

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА.

Рутковская А.С.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

1-ая кафедра терапевтической стоматологии

Плоский лишай (ПЛ) – заболевание, в основе которого лежит хронический воспалительный процесс эпителия кожи и слизистых оболочек, относится к распространенным рецидивирующим дерматозам. В общей структуре дерматологической заболеваемости ПЛ составляет от 1,5% до 11% случаев, частота одновременного поражения слизистых оболочек и кожи варьирует от 23 до 28,6%. Данное заболевание, как правило, сочетается с хронической соматической патологией, ослабляющей защитные свойства организма и влияющей на степень тяжести плоского лишая [3, 6, 9, 11, 15]. Кроме того, значительное влияние на его течение оказывают местные факторы риска и другие стоматологические заболевания (неудовлетворительная гигиена, травма, амальгамовые пломбы, разнородные металлы, осложнения кариеса, болезни тканей периодонта, вредные привычки и др.) [1, 4, 6, 8, 10].

В отечественной и зарубежной литературе описаны различные классификации заболевания, основывающиеся на клинико-морфологических признаках, чаще используются классификации Е.В. Боровского (1984), Мак-Кольмоит (1997), согласно которым выделено 6 клинических форм

заболевания: типичная, экссудативно-гиперемическая, эрозивно-язвенная, буллезная, гиперкератотическая и атипичная [1].

Для достижения эффективности лечения авторы [3,7, 9, 11, 13] предлагают учитывать этиологические и патогенетические факторы развития заболевания. Однако, следует отметить, что неясность причины, упорный, рецидивирующий характер заболевания, переход одной клинической формы в другую более тяжелую, резистентность к отдельным видам терапии, а также течение на фоне общесоматической и стоматологической патологии представляет сложную задачу для врача - дерматолога и врача-стоматолога в определении планирования и проведении лечения плоского лишая слизистой рта.

Цель исследования: разработать схемы лечения различных форм плоского лишая слизистой рта.

Материалы и методы: для реализации поставленной цели проанализировано 84 отечественных и зарубежных литературных источника, собственные клинические наблюдения 48 пациентов в возрасте от 26 до 74 лет, которые обратились на 1-ю кафедру терапевтической стоматологии УО «Белорусский государственный медицинский университет» и в УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» (2012-2013 гг.) с целью обследования и лечения по поводу различных форм плоского лишая слизистой рта (с типичной формой 8 пациентов, с экссудативно-гиперемической – 18, эрозивно-язвенной и буллезной – 19, гиперкератотической – 3 пациента).

Обсуждение результатов. Анализ литературных данных и собственных клинических наблюдений показал, что на сегодняшний день существуют различные методы лечения плоского лишая слизистой оболочки рта (ПЛ СОР), которые зависят от формы и степени тяжести заболевания, сочетания поражения кожи и слизистых, наличия другой стоматологической и соматической патологии, местных и общих факторов риска, отягощающих течение заболевания.

Так, при **типичной форме** используются местные медикаментозные препараты, устраняющие дискомфорт (масляные растворы про- и витамина А, Е) и средства, улучшающие местный иммунитет (интерферон и другие). Для предотвращения обострений при поддерживающей терапии мы рекомендуем назначать внутрь седативные препараты, витаминотерапию, эубиотики, курсами 2-3 раза в год

При резко выраженной **экссудативно – гиперемической** реакции местно, с целью предотвращения перехода в эрозивно-язвенную форму, рекомендуется использовать антисептики, гормональные мази совместно с антибактериальными препаратами, проводить коррекцию иммунитета и

профилактику дисбиоза рта. При неэффективности проводимого лечения, показано включать антигистаминные и антималярийные препараты системного применения.

При эрозивно - язвенной и буллезной формах местное медикаментозное лечение кроме антисептической обработки обязательно дополняется аппликациями кортикостероидных мазей с антибактериальными средствами, препаратами, повышающими эпителизацию и резистентность слизистой оболочки, а также следует устранить дисбиоз рта. К вышеперечисленному **общему лечению** при экссудативно - гиперемической форме ПЛ СОР добавляются препараты, нормализующие проницаемость сосудистой стенки и улучшающие периферическое кровообращение, антиоксидантная терапия. В случае отсутствия положительного эффекта назначают стероидные гормоны по схемам.

Гиперкератотические элементы поражения подлежат хирургическому иссечению с использованием лазерного скальпеля или криодеструкции [1, 10].

Особое внимание необходимо обращать на результаты проведенного ранее лечения и переносимость лекарственных веществ, а так же на лечение сопутствующей соматической патологии (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта и др.) врачами общего профиля [1, 2, 10, 15].

При сохранении эрозий и язв в течение длительного времени (от 2 недель до месяца), пациент направляется к врачу – онкологу на консультацию, обследование, при необходимости - проведение морфологического исследования [1, 3, 8, 12].

Следует отметить, что независимо от клинической формы всем пациентам проводится профессиональная гигиена, мотивация по факторам риска и сотрудничеству. После снятия острого воспаления оказываются все виды стоматологического лечения (устранение очагов одонтогенной инфекции, рациональное протезирование и другое).

Таким образом, лечение пациентов с ПЛ СОР проводится врачом-стоматологом совместно с врачом-дерматологом после тщательного обследования пациентов. Важным моментом является дифференцированный индивидуальный подход к лечению каждого пациента и динамическое наблюдение. Лечение является комплексным с использованием лекарственных средств местного и системного назначения курсами, а эффективность терапии зависит от сотрудничества с пациентом.

Литература

1. Анисимова, И.В. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ/ И.В. Анисимова, В.Б. Недосеко, Л.М. Ломиашвили // М.: Медицинская книга, 2008. – 194с.
2. Безрукова, И.В. Клинико-лабораторное обоснование нормализации биоценоза в полости рта у больных с красным плоским лишаем: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 1997. – 20 с
3. Загородняя, Е.Б. Патоморфологический, иммуногистохимический и цитологический анализ красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2010. – 30 с.
4. Латышева, С.В. Фундаментальные основы диагностики заболеваний слизистой оболочки рта: учеб.-метод. пособие / С.В. Латышева. – Мн.: БГМУ, 2004. – 62 с.
5. Ломаносов, К.М. Красный плоский лишай/ К.М. Ломаносов//Лечащий врач. - 2010. - №1. – С.26-28.
6. Лукиных, Л.М. Оптимизация лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта / Л.М. Лукиных, Н.В. Тиунова // Маэстро стоматологии. - 2009. -№ 4. - С. 79-81.
7. Петрова, Л.В. Клиника, патогенез и лечение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. – М., 2002. – 42 с.
8. Рабинович, О.Ф.Методы диагностики и местного лечения заболеваний слизистой оболочки рта (красный плоский лишай, рецидивирующий афтозный стоматит, декубитальные язвы)/ О.Ф.Рабинович, Е.Л. Эпельдимова// Стоматология. - 2005. - №3. - С.58-63.
9. Рутковская, А.С. Соматический статус пациентов с плоским лишаем слизистой оболочки рта // Материалы II Слобожанского стоматологического форума «Мультидисциплинарный подход в стоматологии. Диагностика, современные методы лечения и профилактики стоматологических заболеваний». - с. 100-101.
10. Eisen D. The therapy of oral lichen planus. Crit Rev Oral Biol Med. 1993. - № 4. P. 141-158.
11. Lundquist G. Photochemo therapy of oral lichen planus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1995. — Vol. 79, № 5. — P. 554-558.
12. Silverman S. Oral lichen planus: a potentially premalignant lesion. J Oral MaxillofacSurg. 2000.-Vol. 58, - P. 1286-1288.
13. Singal A. Familial mucosal lichen planus in three successive generations. // Int. J. Dermatol. — 2005. — Vol. 44, № 1.

14. Sugerman PB. Oral lichen planus: Causes, diagnosis and management. / Australian Dental Journal 2002. - Vol.47, № 4. - P. 124-133.

15. Zegarelli D. The treatment of oral lichen plenus. Ann Dent. – 1993. - Vol. 52, № 2. – P. 3 -8.