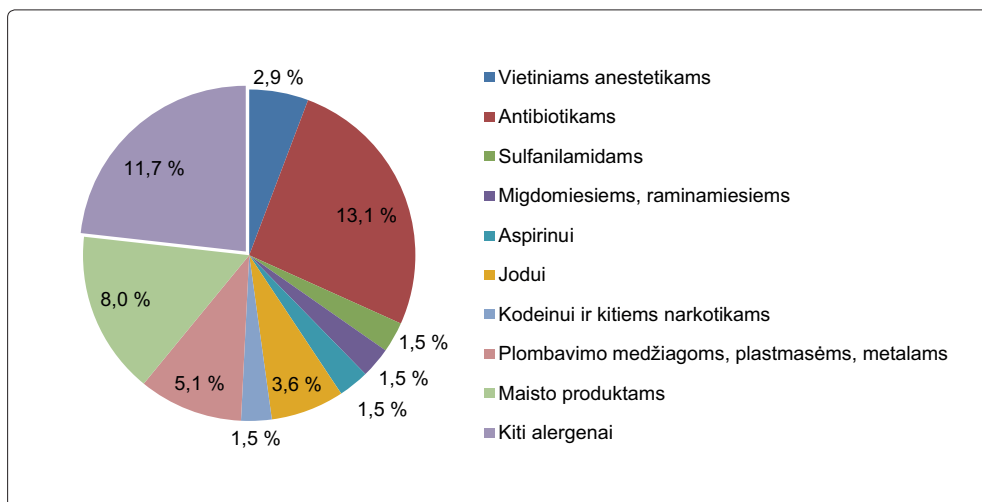
4.1.3. Sergančiųjų plokščiąja kerplige bendra sveikatos būklė

Analizuojant sergančiųjų plokščiąja kerplige bendrą sveikatos būklę (5 pav.), nustatyta, kad 35,0 proc. šių pacientų taip pat buvo diagnozuotas lėtinis gastritas, 32,9 proc. – arterinė hipertenzija, 25,6 proc. – nepiktybiniai navikai, 23,4 proc. – piktybiniai navikai ir 24,1 proc. – skydliaukės ligos.



5 pav. Sergančiųjų plokščiąja kerplige pasiskirstymas pagal bendrą sveikatos būklę

Tyrimo rezultatai parodė (6 pav.), kad 13,1 proc. sergančiųjų plokščiąja kerplige buvo alergiški antibiotikams, 8,0 proc. – maisto produktams, 5,1 proc. – plombavimo medžiagoms, plastmasėms, metalams, 3,6 proc. – jodui ir 11,7 proc. – kitiems alergenam.



6 pav. Sergančiųjų plokščiąja kerplige pasiskirstymas pagal alergiškumą

4.2. Plokščiąją kerpligę lemiantys veiksniai

4.2.1. Sociodemografinių veiksnių ryšys su plokščiąja kerplige

Sergančiųjų ir nesergančiųjų plokščiąja kerplige pasiskirstymas pagal sociodemografinius veiksnius pateikiamas 11 priede. Atlikę vienmatę logistinę analizę, neaptikome ryšio tarp sociodemografinių veiksnių ir plokščiosios kerpligės (7 lentelė).

7 lentelė. Sociodemografinių veiksnių įtakos plokščiosios kerpligės atsiradimui įvertinimas, taikant vienmatę logistinę analizę

Veiksny	SR (95 proc. PI)	<i>p</i> reikšmė
Amžius (metais)	1,02 (1,00–1,034)	0,051
Lytis		
Vyrai #	1	
Moterys	1,02 (0,54–1,90)	0,961
Išsilavinimas		
Pradinis ir nebaigtas vidurinis #	1	
Vidurinis	1,16 (0,40–3,34)	0,784
Aukštasis neuniversitetinis ir nebaigtas aukštasis	1,29 (0,47–3,53)	0,625
Aukštasis universitetinis	0,68 (0,251–1,83)	0,441

7 lentelė (tęsinys). Sociodemografinių veiksnių įtakos plokščiosios kerpligės atsiradimui įvertinimas, taikant vienmatę logistinę analizę

Veiksny	SR (95 proc. PI)	p reikšmė
Šeimninė padėtis		
Vedę ir gyvenantys nesusituokę #	1	
Nevedę ir našliai	1,07 (0,62–1,84)	0,821
Gyvenamoji vieta		
Didysis miestas #	1	
Kaimas, kitas miestas	1,04 (0,59–1,85)	0,893
Socialinė padėtis		
Darbininkas, techninis darbuotojas #	1	
Specialistas, tarnautojas	0,57 (0,29–1,11)	0,097
Aukščiausio ar vidutinio lygio vadovas	0,61 (0,17–2,22)	0,457
Pensinio amžiaus	0,86 (0,42–1,76)	0,675
Studentas, moksleivis	2,12 (0,54–8,27)	0,280
Namų šeimininkė, auginanti vaikus	0,58 (0,16–2,18)	0,422
Bedarbis	0,26 (0,06–1,12)	0,070
Verslininkas	4,78 (0,54–42,23)	0,160
Kita	2,99 (0,32–28,08)	0,338

– referentinė grupė; SR – galimybių santykis (angl. *Odds Ratio*)

4.2.2. Vietinių ir bendrinių veiksnių ryšys su plokščiąja kerplige

Palyginus potencialius vietinius veiksnius tarp sergančiųjų ir nesergančiųjų plokščiąja kerplige (8 lentelė), nustatyta, kad tiriamojoje grupėje buvo daugiau pacientų, kuriems būdinga skirtingi metalai burnoje, bloga burnos higiena, aštrūs dantų kraštai, lėtinė periodonto patologija ir fiksuoti dantų protezai, nei kontrolinėje grupėje.

Nustatyti statistiškai reikšmingi vietiniai veiksniai, susiję su plokščiąja kerplige. Tai skirtingi metalai burnoje, bloga burnos higiena, dantų šaknis, lėtinė periodonto patologija, dantų ėduonis, fiksuoti ir išimami dantų protezai.

Norėta nustatyti vietinius veiksnius, kurie labiausiai susiję su plokščiąja kerplige. Į daugiamatę logistinę analizę įtraukti visi galimi vietiniai rizikos veiksniai ir taip pat įvertinama amžiaus įtaka (8 lentelė). Pasirinkta šalinamoji žingsninė regresija, kurią taikant modelyje palikti kintamieji, kuriais remiantis modelis tiksliausiai paaiškino plokščiosios kerpligės buvimą. Teisingai klasifikuota 74,3 proc. respondentų, sergančių plokščiąja kerplige, ir 72,8 proc. respondentų, nesergančių plokščiąja kerplige. Iš viso teisingai klasifikuota 73,5 proc. studijos dalyvių.

8 lentelė. Vietinių veiksmų pasiskirstymas tarp sergančiųjų ir nesergančiųjų plokščiąja kerplige

Veiksny	Iš viso n = 274 (proc.)	Kontrolinė n = 137 (proc.)	Tiriamoji n = 137 (proc.)	p reikšmė*
Skirtingi metalai burnoje	37 (13,5)	5 (3,6)	32(23,4)	< 0,001
Bloga burnos higiena	85 (31,0)	19 (13,9)	66 (48,2)	< 0,001
Aštrūs dantų kraštai	45 (16,4)	18 (13,1)	27 (19,7)	0,096
Dantų šakny	21 (7,7)	16 (11,7)	5 (3,6)	0,021
Lėtinė endodontinė infekcija	21 (7,7)	14 (10,2)	7 (5,1)	0,171
Lėtinė periodonto patologija	144 (52,6)	54 (39,4)	90 (65,7)	< 0,001
Dantų ėduonis	47 (17,2)	30 (22,1)	17 (12,4)	0,054
Amalgaminės plombos	51 (18,6)	23 (16,8)	28 (20,4)	0,535
Kompozitinės plombos	166 (60,6)	83 (60,6)	83 (60,6)	1,000
Fiksuoti dantų protezai	156 (56,9)	66 (48,2)	90 (65,7)	0,005
Išimami dantų protezai	39 (14,3)	24 (17,5)	15 (11,0)	0,166

*Chi kvadratas arba Fisherio tikslusis testas

Pacientams, turėjusiems skirtingų metalų burnoje, galimybė susirgti plokščiąja kerplige buvo statistiškai reikšmingai (SR = 5,86) ($p = 0,001$) didesnė lyginant su pacientais, neturėjusiais skirtingų metalų burnoje. Pacientams, kurių burnos higiena buvo bloga, galimybė susirgti plokščiąja kerplige buvo statistiškai reikšmingai (SR = 6,68) ($p < 0,001$) didesnė lyginant su pacientais, kurių burnos higiena buvo gera. Pacientams, kurių burnoje buvo rasta dantų šaknų, galimybė susirgti plokščiąja kerplige buvo statistiškai reikšmingai ($p = 0,014$) didesnė (SR = 0,19) lyginant su pacientais, kurių burnoje nebuvo dantų šaknų. Pacientams, kuriems būdinga lėtinė periodonto patologija, galimybė susirgti plokščiąja kerplige buvo statistiškai reikšmingai ($p = 0,001$) didesnė lyginant su pacientais, kuriems nebūdinga lėtinė periodonto patologija. Pacientams, turintiems dantų ėduonį, galimybė susirgti plokščiąja kerplige buvo statistiškai reikšmingai (SR = 0,28) ($p = 0,005$) didesnė lyginant su pacientais, kurie neturėjo dantų ėduonies. Pacientams, kurie turėjo išimamus protezus, galimybė susirgti plokščiąja kerplige buvo statistiškai reikšmingai (SR = 0,36) ($p = 0,023$) didesnė lyginant su pacientais, kurie neturėjo išimamų dantų protezų burnoje (9 lentelė).

9 lentelė. Taikant daugiamačę logistinę analizę nustatyti plokščiajai kerpligei reikšmingi vietiniai veiksniai

Veiksniai	SR (95 proc. PI)	<i>p</i> reikšmė
Skirtingi metalai burnoje	5,86 (2,03–16,91)	0,001
Bloga burnos higiena	6,68 (3,19–14,00)	< 0,001
Dantų šaknys	0,19 (0,05–0,71)	0,014
Lėtinė periodonto patologija	2,57 (1,44–4,60)	0,001
Dantų ėduonis	0,28 (0,11–0,68)	0,005
Išimami dantų protezai	0,36 (0,15–0,87)	0,023

SR – galimybių santykis, PI – pasikliautinis intervalas, *p* – reikšmingumo lygmuo.

Modelio suderinamumas su duomenimis – $\chi^2 = 87,47$, $df = 6$, $p < 0,001$;

Modelio tinkamumas – determinacijos koeficientas $R^2 = 0,37$.

Tyrimo rezultatai parodė, kad sergančiųjų plokščiaja kerplige grupėje (10 lentelė) buvo daugiau pacientų, patyrusių stresą, vartojančių diuretikus, antihipertenzinius vaistus, neuroleptikus ir kitus raminamuosius vaistus bei turinčių sąlytį su cheminėmis medžiagomis, nei kontrolinėje grupėje.

10 lentelė. Bendrinių veiksnių pasiskirstymas tarp sergančiųjų ir nesergančiųjų plokščiaja kerplige

Veiksnys	Iš viso n = 247 (proc.)	Kontrolinė n = 137 (proc.)	Tiriamoji n = 137 (proc.)	<i>p</i> reikšmė
Stresas	181 (66,1)	75 (54,7)	106 (77,4)	< 0,001
Infekcijos	36 (13,1)	26 (19,0)	10 (7,3)	0,007
MEDIKAMENTAI:				
Nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo	48 (17,5)	27 (19,7)	21 (15,3)	0,427
Diuretikai ar antihipertenziniai vaistai	77 (28,1)	32 (23,4)	45 (32,8)	0,106
Antituberkulioziniai vaistai	2 (0,7)	1 (0,7)	1 (0,7)	1,000
Neuroleptikai, kiti raminamieji vaistai	57 (20,8)	18 (13,1)	39 (28,5)	0,003
Steroidiniai hormonai	17 (6,2)	9 (6,6)	8 (5,8)	0,999
Antiaritmniai vaistai	22 (8,0)	8 (5,8)	14 (10,2)	0,180
Cheminės medžiagos	28 (10,2)	3 (2,2)	25 (18,2)	< 0,001

*Chi kvadratas arba Fisherio tikslusis testas

Nustatyti statistiškai reikšmingi bendriniai veiksniai, susiję su plokščiąja kerplige. Tai stresas, infekcijos, neuroleptikų ir kitų raminamųjų vaistų vartojimas, cheminės medžiagos.

Norėta nustatyti bendrinius veiksnius, turinčius didžiausią sąryšį su plokščiąja kerplige. Į daugiamatę logistinę analizę įtraukti visi bendriniai veiksniai, taip pat įvertinama amžiaus įtaka. Pasirinkta šalinamoji žingsninė regresija, kurią taikant modelyje palikti kintamieji, kuriais remiantis modelis tiksliausiai prognozavo plokščiąją kerpligę. Teisingai klasifikuota 81 proc. studijos dalyvių, sirgusių burnos plokščiąja kerplige, ir 51,1 proc. dalyvių, nesirgusių burnos plokščiąja kerplige. Iš viso teisingai klasifikuota 66,1 proc. studijos dalyvių.

Remiantis sudarytu daugiamatės logistinės regresijos modeliu (11 lentelė) galima teigti, kad pacientams, patiriantiems stresą, galimybė susirgti burnos plokščiąja kerplige buvo statistiškai reikšmingai ($SR = 2,45$) ($p = 0,002$) didesnė lyginant su pacientais, nepatiriančiais streso. Nustatyta, kad pacientams, sergantiems lėtinėmis infekcinėmis ligomis, galimybė susirgti burnos plokščiąja kerplige statistiškai reikšmingai ($SR = 0,3$) ($p = 0,006$) didesnė lyginant su pacientais, nesergančiais lėtinėmis infekcinėmis ligomis. Pacientams, vartojantiems neuroleptikus ir / ar kitus raminamuosius vaistus, galimybė susirgti burnos plokščiąja kerplige statistiškai reikšmingai ($p = 0,012$) didesnė nei nevartojantiems šių vaistų asmenims. Pacientams, kurių darbo aplinkoje yra cheminių medžiagų, galimybė susirgti burnos plokščiąja kerplige buvo statistiškai reikšmingai ($SR = 10,63$) ($p < 0,001$) didesnė lyginant su pacientais, neturinčiais sąlyčio su cheminėmis medžiagomis.

11 lentelė. Taikant daugiamatę logistinę analizę nustatyti plokščiajai kerpligei reikšmingi bendriniai veiksniai

Veiksniai	SR (95 proc. PI)	<i>p</i> reikšmė
Stresas	2,45 (1,41–4,27)	0,002
Infekcijos	0,30 (0,13–4,59)	0,006
Neuroleptikai, kiti raminamieji vaistai	2,35 (1,20–4,59)	0,012
Cheminės medžiagos	10,63 (2,91–38,85)	< 0,001

SR – galimybių santykis, PI – pasikliautinis intervalas, *p* – reikšmingumo lygmuo.

Modelio suderinamumas su duomenimis – $\chi^2 = 50,33$, $df = 4$, $p < 0,001$;

Modelio tinkamumas – determinacijos koeficientas $R^2 = 0,22$;

Modelis prognozavo 66,1 proc. tikslumu.

Lyginant lėtinių ligų ir būklių paplitimą kontrolinėje ir tiriamojoje grupėse nustatyta (12 lentelė), kad paprastoji pūslinė, žvynelinė, virškinamojo trakto sutrikimai, seborėjinis dermatitas ir cukrinis diabetas buvo būdinga tiriamajai grupei. Daugiausiai (31,1 proc.) tiriamojoje grupėje buvo pacientų, kuriems būdingi virškinamojo trakto sutrikimai.

12 lentelė. Lėtinių ligų ir būklių pasiskirstymas tarp sergančiųjų ir nesergančiųjų burnos plokščiąja kerplige

Veiksniai	Iš viso n = 274 (proc.)	Kontrolinė n = 137 (proc.)	Tiriamoji n = 137 (proc.)	p reikšmė*
Paprastoji pūslinė	4 (2,9)	0 (0,0)	4 (2,9)	0,122
Žvynelinė (psoriazė)	8 (5,8)	0 (0,0)	8 (5,8)	0,007
Lėtinis gastritas, opaligė, kitos virškinamojo trakto ligos	44 (31,1)	0 (0,0)	44 (31,1)	< 0,001
Seborėjinis dermatitas	4 (2,9)	0 (0,0)	4 (2,9)	0,122
Cukrinis diabetas	8 (5,8)	0 (0,0)	8 (5,8)	0,003
Raudonoji vilkligė	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000

*Chi kvadratas arba Fisherio tikslusis testas

Tyrimo metu buvo vertintas patirtas stresas. Didžioji dalis tiriamųjų (54,9 proc.) nurodė stresą darbe (įtemptas darbas) (13 lentelė). Tiriamojoje grupėje daugiau pacientų kaip stresą nurodė artimo šeimos nario, draugo mirtį ir asmeninę ligą.

13 lentelė. Patirto streso atvejų pasiskirstymas sergančiųjų ir nesergančiųjų burnos plokščiąja kerplige grupėse

Streso patyrimas	Iš viso n = 244 (proc.)	Kontrolinė n = 128 (proc.)	Tiriamoji n = 116 (proc.)	p reikšmė*
Sutuoktinio mirtis	37 (15,2)	19 (14,8)	18 (15,5)	0,999
Skyrybos	35 (14,3)	22 (17,2)	13 (11,2)	0,147
Nesutarimai šeimoje	55 (22,5)	28 (21,9)	27 (23,3)	0,999
Artimo šeimos nario, draugo mirtis	68 (27,9)	33 (25,8)	35 (30,2)	0,889
Asmeninė liga ar trauma	66 (27,0)	31 (24,2)	35 (30,2)	0,672
Vedybos	14 (5,7)	7 (5,5)	7 (6,0)	1,000
Stresas darbe, įtemptas darbas	134 (54,9)	68 (53,1)	66 (56,9)	0,904

13 lentelė (tęsinys). Patirto streso atvejų pasiskirstymas sergančiųjų ir nesergančiųjų burnos plokščiaja kerplige grupėse

Streso patyrimas	Iš viso n = 244 (proc.)	Kontrolinė n = 128 (proc.)	Tiriamoji n = 116 (proc.)	p reikšmė*
Atsistatydinimas, išėjimas į pensiją	38 (15,6)	23 (18,0)	15 (12,9)	0,221
Gyvenamosios vietos pakeitimas	21 (8,6)	14 (10,9)	7 (6,0)	0,172
Mitybos įpročių pokyčiai	13 (5,3)	10 (7,8)	3 (2,6)	0,085
Sūnus ar dukra palieka namus	23 (9,4)	12 (9,4)	11 (9,5)	0,999
Asmeninis laimėjimas, paaukštinimas darbe	3 (1,2)	3 (2,3)	0 (0,0)	0,247
Finansinės problemos, skolos, paskolos	41 (16,8)	27 (21,1)	14 (12,1)	0,041
Problemos su teisėtvara	30 (12,3)	27 (21,1)	3 (2,6)	< 0,001
Kita	10 (4,1)	2 (1,6)	8 (6,9)	0,103

*Chi kvadratas arba Fisherio tikslusis testas

4.2.3. Bendra sveikatos būklė sergančiųjų ir nesergančiųjų burnos plokščiaja kerplige

Analizuojant bendrą sveikatos būklę (14 lentelė), nustatyta, kad tiriamojame grupėje buvo daugiau pacientų, kurie sirgo epilepsija ar kita neurologine liga, buvo patyrę traukulių ar alpimo epizodų, gydomi psichiatro, sirgo širdies ir kraujagyslių ligomis, lėtiniu gastritu, skydliaukės ligomis, onkologinėmis ligomis, yra alergiški vaistams ir kuriems buvo atliktas kraujo perpylimas.

Nustatytos lėtinės ligos ir būklės, turėjusios statistiškai reikšmingą ryšį su burnos plokščiaja kerplige. Tai lėtinis gastritas, skydliaukės ligos, kraujo perpylimas ir piktybiniai navikai.

Norėta nustatyti lėtines ligas ir būkles, kurios turėjo didžiausią ryšį su burnos plokščiaja kerplige. Taikant daugiamatę logistinę analizę vertintos lėtinės ligos ir amžiaus įtaka (14 lentelė). Pasirinkta šalinamoji žingsninė regresija, kurią taikant modelyje palikti kintamieji, kuriais remiantis modelis tiksliausiai prognozavo burnos plokščiąją kerpligę. Teisingai klasifikuota 63,2 proc. respondentų, sirgusių burnos plokščiaja kerplige, ir 74,5 proc. respondentų, nesirgusių burnos plokščiąja kerplige. Iš viso teisingai klasifikuota 68,9 proc. studijos dalyvių.

14 lentelė. Lėtinių ligų ir būklių pasiskirstymas tarp sergančiųjų ir nesergančiųjų plokščiąja kerplige (procentais)

Liga, būklė	Iš viso n = 274 (proc.)	Kontrolinė n = 37 (proc.)	Tiriamoji n = 137 (proc.)	p reikšmė
Epilepsija ar kita neurologinė liga	11 (4,0)	3 (2,2)	8 (5,8)	0,217
Traukulių ir alpimo epizodai	13 (4,7)	2 (1,5)	11 (8,0)	0,019
Gdytas (-a) psichiatro	15 (5,5)	3 (2,2)	12 (8,8)	0,030
Stenokardija, miokardo infarktas, aterosklerozė, insultas	25 (9,1)	9 (6,6)	16 (11,7)	0,207
Hipertoninė liga	79 (28,8)	34 (24,8)	45 (32,8)	0,182
Hipotonija	26 (9,5)	10 (7,3)	16 (11,7)	0,303
Širdies vožtuvų pakeitimas ar protezavimas	1 (0,4)	1 (0,7)	0 (0,0)	1,000
Įgimti širdies defektai	8 (2,9)	1 (0,7)	7 (5,1)	0,066
Širdies stimulatorius	2 (0,7)	1 (0,7)	1 (0,7)	1,000
Kiti nusiskundimai	5 (1,8)	0 (0,0)	5 (3,6)	0,060
Lėtinis gastritas	68 (24,8)	20 (14,6)	48 (35)	< 0,001
Lėtinis enterokolitas	3 (1,1)	1 (0,7)	2 (1,5)	0,999
Skrandžio opa	17 (6,2)	9 (6,6)	8 (5,8)	0,999
Dvylikapirštės žarnos opa	13 (4,7)	6 (4,4)	7 (5,1)	0,999
Kepenų ligos (infekciniai hepatitai ir kt.)	25 (9,1)	7 (5,1)	18 (13,1)	0,034
Cukrinis diabetas	15 (5,5)	9 (6,6)	6 (4,4)	0,597
Skydliaukės ligos	39 (14,2)	6 (4,4)	33 (24,1)	< 0,001
Kiti hormoniniai sutrikimai	4 (1,5)	2 (1,5)	2 (1,5)	1,000
ŽIV infekcija	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000
Žvynelinė	9 (3,3)	4 (2,9)	5 (3,6)	0,999
Dermatitai	17 (6,2)	12 (8,8)	5 (3,6)	0,131
Sisteminė raudonoji vilkligė	2 (0,7)	1 (0,7)	1 (0,7)	1,000
Anemija	17 (6,2)	10 (7,3)	7 (5,1)	0,618
Kraujo perpylimas	20 (7,3)	5 (3,6)	15 (10,9)	0,034
Kraujo krešėjimo sutrikimai	5 (1,8)	2 (1,5)	3 (2,2)	0,889
Piktybiniai augliai	37 (13,5)	5 (3,6)	32 (23,4)	< 0,001
Nepiktybiniai augliai	55 (20,1)	20 (14,6)	35 (25,5)	0,034
Osteoporozė	26 (9,5)	16 (11,7)	10 (7,3)	0,684

14 lentelė (tęsinys). Lėtinių ligų ir būklių pasiskirstymas tarp sergančiųjų ir nesergančiųjų plokščiaja kerplige (procentais)

Liga, būklė	Iš viso n = 274 (proc.)	Kontrolinė n = 37 (proc.)	Tiriamoji n = 137 (proc.)	p reikšmė
ALERGIJA				
Vietiniams anestetikams	6 (2,2)	2 (1,5)	4 (2,9)	0,684
Antibiotikams	24 (8,8)	6 (4,4)	18 (13,1)	
Sulfanilamidams	3 (1,1)	1 (0,7)	2 (1,5)	0,999
Migdomiesiems, raminiams	3 (1,1)	1 (0,7)	2 (1,5)	0,999
Aspirinui	5 (1,8)	3 (2,2)	2 (1,5)	0,017
Jodui	7 (2,6)	2 (1,5)	5 (3,6)	0,447
Kodeinui ar kitiems narkotikams	2 (0,7)	0 (0,0)	2 (1,5)	0,498
Plombavimo medžiagoms, plastmasėms, metalams	13 (4,7)	6 (4,4)	7 (5,1)	0,999
Maisto produktams	19 (6,9)	8 (5,8)	11 (8,0)	0,635
Kitiems alergenams	16 (5,8)	0 (0,0)	16 (11,7)	< 0,001

*Chi kvadratas arba Fisherio tikslusis testas

Remiantis daugiamačės logistinės regresijos modeliu (15 lentelė), galima teigti, kad pacientams, sergantiems lėtiniu gastritu, galimybė susirgti burnos plokščiaja kerplige buvo statistiškai reikšmingai didesnė (SR = 3,09) ($p < 0,001$) lyginant su asmenimis, nesergančiais lėtiniu gastritu. Nustatyta, kad pacientams, sergantiems skydliaukės ligomis, galimybė susirgti burnos plokščiaja kerplige statistiškai reikšmingai (SR = 6,32) ($p < 0,001$) didesnė lyginant su asmenimis, nesergančiais skydliaukės ligomis. Pacientams, kuriems buvo atliktas kraujo perpylimas, galimybė susirgti burnos plokščiaja kerplige statistiškai reikšmingai didesnė (SR = 3,47) ($p = 0,028$) nei pacientams, kuriems nebuvo perpiltas kraujas. Pacientams, kurie turi ar turėjo piktybinių auglių, galimybė susirgti plokščiaja kerplige statistiškai reikšmingai (SR = 6,22) didesnė ($p < 0,001$) lyginant su pacientais, kurie neturėjo piktybinių auglių.

15 lentelė. Lėtinių ligų ir būklių įtakos plokščiosios kerpligės atsiradimui įvertinimas, taikant daugiamatę logistinę analizę

Veiksniai	SR (95 proc. PI)	<i>p</i> reikšmė
Lėtinis gastritas	3,09 (1,64–5,83)	< 0,001
Skyd liaukės ligos	6,32 (2,44–16,39)	< 0,001
Kraujo perpylimas	3,47 (1,15–10,49)	0,028
Piktybiniai augliai	6,22 (2,24–17,33)	< 0,001

SR – galimybių santykis, PI – pasikliautinis intervalas, *p* – reikšmingumo lygmuo.

Modelio suderinamumas su duomenimis – $\chi^2 = 60,79$, $df = 4$, $p < 0,001$;

Modelio tinkamumas – determinacijos koeficientas $R^2 = 0,27$;

Modelis prognozavo 68,9 proc. tikslumu.

4.3. Sergančiųjų burnos plokščiąja kerplige gyvenimo kokybė

Remiantis atlikto tyrimo duomenimis, sergantieji burnos plokščiąja kerplige gyvenimo kokybę vertino žemesniais balais nei kontrolinės grupės pacientai (16 lentelė). Nustatyta, kad sergančiųjų burnos plokščiąja kerplige gyvenimo kokybės balo vidurkis buvo 68,1 (stand. n. 8,3, med. 68,3), nesergančiųjų – 75,9 (stand. n. 7,3, med. 76,9), skirtumas statistiškai reikšmingas ($p < 0,001$). Analizuojant gyvenimo kokybės skirtumus tarp vyrų ir moterų, nustatyta, kad sergančios plokščiąja kerplige moterys gyvenimo kokybę vertino žemesniais balais (vidurkis 67 balai) nei nesergančios burnos plokščiąja kerplige (vidurkis 75,7 balo), skirtumas statistiškai reikšmingas ($p < 0,001$).

16 lentelė. Sergančiųjų ir nesergančiųjų plokščiąja kerplige gyvenimo kokybės vertinimas pagal lytį

Veiksny	Tiriamoji grupė				Kontrolinė grupė				<i>p</i> reikšmė
	n	Vidurkis	Standartinis nuokrypis	Mediana	n	Vidurkis	Standartinis nuokrypis	Mediana	
Lytis									
Vyrai	24	73,6	8,0	74,0	25	77,1	7,1	76,6	0,147
Moterys	113	67,0	7,9	66,3	112	75,7	7,3	76,9	< 0,001

Analizuojant gyvenimo kokybės vertinimą pagal amžių (17 lentelė), nustatyta, kad statistiškai reikšmingai beveik visi sergantieji burnos plokščiąja kerplige gyvenimo kokybę vertino žemesniais balais nei nesergantieji, išskyrus 31–40 m. amžiaus studijos dalyvius, kurių gyvenimo kokybės vertinimas statistiškai reikšmingai nesiskyrė, nepriklausomai nuo to, ar jie sirgo ar nesirgo burnos plokščiąja kerplige.

17 lentelė. Sergančiųjų ir nesergančiųjų burnos plokščiąja kerplige gyvenimo kokybės vertinimas, atsižvelgiant į amžių*

Veiksny	Tiriamoji grupė				Kontrolinė grupė				p reikšmė
	Amžius, metais	n	Vidurkis	Standartinis nuokrypis	Mediana	n	Vidurkis	Standartinis nuokrypis	
0–20	1	79,4	–	79,4	1	71,7	–	71,7	
21–30	9	68,5	10,6	72,9	14	78,3	6,2	79,4	0,012
31–40	9	71,2	8,7	70,0	11	75,6	8,1	77,7	0,224
41–50	23	69,4	9,5	68,0	26	78,1	7,2	79,6	0,002
51–60	40	67,9	7,8	66,6	40	75,6	7,4	77,1	< 0,001
61–70	32	65,6	6,2	65,0	29	73,2	5,5	73,7	< 0,001
Virš 70	23	68,7	9,1	70,3	16	76,7	9,6	75,3	0,040

* T kriterijus

Analizuojant gyvenimo kokybės vertinimą pagal išsilavinimą (18 lentelė), nustatyta, kad statistiškai reikšmingai sergantieji burnos plokščiąja kerplige, kurių išsilavinimas vidurinis, aukštasis neuniversitetinis ir aukštasis universitetinis, gyvenimo kokybę vertino žemesniais balais nei nesergantys asmenys, turintys tokį patį išsilavinimą. Sergantieji ir nesergantieji burnos plokščiąja kerplige, kurių išsilavinimas pradinis ir nebaigtas vidurinis, gyvenimo kokybę vertino vienodai.

Analizuojant sergančiųjų ir nesergančiųjų burnos plokščiąja kerplige gyvenimo kokybės vertinimą pagal šeiminių padėtį (19 lentelė), nustatyta, kad visi sergantieji burnos plokščiąja kerplige – tiek vedę ir gyvenantys nesusituokę, tiek nevedę ir našliai – gyvenimo kokybę vertino žemesniais balais nei nesergantieji, skirtumas statistiškai reikšmingas.

18 lentelė. Sergančiųjų ir nesergančiųjų plokščiąja kerplige gyvenimo kokybės vertinimas, atsižvelgiant į išsilavinimą*

Veiksny	Tiriamoji grupė				Kontrolinė grupė				<i>p</i> reikšmė
	n	Vidurkis	SN	Mediana	n	Vidurkis	SN	Mediana	
Išsilavinimas									
Pradinis ir nebaigtas vidurinis	10	67,9	10,9	70,6	9	70,9	6,8	72,0	0,780
Vidurinis	31	66,6	6,8	66,3	24	72,6	6,8	74,3	0,003
Aukštasis neuniversitetinis ir nebaigtas aukštasis	52	68,3	7,5	67,9	42	76,1	6,9	77,7	< 0,001
Aukštasis universitetinis	44	69,1	9,6	70,0	62	77,8	7,2	78,4	< 0,001

* T kriterijus

19 lentelė. Sergančiųjų ir nesergančiųjų plokščiąja kerplige gyvenimo kokybės vertinimas, atsižvelgiant į šeiminių padėčių*

Veiksny	Tiriamoji grupė				Kontrolinė grupė				<i>p</i> reikšmė
	n	Vidurkis	Standartinis nuokrypis	Mediana	n	Vidurkis	Standartinis nuokrypis	Mediana	
Šeiminė padėtis									
Vedę ir gyvenantys nesusituokę	101	67,7	8,4	67,4	100	76,0	7,1	76,7	< 0,001
Nevedę ir našliai	36	69,4	8,0	70,9	36	75,7	7,9	76,0	0,001

* T kriterijus

Analizuojant sergančiųjų ir nesergančiųjų burnos plokščiąja kerplige gyvenimo kokybės vertinimą pagal gyvenamąją vietą (20 lentelė), nustatyta, kad visi sergantieji plokščiąja kerplige – tiek gyvenantys dideliame mieste, tiek gyvenantys kaime – gyvenimo kokybę vertino žemesniais balais nei nesergantieji, skirtumas statistiškai reikšmingas.

20 lentelė. Sergančiųjų ir nesergančiųjų plokščiaja kerplige gyvenimo kokybės vertinimas, atsižvelgiant į gyvenamąją vietą*

Veiksny	Tiriamoji grupė				Kontrolinė grupė				p reikšmė
	n	Vidurkis	SN	Mediana	n	Vidurkis	SN	Mediana	
Gyvenamoji vieta									
Didysis miestas	106	69,4	8,0	69,3	107	76,4	7,4	77,1	< 0,001
Kaimas, kitas miestas	31	63,5	7,8	64,6	30	74,2	6,9	74,4	< 0,001

* T kriterijus

Analizuojant sergančiųjų ir nesergančiųjų burnos plokščiaja kerplige gyvenimo kokybės vertinimą pagal socialinę padėtį (21 lentelė), nustatyta, kad tiek darbininkai, techniniai darbuotojai, tiek specialistai, tarnautojai, tiek pensinio amžiaus asmenys, tiek namų šeimininkės, kurie serga burnos plokščiaja kerplige, gyvenimo kokybę vertino žemesniais balais nei asmenys, nesergantys burnos plokščiaja kerplige, skirtumai statistiškai reikšmingi. Nustatyta, kad verslininkai, aukščiausio lygio vadovai, studentai, moksleiviai ir bedarbiai, tiek sergantys, tiek nesergantys burnos plokščiaja kerplige, gyvenimo kokybę vertino vienodai.

21 lentelė. Sergančiųjų ir nesergančiųjų burnos plokščiaja kerplige gyvenimo kokybės vertinimas, atsižvelgiant į socialinę padėtį*

Veiksny	Tiriamoji grupė				Kontrolinė grupė				p reikšmė
	n	Vidurkis	SN	Mediana	n	Vidurkis	SN	Mediana	
Socialinė padėtis									
Darbininkas, techninis darbuotojas	13	68,6	6,8	71,1	13	74,8	5,5	74,9	0,017
Specialistas, tarnautojas	50	68,7	9,0	68,4	62	77,3	6,5	78,6	< 0,001
Verslininkas	7	69,6	7,4	68,9	1	70,0	–	70,0	0,827
Aukščiausio ar vidutinio lygio vadovas	5	84,0	4,3	84,3	6	75,1	8,0	72,9	0,052
Studentas, moksleivis	7	70,5	8,9	72,6	3	79,9	4,3	81,1	0,053
Pensinio amžiaus	43	66,6	7,7	67,4	35	73,5	8,2	72,0	< 0,001
Ūkininkas			–	–	1	79,1 #	–	79,1 #	
Namų šeimininkė, auginanti vaikus	5	60,6	8,2	59,1	6	75,2	9,9	76,7	0,028
Bedarbis	3	71,0	7,1	67,4	8	70,4	5,6	72,7	0,838
Kita	4	66,9	6,0	65,7	1	78,6	9,3	78,6	0,157

* T kriterijus; # – absoliuti reikšmė

4.4. Veiksniai, susiję su gyvenimo kokybe

22 lentelėje pateikti duomenys, rodantys ryšį tarp gyvenimo kokybės ir sociodemografinių veiksnių. Nustatyta, kad tiriamojoje grupėje gyvenimo kokybė stipriausiai susijusi su lytimi ($F = 10,5$, $p = 0,001$), kiek mažiau su gyvenamąja vieta ($F = 9,5$, $p = 0,003$). Kontrolinėje grupėje gyvenimo kokybė stipriausiai susijusi su išsilavinimu ($F = 4,14$, $p = 0,008$). Kiti sociodemografiniai veiksniai su gyvenimo kokybe statistiškai reikšmingo ryšio neturėjo.

22 lentelė. Gyvenimo kokybės ryšys su sociodemografiniais veiksniais

Veiksny	Tiriamoji grupė ^a					Kontrolinė grupė ^b				
	Vidurkių kvadratų suma	df	Vidurkių kvadratas	F	<i>p</i>	Vidurkių kvadratų suma	df	Vidurkių kvadratas	F	<i>p</i>
Modelio atitikimas	1901,8	11	172,9	2,9	0,002	1172,6	11	106,6	2,2	0,019
Laisvasis narys	214356,8	1	214356,8	3609,0	<0,001	262139,9	1	262139,9	5376,5	<0,001
Amžius	208,8	5	41,8	0,7	0,622	401,5	5	80,3	1,65	0,152
Lytis	626,2	1	626,2	10,5	0,001	27,0	1	27,03	0,55	0,460
Išsilavinimas	38,7	3	12,9	0,2	0,884	605,2	3	201,7	4,14	0,008
Šeiminė padėtis	132,2	1	132,2	2,2	0,138	0,4	1	0,408	0,01	0,927
Gyvenamoji vieta	561,4	1	561,4	9,5	0,003	3,4	1	3,4	0,069	0,793
Atsitiktinė paklaida	7424,3	125	59,4			6045,8	124	48,8		

a – $R^2 = 0,20$ (tiriamoji); b – $R^2 = 0,16$ (kontrolinė)

Regresinės analizės metodu įvertinus ryšių stiprumą (β koeficiento reikšmė, teigiama – didina, neigiama – mažina) tarp gyvenimo kokybės ir sociodemografinių veiksnių (amžius, lytis, išsilavinimas, šeiminė padėtis, gyvenamoji vieta) nustatyta, kad tiriamojoje grupėje gyvenimo kokybė buvo geresnė vyrų ($\beta = 6,20$; PI 2,42–9,98) nei moterų, taip pat asmenų, gyvenančių dideliame mieste ($\beta = 5,19$; PI 1,85–8,53), lyginant su asmenimis, gyvenančiais kitame mieste ir kaime. Kontrolinėje grupėje gyvenimo kokybė geresnė tik studijų da-

lyvių, turinčių aukštąjį universitetinį išsilavinimą ($\beta = 7,34$, PI 2,11–12,56), lyginant su respondentais, turinčiais pradinį ir nebaigtą vidurinį išsilavinimą. Kiti sociodemografiniai veiksniai statistiškai reikšmingo skirtumo gyvenimo kokybei neturėjo (12 priedas). Atsižvelgiant į tai, minėti požymiai į rizikos veiksnių tyrimo etapus neįtraukti.

23 lentelėje pateikti duomenys, rodantys, koks yra ryšys tarp gyvenimo kokybės ir vietinių rizikos veiksnių. Nustatyta, kad tiriamojoje grupėje gyvenimo kokybė statistiškai reikšmingai nėra susijusi su vietiniais rizikos veiksniais. Kontrolinėje grupėje nustatytas stipriausias gyvenimo kokybės ryšys su lėtine periodonto patologija ($F = 11,6$, $p = 0,001$). Kiti vietiniai veiksniai su gyvenimo kokybe statistiškai reikšmingo ryšio neturėjo.

Regresinės analizės metodu įvertinus ryšių stiprumą tarp gyvenimo kokybės ir vietinių veiksnių (skirtingi metalai burnoje, bloga burnos higiena, aštrūs dantų kraštai, dantų šaknys, lėtinė endodontinė infekcija, lėtinė periodonto patologija, dantų ėduonis, amalgaminės plombos, kompozitinės plombos, fiksuoti dantų protezai, išimami dantų protezai) nustatyta, kad tik kontrolinėje grupėje gyvenimo kokybė geresnė respondentų, neturinčių lėtinės periodonto patologijos ($\beta = 4,91$, PI 2,06–7,76), lyginant su studijos dalyviais, turinčiais lėtinę periodonto patologiją. Kiti vietiniai veiksniai statistiškai reikšmingo skirtumo gyvenimo kokybei neturėjo (13 priedas). Atsižvelgiant į tai, minėti požymiai į rizikos veiksnių tyrimo etapus neįtraukti.

24 lentelėje pateikti duomenys, rodantys ryšį tarp gyvenimo kokybės ir bendrinių veiksnių. Nustatyta, kad tik tiriamojoje grupėje gyvenimo kokybė stipriausiai susijusi su vaistų nuo uždegimo vartojimu ($F = 7,3$, $p = 0,008$). Kiti bendriniai veiksniai su gyvenimo kokybe statistiškai reikšmingo ryšio neturėjo.

Regresinės analizės metodu įvertinus ryšių stiprumą tarp gyvenimo kokybės ir bendrinių veiksnių (stresas, lėtinės infekcijos, vaistai nuo uždegimo, diuretikai, antituberkulioziniai vaistai, neuroleptikai, steroidiniai hormonai, antiaritminiai vaistai, cheminės medžiagos) nustatyta, kad tik tiriamojoje grupėje gyvenimo kokybė buvo geresnė pacientų, nevartojančių nesteroidinių vaistų nuo uždegimo ($\beta = 5,35$, PI 1,42–9,29), lyginant su juos vartojančiais pacientais. Kiti bendriniai veiksniai statistiškai reikšmingo skirtumo gyvenimo kokybei neturėjo (15 priedas).

23 lentelė. Gyvenimo kokybės ryšys su vietiniais rizikos veiksniais

Veiksny	Tiriamoji grupė ^a				Kontrolinė grupė ^b					
	Vidurkių kvadratų suma	df	Vidurkių kvadratas	F	p	Vidurkių kvadratų suma	df	Vidurkių kvadratas	F	p
Modelio atitikimas	641,1	11	58,3	0,8	0,608	1313,9	11	119,5	2,5	0,007
Laisvasis narys	45707,8	1	45707,8	652,6	< 0,001	53774,2	1	53774,2	1129,1	< 0,001
Skirtingi metalai burnoje	31,8	1	31,8	0,45	0,502	101,5	1	101,5	2,1	0,147
Bloga burnos higiena	238,6	1	238,6	3,4	,067	40,1	1	40,1	0,8	0,360
Aštrūs dantų kraštai	117,8	1	117,8	1,682	,197	8,4	1	8,4	0,2	0,675
Dantų šaknys	2,952	1	2,952	,042	,838	105,2	1	105,2	2,2	0,140
Lėtinė endodontinė infekcija	2,0	1	2,0	,029	,865	56,6	1	56,6	1,2	0,278
Lėtinė periodonto patologija	60,4	1	60,4	,862	,355	553,8	1	553,8	11,6	0,001
Dantų éduonis	,1	1	,1	,001	,978	73,9	1	73,9	1,6	0,215
Amalgaminės plombos	23,6	1	23,6	,337	,562	11,2	1	11,2	0,2	0,628
Kompozitinės plombos	193,0	1	193,0	2,755	,099	71,0	1	71,0	1,5	0,225
Fiksuoti dantų protezai	4,3	1	4,3	,061	,805	116,8	1	116,8	2,5	0,120
Išimami dantų protezai	1,1	1	1,1	,016	,899	4,1		4,1	0,1	0,771
Atsitiktinė paklaida	8684,5	124	70,0			5905,8	124	47,6		

a – $R^2 = 0,07$ (tiriamoji); b – $R^2 = 0,18$ (kontrolinė)

24 lentelė. Gyvenimo kokybės ryšys su bendriniais rizikos veiksniais

Veiksny	Tiriamoji grupė ^a				Kontrolinė grupė ^b					
	Vidurkių kvadratų suma	df	Vidurkių kvadratas	F	p	Vidurkių kvadratų suma	df	Vidurkių kvadratas	F	p
Modelio atitikimas	1240,5	9	137,8	2,2	,029	467,9	9	52,0	1,0	,462
Laisvasis narys	12627,8	1	12627,8	198,3	< 0,001	14421,4	1	14421,4	271,2	< 0,001
Stresas	120,7	1	120,7	1,9	,171	3,8	1	3,8	,1	,789
Lėtinės infekcijos	2,1	1	2,1	,0	,858	25,6	1	25,6	,5	,489
Vaistai nuo uždegimo	462,5	1	462,5	7,3	,008	75,6	1	75,6	1,4	,235
Diuretikai	17,8	1	17,8	,3	,598	37,5	1	37,5	,7	,403
Antituberkulioziniai vaistai	1,2	1	1,2	,0	,892	,0	1	,0	,0	,988
Neuroleptikai	186,6	1	186,6	2,9	,089	128,7	1	128,7	2,4	,122
Steroidiniai hormonai	93,9	1	93,9	1,5	,227	19,7	1	19,7	,4	,544
Antiaritmiai vaistai	105,6	1	105,6	1,7	,200	10,0	1	10,0	,2	,666
Cheminės medžiagos	3,4	1	3,4	,1	,817	,0	1	,0	,0	,978
Atsitiktinė paklaida	8085,7	127	63,7			6753,741	127	53,2		

a – $R^2=0,13$ (tiriamoji); b – $R^2=0,07$ (kontrolinė)

25 lentelėje pateikti duomenys, rodantys ryšį tarp gyvenimo kokybės ir patirto streso. Nustatyta, kad tiriamojoje grupėje gyvenimo kokybė stipriausiai susijusi su asmenine liga ar trauma ($F = 5,5$, $p = 0,020$). Kontrolinėje grupėje gyvenimo kokybės stipriausias ryšys buvo taip pat su asmenine liga ar trauma ($F = 6,1$, $p = 0,015$), kiek silpnesnis ryšys – su sutuoktinio mirtimi ($F = 5,8$, $p = 0,018$). Kito patirto streso statistiškai reikšmingo ryšio su gyvenimo kokybe nenustatyta.

Regresinės analizės metodu įvertinus ryšių stiprumą tarp gyvenimo kokybės ir patirto streso (sutuoktinio mirtis, asmeninė liga ar trauma, stresas darbe) nustatyta, kad tiriamojoje grupėje gyvenimo kokybė geresnė pacientų, neturinčių asmeninės ligos ar traumos ($\beta = 3,79$, PI 0,60–6,99), lyginant su pacientais, ją turinčiais. Kontrolinėje grupėje gyvenimo kokybė geresnė studijos dalyvių, neturinčių asmeninės ligos ar traumos ($\beta = 3,59$, PI 0,72–6,47), lyginant su dalyviais, ją turinčiais, taip pat dalyvių, nepatyrusių sutuoktinio mirties ($\beta = 4,26$, PI 0,75–7,78), lyginant su dalyviais, išgyvenusiais sutuoktinio mirtį. Stresas darbe statistiškai reikšmingos įtakos gyvenimo kokybei neturėjo (15 priedas). Atsižvelgiant į tai, minėtas požymis į rizikos veiksnių tyrimo etapus neįtrauktas.

26 lentelėje pateikti duomenys, rodantys ryšį tarp gyvenimo kokybės ir analizuotų rizikos veiksnių. Nustatyta, kad tiriamojoje grupėje gyvenimo kokybė stipriausiai susijusi su lytimi ($F = 11,7$, $p = 0,001$), gyvenamąja vieta ($F = 7,7$, $p = 0,006$) ir bloga burnos higiena ($F = 4,7$, $p = 0,032$). Kontrolinėje grupėje gyvenimo kokybė stipriausiai susijusi su lėtine periodonto patologija ($F = 11,4$, $p = 0,001$), fiksuotais dantų protezais ($F = 8,2$, $p = 0,005$), neuroleptikų vartojimu ($F = 4,4$, $p = 0,039$) ir išsilavinimu ($F = 3,4$, $p = 0,021$).

Regresinės analizės metodu įvertinus ryšių stiprumą tarp gyvenimo kokybės ir rizikos veiksnių nustatyta, kad tiriamojoje grupėje gyvenimo kokybė geresnė pacientų vyrų ($\beta = 6,35$, PI 2,68–10,02) lyginant su moterimis, taip pat studijos dalyvių, gyvenančių dideliame mieste ($\beta = 4,55$, PI 1,31–7,80) ir turinčių gerą burnos higieną ($\beta = 3,04$, PI 0,27–5,81). Kontrolinėje grupėje gyvenimo kokybė geresnė studijos dalyvių, turinčių aukštąjį universitetinį išsilavinimą ($\beta = 7,01$, PI 2,09–11,93), aukštąjį universitetinį ir nebaigtą aukštąjį išsilavinimą ($\beta = 5,16$, PI 0,07–10,26), neturinčių lėtinės periodonto patologijos ($\beta = 4,51$, PI 1,86–7,16) ir nevartojančių neuroleptikų ($\beta = 3,67$, PI 0,19–7,15) (16 priedas).

25 lentelė. Gyvenimo kokybės ryšys su patirto streso epizodais

Veiksny	Tiriamoji grupė ^a				Kontrolinė grupė ^b					
	Vidurkių kvadratų suma	df	Vidurkių kvadratas	F	p	Vidurkių kvadratų suma	df	Vidurkių kvadratas	F	p
Modelio atitikimas	472,6	3	157,5	2,4	,074	712,5	3	237,5	4,9	,003
Laisvasis narys	252846,0	1	252846,0	3798,3	< 0,001	315436,4	1	315436,4	6445,3	< 0,001
Sutuoktinio mirtis	8,7	1	8,7	,1	,719	281,7	1	281,7	5,8	,018
Asmeninė liga ar trauma	367,5	1	367,5	5,5	,020	298,9	1	298,9	6,1	,015
Stresas darbe	155,5	1	155,5	2,3	,129	2,7	1	2,7	,1	,813
Atsitiktinė paklaida	8853,6	133	66,6			6509,1	133	48,9		

a – $R^2 = 0,051$ (tiriamoji); b – $R^2 = 0,10$ (kontrolinė)

26 lentelė. Gyvenimo kokybės ryšys su rizikos veiksniais

Veiksny	Tiriamoji grupė ^a					Kontrolinė grupė ^b				
	Vidurkių kvadratų suma	df	Vidurkių kvadratas	F	p	Vidurkių kvadratų suma	df	Vidurkių kvadratas	F	p
Modelio atitikimas	2101,2	10	210,1	3,7	< 0,01	1753,2	10	175,3	4,0	< 0,01
Laisvasis narys	59510,0	1	59510,0	1037,8	< 0,01	72546,1	1	72546,1	1671,6	< 0,01
Lytis	671,1	1	671,1	11,7	,001	35,1	1	35,1	,8	,370
Gyvenamoji vieta	442,4	1	442,4	7,7	,006	24,3	1	24,3	,6	,456
Išsilavinimas	43,0	3	14,3	,2	,861	438,3	3	146,1	3,4	,021
Bloga burnos higiena	270,2	1	270,2	4,7	,032	27,1	1	27,1	,6	,431
Lėtinė periodonto patologija	77,3	1	77,3	1,3	,248	492,6	1	492,6	11,4	,001
Fiksuoti dantų protezai	35,2	1	35,2	,6	,435	356,9	1	356,9	8,2	,005
Neuroleptikai	95,9	1	95,9	1,7	,198	189,5	1	189,5	4,4	,039
Amžius	55,4	1	55,4	1,0	,328	83,7	1	83,7	1,9	,167
Atsitiktinė paklaida	7224,9	126	57,3			5468,4	126	43,4		

a – $R^2 = 0,23$ (tiriamoji); b – $R^2 = 0,24$ (kontrolinė)

5. REZULTATŲ APTARIMAS

Šiame tyrime išnagrinėta sergančiųjų plokščiąja kerplige klinikinių rodiklių ir ligos rizikos veiksnių sąsajos bei pačių pacientų gyvenimo kokybės vertinimas. Mūsų tyrime didžioji dalis (82,5 proc.) sergančiųjų plokščiąja kerplige buvo moterys. Mokslinėje literatūroje yra daug studijų, kurios rodo, kad ši liga būdinga labiau moterims nei vyrams. Serbijoje plokščiąja kerplige taip pat dažniau serga moterys [22]. Tirdami tailandiečių ir kroatų, sergančių plokščiąja kerplige, ligos istorijas, mokslininkai nustatė, kad sergančių moterų ir vyrų santykis 3,5:1 [19]. Atliktas tyrimas apie plokščiosios kerpligės paplitimą tarp Brazilijos gyventojų parodė, kad 76,3 proc. sergančiųjų buvo moterys [16]. Moterys dažniau sirgo šia liga ir Italijoje [32]. Prancūzijoje dažniausiai plokščiąja kerplige serga 30–60 m. amžiaus moterys, Ispanijoje 76,7 proc. sergančiųjų plokščiąja kerplige buvo moterys [33, 7]. Tačiau yra tyrimų, kurie rodo, kad šia liga dažniau serga vyrai nei moterys. Švedijoje 1,9 proc. ištirtų asmenų nustatyta burnos plokščioji kerpligė, iš jų 1,6 proc. – moterų ir 2,2 proc. – vyrų [30]. Bangladeše plokščiąja kerplige dažniau serga vyrai nei moterys [31]. Skirtingai nei kituose tyrimuose, Australijoje pasiskirstymas tarp lyties buvo panašus [34].

Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad sergančiųjų plokščiąja kerplige amžiaus vidurkis buvo 55,4 metų, didžioji dalis sergančiųjų plokščiąja kerplige buvo 51–60 m. amžiaus. Tokius rezultatus pateikia ir kiti moksliniai tyrimai. Išanalizavus nacionalinę Brazilijos gyventojų studiją apie plokščiosios kerpligės paplitimą, buvo nustatyta, kad sergančių moterų vidutinis amžius 54 metai [16]. Švedijoje didžiausias šios ligos paplitimas buvo tarp 65–74 ir 55–64 m. amžiaus grupių ištirtųjų [30]. Bangladeše dažniau serga 30–50 m. amžiaus žmonės [31]. Italijoje vidutinis sergančių moterų amžius – 61 metai, o vyrų – 58 metai [32]. Kai kurie tyrimai rodo, kad plokščioji kerpligė dažniausiai pasireiškia 30–60 metų žmonėms [3, 4, 8]. Plokščioji kerpligė yra vidutinio amžiaus žmonių liga, tačiau skirtingose etninėse grupėse sergantieji gali skirtis. Sergančių kroatų amžius gerokai didesnis nei tailandiečių [19]. Tačiau esama duomenų, kad ši liga aptinkama ir vaikų burnoje, aprašomi įvairiose šalyse pavieniai atvejai [9, 10, 11, 12, 13, 14, 15].

Nustatėme, kad didžiajai daliai (45,3 proc.) pacientų buvo diagnozuota tinklinė plokščiosios kerpligės forma, 34,3 proc. – erozinė-opinė, 8,0 proc. – papulinė, 10,9 proc. – atrofinė ir 1,5 proc. – pūslinė plokščiosios kerpligės forma. Apnašinė plokščiosios kerpligės forma nebuvo diagnozuota nė vienam iš tyrime dalyvavusių pacientų. Mokslininkams tiriant tailandiečių ir kroatų, sergančių plokščiąja kerplige, ligos istorijas, buvo nustatyta, kad atrofinė ir erozinė-opinė kerpligės formos buvo labiau būdingos Tailando, o tinklinė – Kroatijos gyventojams, sergantiems plokščiąja kerplige [19]. Panašūs rezultatai gauti ištyrus Pakistano 17–62 m. amžiaus sergančiuosius plokščiąja kerplige; tinkline ligos forma sirgo 54,7 proc. [20]. Švedijoje taip pat dažniausiai pasireiškė tinklinė ligos forma (77,3 proc. atvejų) [30]. Bangladeše tarp plokščiąja kerplige sergančiųjų plačiausiai paplitusi tinklinė ligos forma (68,3 proc.) [31]. Iš visų iraniečių, sergančių plokščiąja kerplige, 76,9 proc. sirgo tinkline ligos forma [18]. Italijoje tinklinė ir apnašinė ligos formos buvo nustatytos 60 proc. visų sergančiųjų [32]. Kituose moksliniuose tyrimuose etninių veiksnių įtaka plokščiosios kerpligės išsivystymui nenustatyta [247].

Iš visų sergančiųjų burnos plokščiąja kerplige 2,2 proc. klinikinių atvejų pažeidimų vietose aptikta atipinių ląstelių. Vertinant citologinį tyrimą, nustatyta, kad atipinių ląstelių buvo aptikta sergant tik erozine-opine plokščiosios kerpligės forma (3 atvejai). Burnos plokščiosios kerpligės piktybinė transformacija stebima 1,0–5,0 proc. sergančiųjų per 5 metus [124]. Ištyrus Irano gyventojus nustatyta, kad ši liga supiktybėjo 0,07 proc. sergančiųjų, Olandijoje ligos piktybinė forma išsivystė 0,5 proc. atvejų, Islandijoje – 1,0 proc., o Izraelyje – 5,8 proc. [18, 23, 24]. Švedijos mokslininkai pastebi, kad supiktybėjimo tendencija sergant burnos plokščiąja kerplige lėtai, bet didėja [25]. Plokščioji kerpligė gali supiktybėti sergant bet kuria ligos forma [23]. Supiktybėjimo procentas įvairiose šalyse skiriasi [22]. Pažymėtina tai, kad plokščioji kerpligė susijusi su padidėjusia lūpų, liežuvio, burnos, stemplės, gerklų ir vulvos vėžio rizika. Kitose vietose (ryklė ir oda), kuriose pasireiškia plokščioji kerpligė, vėžio rizika nebuvo didesnė. Pacientams, kuriems diagnozuota plokščioji kerpligė, padidėja lūpų, liežuvio, burnos, stemplės, gerklų ir vulvos vėžio susirgimo pavojus [248].

Ryščiausia (3+) epitelio hiperplazija nustatyta 11,3 proc. tinklinės, 10,6 proc. erozinės-opinės ir 50 proc. pūslinės plokščiosios kerpligės formų atvejų. Ryš-

kiausia limfocitų infiltracija buvo 55,3 proc. erozinės-opinės, 50 proc. pūslinės, 30,6 proc. tinklinės ir 20 proc. atrofinės plokščiosios kerpligės formų atvejų. Dažniausia (74,5 proc.) hiperparakeratozė buvo stebima erozinės-opinės plokščiosios kerpligės formos atveju. Epitelio išopėjimas nustatytas 76,6 proc. erozinės-opinės ir 46,7 proc. atrofinės plokščiosios kerpligės formų atvejų.

Plokščiosios kerpligės pažeidimų aptinkama įvairiose kūno vietose. Dažniausiai pažeidžiama oda – iki 66 proc. atvejų, oda ir nagai – 2,4 proc., oda ir burnos gleivinė – 8,8 proc., burnos gleivinė – iki 18,8 proc. atvejų, genitalijų gleivinė – 4,1 proc. atvejų [1]. Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad 87,6 proc. pacientų buvo pažeista žandų gleivinė, 46,7 proc. – dantenos, 39,4 proc. – liežuvio šoniniai paviršiai ir 29,9 proc. – liežuvio nugarėlė. 4,4 proc. pacientų, sergančių plokščiąja kerplige, buvo pažeisti nagai ir genitalijos. Išanalizavus nacionalinę Brazilijos gyventojų studiją apie plokščiosios kerpligės paplitimą, buvo nustatyta, kad 92,7 proc. atvejų buvo pažeista abiejų žandų gleivinė [16]. Mokslininkai, ištyrę Pakistano sergančiuosius plokščiąja kerplige, gavo panašius rezultatus: dažniausiai buvo pažeista žandų gleivinė, mažiau – liežuvis, lūpos, gomurys ir burnos dugnas [20]. Ta pati pažeidimo lokalizacija būdinga ir Japonijos gyventojams, sergantiems burnos plokščiąja kerplige: trečdalis (33,3 proc.) pažeidimų buvo aptikta žandų srityje [21]. Švedijos mokslininkai taip pat nustatė, kad populiariausia pažeidimų vieta – žandų gleivinė (92 proc. atvejų) [30]. Tačiau tiriant plokščiąja kerplige sergančiuosius Ispanijoje nustatyta, kad liežuvis buvo dažniausiai pažeidžiama vieta [33, 7].

Plokščiąja kerplige moterys serga apie du kartus dažniau nei vyrai [7]. Plokščioji kerpligė dažniausiai pasireiškia 30–60 metų žmonėms [3, 4, 8], esama duomenų, kad liga aptinkama ir vaikų burnoje, aprašomi įvairiose šalyse pavieniai atvejai [9, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. Tačiau mūsų tyrime nebuvo ryšio tarp sociodemografinių veiksnių ir plokščiosios kerpligės.

Nustatėme, kad pacientams, turintiems skirtingų metalų burnoje, galimybė susirgti plokščiąja kerplige didesnė 5,86 karto lyginant su pacientais, neturėjusiais skirtingų metalų burnoje. Paaiškinti galima tuo, kad padidinti žmogaus organizmo jautrumą gali burnoje esantys skirtingų metalų jonai, dėl kurių vyksta galvanizmas ir metalų korozija [173]. Šiais atvejais burnos gleivinės pažeidimų lokalizacija atitinka gleivinės kontakto su odontologine medžiaga plotą [3, 44].

Sergant erozine-opine burnos plokščiosios kerpligės forma, pašalinus amalgamos restauracijas, pastebimas burnos gleivinės gijimas [173, 174], bet, be gyvsidabrio, kuris burnos gleivinę veikia 44 proc. atvejų kaip alergizuojantis veiksnys, taip pat gali veikti auksas – 48 proc. atvejų, nikelis – 41 proc. ir varis – 35 proc. atvejų [249].

Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, pacientams, kurių burnos higiena buvo bloga, galimybė susirgti plokščiąja kerplige didesnė 6,68 karto lyginant su pacientais, kurių burnos higiena buvo gera. Kitų mokslininkų tyrimais yra nustatytas galimas ryšys tarp blogos burnos higienos ir dažnesnio deskvamacinio gingivito, atrofines ir erozines-opines formų atsiradimo, todėl, norint pasiekti erozijų gijimą, būtina gerinti burnos higieną [170]. Pacientams, kurių burnoje buvo dantų šaknų, galimybė susirgti plokščiąja kerplige didesnė 0,19 karto lyginant su pacientais, kurių burnoje nebuvo dantų šaknų. Nustatėme, kad pacientams, kuriems būdinga lėtinė periodonto patologija, galimybė susirgti plokščiąja kerplige didesnė lyginant su pacientais, kuriems nebūdinga lėtinė periodonto patologija. Pacientams, turintiems dantų ėduonį, galimybė susirgti plokščiąja kerplige didesnė 0,28 karto lyginant su pacientais, kurie neturėjo dantų ėduonies. Pacientams, turintiems išimamus protezus, galimybė susirgti plokščiąja kerplige didesnė 0,36 karto lyginant su pacientais, kurie neturėjo išimamų dantų protezų burnoje. Padidėjęs dantų apnašų kiekis, kaip vietinis dirginantis veiksnys, provokuoja plokščiosios kerpligės išsivystymą [168]. Matyt, infekcija burnoje provokuoja plokščiosios kerpligės simptomų paūmėjimą, tačiau galimų virusinių, grybelinių ir bakterinių infekcinių veiksnių vaidmuo burnos plokščiosios kerpligės patogenezėje galutinai neišaiškintas [250].

Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad pacientams, patiriantiems stresą, galimybė susirgti plokščiąja kerplige didesnė 2,45 karto lyginant su pacientais, nepatiriančiais streso. Tai patvirtina ir kitų mokslininkų atliktos studijos. S. Pourshahidi ir kt. (2011) įrodė, kad plokščiąja kerplige sergantys pacientai patyrė statistiškai reikšmingai daugiau streso nei kontrolinė sveikų dalyvių grupė [128]. Svarbu pažymėti, kad stresas, nerimas, įtampa, depresija gali išprovokuoti plokščiosios kerpligės paūmėjimą ir erozijų formavimąsi [31, 129, 130]. Tačiau V. S. Simarpreet ir kt. (2014) teigia, kad net 63,2 proc. šia liga sergančiųjų yra patyrę reikšmingą, sukrečiantį gyvenimo įvykį. Tokiam pačiam skaičiui

sergančiųjų buvo nustatytas ir patologinis nerimas [127]. L. Gavic ir kt. (2014) tyrime buvo siekiama nustatyti ne vien tai, ar psichoemocinė būklė gali lemti plokščiosios kerpligės atsiradimą, bet ir būtent kaip psichologiniai sutrikimai yra susiję su šia liga. Tyrėjams pavyko įrodyti, kad uždegimo stiprumas tiesiogiai koreliuoja su paciento depresijos sunkumu [139]. K. Valter ir kt. (2013) taip pat siekė išsiaiškinti, ar plokščiosios kerpligės eiga (ūminė fazė vs. remisija) yra susijusi su pacientų psichine būkle. Šiame tyrime buvo stebimi nerimo, depresijos ir streso lygiai abiejose ligos stadijose. Rezultatai lyginti su kontroline grupe. Nors buvo įrodyta, kad plokščiąja kerplige sergantys pacientai turi sunkesnių psichoemocinių sutrikimų nei sveiki asmenys, vis dėlto šie sutrikimai neturėjo įtakos ligos eigai [140]. Šio tyrimo autoriai išvadose nurodo, kad depresija, stresas ir nerimas neturi įtakos pačiai ligos eigai, o tik sudaro sąlygas plokščiajai kerpligei atsirasti.

Vaistai, ypač antibiotikai, diuretikai, antituberkulioziniai vaistai, fenotiazinų grupės neuroleptikai [163, 164], odontologinės medžiagos [165, 166, 167, 168], dantų pasta, trauma [169], alkoholis, aštrus maistas, rūkymas gali provokuoti dažniausiai vienpusius ir netolygiai išplitusius lichenoidinius pakitimus burnoje [170]. Padidėjęs dantų apnašų kiekis, kaip vietinis dirginantis veiksnys, provokuoja plokščiosios kerpligės išsivystymą [168]. Mūsų tyrimo duomenimis, pacientams, vartojantiems neuroleptikus ir / ar kitus raminamuosius vaistus, galimybė susirgti plokščiąja kerplige didesnė nei asmenims, jų nevartojantiems.

Įrodyta, kad plokščiosios kerpligės išsivystymui reikšmės turi virusai ir bakterijos, tarp kurių minima ir virškinamajame trakte esanti *Helicobacter pylori* [104, 106]. Ši bakterija, veikdama kartu su kitais veiksniais, sukelia lėtinį gastritą, skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opaligę, skrandžio adenokarcinomą ir kitas virškinamojo trakto ligas. Kadangi *Helicobacter pylori* sukelia lėtines virškinamojo trakto ligas, pasireiškiančias gleivinės uždegimu, erozijomis ir opomis, manoma, kad ji gali būti ir vienas iš plokščiosios kerpligės etiologinių veiksnių, nes ši liga taip pat pasireiškia panašiais simptomais. H. Moravvej ir kt. atliktame atvejo ir kontrolės klinikiniam tyrime nustatytas didesnis kiekis *Helicobacter pylori* tarp sergančiųjų plokščiąja kerplige nei sveikų kontrolinės grupės asmenų tiriant šlapalo koncentraciją iškvėptame ore [100]. Kitų autorių atliktos studijos neparodo statistiškai patikimo skirtumo šiuo klausimu [104,

107]. Tačiau mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad pacientams, sergantiems lėtinu gastritu, galimybė susirgti plokščiąja kerplige didesnė 3,09 karto lyginant su asmenimis, nesergančiais šia liga.

Hormoniniai sutrikimai gali turėti įtakos plokščiosios kerpligės išsivystymui. Skydliaukės patologija, ypač hipotiroidizmas, taip pat gali būti plokščiosios kerpligės atsiradimo priežastis [55]. Kartu su plokščiąja kerplige dažnai pasireiškia skydliaukės pažeidimų. Tiriant suomių populiaciją, tarp 152 pacientų, sergančių burnos gleivinės plokščiąja kerplige, 15 proc. asmenų kartu turėjo ir skydliaukės patologiją [55]. Mūsų tyrimo rezultatai patvirtina, kad skydliaukės ligos gali turėti įtakos plokščiosios kerpligės išsivystymui. Nustatėme, kad pacientams, sergantiems skydliaukės ligomis, galimybė susirgti plokščiąja kerplige didesnė 6,32 karto lyginant su asmenimis, nesergančiais skydliaukės ligomis.

Pacientams, sergantiems lėtinėmis infekcinėmis ligomis, galimybė susirgti plokščiąja kerplige didesnė 0,3 karto lyginant su asmenimis, nesergančiais lėtinėmis infekcinėmis ligomis.

Svarbu paminėti, kad, mūsų tyrimo duomenimis, pacientams, kurių darbo aplinkoje yra cheminių medžiagų, galimybė susirgti plokščiąja kerplige didesnė 10,63 karto lyginant su pacientais, neturinčiais sąlyčio su cheminėmis medžiagomis. Pacientams, kuriems buvo atliktas kraujo perpylimas, galimybė susirgti plokščiąja kerplige didesnė 3,47 karto nei pacientams, kuriems nebuvo perpiltas kraujas. Pacientams, kurie turi ar turėjo piktybinių auglių, galimybė susirgti plokščiąja kerplige didesnė 6,22 karto lyginant su pacientais, kurie neturėjo piktybinių auglių.

Įrodyta, kad iš visų fizinių žmogaus sveikatos parametrų burnos sveikata turi didžiausią įtaką gyvenimo kokybei, antroje vietoje – psichologinė paciento savijauta. Pacientai, sergantys lėtinėmis burnos gleivinės ligomis, susiduria su daugeliu sunkumų, lemiančių tiek fizinį, tiek psichologinį gyvenimo kokybės rodiklių mažėjimą [222].

Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad sergantieji plokščiąja kerplige gyvenimo kokybę vertino žemesniais balais nei kontrolinės grupės pacientai. Nustatėme, kad sergančios plokščiąja kerplige moterys gyvenimo kokybę vertino žemesniais balais nei nesergančios šia liga. Žinoma, kad moterys yra daug labiau linkusios sirgti plokščiąja kerplige nei vyrai, nors nei su lytimi susijęs didesnis

jautrumas, nei sezoninės įtakos plokščiosios kerpligės išsivystymui ar ligos eigai nebuvo įrodyta [251]. Netiesioginis ryšys galėtų būti apibrėžtas vertinant moterų riziką susirgti depresija. Įrodyta, kad moterims nerimas ir depresija pasireiškia dažniau nei vyrams [252].

Taip pat svarbu pažymėti, kad beveik visi sergantieji burnos plokščiąja kerplige gyvenimo kokybę vertino žemesniais balais nei nesergantys, išskyrus 31–40 m. amžiaus tyrimo dalyvius. Sergantieji burnos plokščiąja kerplige, kurių išsilavinimas vidurinis, aukštasis neuniversitetinis ir aukštasis universitetinis, gyvenimo kokybę vertino žemesniais balais nei sveiki asmenys, turintys tokį patį išsilavinimą. Sergantys ir nesergantys burnos plokščiąja kerplige asmenys, kurių išsilavinimas pradinis ir nebaigtas vidurinis, gyvenimo kokybę vertino vienodai. Įrodyta, kad burnos plokščioji kerpligė netrukdo siekti išsilavinimo [253]. Visi sergantieji burnos plokščiąja kerplige – tiek vedę ir gyvenantys nesusituokę, tiek nevedę ir našliai – gyvenimo kokybę vertino žemesniais balais nei nesergantys asmenys. Nustatėme, kad visi sergantieji plokščiąja kerplige – tiek gyvenantys dideliame mieste, tiek gyvenantys kaime – gyvenimo kokybę vertino žemesniais balais nei šia liga nesergantys asmenys.

Tiek darbininkai, techniniai darbuotojai, tiek specialistai, tarnautojai, tiek namų šeimininkės, tiek pensinio amžiaus pacientai, sergantys burnos plokščiąja kerplige, gyvenimo kokybę vertino žemesniais balais negu šia liga nesergantys asmenys, skirtumai statistiškai reikšmingi. Nustatėme, kad verslininkai, aukščiausio lygio vadovai, studentai, moksleiviai ir bedarbiai, tiek sergantys, tiek nesergantys burnos plokščiąja kerplige, gyvenimo kokybę vertino vienodai.

Mūsų gautus rezultatus paaiškina ir patvirtina tai, kad kai kurios burnos plokščiosios kerpligės formos sergančiajam sukelia didelį fizinį diskomfortą, nes pacientai dažnai kenčia nuo didelių fizinių nepatogumų ir nesugebėjimo tinkamai atlikti burnos higienos, galiausiai dėl periodonto ligos [254]. Tinkama burnos higieninė priežiūra yra veiksminga gerinant su sveikata susijusią gyvenimo kokybę ir kliniškai stebint dantenuų pažeidimus. Pacientų pradinis ir ypač nuolatinis burnos higienos palaikymas padeda pasiekti sergančiųjų burnos plokščiąja kerplige gyvenimo kokybės rodiklių pagerėjimą [255]. Tinklinė, apnašinė ir papulinė ligos formos yra besimptomės arba turinčios neišreikštus simptomus, o atrofinė, erozinė-opinė ir pūslinė – sukelia stiprų deginantį skausmą, daugiau-

siai išbalansuojantį pacientą [225, 226]. Nustatyta reikšminga koreliacija tarp sergantiesiems burnos plokščiąja kerplige būdingų reaktyvių pykčio požymių ir skausmo intensyvumo, koreliacija tarp pykčio kontrolės ir ligos vystymosi slopinimo. Taigi, kai daugiau skauda, pacientai dažniausiai išreiškia savo pyktį fiziškai. Pykčio slopinimas ir jo kontrolė (įtampos slopinimas) gali turėti didelę įtaką burnos plokščiosios kerpligės ir kitų žinomų psichosomatinių sutrikimų vystymuisi [256]. Tinklinės ir papulinės ligos formų atvejais manoma, kad bloga nuotaika ir žema savikontrolė buvo susijusios su burnos plokščiąja kerplige ir šie požymiai gali turėti priežastinį vaidmenį ligos vystymosi procese [45]. Sergant tinkline burnos plokščiąja kerplige išreikšto skausmo nebūna, tačiau gali pasireikšti didelio diskomforto simptomai: deginimo pojūtis ar skausmas, jautrumas karšties, rūgšties ar aštriems maisto produktams, kraujavimas ir dirginimas valant dantis, dantenų uždegimas (gingivitas); liežuvio skausmas, sustorėjimas, nejautra, nepatogumai kalbant, kramtant arba ryjant gali lydėti sergančiuosius burnos plokščiąja kerplige epizodiškai ar nuolat [257].

Dažnai lieka nediagnozuoti ne burnoje esantys plokščiosios kerpligės pasireiškimai – odos pažeidimai, stemplės ir šlapimo takų susiaurėjimas, vaginalinė stenozė ir kt. [238]. Šios sunkios komplikacijos lemia mitybos suprastėjimą, šlapinimosi ir lytinio gyvenimo sunkumus, kurie itin blogina pacientų gyvenimo kokybę [239, 237].

Susirgus burnos plokščiąja kerplige keičiasi subjektyvūs pojūčiai burnoje ir atsiranda būtinybė keisti mitybos įpročius. Pacientai turi atsisakyti dirginamųjų savybių turinčių (pvz., rūgščių, su aštriais prieskoniais) maisto produktų, keisti savo maisto racioną, valgyti įpročius [227]. Nuolat jaučiamas skausmas verčia pacientą rinktis atitinkamą maistą, apriboti savo valgyti įpročius, sukelia neviltį ir depresiją [226]. Dėl skonio jutimo suprastėjimo, skausmo ir skausmingo kramtymo bei dėl to ribojamo maisto raciono, negalėjimo atsipalaiduoti pacientai būna nuolatos suirzę, mažiau pasitikintys savimi [228]. Gyvenimo įpročių pakeitimas, atsisakant mėgstamų maisto produktų, nedirginančių burnos gleivinės priežiūros priemonių paieška, kai kada ir brangių dantų protezų pašalinimas taip pat prisideda prie pacientų bendros gyvenimo kokybės prastėjimo.

Sergant burnos plokščiąja kerplige keičiasi ne tik kasdienio gyvenimo įpročiai, bet ir socialinio bendravimo ypatumai, psichologinė paciento būklė [225].

Be to, šie pacientai susiduria su psichologiniu stresu, suvokdami, kad plokščioji kerpligė nėra išgydoma, juos lydi baimė dėl kitų neigiamų sveikatos pokyčių, ypač burnos vėžio [254]. Sergant burnos plokščiąja kerplige gali atsirasti tarpasmeninių santykių, savęs vertinimo problemų [222], pati liga gali tapti nerimo ir depresijos priežastimi. Plokščioji kerpligė siejasi ir su daugybe kitų ligų. Kairo universitete atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad aleksitimija (blogas emocijų atpažinimas, bloga emocijų išraiška simboliais, žodžiais, vidinių išgyvenimų ir patirties ignoravimas) buvo daug dažnesnė tarp pacientų, sergančių plokščiąja kerplige, nei šia liga nesergančių kontrolinės grupės asmenų [221]. Sergantieji burnos plokščiąja kerplige ypač nerimauja ir dėl galimo piktybinio proceso išsivystymo, kadangi užsitęsusi atrofinė ar erozinė-opinė plokščioji kerpligė gali transformuotis į piktybinį naviką [223].

Šeiminių, darbo, profesinių ir sveikatos problemos yra siejamos su šios ligos atsiradimu ar eigos pasunkėjimu. Šie veiksniai psichologiškai savaime mažina pacientų gyvenimo kokybę, o atsiradusi plokščioji kerpligė pati sukelia papildomą stresą, taip sukurdamą ydingą ratą, kuriam užsisukus sunku pagerinti ligonio gyvenimo kokybę [41]. Po kiekvieno naujo stresinio įvykio atsiranda du kartus didesnė tikimybė susirgti burnos plokščiąja kerplige. Priklausomybės nuo streso pokyčių ir neurotizmo tendencijos laipsnis, skaičius ir tipas turi didelę įtaką burnos plokščiosios kerpligės pasireiškimui ar suaktyvėjimui, priklausomai nuo asmens psichosocialinių ypatumų ir kiekvieno žmogaus gebėjimų susidoroti su konkrečia stresine situacija [258].

Nustatėme, kad gyvenimo kokybė stipriausiai susijusi su lytimi, kiek mažiau su gyvenamąja vieta. Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad tiriamojoje grupėje gyvenimo kokybė buvo geresnė vyrų nei moterų, taip pat asmenų, gyvenančių dideliame mieste, lyginant su asmenimis, gyvenančiais kitame mieste ir kaime. Gyvenimo kokybė buvo geresnė pacientų, nevartojančių nesteroidinių vaistų nuo uždegimo, lyginant su juos vartojančiais pacientais, taip pat pacientų, neturinčių asmeninės ligos ar traumos, lyginant su ją turinčiais asmenimis. Nustatėme, kad tiriamojoje grupėje gyvenimo kokybė geresnė pacientų, kuriems būdinga gera burnos higiena.

6. IŠVADOS

- Didžioji dalis sergančiųjų burnos plokščiąja kerplige buvo vyresni negu 50 m. amžiaus asmenys, 82,5 proc. jų – moterys. 87,6 proc. pacientų buvo pažeista žandų gleivinė. 45,3 proc. pacientų buvo diagnozuota tinklinė plokščiosios kerpligės forma. Atipinių ląstelių buvo aptikta sergant tik erozine-opine plokščiosios kerpligės forma (2,2 proc. atvejų).
- Statistiškai patikimai reikšmingi vietiniai burnos plokščiosios kerpligės veiksniai buvo skirtingi metalai burnoje, nepakankama burnos higiena, dantų šaknys, lėtinė periodonto patologija, dantų ėduonis bei fiksuoti ir išimami dantų protezai. Stresas, lėtinės infekcinės ligos, neuroleptikų ir raminamųjų vaistų vartojimas bei darbas su cheminėmis medžiagomis buvo pagrindiniai bendriniai burnos plokščiosios kerpligės rizikos veiksniai.
- Galimybė susirgti burnos plokščiąja kerplige didesnė asmenims, sergantiems lėtiniu gastritu, skyd liaukės ligomis, turintiems piktybinių navikų ir po kraujo perpylimo. Paprastoji pūslinė, žvynelinė, virškinamojo trakto sutrikimai, seborėjinis dermatitas ir cukrinis diabetas dažniau nustatomi sergant burnos plokščiąja kerplige negu nesergant šia liga.
- Sergančiųjų burnos plokščiąja kerplige gyvenimo kokybė buvo statistiškai reikšmingai blogesnė negu šia liga nesergančių asmenų. Sergančiųjų burnos plokščiąja kerplige blogesnę gyvenimo kokybę lėmė moteriškoji lytis, gyvenimas nedideliame mieste ir nepakankama burnos higiena.

7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Siūlome parengti gydytojams odontologams, odontologams specialistams ir sergantiems šia liga asmenims skirtą informacinį leidinį, kuriame būtų paaiškinta, kokių rizikos veiksnių vengti ir kaip pagerinti gyvenimo kokybę sergant burnos plokščiąja kerplige. Šis leidinys turėtų būti periodiškai atnaujinamas.
2. Rekomenduojame gydytojams odontologams aktyviai dalyvauti mokslinėse konferencijose, seminaruose ir praktiniuose mokymuose plokščiosios kerpligės ir kitų ikinavikinių burnos gleivinės ligų temomis.
3. Siekiant pagerinti burnos plokščiosios kerpligės savalaikę diagnostiką, gydytojai odontologai ir burnos priežiūros specialistai turėtų kruopščiai apžiūrėti pacientų burnos gleivinę ir, radę pakitimų, nukreipti gydytojų specialistų konsultacijai.

8. LITERATŪROS ŠARAŠAS

1. Yew YW, Lai YC, Chan R. A Retrospective Cohort Study of Epidemiology and Clinical Outcome in Lichen Planus. *Ann Acad Med. Singapore.* 2016; 45(11): 516–519.
2. Rivera C, Droguett D, Arenas-Marquez MJ. Oral mucosal lesions in a Chilean elderly population: A retrospective study with a systematic review from thirteen countries. *J. Clin Exp Dent.* 2017; 9(2): 276–283.
3. Nico MMS, Fernandes JD, Lourenco SV. Oral lichen planus. *Anais Brasileiros de Dermatologia.* 2011; 86(4): 633–43.
4. Srinivas K, Aravinda K, Ratnakar P, Nigam N, Gupta S. Oral lichen planus - review on etiopathogenesis. *National journal of maxillofacial surgery.* 2011; 2(1): 15–16.
5. Konopka T, Dembowska E, Pietruska M, Dymalski P, Gorska R. Periodontal status and selected parameters of oral condition of Poles aged 65 to 74 years. *Przeegl Epidemiol.* 2015; 69(3): 537.
6. Rivera C, Jones-Herrera C, Vargas P, Venegas B, Droguett D. Oral diseases: a 14-year experience of a Chilean institution with a systematic review from eight countries. *Med Oral Patol. Oral Cir Bucal.* 2017; 22 (3): e297–e306.
7. Farhi D, Dupin N. Pathophysiology, etiologic factors, and clinical management of oral lichen planus, part I: facts and controversies. *Clinics in Dermatology.* 2010; 28: 100–108.
8. Girardi C, Luz C, Cherubini K, Figueiredo MAZ, Nuneš MT, Salum FG. Salivary Cortisol and dehydroepiandrosterone (DHEA) levels, psychological factors in patients with oral lichen planus. *Archives of oral biology.* 2011; 56: 864–868.
9. Anuradha Ch, Reddy GS, Nandan SR, Kumar SR, Reddy BV. Oral mucosal lichen planus in nine-year-old child. *NY State Dent J.* 2011; 77(6): 28–30.
10. Padmini C, Bai KY, Chaitanya V, Reddy MS. Ulcerative lichen planus in childhood. *Case Rep Dent.* 2013; 2013: 874895.

11. George S, John SA, Anandaraj S, Issac JS, A. Harris, Reshmi J. Childhood Oral Lichen Planus: Report of Two Cases. *J Dent (Tehran)*. 2015; 12(5): 374–378.
12. Jayasekera PS, Walsh ML, Hurrell D, Parslew RA. Case Report of Lichen Planopilaris Occurring in a Pediatric Patient Receiving a Tumor Necrosis Factor alpha Inhibitor and a Review of the Literature. *Pediatr Dermatol*. 2016; 33(2): e143–e146.
13. Sonthalia S, Das A, Sharma S. Co-localization of Linear Lichen Planus Pigmentosus and Milia in a Child. *Indian J Dermatol*. 2016; 61(2): 237.
14. Bastos DB, Santos IS, Valente VB, Biel AC, Felipini RC, Biasoli ER, Miyahara GI, Bernabe DG. Lollipop-induced oral lichenoid reaction in a child. *Int J Paediatr Dent*. 2016; 26(6): 486–489.
15. Lu SL, Qi XM, Dong G, Chen SL, Guo DW, Wang YL, Yang PS. Clinical characteristics and analysis of familial oral lichen planus in eight Chinese families. *Exp Ther Med*. 2016; 12(4): 2281–2284.
16. Oliveira Alves MG, Almeida JD, Balducci I, Guimaraes Cabral LA. Oral lichen planus: A retrospective study of 110 Brazilian patients. *BMC Research Notes*. 2010; 3: 157, doi: 10.1186/1756-0500-3-157.
17. Ingafou M, Leao JC, Porter SR, Scully C. Oral lichen planus: a retrospective study of 690 British patients. *Oral Dis*. 2006 Sep; 12(5): 463–8.
18. Pakfetrat A, Javadzadeh-Bolouri A, Basir-Shabestari S, Falaki F. Oral Lichen Planus: a retrospective study of 420 Iranian patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009 Jul; 14(7): E315–8.
19. Thongprasom K, Mravak-Stipetič M, Luckprom P, Canjuga I, Biocina-Lukenda D, Vidovič-Juras D, Sikora M, Brailo V, Jirawechwongsakul S. Oral lichen planus: a retrospective comparative study between Thai and Croatian patients. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2009; 17(1): 2–8.
20. Bajaj DR, Klioso NA, Devrajani BR, Matlani BL, Lohana P. Lichen planus: a clinical study. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2010 Mar; 20(3): 154–7.
21. Kesič L, Obradović R, Mihailović D, Radicevič G, Stankovic S, Todorović K. Incidence and treatment outcome of oral lichen planus in southeast Serbia in a 10-year period (1997–2007). *Vojnosanit Pregl*. 2009 Jun; 66(6): 435–9.

22. Fitzpatrick SG, Hirsch SA, Gordon SC. The malignant transformation of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a systematic review. *J Am Dent. Assoc.* 2014; 145(1): 45–56.
23. Kaplan I, Ventura-Sharabi Y, Gal G, Calderon S, Anavi Y. The dynamics of oral lichen planus: a retrospective clinicopathological study. *Head Neck Pathol.* 2012 Jun; 6(2): 178–83.
24. Waal I. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions; a critical appraisal with emphasis on the diagnostic aspects 2009. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal.* 2009; July, 4(7): E310–4.
25. Rödström PO, Jontell M, Mattsson U, Holmberg E. Oral Oncol. Cancer and oral lichen planus in a Swedish population. 2004 Feb; 40(2): 131–8.
26. Mohanarao TS, Kumar GA, Chennamsetty K, Priyadarshini T. Childhood lichen planus pemphigoides triggered by chickenpox. *Indian Dermatol Online J.* 2014; 5(Suppl 2): S98–S100.
27. Adegbidi H, Degboe B, Saka B, Elegbede A, Atadokpede F, Koudoukpo C, Yedomon H, Padonou F. do-Ango. Profile of immune and allergic dermatoses among children at the outpatient dermatology clinic in Cotonou (Benin). *Med. Sante Trop.* 2014; 24(4): 446–448.
28. Collgros H, Vicente A, Gonzalez-Ensenat MA, Azon-Masoliver A, Rovira-Zurriaga C. Childhood actinic lichen planus: four cases report in Caucasian Spanish children and review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014.
29. Cascone M, Celentano A, Adamo D, Leuci S, Ruoppo E, Mignogna MD. Oral lichen planus in childhood: a case series. *Int. J. Dermatol.* 2017 Jun; 56(6): 641–652.
30. Axell T, Rundquist L. Oral lichen planus - a demographic study. 2006 May, doi: 10.1111/j. 1600-0528.1987.tb00480.
31. Khondker L, Wahab MA, Khan Sl. Profile of lichen planus in Bangladesh. *Mymensingh Med J.* 2010 Apr; 19(2): 250–3.
32. Carbone M, Arduino PG, Carrozzo M, Gandolfo S, Argiolas MR, Bertolusso G, Conrotto D, Pentenero M, Broccoletti R. Course of oral lichen planus: a retrospective study of 808 northern Italian patients. *Oral Dis.* 2009 Apr; 15(3): 235–43.

33. Bermejo-Fenoll A, Sanchez-Siles M, Lopez-Jornet P, Camacho-Alonso F, Salazar-Sanchez N. Premalignant nature of oral lichen planus. A retrospective study of 550 oral lichen planus patients from south-eastern Spain. *Oral Oncol.* 2009 Aug; 45(8): 54–6.
34. Kumar RR, Hay KD. Demographic analysis of oral lichen planus presentations to Auckland Oral Medicine Clinic from 1999 to 2006. *N Z Dent J.* 2010 Sep; 106(3): 113–4.
35. Payeras MR, Cherubini K, Figueiredo MA, Salum FG. Oral lichen planus: focus on etiopathogenesis. *Arch. Oral Biol.* 2013; 58(9): 1057–1069.
36. Nahidi Y, Tayyebi MN, Ghazvini K, Esmaily H, Esmaealzadeh M. Association of classic lichen planus with human herpesvirus-7 infection. *Int J Dermatol.* 2017; 56(1): 49–53.
37. Breathnach SM, Black MM. Lichen planus and lichenoid disorders. 2004-Published Online: 4 FEB 2008, doi: 10.1002/9780470750520.ch42.
38. Pekiner FN, Demirel GY, Borahan MO, Ozbayrak S. Cytokine profiles in serum of patients with oral lichen planus. *Cytokine.* 2012; 60: 701–706.
39. Baockman K, Jontell M. Microbial-associated oral lichenoid reactions. *Oral Diseases.* 2007; 13: 402–406.
40. Danielsson K, Boldrup L, Rentoft M, Coates PJ, Ebrahimi M, Nylander E, Wahlin YB, Nylander K. Autoantibodies and decreased expression of the transcription factor ELF-3 together with increased chemokine pathways support an autoimmune phenotype and altered differentiation in lichen planus located in oral mucosa. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* 2012 Nov 8, doi: 10.1111/jdv.12027.
41. Manolache L, Seceleanu-Petrescu D, Benea V. Lichen planus patients and stressful events. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008 Apr; 22(4): 437–41.
42. Boorghani M, Gholizadeh N, Zenouz AT, Vatankhah M, Mehdipour M. Oral lichen planus: clinical features, etiology, treatment and management: a review of literature. *Journal of dental research, dental clinics, dental prospects.* 2010; 4(1): 3–9.
43. Roopashree MR, Gondhalekar RV, Shashikanth MC, George J, Thippeswamy SH, Shukla A. Pathogenesis of oral lichen planus – a review. *Journal of oral pathology and medicine.* 2010; 39: 729–734.

44. Scully C, Carrozzo M. Oral mucosal disease: Lichen planus. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2008; 46: 15–21.
45. Pippi R, Romeo U, Santoro M, Del VA, Scully C, Petti S. Psychological disorders and oral lichen planus: matched case-control study and literature review. *Oral Dis*. 2016; 22 (3): 226–234.
46. Adamo D, Ruoppo E, Leuci S, Aria M, Amato M, Mignogna MD. Sleep disturbances, anxiety and depression in patients with oral lichen planus: a case-control study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015; 29(2): 291–297.
47. Mehdipour M, Taghavi ZA, Farnam A, Attaran R, Farhang S, Safarnavadeh M, Gholizadeh N, Azari-Marhabi S. The Relationship between Anger Expression and Its Indices and Oral Lichen Planus. *Chonnam. Med J*. 2016; 52(2): 112–116.
48. Sontheimer RD. Lichenoid Tissue Reaction/Interface Dermatitis: Clinical and Histological Perspectives. *Journal of Investigative Dermatology*. 2009; 129: 1088–1099.
49. Chung PI, Hwang CY, Chen YJ, Lin MW, Chen TJ, Hua TC, Chang YT. Autoimmune comorbid diseases associated with lichen planus: a nationwide case–control study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2015; 29(8): 1570–1575.
50. Bertsias G, Cervera R, Boumpas DT. Systemic lupus erythematosus: pathogenesis and clinical features. *EULAR textbook on rheumatic diseases*. European League Against Rheumatism. 2012; 476–505.
51. Inalöz HS, Chowdhury MMU, Motley RJ. Lupus erythematosus/lichen planus overlap syndrome with scarring alopecia. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2001; 15(2): 171–174.
52. Lospinoso DJ, Fernelius C, Edhegard KD, Finger DR, Arora NS. Lupus erythematosus/lichen planus overlap syndrome: successful treatment with acitretin. 2013; *Lupus*, 0961203313492243.
53. Likar-Manookin K, Stewart C, Al-Hashimi I, Curtis W, Berg K, Cherian K, Brennan MT. Prevalence of oral lesions of autoimmune etiology in patients with primary Sjogren’s syndrome. *Oral diseases*. 2013; 19(6): 598–603.
54. Bolstad AI, Skarstein K. Epidemiology of Sjögren’s Syndrome – from an Oral Perspective. *Current Oral Health Reports*. 2016; 3(4): 328–336.

55. Siponen M, Huuskonen L, Läära E, Salo T. Association of oral lichen planus with thyroid disease in a Finnish population: a retrospective case-control study. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*. 2010; 110(3): 319–324.
56. Ebrahimi M, Lundqvist L, Wahlin YB, Nylander E. Mucosal lichen planus, a systemic disease requiring multidisciplinary care: a cross-sectional clinical review from a multidisciplinary perspective. *Journal of lower genital tract disease*. 2012; 16(4): 377–380.
57. Caturegli P, De Remigis A, Rose NR. Hashimoto thyroiditis: clinical and diagnostic criteria. *Autoimmunity reviews*. 2014; 13(4): 391–397.
58. Muzio LL, Santarelli A, Campisi G, Lacaíta M, Favia G. Possible link between Hashimoto's thyroiditis and oral lichen planus: a novel association found. *Clinical oral investigations*. 2013; 17(1): 333–336.
59. Konidena A, Pavani BV. Hepatitis C virus infection in patients with oral lichen planus. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2011; 14(2): 228–231.
60. Nagao Y, Sat M. A retrospective case-control study of hepatitis C virus infection and oral lichen planus in Japan: association study with mutations in the core and NS5A region of hepatitis C virus. *BMC Gastroenterology*. 2012; 12: 31.
61. Wiznia LE, Laird ME, Franks AG Jr. Hepatitis C virus and its cutaneous manifestations: treatment in the direct-acting antiviral era. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017 Aug; 31(8): 1260–1270, doi: 10.1111/jdv.14186.
62. Vanzela TN, Almeida IP, Bueno FR, Roselino AM. Mucosal erosive lichen planus is associated with hepatitis C virus: analysis of 104 patients with lichen planus in two decades. *Int J Dermatol*. 2017 Jul; 56(7): e143–e144, doi: 10.1111/ijd.13592.
63. Yildirim B, Senguven B, Demir C. Prevalence of herpes simplex, Epstein Barr and human papilloma viruses in oral lichen planus. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011; 16(2): 170–174.
64. Ma J, Zhang J, Zhang Y, Lv T, Liu J. The Magnitude of the Association between Human Papillomavirus and Oral Lichen Planus: A Meta-Analysis. *PLoS.One*. 2016; 11(8): e0161339.

65. Lora V, Cota C, Kanitakis J. Zosteriform lichen planus after herpes zoster: report of a new case of Wolf's isotopic phenomenon and literature review. *Dermatol Online J*. 2014 Nov 15; 20(11). pii: 13030/qt5vf99178.
66. Gorsky M, Epstein JB. Oral lichen planus: malignant transformation and human papilloma virus: a review of potential clinical implications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011; 111 (4): 461–464.
67. Dreiherr J, Shapiro J, Cohen AD. Lichen planus and dyslipidaemia: a case-control study. *British Journal of Dermatology*. 2009; 161: 626–629.
68. Romero MA, Seoane J, Varela-Centelles P. Prevalence of diabetes mellitus amongst oral lichen planus patients. Clinical and pathological characteristics. *Med Oral*. 2002; 7: 121–129.
69. Lai YC, Yew YW, Schwartz RA. Lichen planus and dyslipidemia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Dermatol*. 2016; 55(5): e295–e304.
70. Compilato D, Carroccio A, Campisi G. Hidden coeliac disease in patients suffering from oral lichen planus. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2011; online: 24 MAR 2011, doi: 10.1111/j.1468-3083.2011.04054.x.
71. Pourshahidi S, Fakhri F, Ebrahimi H, Fakhraei B, Alipour A, Ghapanchi J, Farjadian S. Lack of association between helicobacter pylori infection and oral lichen planus. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012; 13: 1745–1747.
72. Kazanowska-Dygdala M, Dus I, Radwan-Oczko M. The presence of Helicobacter pylori in oral cavities of patients with leukoplakia and oral lichen planus. *J Appl Oral Sci*. 2016; 24(1): 18–23.
73. Fox LP, Lightdale CJ, Grossman ME. Lichen Planus of the esophagus: what dermatologists need to know. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2011; 65(1): 175–183.
74. Arias-Santiago S, Buendia-Eisman A, Aneiros-Fernandez J, Giron-Prieto MS, Gutierrez-Salmeron MT, Mellado VG, Naranjo-Sintes R. Cardiovascular risk factors in patients with lichen planus. *American Journal of Medicine*. 2011; 124(6): 543–548.

75. Bagewadi A, Bhoweer AK. Oral Lichen Planus and Its Association with Diabetes Me Uitus and Hypertension. *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology*. 2011 September; 23(3): S300–303.
76. Kaomongkolgit R. Oral lichenoid drug reaction associated with antihypertensive and hypoglycemic drugs. *Journal of Drugs in Dermatology* 2010. 2010; 9(1): 73–75.
77. Statescu L, Ciobanu D, Mihaila G, Statescu C, Solovastru LG. [Lichen planus-like eruption. Case report]. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*. 2009; 113(4): 1102–1106.
78. Hirota SK, Moreno R., Carlos H, Santos R, Seo J, Migliari DA. Analysis of a possible association between oral lichen planus and drug intake. A controlled study. *Journal of Oral Medicine and Pathology*. 2011 September; 16(6): 750–756.
79. Ben Salem C, Chenguel L, Ghariani N, Denguezli M, Hmouda H, Bouraoui K. Captopril-induced lichen planus pemphigoides. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2008 July; 17(7): 722–724.
80. Gencoglan G, Ceylan C, Kazandi AC. Linear lichenoid drug eruption induced by valsartan. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2009 October; 34(7): e334–e335.
81. Fessa C, Lim P, Kossard S, Richards S, Penas PF. Lichen Planus-Like Drug Eruptions Due to β -Blockers: A Case Report and Literature Review. *Am J Clin Dermatol*. 2012; 13(6): 417–421.
82. Schlosser BJ. Lichen planus and lichenoid reactions of the oral mucosa. *Dermatologic Therapy*. 2010 May/June; 23(3): 251–267.
83. Prado RF, Marocchio LS, Felipini RC. Oral lichen planus versus oral lichenoid reaction: Difficulties in the diagnosis. *Indian Journal of Dental Research*. 2009; 20(3): 361–364.
84. Lage D, Juliano PB, Metze K, Souza EM, Cintra ML. Lichen planus and lichenoid drug-induced eruption: a histological and immunohistochemical study. *International Journal of Dermatology*. 2012 October; 51(10): 1199–1205.

85. Arias-Santiago S, Buendía-Eisman A, Aneiros-Fernández J, Girón-Prieto MS, Gutiérrez-Salmerón MT, García-Mellado V, Cutando A, Naranjo-Sintes R. Lipid levels in patients with lichen planus: a case-control study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011 Dec; 25(12): 1398–401.
86. Aljabre SH. Grinspan's syndrome. *J Am Acad Dermatol*. 1994; 30(4): 671.
87. Lamey PJ, Gibson J, Barclay SC, Miller S. Grinspan's syndrome: a drug-induced phenomenon? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1990 Aug.
88. Okopień B, Basiak M, Madej A, Labuzek K, Belowski D, Haberka M, Herman ZS. Markers of inflammatory process in stable and unstable coronary artery disease. *Pol Merkur Lekarski*. 2006; 21: 69–72.
89. Chattopadhyay A. Arterial blood pressure and blood glucose levels in oral lichen planus patients in Calcutta (India). *Indian J Dent Res*. 1992 Jul-Sep; 3.
90. Arshiya Ara S, Mamatha GP, Balaji Rao B. Incidence of diabetes mellitus in patients with lichen-planus. *International journal of dental clinics*. 2011; 3(1): 29–33.
91. Seyhan M, Ozcan H, Sahin I, Bayram N, Ka-rincaoglu Y. High prevalence of glucose metabolism disturbance in patients with lichen planus. *Diabetes Res Clin Pract*. 2007; 77(2): 198–202.
92. Negrato CA, Tarzia O. Buccal alterations in diabetes mellitus. *Diabetol Metab Syndr*. 2010 Jan; 15: 2–3.
93. Torrente-Castells E. Clinical features of oral lichen planus. A retrospective study of 65 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010 Sep; 15(5): e685–90.
94. Atefi N, Majedi M, Peyghambari Sh, Ghourchian Sh. Prevalence of diabetes mellitus and impaired fasting blood glucose in patients with Lichen Planus. *MJIRI*. 2012; 26(1): 22–26.
95. Mozaffari HR, Sharifi R, Sadeghi M. Prevalence of Oral Lichen Planus in Diabetes Mellitus: a Meta-Analysis Study. *Acta Inform Med*. 2016; 24(6): 390–393.
96. Trentin MS, Verardi G, Ferreira De C, de Carli JP, da Silva SO, Lima IF, Paranhos LR. Most Frequent Oral Lesions in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *J Contemp Dent Pract*. 2017; 18(2): 107–111.

97. Guggenheimer J, Moore PA, Rossie K, Myers D, Mongelluzzo MB, Block HM et al. Insulin-dependent diabetes mellitus and oral soft tissue pathologies. *Oral Surg. Oral Med Oral Pathol.* 2000; 89(5): 570–6.
98. Denli YG, Durdu M, Karakas M. Diabetes and hepatitis frequency in 140 lichen planus cases in Cukurova region. *J Dermatol.* 2004; 31: 293–298.
99. Ponte E, Tabaj M, Maglione M, Melato M. Diabetes mellitus and oral disease. *Acta Diabetol.* 2001; 38: 57–62.
100. Moravvej H, Hoseini H, Barikbin B, Malekzadeh R, Razavi GM. Association of *Helicobacter pylori* with lichen planus. *Indian J Dermatol [serial online]* 2007 [cited 2012 Nov 28]; 52: 138–40.
101. Devrajani BR, Bajaj DR, Baloch GhH, Devrajani T, Shah SZA, Bibi I. Frequency of *Helicobacter Pylori* Infection in Patients with Lichen Planus (A Hospital Based Cross Sectional Descriptive Study). *World Journal of Medical Sciences.* 2009; 4(2): 74–78.
102. Vainio E, Houviven S, Liutu M, Uksila J, Leino R. Peptic Ulcer and *Helicobacter pylori* in Patients with Lichen Planus. *Acta Derm Venereol.* 2000; 80: 427–429.
103. Zenouz AT, Mehdipour M, Heydarlou MJ, Gholizadeh N. Relationship between Lichen Planus and *Helicobacter pylori* Infection. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospect.* 2010; 4(1): 17–20.
104. Sanli HH, Cetinkaya HH, Giirler AA. Upper gastrointestinal findings in oral lichen planus. *Turk J Gastroenterol.* 2002, 13(1): 31–4.
105. Hernando-Harder AC, Booken N, Goerdts S, Singer MV, Harder H. *Helicobacter pylori* infection and dermatologic diseases. *Eur J Dermatol.* 2009; Sep-Oct; 19(5): 431–44.
106. Wedi B, Kapp A. *Helicobacter pylori* infection in skin diseases: a critical appraisal. *Am J Clin Dermatol.* 2002; 3: 273–282.
107. Belkin I, Karabulut AA, Biyikoglu I, Gonultas M, Eksioglu M. Investigation of upper gastrointestinal tract involvement and *H. pylori* presence in lichen planus: a case-controlled study with endoscopic and histopathological findings. *International Journal of Dermatology.* 2010; 49: 1121–1126.

108. Ejaz A, Ahmed R, Fazal I, Tahir M. Frequency of various cutaneous disorders in chronic hepatitis C virus infection. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*. 2010; 20: 10–14.
109. Hakkou F, Chbicheb S, Essaid E, EL Wady W. Oral lichen planus and hepatitis C virus infection: an epidemiological study of 149 cases. *Int. J. Odontostomat*. 2012; 6(2): 163–168.
110. Petti S, Rabiei M, De Luca M, Scully C. The magnitude of the association between hepatitis C virus infection and oral lichen planus: meta-analysis and case control study. *Odontology*. 2011; 99: 168–178.
111. Romero MA, Seoane J, Varela-Centelles P, Diz-Dios XL. Clinical and pathological characteristics of oral lichen planus in hepatitis C-positive and -negative patients. *Clin Otolaryngol*. 2002; 27: 22–26.
112. Zhou Y, Jiang L, Liu J, Zeng X, Chen QM. The Prevalence of Hepatitis C Virus Infection in Oral Lichen Planus in an Ethnic Chinese Cohort of 232 Patients. *Int J Oral Sci*. 2010 Jun; 2(2): 90–7.
113. Hulimavu SR, Mohanty L, Tondikulam NV, Shenoy S, Jamadar S, Bhadranna A. No evidence for *Helicobacter pylori* in oral lichen planus. *J Oral Pathol Med*. 2014; 43(8): 576–578.
114. Shengyuan L, Songpo Y, Wen W, Wenjing T, Haitao Z, Binyou W. Hepatitis C virus and lichen planus: a reciprocal association determined by a meta-analysis. *Arch Dermatol* 2009; 145: 1040–1047.
115. Carrozzo M, Brancatello F, Dametto E et al. Hepatitis C virus-associated oral lichen planus: is the geographical heterogeneity related to HLA-DR6? *J Oral Pathol Med*. 2005; 34: 204–208.
116. Alaizari NA, Al-Maweri SA, Al-Shamiri HM, Tarakji B, Shugaa-Addin B. Hepatitis C virus infections in oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis. *Aust Dent J*. 2016; 61(3): 282–287.
117. Grossmann SM, Teixeira R, de Aguiar MC, do Carmo MA. Exacerbation of oral lichen planus lesions during treatment of chronic hepatitis C with pegylated interferon and ribavirin. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2008; 20: 702–706.

118. Song J, Zhang Z, Ji X, Su S, Liu X, Xu S, Han Y, Mu D, Liu H. Lack of evidence of hepatitis in patients with oral lichen planus in China: A case control study. *Med. Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016; 21(2): e161–e168.
119. Donnellan F, Swan M, May GR, Kandel G, Marcon NE, Kortan PP. Fluticasone propionate for treatment of esophageal lichen planus. A case series. *Diseases of the Esophagus*. 2011; 24: 211–214.
120. Keate RF, Williams JW, Connolly SM. Lichen planus esophagitis: report of three patients treated with oral tacrolimus or intraesophageal corticosteroid injections or both. *Dis Esophagus*. 2003; 16: 47–53.
121. Kern JS, Technau-Hafsi K, Schwacha H, Kuhlmann J, Hirsch G, Brass V, Deibert P, Schmitt-Graeff A, Kreisel W. Esophageal involvement is frequent in lichen planus: study in 32 patients with suggestion of clinicopathologic diagnostic criteria and therapeutic implications. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2016; 28(12): 1374–1382.
122. Chandan VS, Murray JA, Abraham SC. Esophageal lichen planus. *Arch Pathol Lab Med*. 2008; 132: 1026–9.
123. Rauschecker AM, Levine MS, Whitson MJ, Tondon R, Rubesin SE, Furth EE, Metz DC. Esophageal Lichen Planus: Clinical and Radiographic Findings in Eight Patients. *AJR Am J Roentgenol*. 2017; 208(1): 101–106.
124. Chryssostalis A, Gaudric M, Terris B et al. Esophageal lichen planus: a series of eight cases including a patient with esophageal verrucous carcinoma. A case series. *Endoscopy* 2008; 40: 764–768.
125. Chemli S, Rym D, Jebali A, Hammami W. Association lichen planus and ulcerative colitis. A case report. *Tunis Med*. 2006 Jan; 84(1): 65–7.
126. Giomi B, Pestelli E, Massi D, Caproni M, Fabbri P. Vulvar lichen planus associated with ulcerative colitis. A case report. *J Reprod Med*. 2003 Mar; 48(3): 209–12.
127. Simarpreet VS, Jagpreet SS, Himanta B, Vinay D. Oral lichen planus and stress: An appraisal. *Contemp Clin Dent*. 2014 Jul-Sep; 5(3): 352–356.
128. Pourshahidi S, Ebrahimi H, Andisheh Tadbir A. Evaluation of the Relationship between Oral Lichen Planus and Stress. *Journal of Dentistry SUMS*. 2011; 12: 1.

129. Hasel KM, Besharat MA, Abdolhoseini A, Nasab SA, Niknam S. Relationships of personality factors to perceived stress, depression, and oral lichen planus severity. *International society of behavioral medicine*. 2013; 20(2): 286–292.
130. Shetty S, Thomas P, Chatra L, Shenai P, Rao P, Babu S. An association between serum Cortisol levels in erosive and nonerosive oral lichen planus patients. <http://www.webmedcentral.com> on 10-Aug-2011, 10:44:35 AM.
131. Pokupec JS, Gruden V, Gruden V. Lichen ruber planus as a psychiatric problem. *Psychiatr Danub*. 2009; 21(4): 514–516.
132. Sander CS, Cooper SM, Ali I, Dean D, Thiele JJ, Wojnarowska F. Decreased antioxidant enzyme expression and increased oxidative damage in erosive lichen planus of the vulva. *BJOG*. 2005; 112: 1572–5.
133. Gupta A, Mohan RP, Gupta S, Malik SS, Goel S, Kamarthi N. Roles of serum uric acid, prolactin levels, and psychosocial factors in oral lichen planus. *J Oral Sci*. 2017; 59(1): 139–146.
134. Aly DG, Shahin RS. Oxidative stress in lichen planus. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat*. 2010; 19: 3–11.
135. Ergun S, Trosala SC, Warnakulasuriya S, Ozel S, Onal AE, Ofluoglu D et al. Evaluation of oxidative stress and antioxidant profile in patients with oral lichen planus. *J Oral Pathol Med*. 2011; 40: 286–93.
136. Shirzad A, Pouramir M, Seyedmajidi M, Jenabian N, Bijani A, Motallebnjad M. Salivary Total Antioxidant Capacity and Lipid Peroxidation in Patients with Erosive. Oral Lichen Planus. *JODDD*. 2014; 8(1): 35–39.
137. Kapoor C, Wadhwan V, Vaidya S, Malik S. Triology of nitric oxide, mast cell and stress in pathogenesis of oral lichen planus. *JOMFP* 2013; 17: 156–162.
138. Lei W, Gong M, Hiroshi N, Chieko S, Shinji S, Tetsuya K. Psychological Stress-Induced Oxidative Stress as a Model of Sub-Healthy Condition and the Effect of TCM. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2007; 4(2): 195–202.
139. Gavic L, Cigic L, Lukenda DB, Gruden V, Pokupec JSG. The role of anxiety, depression, and psychological stress on the clinical status of recurrent aphthous stomatitis and oral lichen planus. *J Oral Pathol Med*. 2014; 43: 410–417.

140. Valter K, Boras V, Buljan D, Juras D, Susic M, Pamduric D, Verkaz Z. The influence of psychological state on oral lichen planus. *Acta Clin Croat.* 2013; 52(2): 145–9.
141. Kimkong I, Nakkuntod J, Sodsai P, Hirankarn N, Kitkumthorn N. Association of interferon-gamma gene polymorphisms with susceptibility to oral lichen planus in the Thai population. *Archives of oral biology.* 2012; 57: 491–494.
142. Wang Z, Yao H, Cui B, Ning G, Tang GY. Genetic linkage analysis of oral lichen planus in a Chinese family. *Genetics and Molecular Research.* 2011; 10(3): 1427–1433.
143. Kragelund C, Kieffer-Kristensen L, Reibel J, Bennett EP. Oral candidosis in lichen planus: the diagnostic approach is of major therapeutic importance. *Clin Oral Investig.* 2013; 17(3): 957–965.
144. Masaki M, Sato T, Sugawara Y, Sasano T, Takahashi N. Detection and identification of non-*Candida albicans* species in human oral lichen planus. *Microbiology and Immunology.* 2011; 55: 66–70.
145. Zeng X, Xiong C, Wang Z, Jiang L, Hou X, Shen J, Zhou M, Chen Q. Genotypic profiles and virulence attributes of *Candida albicans* isolates from patients with oral lichen planus. *Clinical Oral Investigation.* APMES. 2008; 116: 284–91.
146. Gainza-Cirauqui ML, Nieminen MT, Novak Frazer L, Aguirre-Urizar JM, Moragues MD, Rautemaa R. Production of carcinogenic acetaldehyde by *Candida albicans* from patients with potentially malignant oral mucosal disorders. *J Oral Pathol Med.* 2013; 42(3): 243–249.
147. Shivanandappa SG, Ali I, Sabarigirinathan C, Mushannavar LS. *Candida* in Oral Lichen Planus. *J Indian Acad Oral Med Radiol.* 2012; 24: 182–185.
148. Hebbar PB, Pai A. Mycological and histological associations of *Candida* in oral mucosal lesions. *J Oral Sci.* 2013; 55(2): 157–60.
149. Pakshir K, Zomorodian K, Karamitalab M, Jafari M, Taraz H, Ebrahimi H. Phospholipase, esterase and hemolytic activities of *Candida* spp. isolated from onychomycosis and oral lichen planus lesions. *J Mycol Med.* 2013; 23(2): 113–8.

150. Neville BW, Damm DD, White DK. Color Atlas of Clinical Oral Pathology. 2003; 2nd ed. 452.
151. Sherman RG, Prusinski L, Ravenel MC, Joralmon RA. Oral candidosis. *Quintessence Int (Berl)*. 2002; 33(7): 521–32.
152. Zeng X, Hou X, Wang Z, Jiang L, Xiong C, Zhou M, Chen Q. Carriage rate and virulence attributes of oral *Candida albicans* isolates from patients with oral lichen planus: a study in an ethnic Chinese cohort. *Mycoses*. 2009; 52(2): 161–5.
153. Krogh P, Holmstrup P, Thorn JJ, Vedtofte P, Pindborg JJ. Yeast species and biotypes associated with oral leukoplakia and lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1987; 63: 48–54.
154. Masaki M, Sato T, Sugawara Y, Sasano T, Takahashi N. *Candida* species as members of oral microflora in oral lichen planus. *Interface Oral Health Science*. 2007; 273–274.
155. Simark-Mattsson C, Eklund C. Reduced immune responses to purified protein derivative and *Candida albicans* in oral lichen planus. *J Oral Pathol Med*. 2013; 42(9): 691–7.
156. Artico G, Freitas R, Santos Filho A, Benard G, Romiti R, Migliari D. Prevalence of *Candida* spp, xerostomia and hyposalivation in oral lichen planus – A controlled study. *Oral Dis*. 2013; doi:10.1111/odi.12120.
157. Bokor-Bratic M, Cankovic M, Dragnic N. Unstimulated whole salivary flow rate and anxiolytics intake are independently associated with oral *Candida* infection in patients with oral lichen planus. *Eur J Oral Sci*. 2013; 121(5): 427–33.
158. Mehdipour M, Zenouz AT, Hekmatfar S, Adibpour M, Bahramian A, Khorshidi R. Prevalence of *Candida* Species in Erosive Oral Lichen Planus. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*. 2010; 4(1): 14–16.
159. Lipperheide V, Quindos G, Jimenez Y, Ponton J, Bagan-Sebastian JV, Aguirre JM. *Candida* biotypes in patients with oral leukoplakia and lichen planus. *Mycopathologia* 1996; 134: 75–82.

160. Zeng X, Chen Q, Nie M, Li B. The genotypic profiles of *Candida albicans* isolates from patients with oral lichen planus. *J Sichuan Univ Med Sci Ed.* 2005; 36(2): 193–5.
161. Samaranayake LP, Keung Leung W, Jin L. Oral mucosal fungal infections. *Periodontology 2000.* 2009; 49: 39–59.
162. Akpan A, Morgan R. Oral candidiasis. *Postgrad. Med J.* 2002; 78(922): 455–9.
163. Rosmaninho A, Sanches M, Oliveira A, Alves R, Selores M. Lichen planus pemphigoides induced by a weight reduction drug. *Cutan Ocul Toxicol.* 2011; 30(4): 306–308.
164. Bircher AJ. Uncomplicated drug-induced disseminated exanthemas. *Chem Immunol Allergy.* 2012; 97: 79–97.
165. Cobos-Fuentes MJ, Martinez-Sahuquillo-Marquez A, Gallardo-Castillo I, Armas-Padron JR, Moreno-Fernandez A, Bullon-Fernandez P. Oral lichenoid lesions related to contact with dental materials: a literature review. *Med Oral Patol. Oral Cir Bucal.* 2009; 14(10): e514–e520.
166. Marell L, Tillberg A, Widman L, Bergdahl J, Berglund A. Regression of oral lichenoid lesions after replacement of dental restorations. *J Oral Rehabil.* 2014; 41(5): 381–391.
167. Shih YH, Lin DJ, Chang KW, Hsia SM, Ko SY, Lee SY, Hsue SS, Wang TH, Chen YL, Shieh TM. Evaluation physical characteristics and comparison antimicrobial and anti-inflammation potentials of dental root canal sealers containing hinokitiol in vitro. *PloS One.* 2014; 9(6): e94941.
168. Rotim Z, Bolanca Z, Rogulj AA, Andabak M, Boras VV, Vrdoljak DV. Oral lichen planus and oral lichenoid reaction – an update. *Acta Clin. Croat.* 2015; 54(4): 516–520.
169. Chiang YZ, Tosti A, Chaudhry IH, Lyne L, Farjo B, Farjo N, Cadore de Farias D, Griffiths CE, Paus R, Harries MJ. Lichen planopilaris following hair transplantation and face-lift surgery. *Br J Dermatol.* 2012; 166(3): 666–670.
170. Scattarella A, Petruzzi M, Bailini A, Grassi FR, Nardi GM. Oral lichen planus and dental hygiene: a case report. *International Journal of Dental Hygiene.* 2011; 9: 163–166.

171. Kanwar AJ, De D. Lichen planus in childhood: report of 100 cases. *Clin Exp Dermatol*. 2010 Apr; 35(3): 257–62.
172. Tarakji B, Ashok N, Alakeel R, Azzeghaibi S, Umair A, Darwish S, Mahmoud R, Elkhatat E. Hepatitis B vaccination and associated oral manifestations: a non-systematic review of literature and case reports. *Ann Med Health Sci Res*. 2014; 4(6): 829–836.
173. Ditrichova D, Kapralova S, Tichy M, Ticha V, Dobesova J, Justova E, Eber M, Pirek P. Oral lichenoid lesions and allergy to dental materials. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 2007; 151(2): 333–339.
174. Ahlgren C, Bruže M, Moller H, Gruvberger B, Axell T, Liedholm R, Nilner K. Contact allergy to gold in patients with oral lichen lesions. *Acta Dermato-Venereologica*. 2012; 92: 138–143.
175. Issa Y, Brunton PA, Glenny AM, Duxbury AJ. Healing of oral lichenoid lesions after replacing amalgam restorations: a systematic review. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol Endod*. 2004; 98(5): 553–565.
176. Al-Hashimi I, Schifter M, Lockhart PB, Wray D, Brennan M, Migliorati CA, Axell T, Bruce AJ, Carpenter W, Eisenberg E, Epstein JB, Holmstrup P, Jontell M, Lozada-Nur F, Nair R, Silverman B, Thongprasom K, Thornhill M, Warnakulasuriya S, der Waal van I. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: diagnostic and therapeutic considerations. *Oral Surg Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol Endod*. 2007; 103 Suppl: S25–12.
177. Kfosek SK, Sporny S, Stasikowska-Kanicka O, Kurnatowska AJ. Cigarette smoking induces overexpression of c-Met receptor in microvessels of oral lichen planus. *Arch Med Sci*. 2011 August; 7(4): 706–712.
178. Morar N, Francis ND. Generalized lichen planus induced by radiotherapy: shared molecular mechanisms? *Clin Exp Dermatol*. 2009; 34(7): e434–e435.
179. Sheikh S, Gupta D, Pallagatti S, Singla I, Gupta R, Goel V. Role of topical drugs in treatment of oral mucosal diseases. A literature review. *NY State Dent J*. 2013; 79(6): 58–64.
180. Gonçalves LM, Bezerra Junior JRS, Carmen M. Clinical evaluation of oral lesions associated with dermatologic diseases. *The Brazilian Annals of Dermatology*. 2009; 84(6): 585–592.

181. Asarch A, Gottlieb AB, Lee I, Masterpol KS, Scheinman PL, Stadecker MJ, Massarotti EM, Bush ML. Lichen planus-like eruptions: An emerging side effect of tumor necrosis factor- α antagonists. *Jof Dermatology*. 2009; 61(1): 104–111.
182. Yoshihisa Y, Shimizu T. Metal Allergy and Systemic Contact Dermatitis: An Overview, *Dermatology Research and Practice*. 2012, vol. 2012; Article ID 749561, 5 pages, doi: 10.1155/2012/749561.
183. 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.
184. Eralp A, Yuksel N, Kaymak Y, Canbazoglu M, Eksioglu M, Gunhan O. Concurrent oral and genital involvement in lichen planus. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2009; 75: 77–8.
185. Bidarra M, Buchanan JA, Scully C, Moles DR, Porter SR. Oral lichen planus: a condition with more persistence and extra-oral involvement than suspected? *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 2008; 37(10): 582–586.
186. Bhattacharya M, Kaur I, Kumar B. Lichen planus: A clinical and epidemiological study. *J Dermatol*. 2000; 27(9): 576–82.
187. Wagner G, Rose CH, Sachse MM. Clinical variants of lichen planus. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2013; doi: 10.1111/ddg.12031.
188. Cho EB, Kim HY, Park EJ, Kwon IH, Kim KH, Kim KJ. Three cases of lichen nitidus associated with various cutaneous diseases. *Ann. Dermatol*. 2014; 26(4): 505–509.
189. Shenefelt PD. Biofeedback, cognitive-behavioral methods, and hypnosis in dermatology: is it all in your mind? *Dermatol Ther*. 2003; 16(2): 114–122.
190. Babu RA, Chandrashekar P, Kumar KK, Reddy GS, Chandra KL, Rao V, Reddy B. A study on oral mucosal lesions in 3500 patients with dermatological diseases in South India. *Ann Med Health Sci Res*. 2014; 4(2): 84–93.
191. Khudhur AS, Di ZG, Carrozzo M. Oral lichenoid tissue reactions: diagnosis and classification. *Expert Rev Mol Diagn*. 2014; 14(2): 169–184.

192. Ko HM, Hernandez-Prera JC, Zhu H, Dikman SH, Sidhu HK, Ward SC, Thung SN. Morphologic features of extrahepatic manifestations of hepatitis C virus infection. *Clin Dev Immunol.* 2012; 740138, doi: 10.1155/2012/740138.
193. Rahman A, Rizvi SD, Sheikh ZI. Frequency of HCV infection in different dermatological disorders. *J Ayub Med Coll. Abbottabad.* 2012; 24(2): 58–61.
194. Crowe DR, Mutasim DF. Lichen planus mimicking seborrheic keratoses. *International Journal of Dermatology.* 2011; 50(6): 720–721.
195. Ramos-e-Silva M, Pirmez R. Red face revisited: Disorders of hair growth and the pilosebaceous unit. *Clinics in Dermatology.* 2014; 32: 784–799.
196. Raghavendra R, Sarda A, Khanna R, Balachandran Ch. Coexistence of frontal fibrosing alopecia with lichen planus pigmentosus. *International Journal of Dermatology.* 2014; 53: 622–624.
197. Dlova NC. Frontal fibrosing alopecia and lichen planus pigmentosus: is there a link? *British Journal of Dermatology.* 2013; 168(2): 439–442.
198. Pirmez R, Duque-Estrada B, Donati A, Campos-do-Carmo G, Valente NS, Romiti R, Sodre CT, Tosti A. Clinical and dermoscopic features of lichen planus pigmentosus in 37 patients with frontal fibrosing alopecia. 2016 Dec; 175(6): 1387–1390.
199. Veitch D, Kravvas G, Hughes S, Bunker Ch. A rare colocalization of lichen planus and vitiligo. *Case report in Dermatological medicine.* 2015, doi: 2015:840193.
200. Baghestani S, Moosavi A, Efekhari T. Familial colocalization of lichen planus and vitiligo on sun exposed areas. *Annals of Dermatology.* 2013 May; 25(2): 223–225.
201. Kroth J, Tischer J, Samtleben W, Weiss C, Ruzicka T, Wollenberg A. Isotopic response Köbner phenomenon and Renbök phenomenon following herpes zoster. *Journal of Dermatology.* 2011; 38(11): 1058–1061.
202. Coclici SE, Bozomitu LI, Mîndru DE, Moraru E, Hâncianu M. Atopic dermatitis – Clinical epidemiology and immunological correlations. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 2016 Jan-Mar; 120(1): 40–7.

203. Welz-Kubiak K, Kobuszevska A, Reich A. IL-31 Is Overexpressed in Lichen Planus but Its Level Does Not Correlate with Pruritus Severity. *J Immunol Res.* 2015; doi: 2015:854747.
204. Mays JW, Sarmadi M, Moutsopoulos NM. Oral manifestations of systemic autoimmune and inflammatory diseases: diagnosis and clinical management. *J Evid Based Dent Pract.* 2012; (3 Suppl): 265–282.
205. Fukuda A, Himejima A, Tsuruta D, Koga H, Ohyama B, Morita S, Hashimoto T. Four cases of mucous membrane pemphigoid with clinical features of oral lichen planus. *Int J Dermatol.* 2016 Jun; 55(6): 657–65.
206. Siu A, Landon K, Ramos DM. Differential diagnosis and management of oral ulcers. *Semin Cutan Med Surg.* 2015 Dec; 34(4): 171–7.
207. Salaria SN, Abu Alfa AK, Cruise MW, Wood LD, Montgomery EA. Lichenoid esophagitis: clinicopathologic overlap with established esophageal lichen planus. *Am J Surg Pathol.* 2013; 37(12): 1889–1894.
208. Alaeddini M, Barghammadi R, Eshghyar N, Etemad-Moghadam S. An Analysis of Biopsy-proven Tongue Lesions among 8,105 Dental Outpatients. *J Contemp Dent Pract.* 2014; 15(1): 1–7.
209. Budimir V, Richter I, Andabak-Rogulj A, Vucicevic-Boras V, Budimir J, Brailo V. Oral lichen planus - retrospective study of 563 Croatian patients. *Med. Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2014; 19(3): e255–e260.
210. McPherson T, Cooper S. Vulval lichen sclerosus and Lichen Planus. *Dermatologic Therapy.* 2010, 23(5): 523–532.
211. Helgesen LO, Gjersvik P, Jebsen P, Kirschner R, Tanbo T. Vaginal involvement in genital erosive Lichen Planus. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 2010; 89(7): 966–970.
212. Simpson RC, Littlewood SM, Cooper SM et al. Reallife experience of managing vulval erosive Lichen Planus: a case-based review and UK multicentre case note audit. *British Journal of Dermatology.* 2012; 167(1): 85–91.
213. Sanli B, Cetin EN, Bir F, Tasli L, Yaldizkaya F, Yaylali V. Conjunctival impression cytology, ocular surface and tear-film changes in patients with Lichen Planus. *Clinical and Experimental Dermatology,* 2012 Jun; 37(4): 341–5.

214. Webber NK, Setterfield JF, Lewis FM, Neill SM. Lacrimal canalicular duct scarring in patients with Lichen Planus. *Archives of Dermatology*. 2012; 148(2): 224–227.
215. Rennie CE, Dwivedi RC, Khan AS, Agrawal N, Ziyada W. Lichen Planus of the larynx. *Journal of Laryngology and Otology*. 2011; 125(4): 432–435.
216. Moye MS, Farah RS, Swick BL. Folliculocentric papules and alopecia. *Clin Exp Dermatol*. 2014; 39(5): 661–663.
217. Fernandez-Crehuet P, Rodrigues-Barata AR, Vano-Galvan S, Serrano-Falcon C, Molina-Ruiz AM, Arias-Santiago S, Martorell-Calatayud A, Grimalt R, Garnacho-Saucedo G, Serrano S, Carlos MJ, Jaen P, Camacho-Martinez FM. Trichoscopic features of frontal fibrosing alopecia: results in 249 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2015; 72(2): 357–359.
218. Bernardez C, Molina-Ruiz AM, Requena L. Histologic Features of Alopecias: Part II: Scarring Alopecias. *Actas Dermosifiliogr*. 2015 May; 106(4): 260–70.
219. Chaitra TR, Telgi RL, Kishor A, Kulkarni AU. Juvenile oral lichen planus: a clinical rarity. *BMJ Case Rep*. 2012.
220. Khullar G, Handa S, De D, Saikia UN. Bullous Lichen Planus of the Nails. *JAMA Dermatol*. 2015 Jun; 151(6): 674–5.
221. Riordain N, McCreary C. The use of quality of life measures in oral medicine: a review of the literature. *Oral Diseases*. 2010; 16: 419–430.
222. Riordain RN, Meaney S, McCreary C. Impact of chronic oral mucosal disease on daily life: preliminary observations from a qualitative study. *Oral Diseases*. 2011; 17: 265–269, doi: 10.1111/j.1601-0825.2010.01734.x.
223. Kolde G, Wesendahl C, Stein H, Reichart PA. Oral lichen planus: diagnostic immunofluorescence testing on routine histological material. *British Association of Dermatologists, British Journal of Dermatology*. 2003; 148: 363–384.
224. Riordain N, McCreary C. Validity and reliability of a newly developed quality of life questionnaire for patients with chronic oral mucosal diseases. *Journal of Oral Pathology Medicine*. 2011; 40: 604–609.
225. López-Jornet P, Camacho-Alonso F. Quality of life in patients with oral lichen planus. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2010; 16: 111–113.

226. Cleach L, Chosidow O. Lichen Planus. *The New England Journal of Medicine*. 2012; 366: 723–32.
227. Zhang J, Zhou G. Green tea consumption: an alternative approach to managing oral lichen planus. *Inflamm Res*. 2012; 61(6): 535–539.
228. Liu LJ, Xiao W, He QB, Jiang WW. Generic and oral quality of life is affected by oral mucosal diseases. *BMC Oral Health*. 2012; 12: 2.
229. El Tawil M, Sediki N, Hassan H. Psychobiological Aspects of Patients with Lichen Planus. *Current Psychiatry*. 2009; 16(4): 370–80.
230. Ivanovski K, Nakova M, Warburton G, Pesevska S, Filipovska A, Nares S, Nunn ME, Angelova D, Angelov N. Psychological profile in oral lichen planus. *Journal of Clinical Periodontology*. 2005; 32: 1034–1040.
231. Candel S, Oliveira S, Lopez-Munoz A, Garcia-Moreno D, Espin-Palazon R, Tyrkalska SD, Cayuela ML, Renshaw SA, Corbalan-Velez R, Vidal-Abarca I, Tsai HJ, Meseguer J, Sepulcre MP, Mulero V. Tnfr2 protects skin against oxidative stress-induced inflammation. *PLoS Biol*. 2014; 12(5): e1001855.
232. Gonzalez-Moles MA, Scully C, Gil-Montoya JA. Oral lichen planus: controversies surrounding malignant transformation. *Oral Diseases*. 2008; 14: 229–243.
233. Nagao Y, Sata M. Effect of oral care gel on the quality of life for oral lichen planus in patients with chronic HCV infection. *Virology Journal*, 2011; 8: 348.
234. Lopez-Jornet P, Camacho-Alonso F. The quality of patient-orientated Internet information on oral lichen planus: a pilot study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2010; 16: 883–886.
235. Hodgson TA, Chaudhry SI. The management of oral lichen planus: symptom control at what risk? *Oral Diseases*. 2010; 16: 51.
236. Salazar-Sanchez N, Lopez-Jornet P, Camacho-Alonso F, Sanchez-Siies M. Efficacy of topical Aloe vera in patients with oral lichen planus: a randomized double-blind study. *J Oral Pathol Med*. 2010; 39: 735–740.
237. Lodi G, Carrozzo M, Furness S, Thongprasom K. Interventions for treating oral lichen planus: a systematic review. *British Journal of Dermatology*. 2012; 166: 938–947.

238. Lawton S, Littlewood S. Vulval skin conditions: disease activity and quality of life. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. 2013 Apr; 17(2): 117–24.
239. Mirowski GW, Schlosser BJ. The diagnosis and treatment of oral mucosal lesions. *Dermatologic Therapy*. 2010; 23: 207–208.
240. Lu SL, Qi XM, Dong G, Chen SL, Guo DW, Wang YL, Yang PS. Clinical characteristics and analysis of familial oral lichen planus in eight Chinese families. *Exp. Ther. Med*. 2016; 12(4): 2281–2284.
241. Mortazavi N. Role of oxidative stress in malignant transformation of oral lichen planus. *Oral Oncol*. 2013; 49(12): e41–e42.
242. De Carli JP, Linden MS, da Silva SO, Trentin MS, Matos Fde S, Paranhos LR. Hepatitis C and Oral Lichen Planus: Evaluation of their Correlation and Risk Factors in a Longitudinal Clinical Study. *J. Contemp. Dent. Pract*. 2016; 17(1): 27–31.
243. Srinivas K, Aravinda K, Ratnakar P, Nigam N, Gupta S. Oral lichen planus – review on etiopathogenesis. *National journal of maxillofacial surgery*. 2011; 2(1): 15–16.
244. Klosek SK, Sporny S, Stasikowska-Kanicka O, Kurnatowska AJ. Cigarette smoking induces overexpression of c-Met receptor in microvessels of oral lichen planus. *Arch. Med. Sci*. 2011; 7(4): 706–712.
245. Reddy SS, Prashanth R, Yashodha Devi BK, Chugh N, Kaur A, Thomas N. Prevalence of oral mucosal lesions among chewing tobacco users: A cross-sectional study. *Indian J Dent Res*. 2015; 26(5): 537–541.
246. Liu LJ, Xiao W, He QB, Jiang WW. Generic and oral quality of life is affected by oral mucosal diseases. *BMC.Oral Health*. 2012; 12: 2.
247. Davarmanesh M, Samsami DA, Deilami Z, Monabbati A, Dastgheib L. Frequency of genital involvement in women with oral lichen planus in southern iran. *Dermatol Res Pract*. 2012; 2012: 365230.
248. Halonen P, Jakobsson M, Heikinheimo O, Riska A, Gissler M, Pukkala E. Cancer risk of Lichen planus: A cohort study of 13,100 women in Finland. *Int J Cancer*. 2017 Aug 31, doi: 10.1002/ijc.31025.
249. Tiwari SM, Gebauer K, Frydrych AM, Burrows S. Dental patch testing in patients with undifferentiated oral lichen planus. *Australas. J Dermatol*. 2017, doi: 10.1111/ajd.12692.

250. Baek K, Choi Y. The microbiology of oral lichen planus: Is microbial infection the cause of oral lichen planus? *Mol Oral Microbiol.* 2017 Sep 4, doi: 10.1111/omi.12197.
251. Tosti A, Peluso AM, Fanti PA, Piraccini BM. Nail lichen planus: clinical and pathologic study of twenty-four patients. *J Am Acad Dermatol.* 1993; 28 (5 Pt 1): 724–730.
252. Tsintsadze N, Beridze L, Tsintsadze N, Krichun Y, Tsivadze N, Tsintsadze M. Psychosomatic aspects in patients with dermatologic diseases. *Georgian Med News.* 2015; (243): 70–75.
253. Mankapure PK, Humbe JG, Mandale MS, Bhavthankar JD. Clinical profile of 108 cases of oral lichen planus. *J Oral Sci.* 2016; 58(1): 43–47.
254. Price SM, Murrah VA. Why the general dentist needs to know how to manage oral lichen planus. *Gen Dent.* 2015; 63(1): 16–22.
255. Stone SJ, Heasman PA, Staines KS, McCracken GI. The impact of structured plaque control for patients with gingival manifestations of oral lichen planus: a randomized controlled study. *J Clin Periodontol.* 2015; 42(4): 356–362.
256. Mehdipour M, Taghavi ZA, Farnam A, Attaran R, Farhang S, Safarnavadeh M, Gholizadeh N, Azari-Marhabi S. The Relationship between Anger Expression and Its Indices and Oral Lichen Planus. *Chonnam Med J.* 2016; 52(2): 112–116.
257. Weston G, Payette M. Update on lichen planus and its clinical variants. *Int J Womens Dermatol.* 2015; 1(3): 140–149.
258. Cankovic M, Bokor-Bratic M, Novovic Z. Stressful Life Events and Personality Traits in Patients with Oral Lichen Planus. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2015; 23(4): 270–276.
259. Juozulynas A, Savičiūtė R, Venalis A, Jurgelėnas A. Quality of life in rural and urban patients with Parkinson's disease. *Acta Medica Lituanica.* 2013; 20(2): 73–77.

9. MOKSLINĖS PUBLIKACIJOS IR PRANEŠIMAI DISERTACIJOS TEMA

Mokslinės publikacijos

1. Rimkevičius A, Aleksejuniene J, Puriene A, Seinini D, Rasteniene R. Oral lichen planus: a 4-year clinical follow-up study. *Turk. J. Med. Sci.* 2017; 47(2): 514–522. (ISI Web of Science)
2. Zavadzka B, Purienė A, Rimkevičius A. Malignant transformation of Oral Lichen Planus in Labial Location in a 23-Year Old Woman – Case Report. *Medical and dental problems.* 2015; 52(4): 512–515. (Index Copernicus)
3. Rimkevičius A, Pūrienė A, Aleksejūnienė J, Gaigalas M. Gyvenimo kokybė sergant erozine-opine ir retikuline plokščiosios kerpligės formomis. *Sveikatos mokslai.* 2013; 1(23): 100–102. (Index Copernicus)
4. Pūrienė A, Rimkuvienė J, Rimkevičius A. Raudonosios plokščiosios kerpligės klinikinė išraiška. *Stomatologija.* 2003; 2: 7–10. ISSN 1392-8589.
5. Rimkuvienė J, Pūrienė A, Rimkevičius A. Plokščiosios raudonosios kerpligės gydymas. *Stomatologija.* 2003; V(4): 7–9. ISSN 1392-8589.

Moksliniai pranešimai

1. Pūrienė A, Rimkevičius A, Gaigalas M. A study of oral lichen planus in Lithuanian patients. *Europos periodontologų kongresas. Europerio 7. Viena, 2012 m. birželio 6–9 d.*
2. Pūrienė A, Rimkevičius A, Gaigalas M, Aleksejūnienė J. A study of oral lichen planus in Lithuanian patients. *17th Annual Congress of the European Association of Dental Public Health in a Joint Meeting of the British Association for the Study of Community Dentistry & European Association of Dental Public Health. Londonas, 2012 m. lapkričio 15–17 d.*
3. Pūrienė A, Rimkevičius A, Gaigalas M, Aleksejūnienė J. Prevalence of *Candida* species in oral lichen planus. *The 4th Baltic Scientific Conference in Dentistry. Tartu, Estija, 2012 m. spalio 19–20 d.*
4. Rimkevičius A, Pūrienė A, Aleksejūnienė J, Gaigalas M. Quality of Life in

- Patients with Erosive-Ulcerative and Reticular Form of Oral Lichen Planus. Congress of the European Association of Dental Public Health The Mouth-the Mirror of the Body: Practical and Political Perspectives. Malta, 2013 m. lapkričio 14–16 d.
5. Pūrienė A, Rimkevičius A, Gaigalas M, Aleksejūnienė J. Oral health-related quality of life in patients with lichen planus. The mouth – the mirror of the body: practical and political perspectives: 18th annual congress of the European Association of Dental Public Health in a joint meeting with the Council of European Chief Dental Officers. Malta, Sent Džuliansas, 2013 m. lapkričio 14–16 d.
 6. Rimkevičius A, Pūrienė A, Aleksejūnienė J. Self-perceived oral health and satisfaction with Quality of life in oral lichen planus patients. Stendinis pranešimas *20th European Association of Dental Public Health (EADPH)* konferencijoje. Stambulas, Turkija, 2015 m. rugsėjo 17–19 d.
 7. Rimkevičius A, Pūrienė A, Aleksejūnienė J, Žekonienė J. Oral lichen planus and its associations with systemic health and stress. Europos periodontologų kongresas. Europerio 8. Londonas, 2015 m. birželio 3–6 d.
 8. Burnos plokščioji kerpligė: etiologija, klinikinės formos, diferencinė diagnostika ir gydymo principai. VšĮ Odontologijos studija. Vilnius, 2010 m. gegužės 29 d.
 9. Burnos plokščioji kerpligė: etiologija, klinikinės formos, diferencinė diagnostika ir gydymo principai. LOR Šiaulių teritorinis skyrius. Šiauliai, 2010 m. rugsėjo 18 d.
 10. Burnos plokščioji kerpligė: etiologija, klinikinės formos, diferencinė diagnostika ir gydymo principai. LOR Klaipėdos teritorinis skyrius. Klaipėda, 2010 m. rugsėjo 25 d.
 11. Plokščioji kerpligė. Ką turi žinoti gydytojas odontologas? Lietuvos odontologų rūmai. Tarptautinis kongresas „Burnos sveikata visiems“. Druskininkai, 2011 m. gegužės 27–28 d.
 12. Ar burnos ligos turi įtakos gyvenimo kokybei? Burnos plokščiosios kerpligės tyrimo analizė. Lietuvos odontologų rūmai, Vilniaus teritorinis skyrius. Vilnius, 2014 m. gruodžio 6 d.
 13. Plokščioji kerpligė ir dantų implantacija. Lietuvos periodontologų draugija. Vilnius, 2018 m. kovo 3 d.

10. PRIEDAI

1 priedas. Burnos plokščiosios kerpligės klinikinės formos



Tinklinė plokščiosios kerpligės forma



Papulinė plokščiosios kerpligės forma



Apnašinė plokščiosios kerpligės forma



Erozinė-opinė plokščiosios kerpligės forma



Atrofinė plokščiosios kerpligės forma



Pūslinė plokščiosios kerpligės forma

2 priedas. Autoimuninis deskvamacinis gingivitas



3 priedas. Odos ir nagų pažeidimai sergant plokščiąja kerplige

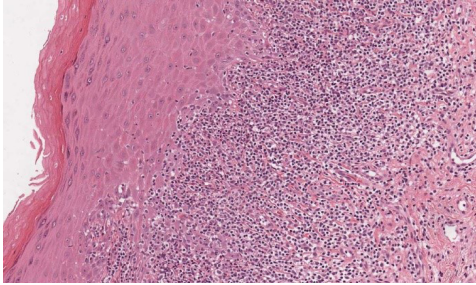


Odos pažeidimai sergant plokščiąja kerplige

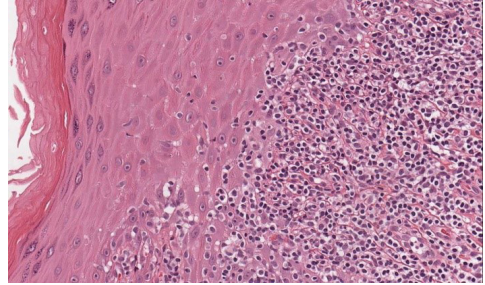


Nagų pažeidimai sergant plokščiąja kerplige

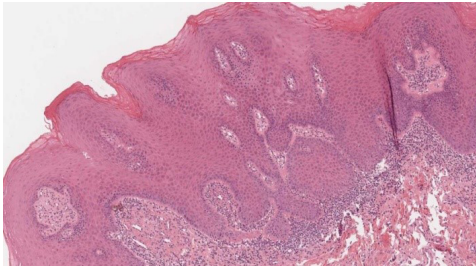
4 priedas. Burnos plokščiosios kerpligės histopatologija



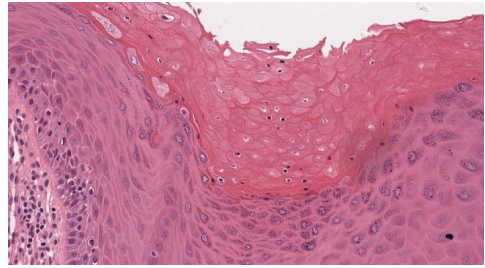
Gleivinės lichenoidinė limfocitų infiltracija epitelio ir poepitelinio jungiamojo audinio riboje



Židininė limfocitų infiltracija baziniame daugiasluoksnio plokščio epitelio sluoksnyje su keratinocitų hidropine degeneracija ir apoptoze



Daugiasluoksnio plokščio epitelio hiperplazija (akantozė) ir hiperparakeratozė



Daugiasluoksnio plokščio epitelio išreikšta hiperparakeratozė

5 priedas. Leidimas atlikti biomedicininį tyrimą



VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Kodas 211950810, M.K.Čiurlionio 21/27, 03101, Vilnius Tel.(85)2398701, 2398700, faks.2398705, El.p. mf@mf.vu.lt

VILNIAUS REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS
M.K.Čiurlionio 21/27, LT-03101, Vilnius, tel.(85) 2686998, el.p.: rbtek@mf.vu.lt

PRITARIMAS LEIDIMO PAPILDYMIUI

2010-02-03 Nr.158200-02-148-056LP11

I. Mokslo darbo kryptis

Ligų etiopatogenezė, diagnostika, gydymas, rehabilitacija ir prevencija:
fundamentiniai ir klinikiniai tyrimai.

I.1. Mokslinio darbo fragmento pavadinimas

Fundamentiniai ir klinikiniai tyrimai, inovatyvios technologijos.

I.1.1. Biomedicininio tyrimo pavadinimas

Raudonoji plokščioji kerpligė ir jos ryšys su vidaus ligomis, įtaka sergančiųjų gyvenimo kokybei

Protokolo Nr: 1

Versijos Nr: 2

Data: 2010 01 27

Asmens informavimo forma bei Informuoto asmens, sutikimo forma lietuvių kalba:

Versijos Nr: 3

Data: 2010-01-28

Pagrindinis tyrėjas: A.Rimkevičius

Biomedicininio tyrimo vieta:

Įstaigos pavadinimas: VU MF Odontologijos institutas

VšĮ VU ligoninės Žalgirio klinika

Įstaigos adresas: Žalgirio g. 117, LT-08217 Vilnius

Pritarimas leidimo papildymui išduotas Vilniaus Regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto posėdžio, vykusio 2010 m. vasario mėn. 02 d., sprendimu.

Vilniaus regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto ekspertų grupės nariai			
Nr.	Vardas, pavardė	veiklos sritis	dalyvavo posėdyje
1	doc. Dr. Laimutė Jakavonytė	filosofija	taip
2	doc. Dr. Kęstutis Žagminas	epidemiologija	taip
3	dr. Gytis Andrulionis	teisė	taip
4	dr. Marija Veniūtė	visuomenės sveikata	ne
5	doc.dr. Jolanta Gulbinovič	medicina	ne
6	doc.dr. Vytautė Pečiulienė	medicina, odontologija	taip
7	Laura Malinauskienė	medicina	taip
8	dr. Gražina Pastavkaitė	klinikinė psichologija	ne
9	Ugnė Sakunienė	pacientų teisės	taip



Pirmininkas
Vilniaus regioninis
biomedicininių tyrimų
etikos komitetas


Gytis Andrulionis

6 priedas. Asmens informavimo forma

PACIENTO INFORMAVIMO LAPAS

Kvietimas dalyvauti tyrime

Kviečiame Jus dalyvauti biomediciniame tyrime
„RAUDONOJI PLOKŠČIOJI KERPLIGĖ IR JOS RYŠYS
SU VIDAUS LIGOMIS, ĮTAKA SERGANČIŪJŲ GYVENIMO KOKYBEI“

Kad padėtume Jums suvokti tyrimo esmę, pateikiame šią informaciją ir norime būti tikri, kad, prieš pradėdami dalyvauti tyrime, ją supratote. Nedvejodami klauskite, kas pateiktoje informacijoje Jums neaišku, o mes pasistengsime kuo aiškiau viską paaiškinti ir suteikti papildomą informaciją.

Tyrimo tikslas:

- Ištirti besikreipiančių į Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio kliniką pacientų, sergančių plokščiąja kerplige, klinikinių formų pasiskirstymą, ligos ryšį su vidaus ligomis, pakitimų suvėžėjimo dažnį ir pacientų gyvenimo kokybę.

Tyrimė bus naudojama:

1. Anketos – siekiant įvertinti Jūsų bendrą sveikatos būklę ir gyvenimo kokybę.
2. Klinikinė apžiūra.
3. Citologinis tyrimas – tai nuograndų nuo liežuvio ar žandų gleivinės paviršiaus morfologinis ląstelių tyrimas šviesos mikroskopu.
4. Incizinė biopsija – taikant vietinę, paviršinę infiltracinę burnos gleivinės nejautrą, bus paimtas mažas paviršinis burnos gleivinės audinio gabalėlis ir siunčiamas tolesniam tyrimui į Valstybinį patologijos centrą.

Klinikinė apžiūra, anketavimas ir citologinis tyrimas yra visai nekenksmingi pacientui. Po biopsinio tyrimo galimas trumpalaikis kraujavimas, nežymus skausmas. Visos procedūros bus atliktos steriliomis sąlygomis siekiant išvengti infekcijos galimybių.

Moksliniame darbe dalyvaus visi konsultuoti ir naujai besikreipiantys į Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio kliniką pacientai, sergantys plokščiąja kerpige ir pasirašę informuoto asmens sutikimo formą.

Jums tereikės vieną kartą atvykti, atsakyti į anoniminės anketos klausimus, tą pačią dieną bus atlikta biopsija ir citologinis tyrimas. Rekomenduojame prieš vizitą nevartoti krešumą mažinančių vaistų. Truputis Jūsų sugaišto laiko atsakant į klausimus ir atliekant klinikinį ištyrimą turės didelės naudos mokslui.

Kompensacija ar užmokestis už dalyvavimą tyrime nebus skiriamas, Jums bus pakartotinai patvirtinta ar patikslinta diagnozė, paskirtas gydymas.

Surinkti ir apibendrinti pacientų apklausos duomenys bus konfidencialūs ir naudojami tik mokslo tikslams. Jokia asmeninė informacija apie tyrime dalyvaujančius asmenis nebus naudojama.

Jūs galite laisvai apsispręsti, ar dalyvauti tyrime, taip pat pasitraukti iš jo bet kuriuo metu. Tai nesukels jokių kliūčių tęsti įprastinį Jūsų ištyrimą ir reikalingą gydymą.

Jeigu Jums iškilo problemų dėl šio tyrimo, prašome pranešti pagrindiniam tyrėjui gydytojui Arūnui Rimkevičiui tel. 8 685 45 505.

Šio tyrimo protokolą peržiūrėjo ir patvirtino Vilniaus regioninis biomedicininis tyrimų etikos komitetas (tel. 8 (5) 268 6998).

Patvirtinta Nr. 1, versija 3.

Pagrindinis tyrėjas

Arūnas Rimkevičius

7 priedas. Informuoto asmens sutikimo forma

INFORMUOTO ASMENS SUTIKIMO FORMA

Perskaičiau pateiktą informaciją apie biomedicininį tyrimą „RAUDONOJI PLOKŠČIOJI KERPLIGĖ IR JOS RYŠYS SU VIDAUS LIGOMIS, ĮTAKA SERGANČIŪJŲ GYVENIMO KOKYBEI“, kuriame buvau pakviestas (-a) dalyvauti. Galėjau aptarti tyrimą su tyrėju ir užduoti jam klausimus. Tyrėjas paaiškino tyrimo esmę bei tikslą ir aš suprantu, kas man yra siūloma.

Suprantu, kad citologinis ir biopsinis tyrimai yra dalis projekto, kuriuo yra siekiama pagerinti pacientų, sergančių plokščiąja kerplige, gydymo prieinamumą, gydymo kokybę, profilaktiką, diferencinę diagnostiką, įvertinti ligos ryšius su vidaus ligomis ir gyvenimo kokybę.

Šiam tyrimui yra gautas Biomedicininių tyrimų etikos komiteto leidimas.

Buvau informuotas (-a) apie atliekamus tyrimus ir jų galimą riziką.

Suprantu, kad mano dalyvavimas tyrime ir mano individualūs tyrimo duomenys liks paslapyje, pasinaudoti šiais duomenimis galės tik tyrėjai.

Sąmoningai ir laisva valia sutinku dalyvauti tyrime, kuris man buvo išaiškintas.

Paciento (-ės) **vardas, pavardė** (didžiosiomis raidėmis):

Paciento (-ės) **parašas**:

Data:

Sutinku, kad tyrimo tikslais būtų galima naudotis informacija iš mano medicininio dokumentų.

Paciento (-ės) **parašas**:

Data:

Aš, pagrindinis tyrėjas, atsakingas už šį tyrimą, patvirtinu, kad paaiškinau minėtam (-ai) pacientui (-ei) būsimo tyrimo esmę ir tikslą.

Pagrindinio tyrėjo **vardas, pavardė**: Arūnas Rimkevičius

Parašas:

Data:

8 priedas. Gyvenimo kokybės anketa

KLAUSIMAI PACIENTO GYVENIMO KOKYBEI ĮVERTINTI

1. **Lytis:** Vyras Moteris
2. **Amžius (metai):**
3. **Išsilavinimas** Pradinis ir žemesnis
 Nebaigtas vidurinis
 Vidurinis
 Aukštasis neuniversitetinis
 Nebaigtas aukštasis
 Aukštasis universitetinis
4. **Šeiminė padėtis** Nevedęs / netekėjusi
 Vedęs / ištekėjusi
 Gyvenate nesusituokę
 Našlys / našlė
5. **Socialinė padėtis** Darbininkas, techninis darbuotojas
 Specialistas, tarnautojas
 Aukščiausio ar vidutinio lygio vadovas
 Pensinio amžiaus
 Studentas, moksleivis
 Ūkininkas
 Namų šeimininkė, auginanti vaikus
 Bedarbis
 Verslininkas
 Kita (įrašykite)
6. **Jūsų gyvenamoji vieta** Didysis miestas (Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai, Panevėžys)
 Apskritis centras
 Kitas miestas
 Rajono centras
 Kitas miestas
 Miestelis, kaimas
7. **Ar seniai sergate plokščiąja kerplige?**

8. Kaip vertinate savo burnos sveikatą?

• Labai blogai • Blogai • Vidutiniškai • Gerai • Labai gerai

9. F1.2. Ar jaudinatės dėl burnos skausmo ar / ir jaučiamo diskomforto?

Nė kiek	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypač
1	2	3	4	5

10. Kaip sunku Jums iškęsti skausmą burnoje?

Nė kiek	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypač
1	2	3	4	5

11. Kaip sunku Jums iškęsti diskomfortą burnoje?

Nė kiek	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypač
1	2	3	4	5

12. F1.4. Ar jaučiate, kad (fizinis) skausmas burnoje neleidžia Jums daryti tai, ką norite daryti?

Nė kiek	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypač
1	2	3	4	5

13. F3.2. Ar turite sunkumų dėl miego?

Nė kiek	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypač
1	2	3	4	5

14. F4.1. Ar džiaugiatės gyvenimu?

Nė kiek	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypač
1	2	3	4	5

15. F4.3. Ar gerai jaučiatės dėl savo ateities sirgdamas plokščiąja kerplige?

• Labai blogai • Blogai • Vidutiniškai • Gerai • Labai gerai

16. F4.4. Ar liga netrukdo jausti teigiamų emocijų Jūsų gyvenime?

Nė kiek	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypač
1	2	3	4	5

17. F5.3. Ar Jums lengvai pavyksta susikonzentruoti?

• Labai blogai • Blogai • Vidutiniškai • Gerai • Labai gerai

18. F6.2. Ar Jūs pasitikite savimi?

Nė kiek	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypač
1	2	3	4	5

19. Ar liga trukdo kasdieniame gyvenime?

Nė kiek	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypač
1	2	3	4	5

20. F8.2. Ar jaučiate nerimą dėl savo ligos?

Nė kiek	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypač
1	2	3	4	5

21. **F8.3. Ar liūdesys (nuolatinis liūdesys) dėl ligos trukdo Jums atlikti kasdienes darbus?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------|------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Labai | Ypač |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
22. **Ar depresija (bloga nuotaika) dėl ligos trukdo Jums atlikti kasdienes darbus?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------|------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Labai | Ypač |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
23. **F8.4. Ar dėl ligos atsiradusios įvairios depresijos išraiškos trukdo Jums?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------|------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Labai | Ypač |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
24. **F11.2. Ar daug, gydant šią ligą, Jums reikia suvartoti vaistų, kad galėtumėte gyventi normalų kasdienį gyvenimą?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|------------|-----------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Labai daug | Ypač daug |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
25. **F11.3. Ar daug dėl šios ligos Jums reikia medicininės priežiūros ir gydymo, kad galėtumėte gyventi įprastą gyvenimą?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|------------|-----------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Labai daug | Ypač daug |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
26. **F11.4. Ar Jūsų gyvenimo kokybė priklauso nuo medicininės pagalbos ir medikamentų gydant šią odos ir gleivinių ligą?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------|------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Labai | Ypač |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
27. **F13.1. Ar sirgdamas jaučiatės vienišas (-a)?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------|------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Labai | Ypač |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
28. **F18.2. Ar dėl ligos ir jos gydymo turite finansinių sunkumų?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------|------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Labai | Ypač |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
29. **F19.1. Ar sunkiai dėl šios ligos galite gauti medicininę pagalbą?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------|------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Labai | Ypač |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
30. **F21.3. Ar liga netrukdo džiaugtis laisvalaikiu?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------|------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Labai | Ypač |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
31. **F2.1. Ar turite pakankamai energijos kasdieniam gyvenimui?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------------|--------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Dažniausiai | Visada |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
32. **F10.1. Ar Jūsų liga netrukdo atlikti kasdienių darbų?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------------|--------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Dažniausiai | Visada |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- 33. F11.1. Ar, gydant šią ligą, Jūs priklausomas (-a) nuo vaistų?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------------|--------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Dažniausiai | Visada |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 34. F14.1. Ar Jūs gaunate reikiamą paramą iš kitų?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------------|--------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Dažniausiai | Visada |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 35. F14.2. Ar galite pasikliauti savo draugais, kai Jums jų reikia?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------------|--------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Dažniausiai | Visada |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 36. F21.2. Ar ši liga leidžia atsipalaiduoti ir džiaugtis savimi?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------------|--------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Dažniausiai | Visada |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 37. G2.7. Ar Jūs patenkintas (-a) savo gyvenimo kokybe?**
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------|--|------------------|------------------------|
| Labai nepatenkintas (-a) | Nepatenkintas (-a) | Nei patenkintas (-a), nei nepatenkintas (-a) | Patenkintas (-a) | Labai patenkintas (-a) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 38. G4. Ar Jūs patenkintas (-a) savo bendra sveikata?**
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------|--|------------------|------------------------|
| Labai nepatenkintas (-a) | Nepatenkintas (-a) | Nei patenkintas (-a), nei nepatenkintas (-a) | Patenkintas (-a) | Labai patenkintas (-a) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 39. G5. Ar Jūs patenkintas (-a) savo turima energija?**
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------|--|------------------|------------------------|
| Labai nepatenkintas (-a) | Nepatenkintas (-a) | Nei patenkintas (-a), nei nepatenkintas (-a) | Patenkintas (-a) | Labai patenkintas (-a) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 40. F3.3. Ar Jūs patenkintas (-a) savo miego kokybe?**
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------|--|------------------|------------------------|
| Labai nepatenkintas (-a) | Nepatenkintas (-a) | Nei patenkintas (-a), nei nepatenkintas (-a) | Patenkintas (-a) | Labai patenkintas (-a) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 41. F6.3. Ar Jūs patenkintas (-a) savimi?**
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------|--|------------------|------------------------|
| Labai nepatenkintas (-a) | Nepatenkintas (-a) | Nei patenkintas (-a), nei nepatenkintas (-a) | Patenkintas (-a) | Labai patenkintas (-a) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 42. F7.4. Ar Jūs patenkintas (-a) savo išvaizda?**
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------|--|------------------|------------------------|
| Labai nepatenkintas (-a) | Nepatenkintas (-a) | Nei patenkintas (-a), nei nepatenkintas (-a) | Patenkintas (-a) | Labai patenkintas (-a) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

43. F18.3. Ar Jūs patenkintas (-a) savo finansine padėtimi?

Labai nepatenkintas (-a)	Nepatenkintas (-a)	Nei patenkintas (-a), nei nepatenkintas (-a)	Patenkintas (-a)	Labai patenkintas (-a)
1	2	3	4	5

44. F19.3. Ar esate patenkintas (-a) bendros sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu?

Labai nepatenkintas (-a)	Nepatenkintas (-a)	Nei patenkintas (-a), nei nepatenkintas (-a)	Patenkintas (-a)	Labai patenkintas (-a)
1	2	3	4	5

45. Ar esate patenkintas (-a) odontologinės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu?

Labai nepatenkintas (-a)	Nepatenkintas (-a)	Nei patenkintas (-a), nei nepatenkintas (-a)	Patenkintas (-a)	Labai patenkintas (-a)
1	2	3	4	5

46. F19.4. Ar esate patenkintas (-a) socialinės apsaugos paslaugomis?

Labai nepatenkintas (-a)	Nepatenkintas (-a)	Nei patenkintas (-a), nei nepatenkintas (-a)	Patenkintas (-a)	Labai patenkintas (-a)
1	2	3	4	5

47. F21.4. Ar Jūs patenkintas (-a) tuo, kaip leidžiate laisvalaikį?

Labai nepatenkintas (-a)	Nepatenkintas (-a)	Nei patenkintas (-a), nei nepatenkintas (-a)	Patenkintas (-a)	Labai patenkintas (-a)
1	2	3	4	5

48. F13.2. Ar Jūs patenkintas (-a) savo ryšiais su šeimos nariais?

Labai nepatenkintas (-a)	Nepatenkintas (-a)	Nei patenkintas (-a), nei nepatenkintas (-a)	Patenkintas (-a)	Labai patenkintas (-a)
1	2	3	4	5

49. G1. Kaip Jūs įvertintumėte savo gyvenimo kokybę?

Labai nepatenkintas (-a)	Nepatenkintas (-a)	Nei patenkintas (-a), nei nepatenkintas (-a)	Patenkintas (-a)	Labai patenkintas (-a)
1	2	3	4	5

50. F3.1. Ar gerai Jūs miegate?

Labai blogai	Blogai	Nei blogai, nei gerai	Gerai	Labai gerai
1	2	3	4	5

51. F5.1. Ar gera Jūsų atmintis?

Labai prasta	Prasta	Nei prasta, nei gerai	Gera	Labai gera
1	2	3	4	5

52. F1.1. Ar dažnai Jūs jaučiate (fizinį) skausmą dėl šios ligos?

Niekada	Retai	Gana dažnai	Labai dažnai	Nuolatos
1	2	3	4	5

53. F8.1. Kaip dažnai Jūs jaučiate neigiamas emocijas, pvz., nerimą, blogą nuotaiką, depresiją ir t. t.?

Niekada	Retai	Gana dažnai	Labai dažnai	Nuolatos
1	2	3	4	5

54. F12.1. Ar Jums plokščioji kerpligė netrukdo dirbti?

Visai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Dažniausiai	Visada
1	2	3	4	5

55. G1.2. Kokia yra Jūsų burnos sveikata?

Labai prasta	Prasta	Nei prasta, nei gera	Gera	Labai gera
1	2	3	4	5

56. Ar turite kokių nusiskundimų dėl burnos gleivinės?

Nė kiek	Šiek tiek	Vidutiniškai	Daug	Labai daug
1	2	3	4	5

57. Ar turite nusiskundimų dėl bėrimų kūno odoje ar / ir gleivinėse?

Nė kiek	Šiek tiek	Vidutiniškai	Daug	Labai daug
1	2	3	4	5

58. Ar dėl plokščiosios kerpligės atsiradę pakitimai netrukdo lytiniam gyvenimui?

Visai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai dažnai	Nuolatos
1	2	3	4	5

59. Ar visos įprastos burnos higienos priemonės tinka Jums (dantų pastos, burnos skalikliai, šepetėliai, tarpdančių šepetėliai)?

Visai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Dažniausiai	Visada
1	2	3	4	5

60. Ar Jūsų dantų valymo įgūdžiai pakankami?

Labai prasti	Prasti	Nei prasti, nei geri	Geri	Labai geri
1	2	3	4	5

61. Ar naudojate dantų pastas?

Niekada	Retai	Gana dažnai	Labai dažnai	Nuolatos
1	2	3	4	5

62. Ar dantų pastos sukelia Jums nemalonių pojūčių?

Niekada	Retai	Gana dažnai	Labai dažnai	Nuolatos
1	2	3	4	5

63. Ar naudojate burnos skalavimo skysčius?

Niekada	Retai	Gana dažnai	Labai dažnai	Nuolatos
1	2	3	4	5

- 64. Ar burnos skalavimo skysčiai sukelia Jums nemalonių pojūčių?**
- | | | | | |
|---------|-------|-------------|--------------|----------|
| Niekada | Retai | Gana dažnai | Labai dažnai | Nuolatos |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 65. Ar naudojate tarpdančių šepetėlius?**
- | | | | | |
|---------|-------|-------------|--------------|----------|
| Niekada | Retai | Gana dažnai | Labai dažnai | Nuolatos |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 66. Ar naudojimasis tarpdančių šepetėliais sukelia dantenų ar / ir burnos gleivinės skausmą?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------|------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Labai | Ypač |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 67. Ar naudojate tarpdančių siūlus?**
- | | | | | |
|---------|-------|-------------|--------------|----------|
| Niekada | Retai | Gana dažnai | Labai dažnai | Nuolatos |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 68. Ar naudojimasis tarpdančių siūlais sukelia dantenų ar / ir burnos gleivinės skausmą?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------|------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Labai | Ypač |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 69. Ar jaučiate seilių trūkumą?**
- | | | | | |
|---------|-------|-------------|--------------|----------|
| Niekada | Retai | Gana dažnai | Labai dažnai | Nuolatos |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 70. Ar jaučiate skonio pakitimus?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------|------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Labai | Ypač |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 71. Ar atsiradę bėrimai burnos gleivinėje sukelia Jums diskomfortą?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------|------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Labai | Ypač |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 72. Ar atsiradę bėrimai burnos gleivinėje trukdo Jums kalbėti?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------|------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Labai | Ypač |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 73. Ar kelia nerimą pasikeitęs burnos estetinis vaizdas?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------|------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Labai | Ypač |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 74. Ar jaučiate nemalonių pojūčių kramtydamas (-a) kietą maistą?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------|------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Labai | Ypač |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 75. Ar jaučiate skausmą valgydamas (-a) rūgštų maistą?**
- | | | | | |
|---------|-----------|--------------|-------|------|
| Nė kiek | Šiek tiek | Vidutiniškai | Labai | Ypač |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

76. Ar jaučiate skausmą valgydamas (-a) aštrų maistą?

Nė kiek	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypač
1	2	3	4	5

77. Ar negalėjimas vartoti kai kurių maisto produktų blogina Jūsų gyvenimo kokybę?

Nė kiek	Šiek tiek	Vidutiniškai	Labai	Ypač
1	2	3	4	5

78. Kokie pakitimai burnoje šiuo metu Jus vargina?

- burnos gleivinės paraudimas, paburkimas;
- balti, šiurkštūs bėrimai burnos gleivinėje;
- skausmingos erozijos ir opos;
- kiti (apibrėžti).

9 priedas. Anketa paciento bendrai sveikatos būklei įvertinti

KLAUSIMAI PACIENTO BENDRAI SVEIKATOS
BŪKLEI ĮVERTINTI

1. Ar šiuo metu jaučiatės sveikas (-a)? Taip Ne
2. Gydotės? Taip Ne
3. Jei taip, kuo sergate?
4. Operacija ir / ar gydymas stacionare per pastaruosius 5 metus Taip Ne
5. Jei taip, kokia buvo liga ar operacija?
6. Ar dabar vartojate vaistus (tarp jų ir kontraceptines tabletes)? Taip Ne
 - a. Jei taip, tai kokius?
7. Kada paskutinį kartą gėrėte antibiotikus?
8. Dabartinės ar jau persirgtos ligos ir būklės:
 - a. Epilepsija ar kita neurologinė liga Taip Ne
 - b. Traukulių ir alpimo epizodai Taip Ne
 - c. Ar buvote gydytas gydytojo psichiatro? Taip Ne
9. Širdies ir kraujagyslių ligos:
 - a. Stenokardija, miokardo infarktas, aterosklerozė, insultas Taip Ne
 - b. Hipertoninė liga Taip Ne
 - c. Ar vartojate antihipertenzinius vaistus? Taip Ne
 - d. Jei taip, tai kokius?
 - e. Kaip dažnai vartojate?
 - f. Kiek metų vartojate?
 - g. Hipotonija (žemas kraujospūdis) Taip Ne
 - h. Širdies vožtuvų pakeitimas ar protezavimas Taip Ne
 - i. Įgimti širdies defektai Taip Ne
 - j. Širdies stimulatorius Taip Ne
 - k. Kiti skundai (parašykite)

10. Skrandžio, žarnyno, kepenų, endokrininės ligos:

- | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| a. Lėtinis gastritas | Taip <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| b. Lėtinis enterokolitas | Taip <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| c. Skrandžio opa | Taip <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| d. Dvylikapirštės žarnos opa | Taip <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| e. Kepenų ligos (gelta, A, B hepatitai ir kt.) | Taip <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| f. Cukrinis diabetas | Taip <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| g. Skydliaukės ligos | Taip <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| h. Kiti hormoniniai sutrikimai (parašykite): | | |

.....

11. ŽIV infekcija (AIDS) Taip Ne

12. Odos ligos:

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| a. Žvynelinė (psoriazė) | Taip <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| b. Dermatitai | Taip <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| c. Sisteminė raudonoji vilkligė | Taip <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |

13. Kraujo ligos:

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| a. Anemija | Taip <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| b. Ar buvo kada perpiltas kraujas? | Taip <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| c. Kraujo krešėjimo sutrikimai | Taip <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| d. Kiti skundai (parašykite)..... | | |

14. Piktybiniai ir gerybiniai augliai Taip Ne

15. Dabartinis ar ankstesnis gydymas nuo vėžio Taip Ne

16. Osteoporozė Taip Ne

17. Alergija:

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| a. Vietiniams anestetikams (pvz., novokainui) | Taip <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| b. Penicilinui ar kitiems antibiotikams | Taip <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| c. Sulfanilamidams (pvz., streptocidui, biseptoliui, kt.) | Taip <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| d. Migdomiesiems, raminamiesiems | Taip <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| e. Aspirinui | Taip <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| f. Jodui | Taip <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |

- g. Kodeinui ar kitiems narkotikams Taip Ne
- h. Plombavimo medžiagoms, plastmasėms, metalams ir kt. Taip Ne
- i. Maisto produktams Taip Ne
- j. Kitiems alergenams (parašykite)

18. Žalingi įpročiai:

- a. Rūkymas Taip Ne
- b. Surūkomų cigarečių skaičius per dieną
- c. Piktnaudžiavimas alkoholiu Taip Ne
- d. Priklausomybė nuo narkotinių medžiagų Taip Ne

19. Ar giminėje kas nors sirgo:

- a. Cukriniu diabetu Taip Ne
- b. Aukštu kraujospūdžiu Taip Ne
- c. Epilepsija Taip Ne
- d. Burnos vėžiu Taip Ne

20. Kitos fiziologinės būklės:

- a. Brendimas Taip Ne
- b. Nėštumas Taip Ne
- c. Kūdikio maitinimas krūtimi Taip Ne
- d. Klimakterinis periodas Taip Ne

21. Nepaminėta liga ar būklė, apie kurią turėtų

žinoti Jūsų gydytojas (parašykite)

8. Etiologiniai veiksniai:

a. Vietiniai:

- i. Skirtingi metalai burnoje (bimetalizmas)
- ii. Bloga burnos higiena
- iii. Aštrūs dantų kraštai
- iv. Dantų šaknys
- v. Lėtinė endodontinė infekcija
- vi. Lėtinė periodonto patologija
- vii. Dantų ėduonis
- viii. Amalgaminės plombos
- ix. Kompozitinės plombos
- x. Burnos protezai (tiltai, vainikėliai)
- xi. Burnos protezai (plokšteliniai)

b. Bendriniai:

- i. Stresas
- ii. Infekcijos

c. Medikamentai:

- i. Nesteroidiniai preparatai nuo uždegimo
- ii. Diuretikai ar antihipertenziniai vaistai
- iii. Antituberkulioziniai vaistai
- iv. Neuroleptikai, raminamieji preparatai
- v. Steroidiniai hormonai (gliukokortikoidai)
- vi. Antiaritminiai (betablokatoriai)
- vii. Cheminės medžiagos
(.....)

d. Idiopatinė

e. Serga plokščiaja kerplige giminaičiai

9. Raudonosios plokščiosios kerpligės asociacijos su kitomis lėtinėmis ligomis:

- a. Pūslinė
- b. Žvynelinė (psoriazė)
- c. Opinis kolitas, gastritas, kitos virškinamojo trakto ligos
- d. Seborėja
- e. Diabetas
- f. Raudonoji vilkligė

10. Šalutinių reiškinių registravimas (atliekant biopsiją):

- a. Nėra
- b. Skausmas po procedūros
- c. Kraujavimas
- d. Infekcija

11. Patirtas stresas: (pabraukti)

Sutuoktinio mirtis	Gyvenamosios vietos pakeitimas
Skyrybos	Mitybos įpročių pokyčiai
Nesutarimai šeimoje	Sūnus ar dukra palieka namus
Artimo šeimos nario, draugo mirtis	Asmeninis laimėjimas, paaugštinimas darbe
Asmeninė liga ar trauma	Nesutarimai šeimoje
Vedybos	Finansinės problemos, skolos, paskolos
Stresas darbe, įtemptas darbas	Problemos su teisėtvara
Atsistatydinimas, išėjimas į pensiją	Kita:

11. Citologija (kandidozė, kt.)

12. Biopsija (atipinės ląstelės, kt.)

13. Diagnozė šiuo metu

11 priedas. Sergančiųjų ir nesergančiųjų plokščiaja kerplige sociodemografiniai rodikliai

Rodiklis	Iš viso, n = 274 (proc.)	Kontrolinė grupė, n = 137 (proc.)	Tiriamoji grupė, n = 137 (proc.)
Amžius (metais)			
0–20	2 (0,7)	1 (0,7)	1 (0,7)
21–30	23 (8,4)	14 (10,2)	9 (6,6)
31–40	20 (7,3)	11 (8,0)	9 (6,6)
41–50	49 (17,9)	26 (19,0)	23 (16,8)
51–60	80 (29,2)	40 (29,2)	40 (29,2)
61–70	61 (22,3)	29 (21,2)	32 (23,4)
Virš 70	39 (14,2)	16 (11,7)	23 (16,8)
Lytis			
Vyrai	137 (50,0)	25 (18,2)	24 (17,5)
Moterys	137 (50,0)	112 (81,8)	113 (82,5)
Išsilavinimas			
Pradinis ir nebaigtas vidurinis	19 (6,9)	9 (6,6)	10 (7,3)
Vidurinis	55 (20,1)	24 (17,5)	31 (22,6)
Aukštasis neuniversitetinis ir nebaigtas aukštasis	94 (34,3)	42 (30,7)	52 (38,0)
Aukštasis universitetinis	106 (38,7)	62 (45,3)	44 (32,1)
Šeiminė padėtis			
Vedę ir gyvenantys nesusituokę	201 (73,4)	100 (72,9)	101 (73,7)
Nevedę ir našliai	73 (26,6)	37 (27,0)	36 (26,3)
Gyvenamoji vieta			
Didysis miestas	213 (77,7)	107 (78,1)	106 (77,4)
Kaimas, kitas miestas	61 (22,3)	30 (21,9)	31 (22,6)
Socialinė padėtis			
Darbininkas, techninis darbuotojas	26 (9,5)	13 (9,5)	13 (9,5)
Specialistas, tarnautojas	112 (40,9)	62 (45,3)	50 (36,5)
Verslininkas	8 (2,9)	1 (0,7)	7 (5,1)
Aukščiausio ar vidutinio lygio vadovas	11 (4,0)	6 (4,4)	5 (3,6)
Studentas, moksleivis	10 (3,6)	3 (2,2)	7 (5,1)
Pensinio amžiaus	78 (28,5)	35 (25,5)	43 (31,4)
Ūkininkas	1 (0,4)	1 (0,7)	0 (0,0)
Namų šeimininkė, auginanti vaikus	11 (4,0)	6 (4,4)	5 (3,6)
Bedarbis	11 (4,0)	8 (5,8)	3 (2,2)
Kita	6 (2,2)	2 (1,5)	4 (2,9)

12 priedas. Gyvenimo kokybei įtakos turintys sociodemografiniai veiksniai

Veiksniai	Tiriamoji grupė				Kontrolinė grupė			
	β	PI		p	β	PI		p
Laisvasis narys	62,9	56,9	78,2	< 0,001	69,5	63,4,	75,5	< 0,001
Amžius								
0–20	0,30	-5,78	6,39	0,921	1,10	-4,3	6,5	0,688
21–30	2,65	-3,42	8,72	0,389	-2,75	-8,36	2,87	0,335
31–40	3,09	-1,67	7,84	0,201	0,10	-4,47	4,68	0,965
41–50	1,67	-2,61	5,95	0,441	-2,11	-6,29	2,07	0,320
51–60	-0,37	-4,91	4,16	0,871	-4,08	-8,51	0,36	0,072
61–70	0				0			
Virš 70								
Lytis								
Vyras	6,20	2,42	9,98	0,001	1,24	-2,05,	4,53	0,458
Moteris	0				0			
Išsilavinimas								
Aukštasis universitetinis	1,58	-4,14	7,31	0,585	7,34	2,11	12,56	0,006
Aukštasis neuniversitetinis, nebaigtas aukštasis	0,53	-5,15	6,20	0,854	4,84	-0,58	10,26	0,080
Vidurinis	0,41	-5,45	6,27	0,891	2,45	-3,10	7,99	0,385
Pradinis, nebaigtas vidurinis	0				0			
Šeiminė padėtis								
Vedęs, gyvena nesusituokę	-2,46	-5,72	0,80	0,138	0,134	-2,76	3,60	0,793
Nevedęs, našlys	0				0			
Gyvenamoji vieta								
Didysis miestas	5,19	1,85	8,53	0,003	0,42	-2,76	3,02	0,927
Kaimas, kt. miestas	0							

β regresijos koeficientai ir jų 95 proc. pasikliautinis intervalas (PI), p – statistinis reikšmingumas

13 priedas. Gyvenimo kokybei įtakos turintys vietiniai veiksniai

Veiksniai	Tiriamoji grupė				Kontrolinė grupė			
	β	PI		p	β	PI		p
Laisvasis narys	67,75	57,13	78,37	< 0,001	67,01	58,16	75,85	< 0,001
Skirtingi metalai burnoje								
Ne	1,24	-2,41	4,90	0,502	4,76	-1,69	11,20	0,147
Taip	0				0			
Bloga burnos higiena								
Ne	2,97	-0,21	6,16	0,067	1,68	-1,95	5,31	0,360
Taip	0				0			
Aštrūs dantų kraštai								
Ne	2,55	-1,34	6,45	0,197	0,79	-2,92	4,50	0,675
Taip	0				0			
Dantų šaknys								
Ne	-0,86	-9,15	7,43	0,838	3,08	-1,02	7,17	0,140
Taip	0				0			
Lėtinė endodontinė infekcija								
Ne	-0,59	-7,43	6,25	0,865	-2,43	-6,85	1,99	0,278
Taip	0				0			
Lėtinė periodonto patologija								
Ne	-1,58	-4,95	1,79	0,355	4,91	2,06	7,76	0,001
Taip	0				0			
Dantų ėduonis								
Ne	0,07	-4,70	4,83	0,978	2,05	-1,21	5,31	0,215
Taip	0				0			
Amalgaminės plombos								
Ne	-1,10	-4,83	2,64	0,562	-0,85	-4,33	2,63	0,628
Taip	0				0			
Kompozitinės plombos								
Ne	-2,62	-5,75	,50	0,099	-1,58	-4,15	0,98	0,225
Taip	0				0			
Fiksuoti dantų protezai								
Ne	-0,40	-3,60	2,80	0,805	-2,25	-5,10	0,59	0,120
Taip	0				0			
Išimami dantų protezai								
Ne	-0,32	-5,26	4,62	0,899	-0,48	-3,73	2,77	0,771
Taip	0				0			

β regresijos koeficientai ir jų 95 proc. pasikliautinis intervalas (PI), p – statistinis reikšmingumas

14 priedas. Gyvenimo kokybei įtakos turintys bendriniai veiksniai

Veiksniai	Tiriamoji grupė			Kontrolinė grupė		
	β	PI	p	β	PI	p
Laisvasis narys	57,85	39,53 76,18	< 0,001	72,21	58,16 75,85	< 0,001
Stresas						
Ne	2,33	-1,02 5,68	0,171	-0,36	-2,98 2,27	0,789
Taip	0			0		
Infekcijos						
Ne	0,50	-5,04 6,05	0,858	1,23	-2,27 4,72	0,489
Taip	0			0		
Vaistai nuo uždegimo						
Ne	5,35	1,42 9,29	0,008	2,07	-1,36 5,50	0,235
Taip	0			0		
Diuretikai						
Ne	0,78	-2,15 3,72	0,598	1,47	-2,00 4,94	0,403
Taip	0			0		
Antituberkulioziniai						
Ne	1,14	-15,35 17,62	0,892	0,13	-16,78 17,05	0,988
Taip	0			0		
Neuroleptikai						
Ne	2,76	-0,43 5,96	0,089	3,37	-0,92 7,65	0,122
Taip	0			0		
Steroidiniai hormonai						
Ne	3,72	-2,35 9,79	0,227	-1,83	-7,79 4,13	0,544
Taip	0			0		
Antiaritminiai vaistai						
Ne	-3,07	-7,78 1,65	0,200	-1,48	-8,22 5,27	0,666
Taip	0			0		
Cheminės medžiagos						
Ne	0,41	-3,13 3,95	0,817	0,14	-10,00 10,28	0,978
Taip	0			0		

β regresijos koeficientai ir jų 95 proc. pasikliautinis intervalas (PI), p – statistinis reikšmingumas

15 priedas. Gyvenimo kokybei įtakos turintis patirtas stresas

Veiksniai	Tiriamoji grupė			Kontrolinė grupė		
	β	PI	p	β	PI	p
Laisvasis narys	67,08	62,31 71,85	< 0,001	69,33	65,38 73,29	< 0,001
Sutuoktinio mirtis						
Ne	-0,76	-4,95 3,42	0,719	4,26	0,75 7,78	0,018
Taip	0			0		
Asmeninė liga ar trauma						
Ne	3,79	0,60 6,99	0,020	3,59	0,72 6,47	0,015
Taip	0			0		
Stresas darbe						
Ne	-2,19	-5,03 0,65	0,129	0,29	-2,10 2,68	0,813
Taip	0			0		

β regresijos koeficientai ir jų 95 proc. pasikliautinasis intervalas (PI), p – statistinis reikšmingumas

16 priedas. Gyvenimo kokybei įtakos turintys rizikos veiksniai

Veiksniai	Tiriamoji grupė			Kontrolinė grupė		
	β	PI	p	β	PI	p
Laisvasis narys	63,39	56,11 70,67	< 0,001	66,34	59,68 72,99	< 0,001
Amžius	-0,43	-1,30 0,44	0,328	-0,52	-1,25 0,22	0,167
Lytis						
Vyras	6,35	2,68 10,02	0,001	1,36	-1,63 4,36	0,370
Moteris	0			0		
Gyvenamoji vieta						
Didysis miestas	4,55	1,31 7,80	0,006	1,12	-1,85 4,10	0,456
Kaimas, kt. miestas	0			0		
Išsilavinimas						
Aukštasis universitetinis	0,75	-4,72 6,22	0,786	7,01	2,09 11,93	0,006
Aukštasis neuniversitetinis, nebaigtas aukštasis	-0,14	-5,49 5,21	0,957	5,16	0,07 10,26	0,047
Vidurinis	-0,86	-6,52 4,79	0,763	3,62	-1,71 8,95	0,181
Pradinis, nebaigtas vidurinis	0			0		
Bloga burnos higiena						
Ne	3,04	0,27 5,81	0,032	1,36	-2,05 4,78	0,431
Taip	0			0		
Lėtinė periodonto patologija						
Ne	-1,85	-4,99 1,30	0,248	4,51	1,86 7,16	0,001
Taip	0					
Fiksuoti dantų protezai						
Ne	1,17	-4,11 1,78	0,435	-3,75	-6,34 -1,16	0,005
Taip	0					
Neuroleptikai						
Ne	1,93	-1,02 4,87	0,198	3,67	0,19 7,15	0,039
Taip	0					

β regresijos koeficientai ir jų 95 proc. pasikliautinis intervalas (PI), p – statistinis reikšmingumas

11. PADĖKA

Esu dėkingas daugeliui žmonių, kurie prisidėjo prie mano mokslinių tyrimų ir šios disertacijos rašymo. Visų pirma, noriu nuoširdžiai padėkoti savo disertacijos idėjos autorei ir mokslinio darbo konsultantei prof. dr. Alinai Pūrienei.

Dėkoju savo mokytojams ir patarėjams doc. dr. Jolantai Aleksejūnienei, prof. dr. Matildai Bylaitei-Bučinskienei, doc. dr. Rūtai Bendinskaitei, dr. Valerijui Dobrovolskiui, dr. Rūtai Žaliūnienei, dr. Rūtai Rastenienei, gydytojui Dmitrijui Šeinin ir inžinierei programuotojai Eglei Šepetauskienei, su kurių pagalba buvo įmanoma atlikti šį daug laiko ir kantrybės reikalaujantį darbą.

Iš anksto dėkoju šios disertacijos gynimo tarybos pirmininkei prof. dr. Vytautei Pečiulienei, tarybos nariams: prof. dr. Rimantui Stukui, prof. dr. Jurgiui Algirdui Juozulynui, prof. dr. Mare Saag ir doc. dr. Vilmai Brukienei, taip pat recenzentams: doc. dr. Linui Zaleckui, doc. dr. Rūtai Gancevičienei ir prof. dr. Jurgiui Algirdui Juozulynui – už pateiktas pastabas ir pasiūlymus, kuriuos labai vertinu.

Dėkoju Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Odontologijos instituto ir Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinikos kolektyvams. Tikėjimas mano darbu ir padrąšinimas man buvo pati svarbiausia atspirtis rengiant ir užbaigiant šį darbą.

Pabaigoje norėčiau padėkoti savo šeimai, artimiems draugams ir kolegoms už nuoširdų palaikymą, kurį jaučiau visus šios disertacijos rengimo metus.

Lietuvių kalbos redaktorė
Dalia Blažinskaitė

Išleido Vilniaus universiteto leidykla
Universiteto g. 1, LT-01513 Vilnius