

# СОВРЕМЕННЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА

■ Л.И Глебова

ГБОУ ВПО Московский государственный  
медико-стоматологический университет  
Минздравсоцразвития РФ

**В** развитии изолированного КПЛ слизистой оболочки полости рта (СОПР) большое значение имеет токсико-аллергический компонент. Исследования ряда авторов показали, что возникновение КПЛ, длительность его течения зависит от наличия у больных различных хронических заболеваний (желудочно-кишечный тракт, печень, поджелудочная железа) (Рис.1).

У больных КПЛ СОПР выявлены: гастрит – у 64%, язвенная болезнь – у 14%, колиты – у 19% больных. При эрозивно-язвенной форме эти заболевания имеют особое значение. При гастроскопии больных с эрозивно-язвенной формой КПЛ у части обследованных обнаружены изменения слизистой оболочки желудка, аналогичные изменениям, имевшимся на слизистой полости рта.

Отмечается связь КПЛ с сосудистой и эндокринной патологией, особенно с гипертонией и сахарным диабетом при эрозивно-язвенной форме на слизистой (Рис. 2).

Определенное значение в развитии КПЛ имеет травма слизистой оболочки (острые края зубов, плохо подогнанные протезы из пластмассы, отсутствие зубов и др.).

Пломбы и протезы из разных металлов резко изменяют микроэлементный состав слюны, в ней появляются примеси металлов, входящих в состав нержавеющей стали и припоя, что не только способствует возникновению гальванических токов, но и оказывает ингибирующее действие на ряд ферментов [12] и могут явиться фактором, провоцирующим возникновение плоского лишая на слизистой оболочки полости рта. Некоторые химические вещества, включая лекарства, могут вызывать появление КПЛ.

Иногда возникают лихеноидные реакции у лиц, работа которых связана с проявлением цветной киноплёнки, принимавших тетрациклин (тетрациклиновый лишай), иногда лихеноидная реакция может возникать в ответ на длительное раздражение металлической пломбой или коронкой.

Ряд авторов считает, что КПЛ может представлять собой общую аллергическую реакцию на некоторые медикаментозные или химические раздражители.

Различают шесть клинических форм КПЛ СОПР: типичную (Рис.1), гиперкератотическую, экссудативно-гиперемическую (Рис.2), эрозивно-язвенную (Рис.3), буллезную и атипичную. Самый тяжелой и трудно поддающейся лечению является эрозивно-язвенная форма.

Все эти формы КПЛ могут трансформироваться одна в другую (Рис.4). Плоский лишай на слизистой оболочки может сохраняться в течение многих лет и даже озлокачивается примерно у 1% больных.

Составляя в 1975г. классификацию предрака губ и слизистой оболочки полости рта, А.Л. Машкилейсон включил эрозивно-язвенную и гиперкератотическую формы КПЛ в группу факультативного предрака. Признаками начинающегося озлокачивания КПЛ являются образование уплотнения в основании поражения и внезапное бурное усиление ороговения, что должно настораживать врача.

Типичная форма КПЛ протекает доброкачественно, но длительно, а эрозивно-язвенная форма имеет наиболее тяжелое течение, лишает больного возможности принимать пищу, свободно разговаривать, значительно снижает качество жизни. После установления диагноза КПЛ больного обследуют для выявления у него соматических заболеваний (терапевт, гастроэнтеролог, эндокринолог, стоматолог).

Медикаментозное лечение КПЛ СОПР зависит от формы заболевания и представляет достаточно трудную задачу. Использование в широкого спектра лечебных воздействий обусловлено множественностью механизмов развития заболевания, течение которого волнообразное, с частыми рецидивами, зависит от наличия и характера сопутствующей соматической патологии.

У 75-80% типичной формой КПЛ СОПР обычно выявляются различные заболевания желудочно-кишечного тракта, по поводу которых и осуществляется адекватная терапия. У больных выявляются и разнообразная сосудистая патология. В составе комплексной терапии используются индивидуально подбираемые седативные препараты, транквилизаторы, антидепрессанты, курсы витаминов А, Е,

**Красный плоский лишай (КПЛ) – узелковое хроническое заболевание, возникающее на коже и видимых слизистых оболочках и нередко имеющее характер лихеноидной реакции. При КПЛ часто поражается слизистая оболочка полости рта и красная кайма губ. Впервые поражение слизистой при КПЛ описал Wilson (1869), в дальнейшем этому вопросу посвятили свои исследования А.И. Поспелов (1881), Б.М. Пашков (1963), Е.И. Абрамова (1966), А.Л. Машкилейсон и др.**

РР, гистоглобулин (2-3 курса по 2,0 п/к 2 раза в неделю до №8 с перерывами в 1,5 месяца), гепатопротекторы, антигистаминные препараты (эриус, телфаст на 2 недели в дозе 180мг один раз в день утром вместе с энтеросорбентами в первую неделю лечения).

При эрозивно-язвенной и буллезной формах хороший эффект дает комбинированный метод лечения: преднизолон (триамцинолон, дексаметазон) по 20-25мг в сутки с делагилом по 1-2 таблетки в сутки в течение 4-6 недель. Дозу преднизолона необходимо уменьшать на 1 таблетку каждую неделю. Лечение этими препаратами необходимо проводить под контролем кровяного давления и состояния крови.

Можно применять инъекции гидрокортизона в слизистую оболочку под очаги поражения, что способствует эпителизации эрозий. В некоторых случаях местное применение мазей с кортикостероидами (флуцинар, фторокорт, синаflan, локоид) в виде аппликаций способствует эпителизации эрозий и снимает воспалительную реакцию вокруг них.

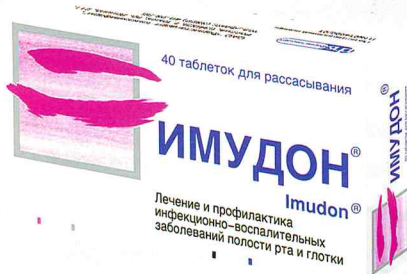
Часто эрозии остаются на слизистой полости рта длительное время, иногда годами, не имея склонности к эпителизации и не поддаваясь терапии. Эта форма КПЛ сопровождается резкой болезненностью и требует активного лечения и длительного наблюдения.

Врач должен иметь в своем распоряжении препараты, устраняющие негативное влияние микрофлоры полости рта и нормализующие состояние защитных систем организма. К таким средствам относится препарат «Имудон», предназначенный для проведения специфической антимикробной и противовоспалительной иммунотерапии заболеваний ротовой полости.

Иммуностимулирующий препарат бактериального происхождения «Имудон» активизирует защитные силы слизистой оболочки полости рта, увеличивая фагоцитарную активность полиморфно-ядерных лейкоцитов, количество секреторного IgA, повышая содержание в слюне лизоцима, стимулируя образо-

вание иммунокомпетентных клеток (назначают Имудон по 6-8 таблеток в сутки в течение 10 дней и по 6 таблеток в сутки, рассасывая в полости рта, в течение 15 дней, в фазе ремиссии, как профилактическое средство) согласно инструкции по применению.

**Таким образом, «Имудон» усиливает действие факторов местного иммунитета слизистой оболочки непосредственно в очаге поражения, что является важным звеном в терапии пациентов с герпетической инфекцией.**



Препарат можно включать в комплекс лечения при экссудативно-гиперемической форме КПЛ СОПР, т.к. он уменьшает воспаление, боли в области слизистой при приеме пищи, и в конечном результате ускоряет наступление ремиссии.

При упорном течении эрозивно-язвенной формы КПЛ применяют системные ретиноиды – тигазон или неогтигазон, являющиеся синтетическими ароматическими аналогами ретиноевой кислоты. Препарат назначают по 10-25мг 3 раза в день в течение 1-2 месяцев. Перед началом лечения ретиноидами обязательно обследование больного у терапевта (биохимия крови). Можно продолжать лечение, но из-за риска гипервитаминоза А следует избегать одновременного применения витамина А и других ретиноидов. Имеются сообщения о повышенном риске развития гепатита при комбинированном применении метатрексата и тигазона, поэтому эти препараты несовместимы в применении.

Новый метод лечения КПЛ СОПР иммунодепрессантом циклоспорином А у пациентов с отягощенным соматическим статусом доступен для широкого применения в стационарной и амбулаторной практике. Методика применения циклоспорино А (веро-циклоспорин (Россия), конспрет (Чехия) и сандимун (Швейцария)) несложная, разработана на кафедре кожных и венерических болезней МГМСУ. Схема лечения: полоскания 10 мл 0,1% раствором циклоспорино А в течение 30 минут 1 раз в день, в течение 30 дней. На основании этой методики удалось добиться перевода тяжелых форм КПЛ в более легкие формы у 70% больных.

По данным ряда авторов, среди больных КПЛ СОПР преобладают женщины в возрасте 40-60 лет. На нашей кафедре соотношение женщин и мужчин среди больных КПЛ СОПР составляло 4:1. Исходя из этого, был сделан вывод о возможном участии половых стероидных гормонов, в частности эстрадиола, в патогенезе КПЛ СОПР.

Была выявлена повышенная чувствительность тканей СОПР в очагах КПЛ к эстрогенам в условиях их истинного

дефицита в крови. Патогенетически обоснованной терапией было назначение эстрогенов в качестве гормональной заместительной терапии (ГЗТ). В настоящее время ГЗТ широко применяется у женщин климактерического и постклимактерического периодов для профилактики и лечения остеопороза, климактерической кардиомиопатии и других расстройств.

Для лечения применялись препараты трисеквенс, клиогест и эстрофем фирмы «Novo Nordisk». Трисеквенс представляет собой трехфазный эстроген-гестагенный препарат с преобладанием эстрогенов. Клиогест – монофазный эстроген-гестагенный препарат. Эстрофем – препарат эстрогенного гормона эстрадиола.

У этих препаратов много противопоказаний, которые должны учитываться перед началом лечения. Препараты назначались сроком на 3-6 месяцев пациенткам с экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной формами КПЛ СОПР с длительным тяжелым течением болезни только после рекомендации гинеколога и определения базального уровня гипофизарных и половых стероидных гормонов. Местное лечение включало аппликации кортикостероидных мазей, растительных масел, солкосерила в виде адгезивной дентальной пасты на эрозии. Получен положительный клинический эффект при применении ГЗТ у обеих групп больных.

На кафедре госпитальной терапевтической стоматологии и фармакологии МГМСУ изучали влияние антигомтоксического препарата Мукоза композитум на течение экссудативно-гиперемической, эрозивно-язвенной и атипичной форм КПЛ. [3] Инъекции проводили под очаги поражения слизистой по типу инфильтрационной анестезии. Методика применения препарата: Розовая доза 2,2 мл. Курс лечения – 20 инъекций. Первые 4 инъекции – ежедневно; следующие 6 – через день; затем 5 инъекций 2 раза в неделю; и 4 инъекции – 1 раз в неделю. У всех пациентов, независимо от формы КПЛ, был достигнут положительный результат: ускорение наступления ремиссии и пролонгирование ее сроков. Побочных эффектов при использовании препарата Мукоза композитум не выявлено.

Есть сведения об успешном применении гелий-неонового и в последнее время – гелий-кадмиевого лазера. Установлено, что гелий-кадмиевый лазер, излучающий синий свет, при равенстве мощностей с гелий-неоновым лазером, обладает более выраженной способностью угнетать экссудативный компонент воспаления, действует более эффективно на пролиферацию клеток, тем самым способствуя ускорению репаративной регенерации.

Однако, лечение не предотвращает развитие рецидивов заболевания, которые возникают в различные сроки после его прекращения. Для профилактики рецидивов и повышения защитных свойств организма рекомендуются повторные курсы витаминотерапии, введение гистоглобулина и др. Особое внимание следует уделить устранению дентальной патологии.

Решающее значение в профилактике рецидивов КПЛ СОПР имеет успешное лечение соматических заболеваний и функциональных нарушений деятельности нервной системы.



Рис.1 Красный плоский лишай типичная форма



Рис. 2 Красный плоский лишай экссудативно-гиперемическая форма

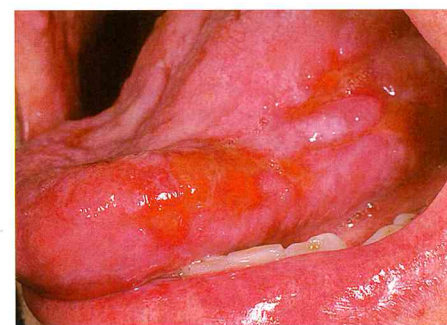


Рис. 3 Красный плоский лишай слизистой полости рта эрозивно-язвенная форма



Рис.4 Красный плоский лишай красной каймы губы. Сочетание эрозивно-язвенной и типичной форм