

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Македонова Ю. А., Федотова Ю. М., Фирсова И. В., Поройский С. В.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Волгоград, e-mail: vlgmed@advent.avtig.ru

При огромном количестве новых медикаментозных средств для лечения эрозивно-язвенных поражений полости рта, которые появились на стоматологическом рынке, перед врачом-стоматологом встает задача правильного выбора. Данные о клинической целесообразности и эффективности современных методов лечения слизистой полости рта в доступной литературе разрозненны, немногочисленны, достаточно часто противоречивы. Актуальной остается проблема регенерации эрозивно-язвенных поражений. Основной проблемой местного применения лекарственных композиций является создание эффективной концентрации в очаге воспаления и её поддержание в течение необходимого для лечения периода времени. Учитывая роль психологических и вегетативных дисфункций у больных в возникновении патологических элементов на слизистой полости рта и поддержании хронического и рецидивирующего течения заболевания, сочетанное применение медикаментозных и немедикаментозных методов лечения у таких больных является обоснованным и перспективным.

Ключевые слова: эрозия, язва, регенерация, репарация, лечение.

MODERN ASPECTS OF TREATMENT OF EROSIVE AND ULCERATIVE FORMS PLANUS OF THE ORAL MUCOSA

Makedonova Y. A., Fedotova Y. M., Poroykiy S. V., Firsova I. V.

GBOU VPO "Volgograd State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation., Volgograd, e-mail: vlgmed@advent.avtig.ru

With a huge number of new medication for the treatment of erosive and ulcerative lesions of the oral cavity, which appeared in the dental market, before the dentist there is a problem right choice. Data on the clinical appropriateness and effectiveness of modern methods of treatment of the oral mucosa in the available literature scattered, sparse, often contradictory. An urgent problem is the regeneration of erosive and ulcerative lesions. The main problem of topical drug formulations is to provide an effective concentration in the inflammation and its maintenance within the required time period for treatment. Given the role of psychological and autonomic dysfunction in patients in the occurrence of pathological elements in the oral mucosa and maintaining chronic and relapsing course of the disease, the combined use of drug and non-drug treatments for these patients is a reasonable and promising.

Keywords: erosion, ulcers, regeneration, repair, treatment.

На сегодняшний день заболевание красный плоский лишай остается актуальной проблемой, связанной с постоянной частотой его выявления, отсутствием единой патогенетической концепции, а также наличием тяжело протекающих форм и хроническим течением, часто резистентным к проводимой терапии.

Красный плоский лишай (КПЛ) – узелковое хроническое заболевание, возникающее на коже и видимых слизистых оболочках. При этом заболевании часто поражается слизистая оболочка полости рта и красная кайма губ. Данные о частоте поражений слизистой оболочки полости рта разноречивы – от 60 % до 80 %, причем одновременное поражение кожи и слизистой оболочки полости рта регистрируют примерно до 40 % случаев, а изолированное поражение только слизистой оболочки полости рта 60 % – 70 %. Заболевание приходится чаще на возрастную группу от 30 до 60 лет, хотя в последнее

время отмечается «омоложение» страдающих этим заболеванием [8]. Возможно это связано с возросшим контактом с вирусной инфекцией, существенным изменением реактивности организма, а также повышенной частотой психоэмоциональных напряжений [2].

Особое внимание привлекает эрозивно-язвенная форма, характеризующаяся длительным и тяжелым течением, на долю которой, по данным различных авторов, приходится 23 %–46 % всех форм красного плоского лишая слизистой полости рта. Данная форма характеризуется сложностью при постановке диагноза и частым озлокачиванием в полости рта. Частота злокачественного перерождения доходит до 1,6 % [3]. Следовательно, лечение должно быть направлено на ускорение регенерации и восстановление репаративных свойств слизистой оболочки полости рта.

Актуальность проблемы. Лечение эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая остаётся актуальной задачей, несмотря на использование большого количества лекарственных средств различных фармакологических групп. Предполагаемые методы, по-видимому, не учитывают всех звеньев этиологии и патогенеза этого заболевания. В литературе есть единичные сообщения о включении в комплекс лечения больных КПЛ лекарственных средств, направленных одновременно на регенерацию, нормализацию микрофлоры полости рта и повышение функциональной активности иммунной системы. Принимая во внимание сложность патогенеза КПЛ, успех возможен лишь при комплексном индивидуализированном лечении с использованием современных средств и методов. При этом необходимо устранить факторы риска – бытовые и профессиональные вредности, сопутствующие заболевания, очаги фокальной инфекции. Провести санацию полости рта, рациональное протезирование [4]. Пищевые продукты не должны вызывать раздражение слизистых оболочек рта. Стойкость и рецидивирующий характер указанных заболеваний требуют, помимо проведения обычных гигиенических мероприятий по уходу за полостью рта, носа, губами и зубами, обоснованной терапии, воздействующей непосредственно на причину заболевания, а именно, применения средств, обеспечивающих восстановление защитных механизмов организма и локальных участков.

Медикаментозные методы лечения

Одним из важных этапов комплексной терапии эрозивно-язвенной формы КПЛ является местное консервативное лечение.

На сегодняшний день препараты для лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая включают применение общих и местных лекарственных средств. Существует много препаратов для перорального применения. В качестве базисной терапии назначают глюкокортикостероиды. Показана клиническая эффективность витаминотерапии на метаболические процессы (витамины А,Е,С). Большую роль в лечении КПЛ слизистой

оболочки рта играет местная терапия (аппликации кортикостероидными мазями, противовоспалительные и эпителизирующие средства). В литературе имеются сообщения о лечении больных красным плоским лишаем инъекциями под эрозии с витамином В1 или никотиновой кислотой. В последнее время все шире используется иммуностропная терапия красного плоского лишая. Однако используемые мази, масла, кремы и пасты не обладают одновременно адгезивным, противовоспалительным и ангиопротекторным эффектом. Такое лечение не предотвращает развитие рецидивов заболевания [7].

Также следует отметить, что традиционно применяемые лекарственные средства и способы их введения имеют существенные недостатки. При проведении орошений, инстилляций препараты быстро вымываются ротовой или носовой жидкостью, снижая необходимую лечебную концентрацию [6]. Известны способы местного лечения эрозивно-язвенной формы КПЛ с применением препаратов растительного и животного происхождения (природного): применение эраконда, элеутерококка, алое. Однако эти препараты быстро удаляются с очага поражения [1].

Интересен опыт применения трансмукоидных терапевтических систем (ТТС) – лекарственных пленок на основе природных веществ и лекарственных трав, которые фиксируются в полости рта в течение 2–3, а при необходимости и 5–6 часов, до полного рассасывания. Они не мешают разговору и приему пищи, не вызывают неприятных ощущений во рту (горечи, жжения, сухости), аллергических реакций, пролежней и мацераций. Недостатком трансмукоидных терапевтических систем является затруднительное их применение при ксеростомии (сухости полости рта), особенно в выраженной стадии, поскольку при отсутствии ротовой жидкости невозможно их растворение [6].

Основной проблемой местного применения лекарственных композиций является проблема создания эффективной концентрации в очаге воспаления и поддержание такой концентрации в течение необходимого для лечения периода времени [5]. В связи со всем вышесказанным, для повышения эффективности лечения проявлений красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта целесообразно использовать средства, обладающие адгезивным, регенеративным, противовоспалительным, ангиопротекторным эффектом.

Учитывая вышеизложенное, возникает потребность в проводнике, который совмещал бы все преимущества аппликационного способа введения лекарственных веществ и исключал все недостатки существующих проводников. Методом выбора могут стать аппликации аквакомплексаглицеросольвата титана (Тизоль). Тизоль является лекарственным веществом, обладающее противовоспалительным действием, способствующее проведению медикаментозных добавок через кожу и слизистые. В настоящее время он используется как

готовое лекарственное средство и как субстанция-основа для приготовления мягких лекарственных форм в аптечных условиях.

Тизоль (аквакомплексглицеросольвата титана) представляет собой металлокомплексное соединение, поэтому является стерильным и обладает противовоспалительным и антимикробным действием. В молекуле Тизоля атом титана, химически связанный с глицерином и водой, является комплексообразующим центром для составляющих молекулу препарата фрагментов: глицерина и воды. Этим взаимодействием определяется гелевая структура препарата, обеспечивающая его высокую проводимость через биологические ткани и его фармакологические свойства.

Тизоль является безопасным, не вызывает побочных реакций, что подтверждено результатами фармакологических и клинических исследований. Лекарственный препарат Тизоль хорошо смешивается и способен образовывать за счет межмолекулярных взаимодействий с лекарственными веществами различной химической природы однородные устойчивые комплексные соединения, обладающие микробиологической чистотой и самоподдерживающейся стерильностью.

Лекарственные композиции Тизоля представляют трансдермальные терапевтические системы, позволяющие регулировать скорость и количество вводимых через кожу и слизистые лекарственных веществ. Тизоль быстро доставляет лекарственные вещества в неизменном виде в патологический очаг и высвобождает их в полном объеме, усиливая терапевтическое действие субстанций, что позволяет достичь высокого лечебного эффекта.

Следует отметить, что все большую популярность в геронтостоматологии приобретают пластины, предназначенные для лечения и профилактики воспалительных заболеваний полости рта. Саморассасывающиеся пластины «КП-Пласт-вита» (ВладМива), содержащие биоксидантный комплекс (витамин С, Е, бета-каротин), защищают клеточные структуры мягких тканей полости рта от разрушения свободными радикалами, ускоряют процесс заживления ран, способствуют снижению проницаемости соединительной ткани и клеток капилляров, эффективно снимают отёчность и делают ткани слизистой полости рта недоступными для проникновения инфицированных агентов. Также они оказывают антисептическое, противовоспалительное, антиаллергенное и дезодорирующее действие и способствуют усилению регенераторных процессов слизистой оболочки ротовой полости.

Немедикаментозные методы лечения

Отсутствие единого и четкого представления о пусковых механизмах развития заболевания обуславливает применение для его лечения многочисленных медикаментозных средств, назначение которых носит эмпирический или симптоматический характер. В связи с возрастанием аллергических и токсико-аллергических реакций при применении большого

числа лекарственных средств, особенно актуальным является совершенствование немедикаментозных способов лечения КПЛ, направленных на коррекцию его основных патогенетических звеньев.

В последнее десятилетие отмечается значительный рост интереса к применению тромбоцитарной аутоплазмы. Аутоплазма, обогащенная тромбоцитами, обладает рядом полезных свойств: ускоряет процессы регенерации тканей, противовоспалительный эффект, снижение болевого синдрома. Тромбоцитарная аутоплазма является высоко активным биологическим стимулятором процессов регенерации за счет содержащихся в альфа гранулах тромбоцитов различных факторов роста, действующих на все структурные единицы окружающих тканей и стимулирующих процессы регенерации [1].

Обогащенная тромбоцитами и фибрином аутоплазма является аутогенным источником факторов роста, получаемой в результате разделения цельной крови по градиенту плотности. Было выявлено, что при реализации данной функции тромбоциты выделяют особые белки – факторы роста, которые представляют собой биологические активные молекулы полипептидного происхождения. Они испускают специальные сигналы, воспринимаемые рецепторами, которые расположены на поврежденных клетках. Те, в свою очередь, получают сигнал и приступают к стимулированию деления таких клеток. Таким образом, увеличение уровня тромбоцитов в крови ведет к увеличению интенсивности их влияния на регенерацию тканей. Плазма, богатая тромбоцитами, стимулирует репаративные процессы: тем самым уменьшая сроки эпителизации. Механизм действия факторов роста изучался еще десятки лет назад в лабораториях многих зарубежных стран. В ходе исследований было выявлено, что в организме деление клеток фибробластов происходит в сотни раз чаще и быстрее, чем размножение этой же культуры клеток в пробирке, что доказывает стимулирующее влияние тромбоцитарных факторов роста на обновление тканей. Причем факторы роста по своей природе являются белками, которые не способны вызывать мутагенные реакции, то есть развитие онкологического процесса. Именно поэтому инъекции тромбоцитарной аутоплазмы являются безопасным и эффективным способом ускорения регенерации тканей и синтеза коллагена [1].

В настоящее время основная цель исследований процессов регенерации – идентификация факторов роста, раскрытие механизма действия и возможностей их использования для ускорения заживления ран.

Широкий спектр биологического действия гирудотерапии позволяет с успехом применять данный метод при лечении красного плоского лишая. Многофакторное влияние метода гирудотерапии позволяет использовать его в качестве патогенетического и симптоматического в комплексном лечении заболеваний СОПР в расчете на повышение

эффективности и сокращение сроков лечения, быстрое купирование местных симптомов и некоторых общих проявлений сочетанной общесоматической патологии, профилактику рецидивов и осложнений.

Физиотерапевтические методы лечения

В настоящее время с успехом используется метод комбинированной фототерапии (ультрафиолетовое облучение). Данная терапия оказывает влияние на иммунные реакции, повреждая иммунокомпетентные клетки в коже. При этом исчезает поверхностный лимфоцитарный инфильтрат в дерме, нормализуется клеточный состав в эпидермисе. Но данная процедура является достаточно дорогостоящей [7].

Поскольку стрессовый фактор является индуцирующим и поддерживающим патологический процесс при КПЛ, представляет большой интерес возможность немедикаментозного воздействия на психоэмоциональное состояние больных. Как показано в работах последних лет, предотвращать патологические последствия стресса, а также повышать резистентность к его воздействиям возможно путем активации опиоидергических механизмов. Опиоидные пептиды принимают участие не только в регуляции процессов восприятия боли, но также, являясь в функциональном отношении регуляторами деятельности различных органов и систем, воздействуют на нейрональную активность, память, поведение, обладают выраженным седативным и антистрессовым действием. Помимо этого, они оказывают гомеостатическое действие на регуляцию различных физиологических функций, включая стимуляцию репаративной регенерации поврежденных тканей. Методом стимуляции опиоидергических структур мозга является транскраниальная электростимуляция, которая, таким образом, оказывает, помимо центральных эффектов – антистрессового и нормализующего механизмы сосудистой регуляции, периферический эффект, заключающийся в ускорении процессов репаративной регенерации в различных органах и тканях организма.

Учитывая роль психологических и вегетативных дисфункций у больных КПЛ в возникновении патологических элементов на слизистой полости рта и поддержании хронического и рецидивирующего течения заболевания, применение транскраниальной электростимуляции у таких пациентов является обоснованным и перспективным [2].

В последние десятилетия чаще применяют в лечении КПЛ лазеротерапию. Многими исследователями отмечено ее противовоспалительное, гипосенсибилизирующее, репаративное действие. Известны бактериостатическое, обезболивающее, рефлексогенное действия гелий-неонового лазера. Положительный эффект был получен при применении лазеропунктуры на аурикулярные и корпоральные точки при лечении КПЛ. У больных

отмечается уменьшение болей, воспалительных явлений, сокращаются сроки эпителизации эрозий.

В последние годы убедительно доказан положительный эффект при применении рефлексотерапии в лечении КПЛ. Отмечаются хорошие результаты при использовании методики корпоральной акупунктуры, электроакупунктуры и комбинации этой методики с аурикулярной акупунктурой.

Таким образом, совершенствование немедикаментозных способов терапии КПЛ ведется в течение последних лет наиболее активно, что приобретает особенно важное значение в связи с возрастанием различных токсико-аллергических реакций при применении многочисленных медикаментозных средств, используемых в лечении КПЛ.

Современная терапия не всегда дает хороший результат. В связи с этим ведется научный поиск новых методов и средств, повышающих эффективность терапевтического воздействия на патологический очаг воспаления в слизистой полости рта, способствующих скорейшему заживлению эрозивно-язвенных поражений и восстановлению репаративно-регенераторных функций слизистой полости рта.

Список литературы

1. Ахмеров Р. Р., Зарудий Р. Ф., Лепинский Д. В., Махмутова А. Ф., Монак И. Е., Овечкина М. В., Сысолятин С. П. Результаты комплексного лечения заболеваний пародонта с использованием богатой тромбоцитами аутоплазмы // Научные труды VIII международного конгресса «Здоровье и образование в XXI веке; концепции болезней цивилизации. – Москва. – 2007. – С.116-117.
2. Баркова С. В. Эффективность применения транскраниальной электростимуляции в комплексном лечении больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2012. – 23 с.
3. Македонова Ю. А., Мартынова Н. Ш., Фирсова И. В., Поройский С. В., Михальченко В. Ф. Эффективность применения аутогемотерапии при лечении больных с эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки полости рта // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5; URL: <http://www.science-education.ru/128-22438> (дата обращения: 29.10.2015).
4. Фирсова И. В., Поройский С. В., Македонова Ю. А., Камалетдинова Р. С., Кобелев Е. В. Принцип качества и безопасности в современной стоматологической практике // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6; URL: <http://www.science-education.ru/120-15530> (дата обращения: 24.11.2014).

5. Фирсова И. В., Македонова Ю. А., Михальченко Д. В., Поройский С. В., Сирак С. В. Морфологический анализ состояния периодонта при использовании различных видов силеров в эндодонтии // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2015. – № 4. – С.389-394.
6. Dean J., Avery D., McDonald R. McDonald and Avery Dentistry for the Child and Adolescent, 9-th ed. – St. Luis: Mosby. – 2011. – P. 298.
7. Firsova I. V., Makedonova Iu. A., Mikhalchenko D. V., Poroiskii S. V., Sirak S. V. Clinical and experimental study of the regenerative features of oral mucosa under autohemotherapy // Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences. – 2015. – Т. 6, № 6. – С. 1711-1716.
8. Page R. C., Marting J. A. Quantification of periodontal risk and disease severity and extent using the Oral Health Information Suite (OHIS) // Periodontal Practice Today. – 2007. – № 4. – P. 163-180.