

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ханова С.А., Сирак С.В., Чеботарев В.В., Сирак А.Г.

ГБОУ ВПО СтГМУ Минздрава России, Ставрополь, e-mail: sergejsirak@yandex.ru

В статье представлена сравнительная оценка различных методов местной терапии при проявлениях типичной формы красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта. Всего под наблюдением находилось 56 пациентов, в возрасте от 32 до 75 лет, среди которых было 26 мужчин и 30 женщин. Обследуемые были разделены на 3 группы, в зависимости от проводимого местного лечения. Отмечены наиболее эффективные средства для ускорения эпителизации эрозий при данной патологии. Полученные данные показали, что проведенное лечение в первой группе оказалось недостаточно эффективным по сравнению со второй и третьей группами. Использование разработанной мази (вторая и третья группа), позволило ускорить заживление папулезных высыпаний, предотвратить развитие осложнений и сократить период полной эпителизации пораженной слизистой оболочки при красном плоском лишае.

Ключевые слова: красный плоский лишай, слизистая оболочка полости рта, папула, сетка Уикхема, эпителизация, слизистая оболочка полости рта

LICHEN PLANUS OF THE ORAL MUCOSA, MODERN METHODS OF LOCAL TREATMENT

Hanova S.A., Sirak S.V., Chebotarev V.V., Sirak A.G.

Stavropol State Medical University, Stavropol, e-mail: sergejsirak@yandex.ru

The paper presents a comparative evaluation of different methods of local therapy manifestations of typical forms of lichen planus on the oral mucosa. Just under observation 56 patients, aged 32 to 75 years old, who was 26 men and 30 women. Respondents were divided into 3 groups depending on the local treatment. Marked by the most effective means for acceleration of epithelization erosions at the given pathology. The data show that the treatment in the first group turned out to be insufficient in comparison with the second and third groups. The use of the developed ointment (the second and third group), allowed to speed up the healing папулезных rash, prevent complications and to reduce the period of complete epithelialization of the affected mucous membrane with a red flat Stripping.

Key words: red flat zoster, the mucous membrane of the oral cavity, papule, net Wickham, epithelization, mucous membrane of the oral cavity

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. Заболевание чаще встречается у женщин в возрасте от 40 до 65 лет [1, 3]. Причины возникновения плоского лишая окончательно не выяснены. Выделяют нейророгенную, вирусную, бактериальную, аутоиммунную теории этого заболевания. В последнее время отмечается "омоложение" страдающих этим заболеванием. Это объяс-

няется возросшим контактом с вирусной инфекцией, существенным изменением реактивности организма, а также повышенной частотой психоэмоциональных напряжений [4]. Основное место по частоте поражения красным плоским лишаем занимает кожа. Папулы на коже – диаметром до 2 мм, фиолетовой окраски, с гиперкератозом, плотной консистенции, с полигональными контурами и вдавлением в центре [3, 5].

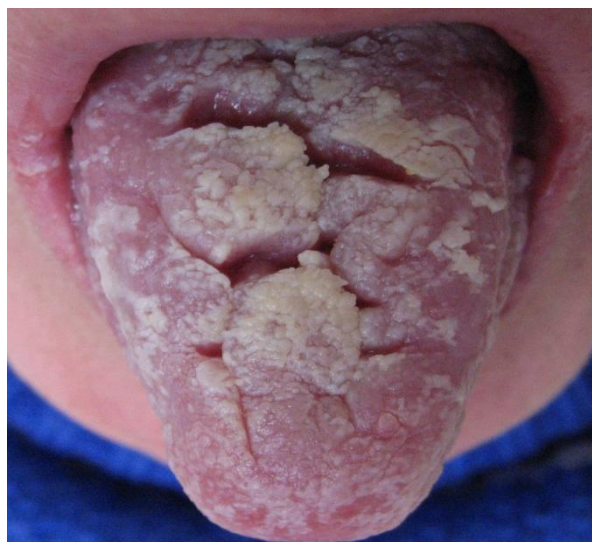
По данным ряда авторов, частота поражений слизистой оболочки полости рта варьирует от 60 до 80% [2, 4]. Свообразную

клиническую картину представляет красный плоский лишай на красной кайме губ (рис.

1-а) и языке (рис. 1-б).



а)



б)

Рис. 1. Красный плоский лишай. Эрозивно-язвенная форма с поражением губ (а) и языка (б). Выраженный сетчатый рисунок беловато-синеватого цвета на губах и боковых поверхностях языка

У большинства пациентов выявляют отдельные папулы небольших размеров с полигональным основанием. Папулы соединяются между собой кератотическими мостиками. Ороговение придает папулам беловато-синеватый оттенок [4].

На сегодняшний день выделяют шесть основных клинических форм красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта (СОПР) и красной каймы губ: типичную, гиперкератотическую, экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллезную, атипичную. По некоторым данным, крайне редко встречается пигментная форма [1, 2].

Признаки плоского лишая – молочно-белые шероховатые участки ороговения и появление мелкой сетчатости, так называемой сетки Уикхема (рис. 2 - а, б).

При экссудативно-гиперемической форме с нарастанием воспалительной реакции больные жалуются на болезненность, усиливающуюся при приеме пищи, чувство жжения, сухости. Слизистая оболочка гиперемирована, отечна. На этом фоне отчетливо видны рисунки из слившихся папул, образующих "листья папоротника". Чаще эта

форма отмечается на слизистой оболочке щек и деснах [5, 9].

Для эрозивно-язвенной формы был характерен более выраженный воспалительно-деструктивный процесс в эпителии слизистой оболочки рта. На фоне отечной и гиперемированной слизистой оболочки, выделяются эрозии полигональной формы, окруженные рисунком из слившихся папул. Эрозии покрыты фибринозным налетом, легко кровоточат при прикосновении. Эта форма чаще встречается на слизистой щек, ретромолярной области, боковых поверхностях языка [1, 2, 3, 4]. Нередко наблюдаются сочетания этой формы с десквамативным гингивитом. Общее состояние больных характеризуется субфебрильной температурой и слабостью, жалобы - на боль, усиливающуюся при приеме пищи, сухость и жжение во рту.

Буллезная форма чаще локализуется на щеках и дорзальной поверхности языка в виде пузырей различных размеров, имеющих плотную покрывку, окруженную папулами. Вскрываясь, пузыри образуют значительные по площади эрозивные поверхности, необходима дифференциальная

диагностика с обыкновенной пузырчаткой [3, 8, 9, 10]. Больные жалуются на невозможность приема любой пищи из-за резкой

боли. В общем состоянии больных преобладает слабость и потеря веса.

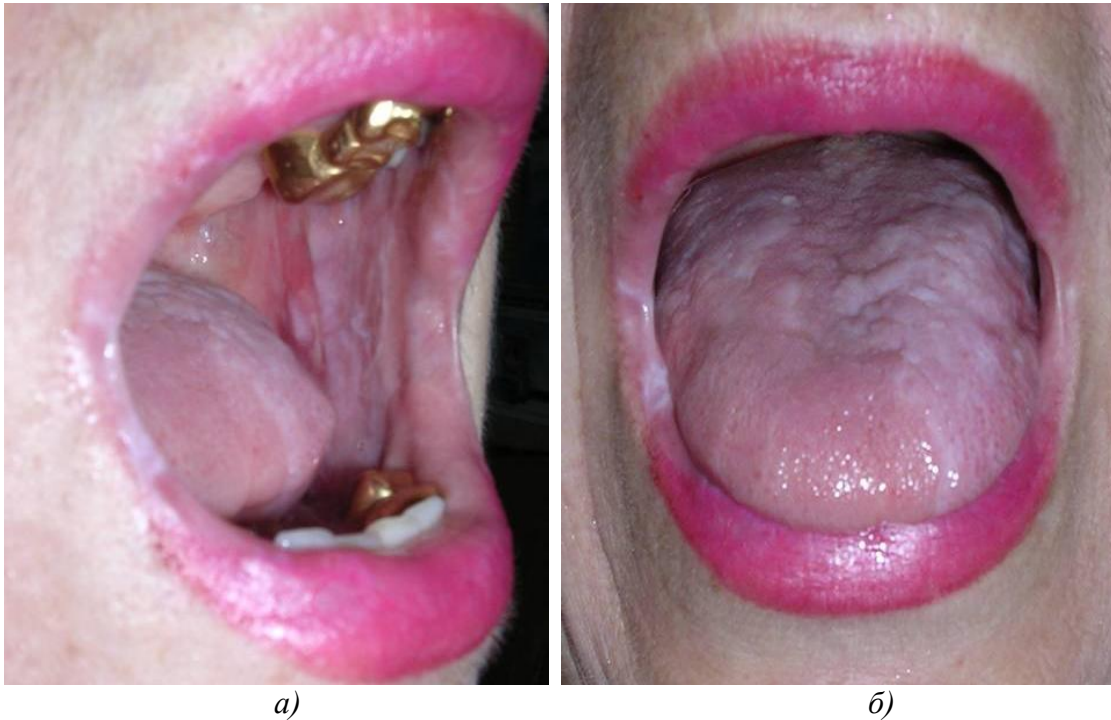


Рис. 2. Клинические проявления красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта – внутренней поверхности щек (а) углах рта и языке (б)

Увеличение частоты встречаемости данной патологии на приеме у врачей-стоматологов привело к необходимости совершенствования местного лечения красного плоского лишая. В настоящее время больных красным плоским лишаем лечат кортикостероидами, которые применяют в виде инъекций один раз в 1-3 дня по 1-1,5 мл препарата под каждую эрозию, на курс 8-12 инъекций. Недостатком этого метода является возможность образования атрофических рубцов в местах инъекций [2, 5].

Методы и средства лечения плоского лишая с локализацией на слизистой оболочке полости рта дерматовенерологами не изменялись на протяжении последних лет. Сегодня местная терапия в полости рта сводится к назначению кортикостероидных мазей в виде аппликаций, однако, используемые мази, масла, кремы и пасты не обладают одновременно адгезивным, противовоспалительным и ангиопротекторным эффектом. Такое лечение не предотвращает развитие рецидивов заболевания [1, 3, 6, 7].

В связи со всем вышесказанным, для повышения эффективности лечения проявлений красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта целесообразно использовать средства, обладающие адгезивным, противовоспалительным и ангиопротекторным эффектом.

Цель исследования: повысить эффективность комплексной терапии красного плоского лишая путем использования разработанной поликомпонентной адгезивной мази в сочетании с Имудоном.

Материалы и методы исследования

Всего под наблюдением находилось 56 пациентов, в возрасте от 32 до 75 лет, среди которых было 26 мужчин и 30 женщин. Обследуемые были разделены на 3 группы, в зависимости от проводимого местного лечения. Общее лечение во всех группах заключалось в приеме "Персена" по 1 капсуле 3 раза в день, преднизолона по 25 мг через день. Первую группу составили 16 пациентов, которым проводили традиционное местное лечение: аппликации облепихового масла, 5% раствор анестезина в персиковом масле в течение 20 минут 3-4 раза в день.

Во вторую группу вошли 20 пациентов, в которой местную терапию проводили с использованием разработанной мази (патент РФ на изобретение №2355411 заявке №2008108770 от 11.03.2008). В состав мази входит гидрокортизон, "Солкосерил дентальная адгезивная" паста, 5% раствор витамина "С", витамины "А" и "Е".

В третьей группе у 20 пациентов, проводилось лечение разработанной мазью в сочетании с Имудоном.

Характеристика компонентов разработанной поликомпонентной адгезивной мази (ПАМ).

Витамины "С", "А" и "Е" обладают антиоксидантным действием, способствуют укреплению стенок микрососудистого русла слизистой оболочки полости рта. Солкосерил дентальная адгезивная паста (Рег. №015194/01-2003) обеспечивает ускорение заживления, обезболивает и защищает раневую поверхность. Кроме этого, паста обеспечивает высокую адгезию лекарственных компонентов, введенных в состав композиции к влажной слизистой оболочке, и, как следствие, гарантирует длительное депонирование всех лекарственных компонентов ПАМ на ее поверхности. Гидрокортизон оказывает противовоспалительное действие, а также способствует эпителизации эрозий.

Имудон - иммуностимулирующее средство, приготовленное из смеси белковых веществ с антигенными свойствами, извлеченных путем лиофилизации из бактерий, которые являются в обычных условиях возбудителями воспалительных заболеваний глотки и полости рта. Препарат использовали в виде таблеток, которые рекомендовали рассасывать во рту не разжевывая, с интервалом 2 ч.

Оценку клинической эффективности проводимых методов лечения проводили путем ежедневного измерения площади измененной слизистой оболочки с использованием миллиметровой сетки по формуле: $S = m_1 + m_2 + m_3 + m_4 / n$, где m_1, m_2, m_3, m_4 – площадь каждой эрозии на внутренней поверхности щек, неба, десен и губ, n – количество измерений.

Пациенты находились на лечении в ГБУЗ "Краевом клиническом кожно-венерологическом диспансере" г. Ставрополя.

Материалы исследования подвергнуты математической обработке на персональном компьютере с помощью пакетов статистических программ Exel 2007, Statistica for Windows 5.0. Результаты представлены в виде средней арифметической и ее стандартной ошибки ($M \pm m$).

Результаты исследования и их обсуждение

Контроль процессов заживления эрозий проводили на 7, 14, 21 и 28 сутки. Было отмечено, что эффект проводимого местного лечения в первой группе был значительно ниже, чем во второй и в третьей. 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, заживление папул на слизистой оболочке протекало медленно.

На 7-е сутки на слизистой оболочке полости рта у всех пациентов первой группы сохранялся характерный сетчатый рисунок, отмечалась эпителизация 13,2% образований. На 14-е сутки наблюдалась эпителизация 20,4% эрозий, на 21-е сутки – 39,5%. На 28-е сутки отмечалась эпителизация 45,6% образований.

Окончательное заживление эрозий к концу второго месяца наблюдения отмечено лишь у 2 больных (12,5%), у 5 больных данной группы (31,3%) полная эпителизация эрозий 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 41,2% папул, на 14-е отмечено заживление 51,4% образований и на 21-е сутки – 68,3% папул. У 1 пациента (5%) на фоне старых папул, появились новые элементы поражения слизистой оболочки. На 28-е сутки наблюдалось заживление 73,5% образований. У 7 пациентов (35%) этой группы полное заживление папул слизистой оболочки отмечено к концу второго месяца лечения. В третьей группе на 7-е сутки у всех пациентов наблюдалась эпителизация 46,5% образований, на 14-е сутки – 75,2% папул, на 21-е сутки – 91,7%, у 1 пациента (5%) появились новые образования. На 28-е сутки у 95,1% больных отмечалось полное заживление папул слизистой оболочки полости рта. Аллергических реакций и осложнений при проведении лечения не отмечалось.

Клинический случай.

Пациент С., 50 лет, амб.карта № 3564.

Жалобы: ощущение сухости во рту, болезненность при приеме пищи. Объективно: на слизистой оболочке щек и языка белый

гиперкератозный налет в виде сетки. Эпителий в некоторых местах слущивается, обнажая болезненные эрозии (рис.3).



Рис. 3. Больной С., 50 лет. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта, типичная форма

Проведена дифференцированная диагностика со сходными по клинической картине заболеваниями. Исключены: плоская лейкоплакия, вторичный сифилис, красная волчанка. Для дифференциальной диагностики 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. Назначен курс общей терапии с использованием седативных препаратов ("Персен" по 1 капсуле 3 раза в день) и преднизолона по 25 мг через день.

Местное лечение: применение разработанной мази 2-3 раза в день в сочетании с рассасыванием таблеток "Имудон" (6-8 таблеток в сутки). Уже на 14-е сутки отмечено заживление более половины образований на слизистой оболочке полости рта и губ, появления новых папул не отмечено. На 28-е сутки – отмечено полное заживление и эпителизация изменений слизистой оболочки полости рта.

Заключение

Полученные данные показали, что проведенное лечение в первой группе оказалось недостаточно эффективным по сравнению со второй и третьей группами. Использование разработанной мази (вторая группа), особенно в сочетании с "Имудоном" (третья группа) позволило ускорить заживление папулезных высыпаний, предотвратить развитие осложнений и сократить период полной эпителизации пораженной слизистой оболочки при красном плоском лишае.

Список литературы

1. Акинфеева В.Б. Лечение эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта с использованием "ГалавитПЛ" / В.Б. Акинфеева: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2007. – 24 с.
2. Беляева Н.С. Совершенствование диагностики и комплексного лечения в системе диспансеризации больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта / Н.С. Беляева: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Пермь, 2010. – 24 с.
3. Боровский Е.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ/Е.В. Боровский, А.Л. Машкилейсон // Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс, 2001. – 320 с.
4. Григорьян А.А. Разработка и клиническое применение нового ранозаживляющего средства для

лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей и подростков / Григорьян А.А., Сирак С.В., Сирак А.Г. [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 2. – С. 41.

5. Либик Т.В. Клиника, диагностика и лечение заболеваний пародонта у больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта / Т.В. Либик: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Пермь. – 2010. – 24 с.

6. Кочконян Т.С., Гаспарян А.Ф., Быков И.М., Ладутько А.А., Еричев И.В. Процессы перекисного окисления липидов и антиоксидантная система ротовой жидкости при несъемном протезировании // Кубанский научный медицинский вестник. – 2008. – № 3-4. – С. 37-39.

7. Сирак С.В. Особенности выбора antimicrobial препаратов для местного лечения воспалительных заболеваний пародонта у детей и подростков/Сирак С.В., Шаповалова И.А., Пугина Ю.Н. [и

др.] // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2008. – Т.7, №4. – С. 61-63.

8. Сирак С.В. Изучение противовоспалительных и регенераторных свойств стоматологического геля на основе растительных компонентов, глюкозамина гидрохлорида и димексида в эксперименте / Сирак С.В., Зекерьяева М.В. // Пародонтология. – 2010. – №1. – С. 46-50.

9. Сирак С.В. Использование поликомпонентной адгезивной мази в сочетании с иммуномодулирующим препаратом в комплексной терапии пузырчатки / Сирак С.В., Копылова И.А., Чеботарев В.В. [и др.] // Пародонтология. – 2012. – Т. 17, № 2. – С. 62-65.

10. Сирак С.В. Опыт использования местных ранозаживляющих средств при лечении вульгарной пузырчатки с локализацией на слизистой оболочке полости рта и губах / Сирак С.В., Чеботарев В.В., Сирак А.Г., [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2013. – Т.8, №1. – С. 59-62.

УДК 616.31-08:613.863

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ И ПРЕОДОЛЕНИЯ СОПРОТИВЛЯЕМОСТИ К СТРЕССУ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Царинский М.М., Царинская Н.М.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Проведен опрос 102 человек в условиях ожидания у врача – стоматолога, с помощью тестов. Получен коэффициент, характеризующий удельную мощность реакции, осуществили разделение пациентов на 3 группы по состоянию тревожности с учетом стимулов. Дифференцировка позволяет определить степень выраженности психоэмоционального компонента и необходимости в его коррекции.

Ключевые слова: тест, ЭКС (электрокожное сопротивление), стресс-факторы

METHODS OF STUDY AND OVERCOMING RESISTANCE TO STRESS IN DENTAL SURGICAL

Tsarinsky M.M., Tsarinskaya N.M.

Kuban State Medical University, Krasnodar

Conducted a survey of 102 people waiting under a doctor - dentist by means of tests. Obtained a coefficient characterizing the power density reaction is carried Wiley-division of patients into 3 groups as anxiety considering incentives. Differentiation to determine the severity of mental and emotional component and needs in its correction.

Key words: test, electro-resistance, stress factors

Посещение стоматологического кабинета и все, связанные с этим ощущения, сопровождаются отрицательными эмоциями.

Стоматологические проявления дентофобии [2,5,11] могут быть вызваны ожиданием бо-