

## Опыт лечения красного плоского лишая и герпетиформного дерматоза Дюринга

Ерина Ирина Анатольевна, кандидат медицинских наук, доцент  
ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России  
г. Астрахань

Несмотря на очевидные успехи, проблема лечения красного плоского лишая (КПЛ) остаётся актуальной. Имеются указания по применению различных средств для терапии названной патологии: амизила, сочетания кортикостероидов и антималярийных препаратов, пресоцила, антибактериальных средств – пенициллина и его дюрантных производных, тетрациклинов, эритромицина, гризеофульвина, дапсона [1, 4, 2, 3, 6, 7]. Указания на важную роль иммунологических нарушений в патогенезе КПЛ подтверждаются эффективностью иммунодепрессантных препаратов [5, 8, 9].

Для лечения герпетиформного дерматоза Дюринга (ГДД) было предложено множество средств, однако наиболее эффективными являются препараты сульфонового ряда: диаминодифенилсульфон (ДДС, дапсон, авлосульфон), диуифон, сульфопиридин и другие.

Молекулярный вес 4,4-диаминодифенилсульфона, называемого ещё основным сульфеном (IV), составляет 248 Да. Это белый кристаллический порошок без запаха, горьковатого вкуса, растворимый в воде (38 мг на 100 г при 37°C, растворимость возрастает вдвое при повышении температуры на 12 °C). Препарат оказывает антибактериальное действие на возбудителей лепры и туберкулёза, при изучении его свойств было установлено, что он стимулирует защитные силы организма.

Под наблюдением находились 24 больных (13 мужчин и 11 женщин) с КПЛ. Длительность заболевания была от нескольких недель до 10 лет и более. Возраст пациентов колебался от 18 до 60 лет, причём лица в возрасте от 45 лет и старше составили 79%. У всех больных высыпания носили распространённый характер, в том числе у одного из наблюдавшихся зарегистрирована веррукозная форма, у одного – экссудативная и ещё у одного – буллезно-язвенная (с поражением слизистой оболочки щёк) формы. Среди сопутствующих заболеваний отмечались ишемическая болезнь сердца (4 случая), атеросклероз аорты и сосудов головного мозга (4), ожирение II степени (2), хронический холецистит (2), урогенитальный герпес (1), неврастенический синдром (1), дисциркуляторная атеросклеротическая энцефалопатия (1), астено-депрессивный синдром (1), сахарный диабет (1), лимфогранулематоз (1), хронический гастрит (1), хронический панкреатит (1), хронический бронхит (1). Во время лечения осуществлялись контрольные биохимические и цитологические исследования крови [10, 11, 12].

### Литература:

1. Аксамит Л.А. Вопросы диагностики и лечения красного плоского лишая на слизистой оболочке рта / Л.А. Аксамит, А.А. Цветкова // Клиническая стоматология. - 2015. - № 1 (73). - С. 20-23.
2. Галимзянов, Х.М. Роль метода лазерной доплеровской флоуметрии в диагностике васкулитов инфекционной природы / Х.М. Галимзянов, Р.А. Садретдинов // Астраханский медицинский журнал. – 2011. – Т.6, № 2. – С. 241-242.
3. Грачиева, О.В. Нарушения микроциркуляторного русла у больных природно-очаговыми инфекциями / О.В. Грачиева, Р.А. Садретдинов // Проблемы особо опасных инфекций. – 2013. – № 2. – С. 78-79.
4. Михальченко А.В. Эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая: перспективы нового подхода к терапии и прогнозу / А.В. Михальченко, Ю.М. Федотова, В.Ф. Михальченко, Е.А. Медведева // Научное обозрение. Медицинские науки. - 2016. - № 3. - С. 80-83.

Препараты ДДС применяли по 50 мг два раза в день в течение 12-38 дней в условиях стационара, а затем амбулаторно, доводя общую длительность терапии до 48 дней. По показаниям назначали антигистаминные средства и витамины группы В.

Лечение больные переносили хорошо, лишь в одном случае наблюдалась анемия как осложнение терапии ДДС. К концу курса зуд исчез у всех пациентов, клиническое выздоровление наступило у 9, улучшение – у 14, не было эффекта у одного, принимавшего препарат всего два дня.

Нами также наблюдались 10 больных ГДД (4 мужчин и 6 женщин). Длительность болезни колебалась от нескольких недель до 10 и более лет, а возраст – от 20 до 60 лет. У всех пациентов высыпания на коже носили распространённый характер, отмечался истинный ихтизморфизм, обусловленный сочетанием эритематозных пятен, волдырей, узелков, пузырьков и пузырей. Также как и больным КПЛ осуществлялся контроль биохимических и цитологических показателей периферической крови. Зарегистрированы следующие сопутствующие заболевания: органические знаки поражения ЦНС (3), ишемическая болезнь сердца (2 случая), ожирение II степени (2), хронический гастрит (2), хронический бронхит (2), хронический панкреатит (2), дисциркуляторно-атеросклеротическая энцефалопатия (1), новообразование лёгкого (1), хронический пиелонефрит (1), дискинезия толстого кишечника (1).

Препарат ДДС применяли по 50 мг дважды в день в течение 12-30 дней стационарно, затем амбулаторно в поддерживающих дозах, определявшихся эмпирически.

У одного из наблюдавшихся в течение полугода обострение заболевания отмечалось трижды, а общая длительность стационарного лечения составила 127 дней. Приём ДДС сочетали с 15 мг преднизолона. При необходимости назначали антигистаминные и иные средства для коррекции сопутствующих заболеваний.

Все больные лечение переносили хорошо, но в 4 случаях отмечалась анемия, которая купировалась назначением препаратов железа. Зуд разрешился у всех пациентов, клиническое выздоровление наступило у четверых, улучшение – у шестерых больных.

Таким образом, сульфоновые препараты являются эффективными средствами лечения КПЛ и ГДД.

5. Молочков В.А. К лечению атипичного красного плоского лишая кожи и полости рта / Молочков В.А., Перламуртов Ю.Н., Молочкова Ю.В. // Медицинский алфавит. - 2017. - Т. 4. - № 36 (333). - С. 36-42
6. Полуниин, А.А. Сравнительный анализ фертильности у мужчин с хроническим простатитом / А.А. Полуниин, В.М. Мирошников, Л.П. Воронина, Р.А. Садретдинов, В.И. Браташ, Ф.Р. Асфандияров // Астраханский медицинский журнал. – 2014. – Т.9, № 2. – С. 63-68.
7. Садретдинов, Р.А. Нарушение процессов перекисного окисления белков, липидов и антиоксидантной защиты при развитии бесплодия у больных хроническим простатитом на фоне инфекций, передающихся половым путём / Р.А. Садретдинов, О.С. Полунина, Л.П. Воронина, А.А. Полуниин // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. – № 1 (156). – С. 121-124.
8. Садретдинов, Р.А. Анализ уровня интерлейкина-8 при хроническом простатите / Р.А. Садретдинов, А.А. Полуниин, Ф.Р. Асфандияров // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 3-1. – С. 69-70.
9. Садретдинов, Р.А. Изменения микрососудистого русла при инфекционных лихорадках / Р.А. Садретдинов, Х.М. Галимзянов // Астраханский медицинский журнал. – 2012. – Т.7, № 2. – С. 93-95.
10. Служаев И.Ф. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта: клиника, лечение / И.Ф. Служаев, Г.И. Оскольский, Е.Б. Загородняя // Дальневосточный медицинский журнал. - 2010. - № 2. - С. 132-136.
11. Шакирова А.В. Эффективность комплексного лечения пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта / А.В. Шакирова, С.Н. Колесников, Л.А. Шумихина // Dental Forum. - 2015. - № 1. - С. 60-63.
12. Чуйкин С.В. Влияние дипроспана на клиническое течение эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки рта/С.В.Чуйкин,Г.М. Акмалова,Н.Д.Чернышева // Проблемы стоматологии. - 2015. - № 5-6. - С. 14-17.