

mucosa and in the intestines, the antibodies produced there can mistakenly attack the epithelial cells of the oral mucosa due to the similarity of the antigenic structure. Patients suffering from recurrent aphthous stomatitis are advised to follow a strict diet that excludes salty, spicy, spicy foods, carry out daily wet

cleaning, eliminate all foci of chronic infections, and abandon bad habits that lead to trauma to soft tissues and the oral mucosa. Patients with HRAS should visit the dentist every 3-4 months.

**Key words:** chronic recurrent aphthous stomatitis, concomitant somatic diseases, bacterial flora.

УДК: 616.31:616.516-07-08

## КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ ПОЛОСТИ РТА. КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ



<sup>1</sup>Ибрагимова М.Х., <sup>1</sup>Муродова З.У., <sup>2</sup>Самадова Ш.И.

<sup>1</sup>Ташкентский государственный стоматологический институт,

<sup>2</sup>Бухарский государственный медицинский институт

Красный плоский лишай (КПЛ) был описан еще в 1869 году Е. Wilson. Однако в стоматологии до сих пор отсутствует единая концепция механизма его развития. КПЛ характеризуется полиморфизмом морфологических элементов, тяжелым хроническим течением и представляет собой серьезную медицинскую и социальную проблему (Банченко Г.В., Кряжева С.С., 1994; Баранник Н.Г., 1995; Володина Е.В., 1998; Buser D. et al., 1997; Carbone M. et al., 1997).

Папула молочно-белого или серо-белого цвета является основным морфологическим элементом при всех формах красного плоского лишая, при экссудативно-гиперемической форме возникает эритема, при эрозивно-язвенной форме развиваются эрозии или язвы, при буллезной форме появляются пузыри, эрозии, при гиперкератотической форме папулы сливаются в бляшки [2,7]. Кроме того, папулы могут быть сливаться в рисунки в виде кружева или сетки (сеть Уикхема).

В настоящее время не существует единого метода лечения этого заболевания, в результате которого наступило бы полное излечение. Существует ряд комплексных методов, способствующих уменьшению тяжести болезни и удлинению сроков ремиссии, а также сокращению сроков эпителизации морфологических элементов поражения. Для достижения стойких результатов в лечении КПЛ слизистой оболочки полости рта (СОПР) необходимо периодически повторять курсы комплексного лечения. Выбор оптимальных методов общей и местной терапии должен осуществляться индивидуально [5].

Согласно классификации А.Л. Машкиллейсона [11], различают шесть клинических форм КПЛ слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ: типичную, гиперкератотическую, экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллез-

ную и атипичную [6].

Излюбленным местом локализации КПЛ в полости рта являются дистальные отделы слизистой оболочки щёк (78,5-90,0%), языка (30%), слизистая оболочка альвеолярного отростка / десневой край (13,0-27,5%), значительно реже (1,9-9,3%) страдают слизистая оболочка нёба и красная кайма губ. КПЛ СОПР характеризуется такими клиническими особенностями, как хроническое рецидивирующее течение, полиморфизм клинических проявлений и реальная возможность опухолевого перерождения в 16,3% случаев [6,11].

Лечение КПЛ СОПР представляет собой трудную клиническую задачу в связи с тем, что до настоящего времени этиология и патогенез данной патологии окончательно не выяснены [8]. Необходимо уделять внимание выявлению сопутствующих заболеваний, в основном печени, гиповитаминоза, нарушений деятельности центральной и вегетативной нервной системы и др. При выявлении таких нарушений схему лечения следует составлять только после совместной консультации со специалистом другого профиля [6,11].

Большинство специалистов, придерживаясь гипотезы иммунологического механизма, при лечении тяжёлых и рецидивирующих форм КПЛ СОПР предпочтение отдают глюкокортикоидам [21]. Препараты этой группы обладают как противовоспалительными, так и иммунодепрессивными и гипосенсибилизирующими свойствами. В лечении КПЛ длительное время использовали схемы с применением системных глюкокортикоидов: преднизолон, гидрокортизон, дексаметазон, триамцинолон, обладающих относительно невысокой терапевтической активностью, но большим спектром осложнений и побочных эффектов [12,14,24].

Ряд авторов, которые в случаях упорного течения применяли глюкокортикоиды в виде инъекций

под элементы поражения КПЛ СОПР, указывают на сокращение сроков эпителизации эрозивно-язвенных элементов, при этом терапевтическая эффективность составила 68,0-75,0% [1]. Однако осложнением при применении данного метода часто становится грубое рубцевание СОПР в месте инъекций [3].

По мнению Т.В. Либик (2010) и многих зарубежных специалистов, в лечении КПЛ СОПР высокоэффективны местные противовоспалительные средства на основе ингибиторов кальциневрина (1% пимекролимус, 0,1% такролимус), которые, начиная с 2004 года, широко (по показаниям) применяются за рубежом [26].

В комплексном лечении больных КПЛ СОПР определённое место отводится гипосенсибилизирующей терапии. Рекомендуют применение антигистаминных препаратов 3-го поколения, которые не вызывают седативного эффекта: лоратадин (кларитин), цетиризин (зиртек), дипразин, дезлоратадин (эриус), фексофенадин (телфаст) [12].

Сторонники инфекционной теории считают, что первым этапом в лечении КПЛ должна быть антибиотикотерапия, при этом уделяется внимание антибиотикам широкого спектра действия – макролидам. В отечественной практике для лечения эрозивно-язвенных форм КПЛ успешно используют антипротозойный препарат метронидазол [22]. Учитывая возможную роль вирусов в этиологии КПЛ, ряд авторов [10] считают целесообразным в комплексное лечение включать противовирусные препараты. При кандидозной инфекции используют противогрибковые препараты – флуконазол, кетоконазол [4].

Доказано наличие дисбиотических сдвигов и дисбактериоза у пациентов с КПЛ СОПР, что обосновывает необходимость включения в схему комплексной терапии заболевания препаратов, нормализующих микрофлору: нормазе, лизоцим-содержащий препарат бифилиз, лактусан и лактосодержащие пробиотики, эубиотики, бифидумбактерин форте, линекс, бификол, лактобактерин [20].

Учитывая тесную связь КПЛ с патологией ЖКТ, обосновывается включение в комплекс лечебных мероприятий средств, усиливающих скорость и полноту пристеночного пищеварения, а также фестал, колибактерин, желчегонные травы и тыквеол, усиливающих всасывание углеводов в кишечнике [25].

При сочетании КПЛ с вирусной или микробной инфекцией наиболее эффективен препарат иммунофан. Использование ликопида в комплексном лечении КПЛ позволяет повысить иммунологический эффект [15,23].

При тяжёлых формах КПЛ в сочетании с соматической патологией хорошо зарекомендовал себя новый препарат полиоксидоний, который приме-

няют как иммуномодулятор, детоксикант, пролонгирующий и носитель многих фармакологически активных соединений [15]. По мнению исследователей, полиоксидоний является незаменимым препаратом в общем лечении КПЛ благодаря антиоксидантному эффекту [17].

Местное лечение, которое является одним из звеньев комплексной терапии, заключается в санации полости рта и устранении очагов хронической инфекции и травмирующих факторов. Поскольку эрозии и язвы проявляются выраженным болевым синдромом, важным в местном лечении является местное аппликационное обезболивание [23].

Для усиления эпителизации элементов поражения применяются аппликации масляных растворов витаминов А и Е, 5-10% метилурациловая мазь, картолин, масло облепихи и шиповника, солкосерил дентальная адгезивная паста в виде аппликаций на поверхность эрозий и язв [18].

Т.И. Лемецкая в качестве альтернативы предложила лечить КПЛ СОПР комплексными гомеопатическими препаратами [9]. В схему комплексного лечения КПЛ СОПР включают физиотерапевтические методы [13]. В настоящее время с успехом используются фотодинамическая терапия (ФДТ) [16,26], фотохимиотерапия (PUVA) [27], лазерная терапия.

Таким образом, в настоящее время общепринятого метода лечения КПЛ, приводящего к полному излечению, не существует. Известные комплексные методы лечения способствуют снижению тяжести заболевания, удлинению сроков ремиссии, сокращению сроков эпителизации патологических элементов, уменьшению их количества и размеров. В связи с этим в настоящее время продолжается поиск новых методов комплексного лечения, направленных на устранение воспаления, ускорение эпителизации, предупреждение рецидивов заболевания и удлинение ремиссии.

#### Литература

1. Аксамит Л.А., Цветкова А.А. Вопросы диагностики и лечения красного плоского лишая на слизистой оболочке рта // Клини. стоматол. – 2015. – №1. – С. 20-23.
2. Баязитова Л.Т., Лисовская С.А. и др. Оценка микробной контаминации очагов поражения красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта // Пробл. мед. микол. – 2015. – Т. 17, №2. – С. 45-46.
3. Бекжанова О.Е., Шукурова О.А. Клиническая оценка патогенетически ориентированной схемы лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // Мед. журн. Узбекистана. – 2017. – №4. – С. 17-20.
4. Белозерцева О.П., Федотова М.В. Сравнительный лечебный эффект Аргокола и Фармадонта с использованием устройства для пролонгированного действия препаратов, при местном лечении

красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // Scitechnology. – 2019. – №19. – С. 3-11.

5. Борк К., Бургдорф В., Хеде Н. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение: Атлас и руководство/ Пер. с нем. – М.: Мед. лит-ра, 2011.

6. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. – М.: Медицина, 2001.

7. Дмитриева Л.А., Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

8. Камилов Х.П., Ибрагимова М.Х., Асильбекова Н.О. К вопросу лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая на слизистой полости рта // Мед. журн. Узбекистана. – 2015. – №6. – С. 15-18.

9. Лемецкая Т.И., Зорян Е.В., Аллик Е.Л. Применение комплексных гомеопатических препаратов в лечении красного плоского лишая // Стоматол. для всех. – 2002.

10. Леонтьева Е.С. Стоматологические проявления красного плоского лишая и прогностическая значимость факторов, влияющих на его течение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Казань, 2014. – 26 с.

11. Машкиллейсон А.Л. Красный плоский лишай // Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. – М.: Медицина, 1984.

12. Македонова Ю.А., Фирсова И.В., Михальченко Д.В. и др. Оптимизация местной медикаментозной терапии больных эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая слизистой оболочки рта // Клин. стоматол. – 2018. – №2 (86). – С. 38-42.

13. Молочкова Ю.В. Ингибиторы кальциневрина и медиаторов воспаления в топической терапии эрозивного красного плоского лишая полости рта // Клин. дерматол. и венерол. – 2015. – Т. 14, №1. – С. 63-67.

14. Нажмутдинова Д.К. Клобетазол в терапии красного плоского лишая // Вестн. дерматол. и венерол. – 2011.

15. Рабинович О.Ф. Лечение больных красным плоским лишаем иммунокорректирующими препаратами ликопад и полиоксидоний // Иммунология. – 2004.

16. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Гусева А.В. Лечение пациентов с тяжелыми формами красного плоского лишая слизистой оболочки рта с применением фотодинамической терапии // Стоматология. – 2016. – Т. 95, №4. – С. 27-30.

17. Рабинович О.Ф., Ханукова Л.М., Пинегин Б.В. Особенности иммунной системы и роль её нарушений в развитии красного плоского лишая // Стоматология. – 2000.

18. Рабинович О.Ф., Эпельдимова Е.Л. Применение кератопластических препаратов местного

действия при лечении рецидивирующего афтозного стоматита и красного плоского лишая // Естеств. науки. – Ч. 25. Стоматология. – Самара, 2003.

19. Тарасенко С.В., Шатохин А.И., Умбетова К.Т., Степанов М.А. Т-клеточное звено иммунитета в патогенезе плоского лишая слизистой оболочки рта // Стоматология. – 2014. – №1. – С. 60-63.

20. Усманова И.Н., Герасимова Л.П., Хисматулина З.Р. и др. Оценка результатов комплексной терапии красного плоского лишая слизистой оболочки рта // Пробл. стоматол. – 2019. – Т. 15, №2. – С. 37-44.

21. Хамаганова И.В. Адвантан (метилпреднизолон ацепонат) в комплексном лечении красного плоского лишая // Вестн. дерматол. и венерол. – 2004.

22. Хинова И.В. Хронические заболевания слизистой оболочки полости рта // Стоматология (София). – 1990.

23. Чуйкин С.В., Акмалова Г.М., Гильманов А.Ж., Гареев Е.М. Состояние проницаемости гематосаливарного барьера при красном плоском лишае слизистой оболочки рта // Пробл. стоматол. – 2016. – №1. – С. 11-18.

24. Шакирова А.В., Тарасова Ю.Г., Злобина О.А. и др. Эффективность различных топических кортикостероидных препаратов при лечении эрозивных форм плоского лишая // Соврем. пробл. науки и обр. – 2015. – №2-1. – С. 94.

25. Шумский А.В., Трунина Л.П. Красный плоский лишай полости рта. – Самара, 2004.

26. Aghahosseini F., Arbabi-Kalati F., Fashtami L.A. et al. Methylene blue-mediated photodynamic therapy: a possible alternative treatment for oral lichen planus // Lasers Surg. Med. – 2006.

27. Kuusilehto A., Lehtinen R., Happonen R.P. et al. An open clinical trial of a new mouth-PUVA variant in the treatment of oral lichenoid lesions // Oral Radiol. Endod. – 1997.

**РЕЗЮМЕ.** Красный плоский лишай (КПЛ) впервые был описан в 1869 г. Однако в клинической дерматологии и стоматологии единая концепция патогенеза этого заболевания до сих пор не выработана. Существуют несколько клинических форм КПЛ, однако основным морфологическим элементом независимо от формы является папула молочно-белого или серо-белого цвета. В то же время при экссудативно-гиперемической форме развивается эритема застойного типа, при эрозивно-язвенной форме наблюдаются гиперемия, эрозия или язва, при буллезной форме возникают пузыри и эрозии, а при гиперкератотической форме папулы сливаются в бляшки. Предложен ряд комплексных методов лечения, способствующих снижению тяжести болезни, приводящих к удлинению сроков ремиссии и сокращению сроков эпителизации патологических элементов, однако

полного излечения не наступает.

**Ключевые слова:** слизистая оболочка полости рта, красный плоский лишай, лечение.

**SUMMARY.** Lichen planus (LP) was first described in 1869. However, in clinical dermatology and dentistry, a single concept of the pathogenesis of this disease has not yet been developed. There are several clinical forms of LP, but the main morphological element, regardless of the shape, is a milky-white or gray-white papule. At the same time, with an exudative-hyperemic form, erythema of a

stagnant type develops, with an erosive-ulcerative form, hyperemia, erosion or ulcers are observed, with a bullous form, bubbles and erosion occur, and with a hyperkeratotic form, papules merge into plaques. A number of complex methods of treatment have been proposed that help to reduce the severity of the disease, leading to an extension of the remission period and a reduction in the epithelialization of pathological elements, but a complete cure does not occur.

**Key words:** oral mucosa, lichen planus, treatment.

УДК: 616.31-002.157.2 – 02-092

## СУРУНКАЛИ ҚАЙТАЛАНУВЧИ АФТОЗ СТОМАТИТНИНГ ЭТИОПАТОГЕНЕЗИГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР



Алимова Д.М., Абдуллаева М.Р., Бахрамова Ф.

*Кафедра факультетской терапевтической стоматологии ТГСИ*

Долзарблиги. Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит оғиз шиллик қаватининг сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, даврий ремиссия ва тез-тез элементлари билан кечадиган афтанинг пайдо бўлиши билан тавсифланади. Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит кучайиши туфайли стоматологиянинг жиддий муаммосидир [3].

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит патогенезида қайси омиллар устунлик қилиши ва касалликка мойил бўлганлиги аниқ аниқланмаган. Бунинг пайдо бўлиши ва ривожланишида маълум рол ирсий ва конституциявий омиллардир [9,10].

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит ривожланишининг асосий омиллари стафилококлар, стрептококлар, ОИВ инфекцияси, аллергия (озиқ-овқат, гиёҳванд моддалар), иммунитет ва отоиммун касалликлар, овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари, жигар, ошқозон ости бези, нейротрофик касалликлар, генетик мойиллик, касбий ва ишлаб чиқариш хавфлари (хром аралашмалари, цемент, бензин, фенол, протез материаллари) [4].

Ҳозирги вақтда ушбу касалликнинг энг еҳтимолли сабаблари: герпес симплекс вируси, цитомегаловируснинг юқумли аллергияси, герпес симплекс вируси ёки цитомегаловируснинг аниқланиши билан тасдиқланади; генетик мойиллик; табиати очилмаган қон касаллиги.

Сўнги пайтларда сурункали қайталанувчи афтоз стоматит маҳаллий патологик жараён эмас, балки бутун организм касаллигининг намойиши сифатида қабул қилинади. Қайтариллишни келтириб чиқарадиган омиллар орасида оғиз шиллик қаватининг травмаси, гипотермия, овқат ҳазм қилиш

тизими касалликларининг кучайиши, стрессли вазиятлар, климатогеографик омиллар бўлиши керак. Стоматитнинг келиб чиқиш сабабларини дастлабки кўриб чиқишда. Оғиз бошлигининг механик тирнаш хусусияти назарияси кўриб чиқилиши керак. Аслида, шикастланиш фақат провокацион омил. Кўп муаллифлар сурункали қайталанувчи афтоз стоматит вирусли етиологияси фойдасига гапиришади.

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит - бу жуда кенг тарқалган патология. Сўнги йилларда ушбу касалликнинг асоратлари ривожланишида барқарор ўсиш кузатилмоқда. Барча беморлар касалликнинг клиник кечиш даражаси билан боғлиқ бўлган маҳаллий ва умумий табиатнинг иммунологик ҳолатини бузганликларини кўрсатдилар [6,9].

Касалликнинг патогенези ва курсида 3 давр ажратилади: продромал; энгил, ўртача ва оғир зўравонлик шаклида давом этадиган тошма даври; касалликнинг йўқ бўлиб кетиш даври [6].

Турли олимларнинг фикрига кўра, сурункали қайталанувчи афтоз стоматитнинг тарқалиши турли аҳоли гуруҳлари учун фарқ қилади. 1968 йилда Епишев В.А. ошқозон-ичак тракти касалликларига чалинган беморларнинг 87,8 фоизида тақрорий стоматитни аниқлади. Тадқиқотларга кўра, оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг бошқа касалликлари орасида сурункали қайталанувчи афтоз стоматит 5% ҳолларда аниқланган [8,10].

Зотан 1956 йилда И.Г. Лукомский ва И.О. Новик сурункали қайталанувчи афтоз стоматит пайдо бўлишининг аллергия хусусиятини таклиф қила