

Е.В. Честных, О.О. Тумашевич, Е.Л. Захарова
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОГО ЛИШАЯ
ПОЛОСТИ РТА
ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России

В данной статье освещены имеющиеся на данный момент способы лечения плоского лишая слизистой рта – от коррекции гигиенического состояния полости рта до возможностей физиотерапевтического и хирургического методов лечения. Представлен обзор фармакологических средств, используемых в России и других странах.

Ключевые слова: плоский лишай слизистой полости рта, лечение.

**MODERN CONCEPTS OF TREATMENT OF ORAL LICHEN PLANUS
(LITERATURE REVIEW)**

E.V. Chestnyh, O.O. Tumashevich, E.L. Zacharova
Tver State Medical Academy

The article highlights the currently available methods for the treatment of oral lichen planus – from correction of the hygienic condition of the oral cavity to the possibilities of physical therapy and surgical treatment. An overview of pharmacological agents used in Russia and other countries is presented.

Key words: oral lichen planus, treatment.

Лечение больных, страдающих плоским лишаем слизистой оболочки рта (ПЛ СОР), и на сегодняшний день является трудной задачей для специалистов. Это объясняется наличием тяжело протекающих клинических форм, длительным течением, рецидивами и резистентностью плоского лишая к различным методам лечения.

Так как ПЛ СОР – заболевание полиэтиологическое, лечение пациентов должно быть комплексным, воздействующим на все известные патогенетические звенья.

Обобщая данные о принятых в Европе новых методах лечения ПЛ СОР, С.Е. McCreary и соавт. констатировали, что все способы терапии плоского лишая являются преимущественно паллиативными.

Больным с установленным диагнозом ПЛ СОР проводят обследование для выявления сопутствующей патологии. Давно известно, что адекватная терапия сопутствующих заболеваний значительно повышает эффективность комплексного лечения этой патологии.

Комплексное лечение ПЛ СОР необходимо начинать с профессиональной гигиены полости рта и обучения пациента ее приемам с дальнейшим контролем в процессе диспансерного наблюдения ее уровня. Лечение должно осуществляться на фоне грамотно подобранной гигиены полости рта. Зубные пасты, обладая антимикробной активностью, приводят к снижению саливации, дисбиотическим сдвигам, снижая тем самым эффективность лечения. Поэтому при назначении гигиенических мероприятий больным

ПЛ СОР последние годы большое внимание уделяется зубным пастам на основе солевых компонентов, экстрактов трав и растений, имеющих щелочной рН. Компоненты этих зубных паст способствуют повышению слюноотделения, следовательно, усиливают очищающую функцию слюны путем изменения ее вязкости, нейтрализуют кислотосодержащие остатки пищи, повышая резистентность слизистой полости рта. Для повышения эффективности лечения эрозивно-язвенной формы ПЛ СОР целесообразно проводить программу лечебных мероприятий на фоне использования солесодержащей зубной пасты «Пародонтакс».

Местная терапия больных с ПЛ СОР начинается с санации полости рта, устранения очагов одонтогенной инфекции. При протезировании используются материалы без напыления нитридом титана, рекомендуется серебряно-палладиевый сплав или химически чистое серебро.

Базис съемного протеза изготавливается из бесцветной пластмассы. Устраняются все травматические моменты (пломбы из амальгамы, острые края зубов, острая, горячая, грубая пища).

Для поддержания природного баланса бактерий в полости рта и нормализации микрофлоры применяют новый пробиотический препарат в виде жевательных таблеток «Лородент». О.Ф.Рабинович применяла препарат имудон в состав которого входят бактериальные лизаты микроорганизмов, представляющих основную микрофлору полости рта.

Учитывая роль стресса в патогенезе ПЛ СОР, при всех клинических формах показаны седативная терапия, гипнотерапия, электросон. Для детализации эмоционально-личностных особенностей пациента и выбора оптимальной терапии предложен и успешно применяется пакет тестов и клиническое обследование: тест СМИЛ (стандартизированный метод исследования личности), тематический апперцептивный тест Айзенка, подробная беседа с пациентами.

В связи с нарушениями метаболизма больным с ПЛ показана витаминотерапия. Давно применяется витамин А и его синтетические аналоги.

Ретиноиды – дериваты витамина А (тигазон, неотигазон) – обладают более выраженной терапевтической эффективностью, так как при приеме внутрь попадают в периферическую кровь без предварительной кумуляции в печени. При эрозивно-язвенной и буллезной формах эффективным показал себя препарат феноро. Проведенный обзор предоставил мало доказательств преимуществ этой группы препаратов по сравнению с плацебо. Кроме того, недостаточно данных о долговременном воздействии медикаментозного лечения.

Традиционно в комплексном лечении ПЛ СОР применяются кератопластические препараты. В последние годы этот список дополнен отечественными препаратами на основе природного биополимера коллагена «Эмпарколом» и «Эмаланом». Они не только способствуют эпителизации, но и сокращают продолжительность всех фаз воспаления, улучшают микроциркуляцию, увлажняют слизистую оболочку рта.

В схему комплексной терапии включаются десенсибилизирующие препараты.

Применяются методы физиотерапевтического лечения. Так как ПЛ сопровождается изменениями в лимфоциркуляторной системе с нарушением ее дренажной активности, а также снижением функции элиминации эпителия полости рта и желудочно-кишечного тракта, лимфотропная терапия в комплексном лечении ПЛ позволяет нормализовать ряд показателей в системе иммунитета. Лимфотропная терапия показана при всех формах ПЛ, а также при неэффективной предшествующей консервативной терапии рецидивов заболевания.

Методика лимфотропного воздействия заключается в инфузии лекарственного вещества подкожно в заушную область на 1 см ниже сосцевидного отростка. Перед введением лекарственного препарата вводится раствор лидазы 8-16 ЕД в объеме 0,25-0,5 мл, предварительно растворенной в 0,5 мл 0,5% раствора новокаина. За счет увеличения лимфообразования лидаза является «проводником» лекарственного препарата. Лекарственное вещество вводится в объеме 1-1,5 мл. Доза не должна превышать ¼ разовой дозы. Л.П. Трунина с целью патогенетической терапии использовала 15% раствор ксантинола никотината и 1,5% раствор дерината, которые вводились поочередно № 5 через день.

Нарушения микробиоценоза кишечника являются одним из патологических звеньев ПЛ СОР. Для нормализации состава микрофлоры у больных ПЛ СОР используют пробиотические препараты ацилакт, нормазе. Включение в комплексную терапию больных ПЛ СОР лизоцимсодержащих биосистем (бифилиз+лактусан+лактосодержащие пробиотики) оказывает корригирующее влияние на Т-клеточное звено иммунной системы, неспецифические клеточные и гуморальные факторы иммунобиологической реактивности, микробиоценоз кишечника.

Современные научные исследования позволили конкретизировать представления о патогенезе дистрофически-воспалительного процесса в слизистой полости рта при ПЛ. Для оптимизации комплексной терапии эрозивно-язвенной формы плоского лишая СОР авторы считают целесообразным включать в лечебные комплексы электрохимически-активированные растворы – анолит нейтральный, католит нейтральный. Их наносят на эрозивно-язвенные поражения СОР на 20-30 мин с интервалом в 10-15 мин.

Фотохимиотерапия (ПУВА), в основе которой лежит фотохимическая реакция между молекулами фотосенсибилизаторов (пувален) и нуклеиновыми кислотами, дает хороший противовоспалительный и гипосенсибилизирующий эффект. Она может оказаться полезной при эрозивно-язвенных поражениях слизистой полости рта, которые не реагируют на традиционную терапию.

Успешно использовали для лечения эрозивно-язвенной формы ПЛ лазерный аппарат «Ланцет». Сущность метода заключается в послойной абляции патологически измененных тканей до уровня подлежащих здоровых с помощью расфокусированного лазерного луча.

Широкое распространение получили противомаларийные препараты (делагил, хингамин), обладающие противовоспалительным, иммуносупрессивным действием, оказывающим тормозящее действие на синтез нуклеиновых кислот. К.Г. Каракон и соавт. рекомендуют применение противомаларийного препарата последнего поколения мефлокин в комплексной терапии ПО СОР.

Наличие у больных ПЛ с длительными сроками заболевания вторичного иммунодефицитного состояния дало основание ряду авторов применить иммунокорректирующую терапию Т-активином, кемантомом. Применение иммуномодулятора ликопида имеет патогенетическое значение. Сочетанное применение иммуномодуляторов полиоксидония и ликопида при эрозивно-язвенной и буллезной формах ПЛ СОР оказывает корректирующее влияние на Т-лимфоциты и обеспечивает значительное повышение клинической эффективности комплексного лечения больных.

Ярилин А.А. и соавт. успешно применяли левамизол и декарис. Левамизол использовался в Китае в дозе 150 мг/день с целью ограничения назначения кортикостероидов, однако исследование проводилось без групп контроля.

Будучи аутоиммунным процессом, течение ПЛ реагирует на назначение всех иммунодепрессантов. В 1990 году применили циклоспорин (ЦиА) и получили улучшение в течении заболевания. Применение ЦиА позволило добиться пролонгированных ремиссий. Поскольку ЦиА специфически нацелен на клеточно-опосредуемые реакции гиперчувствительности, он может быть препаратом выбора. Показанием для системного применения ЦиА является эрозивно-язвенная форма ПЛ СОР. Раствор ЦиА 10% в оливковом масле в форме сиропа местно действует при эрозивном ПЛ иногда лучше, чем 1% раствор триамцинолон. Возможно также назначение азатиоприна в дозе 50-100 мг/день при эрозивной форме ПЛ. Есть данные о применении базиликсимаба, талидомида и полученном выраженном положительном эффекте.

Анализ литературы показал, что применение кортикостероидов в различных фармакологических формах по-прежнему остается основой лечения как кожных, так и слизистых поражений ПЛ. Местное применение кортикостероидов – это первичная терапия эрозивной формы ПЛ СОР.

Принимая во внимание сложности этиологии и патогенеза красного плоского лишая, успех возможен лишь при комплексном и индивидуальном лечении. Все предложенные схемы лечения в настоящий момент не являются совершенными.

Литература

1. Головина Н.А. Особенности лечения хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта // Бюлл. Вост.-Сиб. науч. центра Сиб. отд. РАМН. – Иркутск, 1996. – Вып. 1-2. – С.60-62.
2. Честных Е.В. Гипертрофия десны: побочный эффект терапии циклоспорином // Стоматология. - 2005. № 2. - С. 27.
3. Честных Е.В., Рябоштанова Е.И. Морфология хронического гипертрофического гингивита, вызванного циклоспорином // Вестник трансплантологии и искусственных органов. - 2003. № 1. - С. 38.
4. Честных Е.В., Петрикас А.Ж. Гипертрофический гингивит, вызванный циклоспорином // Стоматология. - 1996. № 4. - С. 12.
5. Честных Е.В. Профессор А.Ж. Петрикас (к 75-летию со дня рождения) // Стоматология. - 2012. Т. 91. № 5-1. - С. 43.
6. Толстова О.О., Честных Е.В., Юсуфова М.В. Применение метода инфильтрации эрозий эмали в составе комплексной терапии стоматологического синдрома гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни // Стоматология. - 2013. Т. 92. № 2. - С. 15-16.
7. Петрикас А.Ж., Захарова Е.Л., Ольховская Е.Б., Честных Е.В. Распространенность осложнений кариеса зубов // Стоматология. - 2014. Т. 93. № 1. - С. 19-20.
8. Лебедева Т.Ю., Федерякина О.Б., Дубенский В.В., Катунина О.Р., Сизова И.А. Клинический случай мастоцитоза у новорожденного ребенка // Верхневолжский медицинский журнал. - 2012. Т. 10. № 4. - С. 15-16.
9. Дубенский В.В., Дубенский В.В., Хомулло Г.В. Особенности влияния различных видов оперативного воздействия на экспериментальные раны у животных // Верхневолжский медицинский журнал. - 2010. Т. 8. № 4. - С. 28-34.
10. Лебедева Т.Ю., Федерякина О.Б., Дубенский В.В., Катунина О.Р. Мастоцитоз у детей // Верхневолжский медицинский журнал. - 2012. Т. 10. № 3. - С. 26-32.

11. Петрова М.Б., Хомулло Г.В. Изучение регенерации тканей на биологических моделях и в клинике // Верхневолжский медицинский журнал. - 2011. Т. 9. № 4. - С. 45-49.
12. Довгилева О.М., Хомулло Г.В., Петрова М.Б. Основные особенности репаративной регенерации кожи в условиях применения хитозана // Верхневолжский медицинский журнал. - 2011. Т. 9. № 3.- С. 30-37.
13. Пустовалова Р.А., Петрова М.Б. Действие цитокинов на процесс заживления ран кожи // Верхневолжский медицинский журнал. - 2008. Т. 6. № 3. - С. 20-22.
14. Хомулло Г.В., Довгилева О.М., Петрова М.Б. Ультраструктурная организация фибробластов новообразованной ткани при заживлении ран кожи у животных в условиях применения хитозана // Верхневолжский медицинский журнал. - 2014. № 2. - С. 41-45.
15. Жмакин И.А. История становления и развития научно-исследовательской работы в Тверской государственной медицинской академии // Верхневолжский медицинский журнал. - 2011. Т. 9. № 4. - С. 10-15.
16. Брянцева В.М., Федотова Т.А., Жмакин И.А. Научно-исследовательский центр тверской медицинской академии - важное звено в реализации научно-исследовательских работ // Верхневолжский медицинский журнал. - 2011. Т. 9. № 4. - С. 38-42.
17. Кириленко Н.П., Жмакин И.А. Участие Тверской медакадемии в формировании здорового образа жизни среди населения тверской области: опыт прошлого и настоящего, к будущему // Верхневолжский медицинский журнал. - 2009. Т. 7. № 4. - С. 31-33.
18. Петрикас А.Ж. Состояние зубов древнего населения Тверского Поволжья XI-XII веков // Верхневолжский медицинский журнал. - 2008. Т. 6. № 3. - С. 30-31.
19. Петрикас А.Ж., Петрикас О.А. Красота, улыбка, искусство, стоматология (обзор литературы) // Верхневолжский медицинский журнал. - 2013. Т. 11. № 2. - С. 35-41.
20. Нечаева А.А., Петрикас А.Ж. Оценка топикального обезболивания препаратами лидокаина при проведении инфльтрационной и интралигаментарной анестезии зубов // Верхневолжский медицинский журнал. - 2014. Т. 12. № 1. - С. 26-29.
21. Давыдов Б.Н., Жмакин И.А., Румянцев В.А., Баканов К.Б. О научно-практической конференции центрального федерального округа Российской Федерации с международным участием, посвященной 75-летию Тверской государственной медицинской академии и 75-летию стоматологического факультета, «Социальные

- аспекты современной Российской стоматологии: опыт, проблемы, пути решения» // Верхневолжский медицинский журнал. - 2011. Т. 9. № 4. - С. 7-10.
22. Румянцев В.А. Стоматологический факультет: научные достижения и перспективы // Верхневолжский медицинский журнал. - 2011. Т. 9. № 4. - С. 30-35.
23. Румянцев В.А., Беляев В.В., Зубцов В.А., Колобаева Е.А., Андрусенко М.С., Наместникова И.В. Влияние жевательных резинок с сахарозаменителями на кислотно-щелочной баланс в полости рта: двойное слепое исследование // Верхневолжский медицинский журнал. - 2010. Т. 8. № 3. - С. 24-26.
24. Жигулина В.В., Румянцев В.А. Особенности клинико-биохимических показателей среды полости рта у больных сахарным диабетом // Верхневолжский медицинский журнал. - 2011. Т. 9. № 2. - С. 51-55.
25. Румянцев В.А., Галочкина А.Б., Закарян А.В., Жигулина В.В., Суворов К.В. Оценка эффективности мексидола в лечении экспериментального гингивита (слепое контролируемое исследование) // Верхневолжский медицинский журнал. - 2013. Т. 11. № 1. - С. 21-24.
26. Румянцев В.А., Денис А.Г., Суворова И.В. Механизмы фагоцитарной защиты пародонта (обзор литературы) // Верхневолжский медицинский журнал. - 2013. Т. 11. № 2. - С. 26-32.

Честных Елена Валерьевна (контактное лицо) - доцент кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России. Тел.8-910-649-14-37; e-mail: elenechestnyh@mail.ru.