

Влияние дипроспана на клиническое течение эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки рта

Чуйкин С.В.¹, Акмалова Г.М.¹, Чернышева Н.Д.²

¹ ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ² ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (620019, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3)

Резюме

Красный плоский лишай – хронический воспалительный дерматоз с поражением кожи, слизистых оболочек и придатков кожи. Эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая слизистой оболочки рта имеет высокий риск онкогенной трансформации (от 1,1 до 7% случаев), сопровождается значительной болезненностью и торпидностью течения, полиморфизмом клинических проявлений и малой эффективностью лечения. Препаратом выбора для лечения красного плоского лишая слизистой оболочки рта является дипроспан – сильнейший и наиболее безопасный кортикостероид, позволяющий достичь эффекта при небольшом числе инъекций. Целью работы явилась оценка эффективности использования дипроспана при лечении пациентов с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая. Эффективность применения дипроспана была изучена у 15 больных КПЛ СОР, которые составили 1-ю группу: получали внутримышечно по 1 мл дипроспана 1 раз в месяц. 11 пациентов с эрозивно-язвенной формой составили контрольную группу. Эффективность проводимой терапии оценивали в динамике на 7, 14, 21-й дни лечения, а также через 1,5 и 2,5 месяца после лечения. На 21-й день лечения эрозивно-язвенные участки эпителизировались у 13 больных, отечно-болевым симптом купировался полностью у всех пациентов основной группы, что достоверно больше, чем в группе сравнения – у 3 пациентов. Двум пациентам, у которых эрозивно-язвенные участки полностью не эпителизировались, была сделана вторая инъекция дипроспана через 1 месяц, после которой наступила эпителизация очагов поражения. Установлена высокая эффективность применения дипроспана в комплексной терапии эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки рта, что было подтверждено положительной клинической динамикой у всех больных.

Ключевые слова: красный плоский лишай, слизистая оболочка рта, дипроспан, кортикостероиды, эрозивно-язвенная форма.

Адрес для переписки:

Чуйкин Сергей Васильевич

«Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3

Тел.: +79174442087

E-mail: akmalova-ekb@yandex.ru

Address for correspondence:

Chuykin Sergey Vasilevich

«Bashkir State Medical University Ministry of Health of the Russian Federation»

450000, Ufa, street Lenin, 3

Phone: +79174442087

E-mail: akmalova-ekb@yandex.ru

Образец цитирования:

Чуйкин С.В., Акмалова Г.М., Чернышева Н.Д.

«Влияние дипроспана на клиническое течение эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки рта».

Проблемы стоматологии, 2015, Т. 11, № 5-6. С. 14-17.

doi: 10.18481/2077-7566-2015-11-14-17.

© Чуйкин С.В. и соавт., 2015

For citation:

Chuykin S.V., Akmalova G.M., Chernysheva N.D.

«Influence of diprosпан on the clinical course of erosive and ulcerative forms of oral lichen planus»

The actual problems in dentistry,

2015, Vol. 11, № 5-6, pp. 14-17.

DOI: 10.18481/2077-7566-2015-11-14-17.

Influence of diprospan on the clinical course of erosive and ulcerative forms of oral lichen planus

Chuykin S.V.¹, Akmalova G.M.¹, Chernysheva N.D.²

¹ Bashkir State Medical University Ministry of Health of the Russian Federation, Ufa (450000, Ufa, street Lenin, 3)

² Ural State Medical University Ministry of Health of the Russian Federation, Ekaterinburg (620019, Ekaterinburg, street Repin, 3)

The summary

Lichen planus – a chronic inflammatory dermatosis with lesions of the skin, mucous membranes and skin appendages. Erosive and ulcerative form of oral lichen has a high risk of oncogenic transformation (from 1,1 to 7% of cases), is accompanied by significant morbidity and torpid course, polymorphism of clinical manifestations and low efficiency of treatment.

The drug of choice for the treatment of lichen planus of the oral mucosa is diprospan - the strongest and safest corticosteroid, which achieves the effect of a small number of injections. The aim of study was to evaluate the effectiveness of using diprospana in patients with erosive and ulcerative form of the OLP. Efficiency of using of diprospana was studied in 15 patients OLP, which amounted to group 1: received intramuscular injection of 1 ml of diprospana once a month. 11 patients with erosive and ulcerative form make up the control group. The effectiveness of the therapy was evaluated in the dynamics of 7, 14, 21 th, days of treatment, as well as 1,5 and 2,5 months after treatment. The high efficiency of diprospana is fixed in complex therapy of erosive and ulcerative forms OLP, which was confirmed by positive clinical dynamics in all patients.

On the 21-day treatment of erosive and ulcerative areas recovered in 13 patients, swelling, pain symptom was stopped completely in all patients of the main group, which was significantly greater than in the comparison group - in 3 patients. Two patients who has not recovered erosive and ulcerative areas completely was made second injection of diprospan after 1 month, after which came recovering of lesions.

Keywords: lichen planus, oral mucosa, diprospan, corticosteroids, erosive and ulcerative form.

Красный плоский лишай (КПЛ) – хронический воспалительный дерматоз с поражением кожи, слизистых оболочек и придатков кожи [4]. Эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая слизистой оболочки рта (КПЛ СОР) [1, 3, 4] имеет высокий риск онкогенной трансформации (от 1,1 до 7% случаев) [5], сопровождается значительной болезненностью и торпидностью течения, полиморфизмом клинических проявлений и малой эффективностью лечения. Длительное существование и болезненность элементов поражения нарушает состояние больных, затрудняет прием пищи и уход за полостью рта. В настоящее время кортикостероидные препараты системного и локального действия занимают ведущее место при лечении многих дерматозов. Широко применяются они и в стоматологической практике [2]. Кортикостероиды обладают противовоспалительным,

иммунодепрессивным, гипосенсибилизирующим действием и, таким образом, оказывают разносторонний эффект на иммунопатологические процессы при осложненных формах КПЛ. Наряду с благоприятным терапевтическим действием, для глюкокортикостероидов характерны тяжелейшие побочные эффекты, связанные с их влиянием на все виды обмена веществ – белковый, углеводный, жировой и водно-электролитный. В связи с этим препаратом выбора является дипроспан – сильнейший и наиболее безопасный кортикостероид, позволяющий достичь эффекта при небольшом числе инъекций.

Дипроспан обладает высокой глюкокортикостероидной активностью, но, в отличие от своих предшественников (гидрокортизона, преднизолон, кеналог), имеет ряд преимуществ:

- незначительное минералокортикостероидное действие;
- быстрое и вместе с тем пролонгированное мощное противовоспалительное и обезболивающее воздействие;
- не вызывает местных мелко кристаллических реакций;
- не оказывает местнодистрофического действия на ткани;
- назначается как однократно, так и повторно (при наличии показаний).

Дипроспан – глюкокортикостероидный препарат. Препарат состоит из двух частей, одна из которых (бетаметазона динатрия фосфат) оказывает немедленное, а вторая (бетаметазона дипропионат) – пролонгированное действие. Препарат выпускается в ампулах по 1 мл, которые содержат 2 мг первого и 5 мг второго вещества. Бетаметазона динатрия фосфат – легко растворимый компонент, который быстро всасывается в ткани и обеспечивает быстрый эффект. У бетаметазона дипропроната более медленная абсорбция, благодаря чему создается пролонгированное действие (до 3 недель).

Согласно исследованиям, проведенным фирмой-изготовителем, сравнительный противовоспалительный эффект глюкокортикостероидов (в пересчете на преднизолон) при применении гидрокортизона составляет 0,25, метилпреднизолона и триамцинолона – 1,25, бетаметазона – 6,25. В то же время бетаметазон более безопасен, чем другие глюкокортикостероиды. Индекс безопасности (доза, вызывающая кушингоид/эффективная противовоспалительная доза) для бетаметазона составляет 2,6, для гидрокортизона – 1,3, для метилпреднизолона и триамцинолона – 1,6.

Имеются сведения о применении дипроспана в виде инъекций под элементы поражения слизистой оболочки [1]. Авторы указывают на сокращение сроков разрешения и эпителизации эрозивно-язвенных элементов, достижении терапевтической эффективности у 68,0-75,0% пациентов. Однако осложнением данного метода нередко является грубое рубцевание слизистой в месте инъекций. Ограничения локального инъекционного введения кортикостероидов связано также с его болезненностью.

Целью работы явилась оценка эффективности использования дипроспана при лечении пациентов с эрозивно-язвенной формой КПЛ.

Эффективность применения дипроспана была изучена у 15 больных КПЛ СОР (средний возраст 52 года), которые составили 1-ю группу:

получали внутримышечно по 1 мл дипроспана 1 раз в месяц. 11 пациентов (средний возраст 52 года) с эрозивно-язвенной формой составили контрольную группу. Во всех случаях лечение было комплексным и включало санацию полости рта, рациональное протезирование (замена некачественных и изготовленных из разнородных металлов ортопедических конструкций). С целью обследования и лечения сопутствующей патологии больных направляли к соответствующим специалистам, чаще всего это терапевты, гастроэнтерологи, кардиологи, эндокринологи или клинические иммунологи.

Общая терапия для всех пациентов включала в себя назначение внутрь седативных средств – атаракса по 0,25 мг 1 раз в день, комплекса витаминов: витрум или супрадин – по 1 таблетке в день в течение 1 месяца, иммуномодулирующего препарата ликопад 10 мг 1 раз в день в течение 10 дней, антигистаминного препарата цетрин – по 1 таблетке ежедневно в течение 14 дней.

Местная терапия включала при необходимости обезболивание СОР 5% анестезиновой эмульсией, антисептическую обработку 0,2% раствором хлоргексидина, аппликации ферментов (трипсина), смазывание пораженных участков холисал-гелем. Затем в обеих группах использовали аппликации кератопластического средства – солкосерил адгезивной пасты.

Эффективность проводимой терапии оценивали в динамике на 7, 14, 21-й дни лечения, а также через 1,5 и 2,5 месяца после лечения по следующим параметрам:

А. Уменьшение или исчезновение субъективных ощущений в полости рта (болевого синдром, жжение) по визуальной-аналоговой шкале боли (VAS). Для этого при каждом посещении больным предлагалось оценить в баллах наличие спонтанной и возникающей при приеме пищи боли в СОР в диапазоне от 0 (нет боли) до 4 (сильные боли) [6].

Б. Сокращение размеров или исчезновение очагов поражения по клинической оценке для измерения очагов поражения [7].

0 – нет поражения, 1 – наличие белых папул без воспаления, 2 – папулы с гиперемией на СОР, 3 – гиперкератоз с эрозивными участками менее чем 1 см, 4 – гиперкератоз с эрозивной площадью более 1 см, 5 – гиперкератоз с эрозивной площадью более 1 см и язвенным поражением.

Результаты данных обработаны стандартными методами вариационной статистики, с использованием программных пакетов статистической обработки Statistica 6.0 for Windows. Оценку

достоверности различий (p) между группами определяли с помощью критерия Стьюдента (t).

Результаты исследования. Через 7-10 дней после первой инъекции прекращалось появление новых элементов, за несколько дней до этого исчезала боль, на 21-й день лечения значение симптома боли у всех больных в основной группе оставалось низким и составило $1,12 \pm 0,57$ балла, что в 2,1 раза меньше, чем в группе сравнения, где VAS составила $2,34 \pm 0,54$ балла, у 59% больных до конца лечения сохранялись жжение, чувство стянутости, иногда боль при приеме пищи.

На 14-й день лечения отмечали достоверное уменьшение площади эрозий у всех пациентов основной группы, а в группе сравнения те же изменения наблюдались только у 4 пациентов, что в 3,8 раза меньше, чем в основной группе ($p < 0,05$). В группе срав-

нения у больных сохранялось чувство жжения, стянутости СОР. На 21-й день лечения эрозивно-язвенные участки эпителизировались у 13 больных, отеочно-болевым симптом купировался полностью у всех пациентов основной группы, что достоверно больше, чем в группе сравнения – у 3 пациентов. Двум пациентам, у которых эрозивно-язвенные участки полностью не эпителизировались, была сделана вторая инъекция дипроспана через 1 месяц, после которой наступила эпителизация очагов поражения.

Выводы

Установлена высокая эффективность применения дипроспана в комплексной терапии эрозивно-язвенной формы КПЛ СОР, что было подтверждено положительной клинической динамикой у всех больных (100%).

Литература

1. Брусенина Н.Д., Рыбалкина Е.А. Опыт применения препарата «Дипроспан» в стоматологии // Стоматология для всех. 2007. – №4. – С. 10-14.
2. Костина И.Н. Комплексное лечение остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава, основанное на доказательной медицине // Уральский медицинский журнал. 2008. – №10 (50). – С. – 40-46.
3. Ронь Г.И., Акмалова Г.М. Оценка клинической эффективности новой композиции тизоля с триамцинолоном в комплексном лечении пациентов с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая слизистой оболочки рта // Стоматология. 2015. – №2. – С. 13-16.
4. Чуйкин С.В., Акмалова Г.М. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта: клинические формы и лечение // Казанский медицинский журнал. 2014. – №5. – С. 680-687.
5. Fitzpatrick S.G., Hirsch S.A., Gordon S.C. The malignant transformation of oral lichen planus and oral lichenoid lesions. A systematic review // J. of the American Dental Association. 2014. 145:1. – Pp. 45-56.
6. Fitzpatrick S.G., Honda K.S., Sattar A. Histologic lichenoid features in oral dysplasia and squamous cell carcinoma // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology. 2014. 117:4. – Pp. 511-520.
7. Passeron T., Lacour J.P., Fontas E. Treatment of oral erosive lichen planus with 1% pimecrolimus cream: a double-blind, randomized, prospective trial with measurement of pimecrolimus levels in the blood // J. Dermatology. 2007. 143:4. – Pp. 472-6.

Авторы:

Чуйкин С.В., заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, декан стоматологического факультета ГБОУ ВПО Башкирского государственного медицинского университета Минздрава России, г. Уфа
Акмалова Г.М., к.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ИДПО, ГБОУ ВПО Башкирского государственного медицинского университета Минздрава России, г. Уфа
Чернышева Н.Д., к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии, ГБОУ ВПО Уральского государственного медицинского университета Минздрава России, г. Екатеринбург

Поступила 28.10.2015

Принята к печати 13.11.2015

Autors:

Chuykin S.V., honored doctor of Russia, M.D., Professor, Dean of the stomatological faculty of Bashkir state medical University of Ministry of healthcare of Russia, Ufa
Akmalova G.M., candidate of medical Sciences, associate Professor of pediatric dentistry and orthodontics with a course of EITI, Bashkir state medical University of Ministry of healthcare of Russia, Ufa.
Chernyshova N.D., candidate of medical Sciences, associate Professor in the Department of therapeutic dentistry in Ural state medical University of Ministry of healthcare of Russia, Ekaterinburg

Received 28.10.2015

Accepted 13.11.2015