

ЛЕЧЕНИЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА (ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ)

Ханова С. А., Сирак С. В., Копылова И. А., Сирак А. Г.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России», Ставрополь, Россия (355000, Ставрополь, ул. Мира, 310), e-mail: stgma@br.ru

В статье рассмотрены этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Представлена схема общего лечения данной патологии, рекомендуемая врачами-дерматологами. Проведена сравнительная оценка традиционного и современного местного лечения красного плоского лишая. Пациенты были разделены на две группы. В первой проводилось традиционное местное лечение, во второй применялась ранозаживляющая мазь. Местная терапия в первой группе оказалась недостаточно эффективной, по сравнению со второй. Наиболее эффективные средства для ускорения эпителизации образований при данной патологии, применяемые во второй группе, обладающие адгезивным, эпителизирующим и противовоспалительным действием. В статье приведены практические рекомендации, включающие общее и местное лечение, а также общие мероприятия, проводимые врачом-стоматологом и врачами смежных специальностей.

Ключевые слова: красный плоский лишай, папула, слизистая оболочка полости рта, ранозаживляющая мазь.

ON THE TREATMENT OF PLANUS ORAL MUCOSA (PRACTICAL RECOMMENDATIONS)

Xanova S. A., Sirak S. V., Kopylova I. A., Sirak A. G.

SEI HPE "Stavropol State Medical University, Ministry of Health of Russia", Stavropol, Russia (355000, Stavropol, Mira str., 310), e-mail: stgma@br.ru

The article deals with the etiology, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis and treatment of lichen planus of the oral mucosa. The scheme of the general treatment of this disease, the recommended dermatologists. A comparative evaluation of traditional and contemporary topical treatment of lichen planus. Patients were divided into two groups. In the first underwent traditional topical treatment applied to the second wound healing ointment. Local therapy of the first group was not effective in comparison with the second. The most effective means to accelerate epithelialization formations in this condition applied in the second group having an adhesive, anti-inflammatory and necrotic action. The paper provides practical recommendations including general and local treatment, and general activities of the dentist and doctors related specialties

Key words: lichen planus, papules, oral mucosa, wound healing ointment.

Красный плоский лишай – хронический зудящий дерматоз мультифакторной природы, характеризующийся моноформными папулезными высыпаниями на коже. По некоторым данным, частота поражений слизистой оболочки полости рта варьирует от 60 до 80 % [1, 2, 7, 11].

Чаще болеют женщины в возрасте от 40 до 65 лет. Из-за возросшего контакта с вирусной инфекцией, существенным изменением реактивности организма, а также повышенной частотой психоэмоциональных напряжений, в последнее время отмечается «омоложение» лиц, страдающих этим заболеванием [2, 4, 9].

Выделяют нейрогенную, вирусную, бактериальную, аутоиммунную теории этого заболевания. Токсико-аллергическая теория имеет значение при развитии изолированного плоского лишая слизистой оболочки полости рта (СОПР). Хронические общесоматические заболевания ослабляют защитные свойства организма, а также резистентность слизистой

оболочки к травме, что ведет к возникновению плоского лишая. Неврогенная теория плоского лишая подтверждается тем, что первые вспышки заболевания у многих пациентов обнаруживались после какого-либо нервного потрясения или после хронического нервного перенапряжения, послужившего провоцирующим фактором. На основании анамнеза и клинического обследования больных красным плоским лишаем выясняется, что большинство из них страдает теми или иными расстройствами нервной системы (неврастения, вегетоневрозы и т.д.) [8, 9, 11].

Отмечена зависимость течения красного плоского лишая от наличия различных заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы [2, 3, 12].

В развитии красного плоского лишая значение имеет наследственная предрасположенность. Описаны случаи, когда КПЛ был констатирован в нескольких поколениях, наследственный анамнез отмечается примерно у 0,6 % из всего количества больных [1, 10].

На возникновение КПЛ СОПР влияют ятрогенные факторы: острые края зубов, плохо подогнанные съемные пластинчатые протезы, нависающие пломбы, а также протезы из разнородных металлов. Наличие в полости рта протезов из разных металлов изменяют микроэлементный состав слюны. В ней появляются примеси разнородных металлов, что способствует возникновению гальванических токов и оказывает ингибирующее действие на ряд ферментов [2, 10].

Красный плоский лишай в некоторых случаях может представлять собой общую аллергическую реакцию на некоторые медикаментозные и химические раздражители [3, 6, 8]. Это так называемые лихеноидные реакции.

Клинически красный плоский лишай характеризуется появлением узелков, сопровождающихся зудом. Преобладают папулы полигональной формы, круглые и овальные. Величина элементов – 1–2 мм в диаметре, поверхность плоская, с круто обрывающимися краями. Цвет высыпаний синюшно-красный. На месте регресса высыпаний остаются пигментные пятна желтоватого или коричневатого цвета. При слиянии высыпаний образуются бляшки (стека Уикхема).

Поражения чаще локализуются на слизистой щек в заднем отделе и ретромолярном пространстве, далее язык (латеральная и дорзальная поверхности, реже нижняя), губы, десна и слизистая оболочка альвеолярного края и твердого неба.

Своеобразную клиническую картину представляет красный плоский лишай на красной кайме губ. У большинства пациентов на ней видны отдельные папулы небольших размеров с полигональным основанием. Отдельные папулы соединяются между собой

кератотическими мостиками. Ороговение придает папулам беловато-синеватый оттенок [6, 9].

Течение плоского лишая хроническое, торпидное, однако возможны и периоды обострений.

Выделяют шесть основных клинических форм красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ: типичную, гиперкератотическую, экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллезную, атипичную. Крайне редко встречается пигментная форма [1, 10].

При типичной и гиперкератотической формах течение бессимптомное, отмечается шероховатость слизистой оболочки. Экссудативно-гиперемическая и атипичная формы всегда сопровождаются жжением и чувствительностью. Болезненность отмечается при буллезной, эрозивно-язвенной и инфильтративной формах.

Диагностика красного плоского лишая не вызывает трудностей, если высыпания имеются и на коже, и на слизистой оболочке полости рта. Симптом Кебнера: на месте механического раздражения появляются новые высыпания. Гистологическая картина при данной патологии следующая: эпителий кератинизирован, в сосочковом слое определяется диффузный лимфоцитарный инфильтрат, базальная мембрана отечна.

Лечение красного плоского лишая должно быть комплексным и индивидуальным, с привлечением специалистов других профилей. Перед проведением любой терапии проводится тщательная санация полости рта. При общем лечении всех форм плоского лишая больным, страдающим ангионевротическими реакциями, рекомендуется седативная терапия.

Способы и средства, предложенные для лечения красного плоского лишая, различны: это внутримышечные инъекции 0,1 % раствора иммуномодулятора тимодепрессина, применение анксиолитика тенотена и антиоксиданта кудесана в сочетании с иммуномодулятором имудоном, использование топических ингибиторов кальциневрина и высокоактивных стероидов в сочетании со светотерапией «Биоптрон», применение препарата «Галавит ПЛ», системная кислородно-озоновая терапия [2, 4, 5, 7, 10, 11, 12]. Некоторые авторы предлагают использовать ультрафонофорез левзеи для ускорения эпителизации эрозивно-язвенных элементов и купирования основных симптомов заболевания [6, 8, 9].

Цель исследования: повышение эффективности комплексного лечения красного плоского лишая за счет использования разработанной мази.

Материалы и методы: всего под наблюдением находилось 24 пациента, в возрасте от 30 до 65 лет, 18 женщин и 6 мужчин. Пациенты находились на лечении в ГБУЗ «Краевом клиническом кожно-венерологическом диспансере» г. Ставрополя. Перед началом лечения,

всем пациентам были проведены общие мероприятия: санация полости рта, профессиональная гигиена полости рта, устранение очагов хронической инфекции (деструктивные формы периодонтита, пародонтита), определение уровня глюкозы.

Общее лечение: антигистаминные препараты: «Эриус» по 1 табл. в день 20–30 дней. Седативные средства: «Ново-пассит» по 1 ч.л.; «Глицин» по 1 табл. сублингвально. Витаминотерапия: витамин «А» по 1 таблетке после еды в течение 1 мес. Противомаларийные препараты: «Делагил» по 0,25 г 1-2 раза в день, в течение 1 мес. Противогрибковые средства: «Флюкостат» по 1 табл., на 1, 3, 5 сутки от начала лечения.

Пациенты были разделены на 2 группы по 12 человек, в зависимости от проводимого местного лечения. Первую группу составляли пациенты с диагнозом: красный плоский лишай (типичная форма). Во второй: красный плоский лишай (гиперкератотическая форма). Больные предъявляли жалобы на болезненность, чувствительность, шероховатость слизистой оболочки полости рта. У всех пациентов отмечались высыпания на коже: синюшно-красные папулы в диаметре от 0,1 до 1 см.

Местное лечение, проводимое у пациентов I группы, было традиционное и заключалось в назначении 5 % раствора анестезина на персиковом масле, масла шиповника и инъекций раствора преднизолона по 0,5 мл под каждое образование на слизистой оболочке один раз в три дня.

Во второй группе применялась разработанная мазь: до и после приема пищи. Она обладает обезболивающим эффектом, за счет входящего в ее состав геля «Лидоксор», что позволяет пациентам безболезненно принимать пищу. «Солкосерил дентальная паста» обеспечивает кератопластический эффект и адгезию мази к влажной слизистой оболочке полости рта, тем самым пролонгирует действие всех компонентов средства. Облепиховое масло также обладает эпителизирующим эффектом. Преднизолоновая мазь снимает воспаление и ускоряет процессы заживления.

Оценку процессов заживления проводили путем измерения размера папул, исключения появления новых высыпаний и уменьшение болезненности и чувствительности слизистой оболочки полости рта.

Результаты и обсуждение. Контроль процессов эпителизации папул проводили на 7-е, 14-е и на 21-е сутки. Было отмечено, что эффект проводимого местного лечения в первой группе был значительно ниже, чем во второй группе. Основным недостатком местного лечения первой группы являлось то, что применяемые средства легко смывались слюной и пищей, поэтому противовоспалительное и ангиопротекторное действие не имело стойкого терапевтического эффекта, ускорения заживления папул на слизистой оболочке не происходило.

На 7-е сутки на слизистой оболочке полости рта у всех пациентов первой группы сохранялся характерный сетчатый рисунок, отмечалась эпителизация 12,6 % образований. На 14-е сутки наблюдалась эпителизация 18,6 % папул, на 21-е сутки – 37,8 %. Окончательное заживление высыпаний к концу второго месяца наблюдения отмечено лишь у 3 больных (25 %), у 4 больных данной группы (33,3 %) полная эпителизация папул слизистой оболочки полости рта наступила в сроки от 2 до 3 месяцев после начала лечения.

Во второй группе процессы эпителизации проходили быстрее, чем в первой, в том числе и за счет хорошей адгезии мази к влажной слизистой оболочке полости рта.

Наблюдение за пациентами второй группы на 7-е сутки показало, что у всех пациентов наступила эпителизация 40,9 % папул, на 14-е отмечено заживление 53,5 % образований и на 21-е сутки – 70,2 % папул. У 1 пациента (8,3 %) на фоне старых появились новые папулы. У 6 пациентов (50 %) этой группы полное заживление папул слизистой оболочки отмечено к концу второго месяца лечения. Аллергических реакций и осложнений при проведении лечения не отмечалось.

Практические рекомендации:

общие мероприятия:

- санация полости рта;
- профессиональная гигиена полости рта;
- устранение очагов хронической инфекции (деструктивные формы периодонтита, пародонтита);
- определение уровня глюкозы.

Общее лечение:

- антигистаминные препараты: «Эриус» по 1 табл. в день 20–30 дней;
- седативные препараты: «Ново-пассит» по 1 ч.л.; «Глицин» по 1 табл. сублингвально;
- витаминотерапия: витамин А по 1 таблетке после еды в течение 1 месяца;
- противомаларийные препараты: «Делагил» по 0,25 г 1–2 раза в день, в течение 1 мес.;
- противогрибковые препараты: «Флюкостат» по 1 табл., на 1, 3, 5 сутки от начала лечения.

Местное лечение: применение ранозаживляющей мази до и после еды.

Необходимо помнить, что эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красного плоского лишая являются факультативным предраком!

Клинический пример

Пациентка М., 47 лет, амб.карта № 2577

Жалобы: слабая боль и жжение при приеме пищи, сухость во рту.

Объективно: на красной кайме губ характерный сетчатый рисунок беловато-синюшного цвета. На десне белые и красные папулы, также выраженная сетка, которая распространяется от переходной складки по всей слизистой оболочке нижней губы.

Проведена дифференцированная диагностика со сходными по клинической картине заболеваниями. Исключены: плоская лейкоплакия, вторичный сифилис, красная волчанка. Для дифференциации одного вида кератоза от другого применялось люминесцентное свечение. В лучах Вуда высыпания при красном плоском лишае светятся бледно-голубым цветом.

Диагноз: красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта, типичная форма.

Лечение. Пациентке проведена санация полости рта. Удалены зубные отложения: наддесневые и поддесневые. Лечение кариеса и его осложнений. Устранены ятрогенные факторы: удалены нависающие края пломб.

Назначен курс общей терапии с использованием седативных препаратов «Новопассит» по 1 чайной ложке 3 раза в день и преднизолона по 25 мг через день. «Эриус» по 1 таблетке в течение 20 дней. «Глицин» по 1 табл. сублингвально. Витамин А по 1 таблетке после еды в течение 1 месяца. «Делагил» по 0,25 г 1–2 раза в день, в течение 1 мес. «Флюкостат» по 1 табл., на 1, 3, 5 сутки от начала лечения.

Местное лечение: применение разработанной мази 2–3 раза в день. Уже на 14-е сутки отмечено заживление более половины образований на слизистой оболочке полости рта и губ, новых папул не отмечено. На 21-е сутки – отмечено полное заживление и эпителизация изменений слизистой оболочки.

Выводы. Таким образом, полученные данные показали, что местное лечение, проведенное в первой группе, оказалось не достаточно эффективным, по сравнению со второй. Кроме того, у пациентов первой группы после инъекций под папулы наблюдались осложнения в виде рубцов. Применение поликомпонентной мази (вторая группа) позволило сократить заживление папулезных высыпаний и предотвратить развитие осложнений.

Список литературы

1. Григорьян А. А. Разработка и клиническое применение нового ранозаживляющего средства для лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей и подростков / А. А. Григорьян, С. В. Сирак, А. Г. Сирак, С. А. Ханова // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 2. – С. 41.
2. Сирак С. В. Использование поликомпонентной адгезивной мази в сочетании с иммуномодулирующим препаратом в комплексной терапии пузырчатки / С. В. Сирак, И. А. Копылова, В. В. Чеботарев, Аль-Асфари // Пародонтология. – 2012. – Т.17. – № 2. – С. 62-65.

3. Сирак С. В. Особенности выбора антимикробных препаратов для местного лечения воспалительных заболеваний пародонта у детей и подростков / С. В. Сирак, И. А. Шаповалова, Ю. Н. Пугина, А. К. Лолаева // *Стоматология детского возраста и профилактика*. – 2008. – Т.7. – №4. – С. 61-63.
4. Сирак С. В. Лечебно-профилактический эликсир для ухода за полостью рта / С. В. Сирак, Е. М. Максимова, А. П. Кожемякина // Патент на изобретение *RUS 2334522* 12.03.2007.
5. Сирак С. В. Средство для полоскания полости рта / С. В. Сирак, А. А. Слетов, М. В. Локтионова // Патент на изобретение *RUS 2364389* 11.03.2008.
6. Сирак С. В. Способ лечения воспалительных заболеваний пародонта / С. В. Сирак, Е. В. Компанцева, Е. С. Ващенко // Патент на изобретение *RUS 2372949* 14.07.2008.
7. Сирак С. В. Съедобная жевательная резинка с ранозаживляющим эффектом и способ ее производства / С. В. Сирак, А. Г. Сирак // Патент на изобретение *RUS 2432939* 29.04.2010.
8. Сирак С. В. Разработка и применение поликомпонентной адгезивной мази для лечения эрозивных поражений слизистой оболочки полости рта у пациентов с обыкновенной пузырчаткой / С. В. Сирак, В. В. Чеботарев, А. Г. Сирак, А. А. Григорьян // *Современные проблемы науки и образования*. – 2013. – № 2. – С. 15.
9. Сирак С. В. Опыт использования местных ранозаживляющих средств при лечении вульгарной пузырчатки с локализацией на слизистой оболочке полости рта и губах / С. В. Сирак, В. В. Чеботарев, А. Г. Сирак, А. А. Григорьян // *Медицинский вестник Северного Кавказа*. – 2013. – Т. 8. – № 1. – С. 59-62.
10. Сирак С.В. Изучение противовоспалительных и регенераторных свойств стоматологического геля на основе растительных компонентов, глюкозамина гидрохлорида и димексида в эксперименте / С. В. Сирак, М. В. Зекерьяева // *Пародонтология*. – 2010. – № 1. – С. 46-50.
11. Сирак С. В. Изучение морфологических изменений в пульпе зубов экспериментальных животных при лечении глубокого кариеса и острого очагового пульпита / С. В. Сирак, А. Г. Сирак, И. А. Копылова, А. К. Бирагова // *Медицинский вестник Северного Кавказа*. – 2011. – Т. 23. – № 3. – С. 29-33.
12. Сирак С. В. Изучение эффективности ранозаживляющего средства для лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей и подростков / С. В. Сирак, И. А. Шаповалова, М. В. Локтионова, А. К. Лолаева // *Стоматология детского возраста и профилактика*. – 2008. – Т. 7. – № 2. – С. 79-81.

Рецензенты:

Чеботарев Вячеслав Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, г. Ставрополь.

Калиниченко Александр Анатольевич, доктор медицинских наук, главный врач стоматологической клиники «Фитодент», г. Михайловск.

