

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ЧЕРВОНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЮ

Воропаєва Людмила Василівна

Андрєєва Олена Вікторівна

доцент., к.мед.н.

Крючко Алла Іванівна

асистент

Харківський національний медичний університет

Кафедра терапевтичної стоматології

м. Харків, Україна

Червоний плоский лишай (ЧПЛ) – захворювання шкіри і слизових оболонок, для якого характерне висипання дрібних папул, що зроговівають.

Це захворювання зустрічається переважно у жінок віком 40-60 років. У 45% хворих одночасно зі шкірою вражається слизова оболонка рота. Досить часті ізольовані ураження слизової оболонки порожнини рота. Можлива локалізація елементів ураження і на інших слизових: геніталій, кон'юнктиви, стравоходу, шлунку, уретри. Іноді вражаються нігті.

Етіологія і патогенез хвороби недостатньо вивчені. Велике значення для виникнення і розвитку шкірно-слизового процесу при ЧПЛ мають стресові ситуації, місцева травма, інфекційні чинники (вірусна і мікробна інфекція), супутня патологія (особливо захворювання шлунково-кишкового тракту), порушення вуглеводного обміну (цукровий діабет), гіпертонічна хвороба, які слугують пусковим механізмом.

Неврогенну теорію підтверджують нерідкі випадки виникнення захворювання після стресу, ефективність у ряду хворих гіпнозу або рефлекторно-сегментарної терапії, розташування висипу в деяких випадках по ходу нервів. На користь цієї теорії говорять також спостережувані у багатьох хворих функціональні порушення діяльності нервової системи.

Встановлений також спадковий нахил до даної патології, що передається за аутосомно-домінантним типом спадкоємства.

У розвитку ізольованого червоного плоского лишая на слизовій оболонці рота велике значення має токсико-алергічний варіант. Описані так звані ліхеноїдні реакції у осіб, робота яких пов'язана з проявом кольорової кіноплівки, що мають контакт з парафінілдіаміном, що приймали тетрациклін (тетрацикліновий ліхен), ПАСК, препарати золота і ін. Захворювання в окремих випадках може бути алергічною реакцією на деякі лікарські і хімічні речовини.

Припускають аутоімунну природу захворювання, з порушенням локальних імунних механізмів, які розвиваються на тлі дефіциту естрогену.

У патогенезі хвороби важливу роль відіграють імунні зміни: зниження кількості Т-лімфоцитів, зниження їх функціональної активності, збільшення імунорегуляторного індексу Т-хелперів - Т-супресорів. На сьогодні червоний плоский лишай прийнято розглядати як захворювання мультифакторне, при якому ендогенні і екзогенні чинники, разом з генетичними дефектами, можуть грати певну роль у формуванні і характері перебігу патологічного процесу.

Особливу актуальність розвиток, перебіг, лікування та профілактика ЧПЛ набули в теперішній час в Україні. Майже всі чинники, які провокують розвиток захворювання та тяжкий перебіг його мають місце на тлі військових дій в Україні (стрес, погіршення харчування, загострення хронічних хвороб шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної патології, ендокринних захворювань). Як результат всього цього збільшилась кількість хворих на ЧПЛ та звернення їх за допомогою до лікаря-стоматолога.

Метою нашого дослідження було визначення ефективності схеми комплексного лікування хворих на ЧПЛ.

Матеріали та методи. За період з 04.2022 р. до 08.2022 р. за допомогою до нас звернулись 11 пацієнтів у віці 47-63 роки (9 осіб жіночої та 2 чоловічої статі). На підставі клінічних та додаткових методів дослідження, консультацій суміжних спеціалістів було встановлено діагноз ЧПЛ слизової оболонки порожнини рота (СОПР). У 5 осіб (55,6%) жіночої статі виявлена типова форма ЧПЛ, у 4 осіб жіночої статі (44,5%) виявлена ерозивно-виразкова форма ЧПЛ СОПР одночасно з папульозним ураженням шкіри верхніх кінцівок та тулуба.

У 2-х чоловіків виявлено гіперкератотичну форму ЧПЛ СОПР, у одного з них був наявний відповідний шкірний висип.

Серед місцевих факторів, які безумовно обтяжують перебіг захворювання, були: незадовільна гігієна порожнини рота, наявні дефекти зубів каріозного і некаріозного походження та ускладнення карієсу (переважно хронічний періодонтит), у 100% хворих виявлена патологія тканин пародонту (генералізований пародонтит I-II ступеню важкості хронічний перебіг).

Чоловіки мали шкідливу звичку – тютюнопаління зі стажем понад 15 років в середньому по 1 пачці цигарок на добу та схильність вживати гарячу їжу. Усі обстежувані пацієнти мали супутню патологію: 3 жінки хворі на хронічний гіперацидний гастрит, 4 жінки та 2 чоловіки мали комбінацію патології шлунково-кишкового тракту (хронічний гастрит та ентероколіт) та гіпертонічну хворобу 2 ступеня, ІХС (ішемічну хворобу серця), ще 2 жінки страждали на цукровий діабет 2 типу.

Усім пацієнтам була проведена контрольована корекція гігієни порожнини рота, відповідне лікування твердих тканин зубів та місцеве базове лікування патології пародонту з наступним хірургічним та ортопедичним лікуванням. Рекомендована щадна дієта та усунення шкідливих звичок (паління). Місцеве лікування СОПР проводилось за загальноприйнятою схемою: використання епітелізуючих засобів – аевіт, масло обліпихи, солкосерил. Для усунення сухості і печіння в порожнині рота призначали ротові «ванночки» з оліями лляною та розторопші. Ці засоби володіють антиоксидантними властивостями та покращують мікроциркуляцію, що так необхідно вказаній категорії пацієнтів. Олія розторопші також виявляє ранозагоювальну та анальгезуючу дію.

Загальне лікування супутньої патології проводили відповідні фахівці. Але до комплексу лікування ми додали делагіл (спеціальна схема), який гальмує синтез нуклеїнових кислот, активність деяких ферментів та імунологічні процеси; тіосульфат натрію в якості десенсибілізуючого і детоксикуючого засобу; нікотинову кислоту, як таку, що покращує мікроциркуляцію.

З антигістамінних препаратів призначали Кларитин або Зиртек у зв'язку з відсутністю у них снодійного ефекту. Для зняття психоемоційної напруги рекомендували приймати екстракт пустирника або настій півонії. Призначали полівітамінні комплекси в добовій дозі.

Результати та обговорення. В результаті комплексного лікування пацієнтів з ЧПЛ уже через тиждень у них покращився загальний стан, помітно зменшилися неприємні відчуття в роті, у пацієнтів з типовою формою інтенсивність «мереживного малюнку» зменшилась. Через 14 днів лікування у пацієнтів з ерозивно-виразковою формою ЧПЛ зникла болісність ділянок ураження та на чверть зменшились ділянки ураження в порожнині рота, ділянки мали ознаки загоювання. У 2 пацієнтів з гіперкератотичною формою ЧПЛ суттєвих змін через 7 днів лікування не спостерігалось, тому ми скерували їх на консультацію до онколога. Усі пацієнти продовжують комплексне лікування та знаходяться під пильним наглядом лікарів.

Висновок. Указаний комплекс лікувальних заходів вказує на його достатню ефективність. Головним чином, уже за досить короткий термін, пацієнти відчули покращення стану СОПР, покращився загальний стан та зменшилась психоемоційна напруга, об'єктивно ділянки ураження та інтенсивність «мереживного малюнку» також зменшилися.

Таким чином раціональний вибір ліків, послідовне етапне (курсове) застосування з урахуванням індивідуальних особливостей хворого, характеру перебігу захворювання сприяють досягати позитивних результатів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Червоний плоский лишай: діагностичні алгоритми <https://www.umj.com.ua/article/184439/chervonij-pleskatij-lishaj-diagnostichni-algoritmi>
2. Досвід використання фототерапії при лікуванні атипичних форм червоного плоского лишая //Чемерис М.М., Дехтярчук А.А. /Медичний центр «Новодерм», Львів, Україна