***Красный плоский лишай***

*Красный плоский лишай (Lichen ruber planus), или плоский лишай, — узелковое хроническое заболевание, возникающее на коже и видимых слизи­стых оболочках и нередко имеющее характер лихеноидной реакции. При этом заболевании часто поражается слизистая оболочка полости рта и красная кайма губ. Впервые поражение слизистой оболочки полости рта при плоском лишае описал Wilson (1869), в дальнейшем этому вопросу посвя­тили свои исследования А.И.Поспелов(1881), Б.М.Пашков (1963), Е.И.Абра­мова (1966), Г.П.Васьковская (1972), Shklar и McCarthy (1961, 1980) и др.*

*Ф.И.Гринфельд (1924), М.И.Пер (1941), Сооке (1953) и др. обратили внимание на нередкое изолированное поражение слизистой оболочки по­лости рта плоским лишаем, что затем подтвердили Б.М.Пашков, Rohde (1966), Е.ИАбрамова, Samman (1956), и др. Данные о частоте поражения слизистой оболочки полости рта у больных плоским лишаем весьма разно­речивы и варьируют от 17 до 77 %. Такой большой диапазон статистических данных объясняется тем, что авторы обследовали разные контингент больных. По данным Е.И.Абрамовой (1966), из 294 больных плоским ли­шаем слизистой оболочки полости рта и губ лишь у 23% одновременно бы­ла поражена и кожа. Rohde, который с 1951 г. по 1965 г. в дерматологичес­кой клинике наблюдал 585 больных плоским лишаем, высыпания на сли­зистой оболочке рта отметил у 22% больных, но лишь у 13,5% больных был изолированный плоский лишай слизистой оболочки полости рта.*

*По данным Hornstein и соавт. (1980), наблюдавших 374 больных крас­ным плоским лишаем, изменение слизистой оболочки полости рта име­лось у 54% больных, при этом у 26,5% оно было изолированным. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта чаще встречается у жен­щин в возрасте 40—60 лет.*

***Этиология и патогенез.*** *Причины возникновения плоского лишая окон­чательно не выяснены. Существуют нервная, вирусная и токсико-аллергическая теория возникновения этого заболевания. В развитии изолированного плоского лишая слизистой оболочки полости рта большое значение имеет токсико-аллергический компонент.*

*Исследования ряда авторов показали, что возникновение плоского ли­шая на слизистой оболочке рта, длительность его течения, устойчивость к терапевтическим воздействиям в определенной степени зависят от нали­чия у больных различных хронических заболеваний, ослабляющих защит­ные свойства организма, а также резистентность слизистой оболочки к травме. Е.А.Сосенкова (1969), Е.И.Абрамова и Г.П.Васьковская (1973), Л.П.Клюева (1973) отмечали различные заболевания желудочно-кишечно­го тракта, печени, поджелудочной железы у больных плоским лишаем сли­зистой оболочки полости рта и зависимость его течения от патологии вну­тренних органов. Hornstein и соавт. (1980) отметили достоверную корреля­цию между красным плоским лишаем и хроническим гепатитом, диагнос­тированным у 92 из 374 больных. АЛ.Машкиллейсон и соавт. (1980) при га­строэнтерологическом исследовании 415 больных плоским лишаем слизи­стой оболочки полости рта у 75% из них выявили различную патологию желудочно-кишечного тракта (гастриты — у 64%, язвенную болезнь и ее ос­ложнения — у 14%, колиты — у 19% больных и др.), нередко сочетавшуюся с заболеваниями печени. Наблюдение за больными и обследование их в ди­намике позволили авторам прийти к заключению о несомненной роли па­тологии желудочно-кишечного тракта в патогенезе плоского лишая слизи­стой оболочки полости рта, особенно его эрозивно-язвенной формы.*

*При гастроскопии, проведенной у больных с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая, у части обследованных обнаружены изменения слизистой оболочки желудка, аналогичные изменениям, имевшимся у этих больных на слизистой оболочке полости рта. Однако механизмы взаимо­связи этих изменений окончательно не установлены. Не исключено, что они носят рефлекторный характер или, например, происходит адсорбция в слизистой оболочке полости рта антигенных структур, исходящих из же­лудочно-кишечного тракта. Возможно, антигенами являются находящиеся в кишечном тракте бактерии, которые могут иметь антигенную структуру, сходную со структурой эпителиальных клеток, слизистой оболочки полос­ти рта. В этом случае возникает так называемая перекрестная реакция.*

*Grinspan (1963), Н.С.Потекаев и соавт. (1964), С.М.Калтград и соавт. (1968), Grinspan и соавт. (1966) отмечают связь плоского лишая, особенно его эрозивно-язвенной формы, с сосудистой и эндокринной патологией, особенно с гипертонией и сахарным диабетом. Gotze (1964) обнаружил у больных сахарным диабетом, особенно при его сочетании с гипертониче­ской болезнью, значительные изменения сосудов слизистой оболочки по­лости рта и губ, выявляемые с помощью капилляроскопии. Это, естествен-*

*но, играет важную роль в патогенезе осложненных форм красного плоско­го лишая этой области, что подтверждается данными иммунофлюорес-центного исследования (Машкиллейсон А.А., Антонова Т.Н. и др., 1981). Роль сосудистой патологии в патогенезе эрозивно-язвенной формы плос­кого лишая была показана Г.П.Васьковской (1972), которая установила у этих больных значительное повышение проницаемости стенок сосудов. Определенное значение в развитии плоского лишая слизистой оболочки полости рта имеет травма слизистой оболочки, в том числе связанная с дентальной патологией: острые края зубов, плохо подогнанные съемные пластинчатые протезы из пластмассы, отсутствие зубов и др. (Абрамо­ва Е.И., 1966; Пашков Б.М., 1972, и др.).*

*Пломбы и протезы из разных металлов резко изменяют микроэлемент­ный состав слюны, в ней появляются примеси металлов, входящих в состав нержавеющей стали и припоя, что не только способствует возникновению гальванических токов, но и оказывает ингибирующее действие на ряд фер­ментов и, как показали исследования Г.А.Кудинова и А.Л.Машкиллейсона (1966), Н.В.Калиновой (1979, 1980) и др., могут явиться фактором, прово­цирующим, возможно по типу изоморфной реакции, возникновение пло­ского лишая на слизистой оболочке полости рта.*

*За последнее время все чаще появляются сообщения о развитии плоско­го лишая, в том числе и на слизистой оболочке полости рта, в ответ на дей­ствие на организм некоторых химических веществ, включая лекарства. Описаны такие так называемые лихеноидные реакции у лиц, работа кото­рых связана с проявлением цветной кинопленки, имевших контакт с пара-фенилендиамином, принимавших тетрациклин (тетрациклиновый лихен), ПАСК, препараты золота, атебрин (атебриновый лихен) и др. Б.Л.Черная (1962) наблюдала лихеноидную реакцию типа красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта в ответ на длительное раздражение ее ме­таллической пломбой или коронкой. При этом у ряда больных такая реак­ция на слизистой оболочке полости рта гистологически имела характер хронического неспецифического воспаления. Следует согласиться с Л.Н.Машкиллейсоном в том, что красный плоский лишай в некоторых случаях может представлять собой общую аллергическую реакцию на неко­торые медикаментозные и химические раздражители.*

***Клиническая картина.*** *Следует различать шесть клинических форм плос­кого лишая слизистой оболочки рта и красной каймы губ: типичную, ги-перкератотическую, экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллезную и атипичную. Крайне редко встречается пигментная форма (McCarthy, Shklar, 1964; Laskaris et al., 1981). По данным Е.И.Абрамовой, которая наблюдала пять клинических форм красного плоского лишая, типичная форма встречается примерно у 45% больных, экссудативно-гиперемическая - у 25%, эрозивно-язвенная — у 23%, буллезная - у 3% и атипич­ная - у 4% больных.*

*Типичная форма характеризуется мелкими, до 2 мм в диаметре, узелками беловато-перламутрового или серовато-белого цвета, которые сливаются между собой, образуя сетку, линии, дуги, причудливый рисунок кружева или листьев папоротника. На языке папулы чаще имеют вид бля­шек до 1 см в диаметре, напоминающих лейкоплакию (рис. 26). Реже такие бляшки образуются на слизистой оболочке щек и губ, где они могут высту­пать над окружающей слизистой оболочкой, принимая веррукозный ха­рактер. Серовато-белый налет, имеющийся на поверхности лихеноидных высыпаний, не снимается при поскабливании. У ряда больных на слизис­той оболочке щек на фоне типичных для плоского лишая высыпаний обра­зуются сплошные очаги ороговения с резкими границами. Е.И.Абрамова считает такую форму гиперкератотической формой красного плоского лишая.*

*На красной кайме губ слившиеся папулы плоского лишая иногда прини­мают звездчатую форму, иногда сливаются в виде сплошной шелушащейся полосы. Ощущения в виде сухости во рту и несильной боли при приеме го­рячей и грубой пищи более выражены при большой площади поражения. Высыпания плоского лишая локализуются преимущественно на слизистой оболочке щек (по линии смыкания коренных зубов), языка, губ, реже на деснах, небе, дне полости рта. При расположении их на красной кайме ча­ще поражается нижняя губа. Возможно изолированное поражение губ.*

*При типичной форме плоского лишая папулезные высыпания на губах имеют в лучах Вуда голубовато-белое или голубое свечение, а на слизистой оболочке рта — белое. В мазках-отпечатках с поверхности папулезных эле­ментов, рассматриваемых в лучах Вуда, обнаруживают ороговевшие эпите­лиальные клетки с цитоплазмой, имеющей оранжевое свечение, а также паракератотические клетки с небольшим ядром и цитоплазмой, имеющей желто-оранжевое свечение (Пожогина А.Г., 1971).*

*Экссудативно-гиперемическая форма характеризуется ти­пичными папулами красного плоского лишая, расположенными на гипе-ремированной и отечной слизистой оболочке. Эта форма сопровождается более выраженными болевыми ощущениями, особенно при приеме горя­чей, острой или грубой пищи.*

*Самой тяжелой и трудно поддающейся лечению является эрозивно-язвенная форма (рис. 27). Она может возникнуть как осложнение ти­пичной и экссудативно-гиперемической формы в результате эрозирования Поверхности высыпаний из-за травмирования участков резко выраженного воспаления. При этой форме на слизистой оболочке рта или губах име­ются эрозии, реже язвы, вокруг которых на гиперемированном и отечном основании располагаются в виде рисунка типичные для плоского лишая папулы. Эрозии имеют неправильную форму, покрыты фибринозным на­летом, после удаления которого легко возникает кровотечение. Они могут быть единичными, небольшими, малоболезненными, однако может быть и много очень болезненных эрозий, захватывающих почти всю слизистую оболочку полости рта и губ. Нередко эрозии держатся длительное время, иногда годами, не эпителизируясь. У ряда больных эрозии под влиянием лечения частично или полностью эпителизируются, но вновь рецидивиру-ются на том же или другом участке слизистой оболочки, иногда сразу же после прекращения лечения. В редких случаях на месте длительно сущест­вовавших эрозивно-язвенных высыпаний образуются участки атрофии слизистой оболочки (рис. 28).*

*В 1963 г. Grinspan сообщил о больных, у которых эрозивно-язвенная форма плоского лишая сочеталась с сахарным диабетом и гипертонией. В последующем это сочетание получило название синдрома Гриншпана, так как оно было не простым сочетанием симптомов: течение плоского ли­шая зависело от течения сахарного диабета и гипертонии, улучшение на­ступало при нормализации уровня сахара в крови и кровяного давления.*

*Буллезная форма плоского лишая характеризуется наряду с типич­ными узелковыми высыпаниями беловато-перламутрового цвета пузыря­ми размером от булавочной головки до фасоли с плотной покрышкой. Пу­зыри сохраняются на слизистой оболочке от нескольких часов до 2 сут. Эрозии на их месте быстро эпителизируются, что отличает буллезную фор­му плоского лишая от эрозивно-язвенной. Длительность течения буллез-ной формы различна: иногда рецидивы пузырей возникают в течение мно­гих месяцев. Пузырные высыпания или появляются одновременно с папу­лезными, или присоединяются к ним позднее. Когда пузыри предшеству­ют папулезным высыпаниям, возникают трудности в диагностике.*

*Атипичная форма плоского лишая возникает на слизистой оболоч­ке верхней губы и на соприкасающейся с ней слизистой оболочке верхней десны. На губе в центральной ее части обычно имеются два симметрично рас­положенных очага ограниченной застойной гиперемии. Эти очаги немного выступают над окружающей слизистой оболочкой за счет воспалительного инфильтрата и отека, на их поверхности определяется слабовыраженное по­мутнение эпителия в виде белесоватого налета, не снимающегося при по-скабливании шпателем. Иногда на поверхности наблюдается мацерация эпи­телия. Часто по всей поверхности очагов расширены устья слюнных желез (вторичный гландулярный хейлит). При этом вся верхняя губа слегка отечна.*

*У большинства таких больных в области верхних резцов десневые сосоч­ки утолщены, слегка отечны, гиперемированы, десны пастозны, иногда при легком прикосновении кровоточат, а при потираний шпателем легко эрозируются. На поверхности сосочков иногда видна нежная белесоватая сеточка. Больные жалуются на жжение или болезненность в области пора­жения, особенно при приеме острой либо горячей пищи.*

*Описанные формы плоского лишая могут трансформироваться одна в дру­гую. Так, экссудативно-гиперемическая и эрозивно-язвенная формы нередко являются осложнением типичной формы. Плоский лишай может возникать одновременно или последовательно на слизистой оболочке полости рта и на коже, о чем всегда должен помнить стоматолог, так как это может помочь ди­агностике процесса на слизистой оболочке полости рта. Зудящие, полиго­нальные, плоские, синюшно-розовые папулы с восковидно блестящей по­верхностью и пугасообразным вдавлением в центре размером 0,2—1 см в диа­метре локализуются преимущественно на сгибательной поверхности нижней трети предплечий, передней поверхности голеней, пояснице.*

*Гистологически у половины больных выражен неравномерный акантоз и грану-лез. Обычно определяются гипер- и паракератоз. Пилообразное удлинение межсо-сочковых отростков эпителия в слизистой оболочке выражено значительно мень­ше, чем в коже. Нередко наблюдается вакуольная дистрофия клеток базального слоя эпителия (Shklar, McCarthy, 1980). Сразу под эпителием расположен диффуз­ный, реже полосовидный инфильтрат, преимущественно из лимфоцитов и плазма­тических клеток. Инфильтрат почти никогда не проникает в нижние отечные слои соединительной ткани, он вплотную подходит к эпителию, как бы подпирает его, а некоторые клетки инфильтрата проникают в эпителий (экзоцитоз). поэтому мес­тами граница между базальным слоем и соединительной тканью плохо видна.*

*При эрозивно-язвенной форме имеется дефект эпителия, инфильтрат в верхней части соединительнотканного слоя состоит из лимфоидных и плазматических кле­ток, гистиоцитов, у половины больных обнаруживают эозинофилы и всегда в боль­шом количестве лаброциты. Почти вся область базальной мембраны разрушена ин­фильтратом. Эрозивно-язвенная форма может сопровождаться псевдоэпителиаль­ной гиперплазией. При буллезной форме пузыри располагаются субэпителиально, под пузырями имеется массивная круглоклеточная инфильтрация собственно сли­зистой оболочки. При эрозивно-язвенной и буллезной формах характерные для плоского лишая изменения эпителия определяют в пограничных с эрозией или пу­зырем участках слизистой оболочки.*

***Течение.*** *Плоский лишай на слизистой оболочке может сохраняться в те­чение многихлет. Возможны довольно длительные ремиссии, сменяющиеся обострениями. Продолжительное существование плоского лишая поддер­живается наличием соматических заболеваний и дентальной патологией.*

*Красный плоский лишай, являясь хроническим заболеванием, может иметь разную активность течения, в том числе и на слизистой оболочке по­лости рта, поэтому мы различаем острую и хроническую стадии заболева­ния. В острой стадии при типичной форме возникают новые папулы, при экссудативно-гиперемической усиливаются гиперемия и экссудация, а при эрозивно-язвенной форме появляются новые эрозии или увеличива­ются в размере имеющиеся. Любая травма слизистой оболочки (зубами, протезами, острой, горячей, пряной пищей и др.) может провоцировать появление новых высыпаний или обострение имеющихся симптомов (по­ложительный симптом Кебнера)1. В хронической стадии заболевания симптом Кебнера отрицательный, процесс не прогрессирует, высыпания могут периодически исчезать, но затем возникают вновь.*

*М.М.Желтаков (1948), Е.И.Абрамова (1964) и др. наблюдали больных, у которых плоский лишай протекал как острый синдром с высыпаниями на коже, эрозивно-язвенными поражениями слизистых оболочек полости рта и гениталий, сопровождавшимися высокой температурой тела и тяжелым нарушением общего состояния. Не исключено, что данный синдром пред­ставляет собой один из вариантов лихеноидных реакций.*

*Плоский лишай на слизистой оболочке щек и красной кайме губ может озлокачествляться (Машкиллейсон А.Л., 1979; Gottron E., 1954; Grinspan, 1958, и др.), что наблюдается примерно у 1% больных, чаще у лиц пожило­го возраста, длительно страдавших эрозивно-язвенной или гиперкератоти-ческой формой заболевания с локализацией поражения на слизистой обо­лочке щек, языке или красной кайме губ.*

*Из наблюдавшихся нами 620 больных плоским лишаем слизистой оболоч­ки полости рта и губ трансформация процесса в рак отмечена у 6 (около 1%). У 4 больных была эрозивно-язвенная, у 2 — гиперкератотическая форма пло­ского лишая. Составляя в 1975 г. классификацию предрака губ и слизистой оболочки полости рта, мы включили эрозивно-язвенную и гиперкератотиче-скую формы плоского лишая в группу факультативного предрака.*

*Признаками начинающегося озлокачествления плоского лишая явля­ются образование уплотнения в основании поражения и внезапное бурное усиление ороговения. Длительно незаживающие и неподдающиеся лече­нию эрозии, особенно с выраженным гиперкератозом вокруг, также долж­ны настораживать врача.*

***Диагностика. В*** *типичных случаях, особенно когда имеются высыпания на коже, диагноз плоского лишая слизистой оболочки полости рта не пред­ставляет трудностей, однако при наличии высыпаний только на слизистой оболочке полости рта диагностика сложнее. При этом не следует забывать о возможности возникновения изолированно на слизистой оболочке поло­сти рта лихеноидной реакции, которая внешне не отличима от плоского лишая. Для лихеноидной реакции характерно быстрое исчезновение высы­паний после устранения ее причины.*

*При лейкоплакии в отличие от плоского лишая имеется ороговение в виде сплошной бляшки серовато-белого цвета, нет рисунчатого характе­ра поражения, клинически воспалительные явления отсутствуют. При красной волчанке очаг поражения гиперемирован, инфильтрирован, гиперкератоз имеется только в пределах очага воспаления в виде очень нежных точек, коротких полосок, иногда по краю очага сливающихся в ви­де полос и дуг. В центре очага красной волчанки имеется атрофия, чего не бывает при красном плоском лишае.*

*Сифилитические папулы обычно более крупные, чем при плоском ли­шае, имеют круглую или овальную форму, поверхность их покрыта серова­то-белым налетом, который при травмировании обычно снимается, чего не происходит при плоском лишае. В соскобе с поверхности сифилитиче­ских папул всегда обнаруживают бледные трепонемы. Реакция Вассермана у таких больных положительная.*

*Наибольшую трудность в дифференциально-диагностическом отноше­нии представляет эрозивно-язвенная форма плоского лишая и красной волчанки (см. с. 169) при локализации их на красной кайме губ. При диф­ференциации с вульгарной пузырчаткой необходимо помнить, что вокруг эрозий при пузырчатке нет папул плоского лишая, но свежий эпителий по периферии эпителизирующих эрозий имеет беловато-перламутровый от­тенок и иногда напоминает слившиеся папулы плоского лишая. В этих слу­чаях необходимо исследование мазков-отпечатков с поверхности эрозий, в которых при пузырчатке обнаруживают акантолитические клетки. При эрозивной лейкоплакии очаги ороговения вокруг эрозий не имеют ри­сунчатого характера, а представляются в виде сплошных бляшек, слегка возвышающихся над уровнем слизистой оболочки.*

*Буллезную форму плоского лишая необходимо дифференцировать от вульгарной и неакантолитической пузырчатки, простого пузырькового ли­шая, экссудативной эритемы. В этих случаях большое диагностическое значение имеет прямая и непрямая РИФ, которая позволяет четко отдиф­ференцировать пузырчатку и буллезный пемфигоид от буллезной формы плоского лишая. Кроме того, при вульгарной пузырчатке в мазках-отпе-чатках, взятых с эрозий, обнаруживают акантолитические клетки. При не­акантолитической пузырчатке так же, как и при буллезной форме плоско­го лишая, пузыри образуются под эпителием, но вокруг них никогда не бывает папулезных высыпаний. При простом пузырьковом лишае пузырьки сгруппированы и расположены на гиперемированном и отечном основа­нии. Папулезные высыпания отсутствуют. Процесс разрешается за 7—10 дней. В соскобе с поверхности герпетической эрозии можно обнару­жить герпетические клетки, особенно в первый день заболевания.*

*При многоформной экссудативной эритеме отмечается значительная гиперемия и отек слизистой оболочки полости рта, на фоне которых появ­ляются пузыри и эрозии неправильной формы, покрытые фибринозным налетом, резко болезненные. Папулезные высыпания вокруг эрозий отсут­ствуют. Полное разрешение процесса на слизистой оболочке рта происхо­дит за 4—6 нед.*

***Прогноз.*** *Заболевание доброкачественное, но длительное, особенно это относится к эрозивно-язвенной форме, которая у ряда больных протекает тяжело, лишая больных возможности принимать пищу и даже свободно разговаривать.*

***Лечение.*** *После установления диагноза красного плоского лишая боль­ного обследуют для выявления у него соматических заболеваний. В первую очередь следует обследовать желудочно-кишечный тракт. Необходимо так­же определить содержание сахара крови, измерить артериальное кровяное давление и пр. При выявлении патологии больной подлежит лечению у со­ответствующего специалиста, ибо, как показали наши исследования, тера­певтические воздействия, направленные на санацию организма, являются ведущими в комплексном лечении плоского лишая слизистой оболочки полости рта, особенно его эрозивно-язвенной формы.*

*У всех больных плоским лишаем слизистой оболочки полости рта необ­ходимо провести тщательную санацию полости рта. Особого внимания за­служивает рациональное протезирование как один из факторов лечения; его необходимо проводить одновременно с медикаментозной терапией. При этом острые края зубов и протезов должны быть сошлифованы, округ­лой формы, при наличии эрозий и язв в области протезного ложа пласт­массовые съемные пластиночные протезы должны иметь базисы с эласти­ческим слоем (Кудинов Г.А., 1966, и др.). Больным плоским лишаем слизи­стой оболочки полости рта рекомендуется щадящая диета, при экссудатив-но-гиперемической и эрозивно-язвенной формах запрещается прием го­рячей, грубой, острой и пряной пищи.*

*Медикаментозное лечение плоского лишая зависит от формы заболева­ния. При типичной и экссудативно-гиперемической формах рекомендуют­ся седативная терапия, назначение концентрата витамина А (по 10 капель 3 раза в день циклами по 2 мес с 2-месячными перерывами), длительный прием никотиновой кислоты, тиамина, пиридоксина. Gunther (1973) сообщает папулезных высыпаний. При простом пузырьковом лишае пузырьки сгруппированы и расположены на гиперемированном и отечном основа­нии. Папулезные высыпания отсутствуют. Процесс разрешается за 7—10 дней. В соскобе с поверхности герпетической эрозии можно обнару­жить герпетические клетки, особенно в первый день заболевания.*

*При многоформной экссудативной эритеме отмечается значительная гиперемия и отек слизистой оболочки полости рта, на фоне которых появ­ляются пузыри и эрозии неправильной формы, покрытые фибринозным налетом, резко болезненные. Папулезные высыпания вокруг эрозий отсут­ствуют. Полное разрешение процесса на слизистой оболочке рта происхо­дит за 4—6 нед.*

***Прогноз.*** *Заболевание доброкачественное, но длительное, особенно это относится к эрозивно-язвенной форме, которая у ряда больных протекает тяжело, лишая больных возможности принимать пищу и даже свободно разговаривать.*

***Лечение.*** *После установления диагноза красного плоского лишая боль­ного обследуют для выявления у него соматических заболеваний. В первую очередь следует обследовать желудочно-кишечный тракт. Необходимо так­же определить содержание сахара крови, измерить артериальное кровяное давление и пр. При выявлении патологии больной подлежит лечению у со­ответствующего специалиста, ибо, как показали наши исследования, тера­певтические воздействия, направленные на санацию организма, являются ведущими в комплексном лечении плоского лишая слизистой оболочки полости рта, особенно его эрозивно-язвенной формы.*

*У всех больных плоским лишаем слизистой оболочки полости рта необ­ходимо провести тщательную санацию полости рта. Особого внимания за­служивает рациональное протезирование как один из факторов лечения; его необходимо проводить одновременно с медикаментозной терапией. При этом острые края зубов и протезов должны быть сошлифованы, округ­лой формы, при наличии эрозий и язв в области протезного ложа пласт­массовые съемные пластиночные протезы должны иметь базисы с эласти­ческим слоем (Кудинов Г.А., 1966, и др.). Больным плоским лишаем слизи­стой оболочки полости рта рекомендуется щадящая диета, при экссудатив-но-гиперемической и эрозивно-язвенной формах запрещается прием го­рячей, грубой, острой и пряной пищи.*

*Медикаментозное лечение плоского лишая зависит от формы заболева­ния. При типичной и экссудативно-гиперемической формах рекомендуют­ся седативная терапия, назначение концентрата витамина А (по 10 капель 3 раза в день циклами по 2 мес с 2-месячными перерывами), длительный прием никотиновой кислоты, тиамина, пиридоксина. Gunther (1973) сообщил о терапевтической эффективности местного применения витамина А у больных плоским лишаем слизистой оболочки полости рта, что затем было подтверждено рядом авторов. Cordero и соавт. (1981) получили хоро­шие результаты, назначая тигасон при красном плоском лишае слизистой оболочки полости рта в течение 1—2 мес по 40—25 мг 3 раза в день. Приме­нение пенициллина и гризеофульвина редко оказывается эффективным у больных с изолированным поражением слизистой оболочки полости рта.*

*При эрозивно-язвенной и буллезной формах лучший эффект дает разра­ботанный на кафедре кожных болезней ММСИ комбинированный метод лечения: преднизолон по 20—25 мг через день (триамцинолон по 20—16 мг, дексаметазон по 3,5—3 мг), хингамин (делагил) по 0,25 г 1—2 раза в день в течение 4—6 нед и никотиновая кислота по 0,05 г 3 раза в день после еды или компламин внутрь (по 0,15 г 3 раза в день) либо внутримышечно (15% раствора по 2 мл) в течение 1 '/2 мес. Дозу преднизолона каждые 7—10 дней уменьшают на 5 мг. Подобное лечение при отсутствии противопоказаний не вызывает осложнений и ведет к эпителизации эрозий, уменьшению вос­палительных явлений и уплощению, а иногда и полному рассасыванию па­пул. Можно назначить только преднизолон или делагил, но терапевтичес­кий эффект в этих случаях менее выражен.*

*При наличии противопоказаний к применению кортикостероидов при эрозивно-язвенной форме красного плоского лишая рекомендуется десенси­билизирующая терапия повторными курсами гистаглобулина с 2-месячными перерывами по 2 мл под кожу 2 раза в неделю, на курс 8—10 инъекций (Г.П.Васьковская). Улиц эрозивно-язвенной формой, протекающей на фоне сосудистой, эндокринной (сахарный диабет) и другой патологии, рекоменду­ется курсовое лечение андекалином, способствующим улучшению крово­снабжения и нормализации проницаемости сосудистой стенки. Андекалин вводят внутримышечно по 20—40 ед. через день, на курс 15—20 инъекций.*

*При наличии отдельных эрозивно-язвенных элементов эффективно об­калывание очагов поражения суспензией гидрокортизона или раствором преднизолона. Инъекции проводят один раз в 3 дня по 1—1,5 мл препара­та под каждую эрозию, на курс 8—12 инъекций. Подобные курсы можно повторить через 3—4 мес. Недостатком этого метода является возможность образования атрофических рубцов в местах инъекций. Хороший эффект дают также инъекции хингамина (делагил) под эрозии по 1—1,5 мл 5% рас­твора препарата, инъекции повторяют каждые 3—4 дня, на курс 10—12 инъекций. В отличие от кортикостероидов после делагила рубцы в местах инъекций не остаются. Длительно существующие ограниченные эрозии, не склонные к эпителизации, можно иссечь хирургически.*

*Кортикостероидные мази в виде аппликаций также способствуют эпите-лизации эрозий и снимают воспалительную реакцию вокруг них. У некото­рых больных терапевтический эффект дает длительное применение 1% ди-буноловой мази. Однако лечение не предотвращает развитие рецидивов за­болевания, которые возникают в различные сроки после его прекращения. Для профилактики рецидивов и повышения защитных свойств организма рекомендуются повторные курсы витаминотерапии, введения гистаглобина и др. Особое внимание следует уделять устранению дентальной патологии.*

*Решающее значение в профилактике рецидивов плоского лишая слизи­стой оболочки полости рта имеет успешное лечение соматических заболе­ваний и функциональных нарушений деятельности нервной системы.*