

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕПОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ С ПОРАЖЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

**Д.С. СИЛИН¹,
А.И. КОНОПЛЯ¹,
С.М. ЯЦУН²,
Е.В. ПИСЬМЕННАЯ¹,
Д.С. СУМИНА¹**

¹⁾ Курский государственный
медицинский университет

²⁾ Курский государственный
университет

e-mail: daryasumina@yandex.ru

В комплексном лечении проявлений красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта применялся иммуномодулятор гепон. Результатом проведенного комплексного лечения явились нормализация состава клеток парадонтального кармана, выраженное корректирующее влияние на местный иммунитет, а также увеличение сроков ремиссии заболевания, по сравнению с пациентами, получавшими только традиционное лечение.

Ключевые слова: красный плоский лишай, гепон, воспалительный процесс, местный иммунитет.

Красный плоский лишай (КПЛ) – хронический, длительно текущий, дерматоз с многообразными клиническими проявлениями и вовлечением в процесс кожи, ее придатков (волос, ногтей) и слизистых оболочек, поражает преимущественно людей среднего возраста. По данным консультативной поликлиники ГУ ЦНИКВИ, из общего числа больных 1,3-2,4% составляют больные КПЛ [1]. Несмотря на значительную распространенность этого дерматоза, клиническое распознавание его представляет определенные трудности. Диагностические ошибки обусловлены разнообразием клинических проявлений и наличием атипичных форм [2, 3, 4]. При поражении слизистой полости рта высыпания чаще всего располагаются на слизистой оболочке щек, спинке языка, реже – на небе, в области десен, дна полости рта, на красной кайме губ [5, 6].

Клиническая картина высыпаний красного плоского лишая на слизистых разнообразна, но они могут быть идентичными, как на слизистой полости рта, так и на слизистой половых органов [7, 8]. Описывают округлые или полигональные мелкие папулы беловато-серые или фарфоровидные, группирующиеся и сливающиеся между собой, образуя нежные тонкие линии или сетку, напоминающую сетку Уикхема. В ряде случаев элементы сливаются в сплошной очаг в виде бляшки, напоминающий лейкоплакию. В случае эрозивно-язвенных очагов или буллезных элементов развиваются вторичное воспаление, болезненность. Лечение больных КПЛ является трудной задачей. Отсутствие ясных представлений о его этиологии и патогенезе определяет многообразие и недостаточную эффективность методов, предлагаемых для лечения [9, 10]. Каждая клиническая разновидность болезни требует индивидуального подхода к терапии [11, 12, 13, 14, 15]. Предложено много разнообразных методик лечения, причем особенно тяжела проблема терапии пациентов с поражением слизистой рта и гениталий. Слизистая оболочка полости рта является функциональным органом иммунной системы и одной из наиболее реактивных зон организма, вследствие чего часто вовлекается в патологические процессы, возникающие при заболеваниях, склонных к системности. Слизистая оболочка полости рта осуществляет гуморальные и клеточные реакции организма, обеспечивающие единство всей иммунной системы [16, 17]. При поражении слизистых оболочек используют растительные масла, ротокан, ромазулан, аппликации кортикостероидных мазей, адгезивную дентальную пасту солкосерил. В последние годы при эрозивно-язвенном КПЛ слизистых оболочек полости рта и гениталий наряду с кортикостероидами и противомаларийными препаратами с успехом применяется трихопол или его аналоги по 1 таблетке 3 раза в день в течение 2-3 недель [8, 10].

В течение 2006 – 2010 гг на кафедре кожных и венерических болезней Курского государственного медицинского университета было обследовано (простое плацебо-контролируемое исследование) 76 пациентов с красным плоским лишаем слизистой полости рта со следующими клиническими разновидностями:

- 1) типичная форма- 43,4% пациентов;
- 2) экссудативно-гиперемическая форма- 19,7% пациентов;
- 3) эрозивно-язвенная форма – 36,8 % больных.

Все пациенты были разделены на две группы, рандомизированные по полу, возрасту, сопутствующей патологии, типу поражения слизистой оболочки полости рта.



Рандомизацию проводили по мере поступления больных. Основная группа (n=36) в комплексе с традиционным лечением получала иммуномодулятор гепон (ООО «Им-мафарма»).

Для сопоставления эффективности лечения пациенты второй группы (группа сравнения) (n=40), получали аналогичное традиционное лечение, но без применения иммунокоррекции.

Все пациенты были санированы, у них также отсутствовали признаки воспаления в тканях пародонта. Лечение больных осуществлялось в соответствии со стандартом медицинской помощи больным красным плоским лишаем (приложение к приказу МЗ и СР РФ от 12.09.2005, № 566). В трех группах была использована единая система совокупной клинической оценки и одинаковые критерии оценки результатов лечения. Перед началом исследования все пациенты давали письменное информированное согласие на участие и публикацию результатов диагностики и лечения при сохранении конфиденциальной информации о самом пациенте. Особенностью гепона является хорошее всасывание на слизистых оболочках, особенно в ротовой полости, в том числе на поверхности эрозий и язв, повышая способность тканей к защите от инфекции и регенерации. Поэтому препарат можно принимать в виде орошений. Гепон активирует не только общую иммунную защиту организма, он активирует также местные защитные системы. Изменяя спектр синтезируемых клетками цитокинов, гепон повышает функциональную активность клеток человека. В частности, гепон индуцирует выработку α -, β -, γ -интерферонов, активирует нейтрофильные гранулоциты, привлекает моноциты (макрофаги) в зону воспаления, усиливает синтез антител против антигенов инфекционной природы. У больных с ослабленным иммунитетом гепон частично или полностью восстанавливает количество клеток в истощенных популяциях лейкоцитов и лимфоцитов, повышает ослабленные функции отдельных звеньев иммунитета и иммунной системы в целом [19, 20]. Учитывая такое комплексное действие препарата, нами было решено использовать гепон для лечения проявлений красного плоского лишая на слизистой полости рта. Используемый в настоящей работе способ подтвержден результатами исследования, проведенного в течение 2006-2010 гг. в клинике кафедры дерматовенерологии Курского государственного медицинского университета, в котором были получены достоверные данные, подтверждающие эффективность комплексного подхода к лечению красного плоского лишая слизистой полости рта, предусматривающий коррекцию иммунологической реактивности больного.

Слизистые оболочки орошали 0,04% раствором гепона (разовая доза 0,002 г), для чего содержимое флакона растворяли в 5 мл воды для инъекций; с последующим прикладыванием на воспаленные участки слизистой марлевых салфеток, смоченных 0,04% раствором гепона (разовая доза 0,002 г) на 30 минут. Процедуры выполняли 1 раз в сутки, на курс 10 процедур. Полоскать рот и принимать пищу больным разрешалось не ранее, чем через час после применения гепона или физраствора.

В исследовании использован материал (слюна и ротовая жидкость), полученный от больных и 40 здоровых лиц. Состояние местного иммунитета ротовой полости оценивали с помощью цитологических методов (определение содержания клеточных элементов в жидкости парадонтального кармана). Полученные результаты представлены в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Клеточный состав и активность фагоцитарных клеток содержимого десневого кармана у здоровых лиц и больных красным плоским лишаем до лечения

Показатели	Здоровые	Типичная	Экссудативно-гиперемическая	Эрозивно-язвенная
Ядра клеток (%)	4,2±0,3	9,7±1,0*	14,0±1,1*	16,0±1,5*
Разрушенные клетки (%)	4,1±0,7	19,0±2,0*	20,5±2,2*	28,8±0,2*
Эпителиальные клетки (%)	78,4±1,3	16,5±1,5*	16,0±1,5*	17,0±1,5*
Полиморфно-ядерные лейкоциты (%)	17,6±0,3	77,0±1,3*	69,0±1,0*	73,0±1,3*
Мононуклеарные лейкоциты (%)	3,1±0,2	6,5±1,4*	15,0±2,2*	16,0±1,8*

Примечание: *p<0,05 по-сравнению с показателями здоровых лиц.

Таблица 2

Клеточный состав и активность фагоцитарных клеток содержимого десневого кармана больных красным плоским лишаем после лечения

Показатели	Здоровые	Типичная		Экссудативно-гиперемическая		Эрозивно-язвенная	
		Стандартная терапия	Гепоп	Стандартная терапия	Гепоп	Стандартная терапия	Гепоп
Ядра клеток (%)	4,2±0,3	8,5±0,5	6,3±0,7*, **	12,1±0,4*	7,9±0,5*, **	14,5±0,7*	9,6±1,1*, **
Разрушенные клетки (%)	4,1±0,7	12,5±1,4*	6,5±1,3*, **	11,7±1,1*	7,8±1,2*, **	17,7±1,2*	8,7±1,4*, **
Эпителиальные клетки (%)	78,4±1,3	54,2±1,7*	68,9±2,1*, **	44,2±2,2*	65,3±2,2*, **	48,0±1,5*	60,1±2,0*, **
Полиморфно-ядерные лейкоциты (%)	17,6±0,3	51,6±1,5*	22,5±1,8*, **	50,3±1,4*	20,4±1,9*, **	43,5±1,3*	20,9±1,2*, **
Мононуклеарные лейкоциты (%)	3,1±0,2	4,8±0,1*	3,1±0,1*, **	10,4±0,8*	4,2±0,3*, **	8,5±1,1*	5,8±1,7*, **

Примечание: различия показателей в группах достоверны при * $p < 0,05$ по-сравнению с показателями до лечения, ** $p < 0,05$ по сравнению с показателями после стандартного метода лечения.

При проведении цитологического исследования мы установили, что после проведенного нами местного лечения процент целостности клеток преимущественно увеличился. Причем, количество эпителиальных клеток при использовании гепона увеличилось в среднем в четыре раза, число полиморфноядерных лейкоцитов уменьшилось примерно в 3,4 раза при всех клинических формах заболевания. Количество мононуклеаров на фоне комплексного лечения у больных с типичной формой красного плоского лишая уменьшилось вдвое и достигло нормальных значений, у больных с экссудативно-гиперемической формой – в 3,5 раза, а у больных с эрозивно-язвенной – примерно в 2,7 раза по сравнению с показателями до лечения. Аналогичные изменения наблюдались в группе, получавшей стандартную терапию, однако они были выражены в меньшей степени. Так, отмечалось увеличение количества эпителиальных клеток в 3,3 раза при типичной форме, в 2,7 раза – при экссудативно-гиперемической и в 2,8 раза – при эрозивно-язвенной. Количество полиморфноядерных лейкоцитов и мононуклеаров снижалось в среднем в 1,5 раза при всех клинических формах заболевания (табл. 2). Полученные результаты свидетельствуют об активном купировании воспалительного процесса гепоном и влиянии данного препарата на индукцию регенерации тканей слизистой оболочки полости рта.

При исследованиях концентрации цитокинов в слюне было установлено, что у пациентов с высыпаниями красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта она была выше нормальной, однако степень такого повышения для разных медиаторов существенно варьировала. Содержание ФНО- α - ведущего провоспалительного иммуноцитоклина острой фазы, при красном плоском лишае было повышено примерно в 6,5 раза при типичной и экссудативно-гиперемической формах и в 7,8 раза - при эрозивно-язвенной. Показатели количества в слюне ИНФ- γ превышали нормальные в 10,8 раз при типичной и экссудативно-гиперемической формах и в 18,6 раза при эрозивно-язвенной. Уровень ведущего противовоспалительного цитокина - ИЛ-4 был снижен при всех клинических формах в 1,7, 1,9 и 2 раза соответственно.

Содержание иммуноглобулинов классов IgG; IgA, sIgA до лечения у всех пациентов был повышен, причем с утяжелением клинической формы заболевания данные показатели трансформировались в сторону процесса воспаления (табл. 3).

Таблица 3

Содержание цитокинов и иммуноглобулинов в слюне до лечения больных красным плоским лишаем

Форма / Показатель	Здоровые	Типичная	Экссудативно-гиперемическая	Эрозивно-язвенная
ИНФ-γ (пкг/мл)	42,44±3,14	465,36±4,4*	460,33±8,55*	793,32±122,11*
ФНО-α (пкг/мл)	122,65±8,14	776,33±18,76*	797,67±26,86 *	944, 49±13,34*,
IgA (г/л)	0,13±0,05	0,22±0,02*	0,23±0,02	0,29±0,04
sIgA (г/л)	0,50±0,05	0,68±0,1*	0,7±0,05*	0,72±0,06*
IgG (г/л)	0,09±0,02	0,25±0,1*	0,31±0,10*	0,33±0,24
ИЛ-4 (пкг/мл)	12,56±0,7	7,46±0,5*	6,73±1,2*	6,2±1,3*

Примечание: $p < 0,05$ в сравнении с показателями нормы

На основании полученных нами данных необходимо отметить, что развитие красного плоского лишая сопровождается существенными изменениями состояния иммунных механизмов защиты ротовой полости, что выявляется при анализе состава клеток поддесневого кармана, а также содержания в слюне иммуноглобулинов и цитокинов.

В результате проведенной комплексной терапии в слюне больных отмечено уменьшение содержания ФНО - α в 4,6 раза при типичной форме, в 4,5 раза – при экссудативно-гиперемической и в 5,1 раза – при эрозивно-язвенной. Содержание ИНФ-γ также снижалось в 11, 13,6 и 5 раз соответственно при всех клинических формах заболевания. Кроме того, отмечалось достоверное увеличение содержания ИЛ-4 при всех формах заболевания, с достижением значений нормы.

На фоне стандартной терапии содержание провоспалительных цитокинов также снижалось, но в меньшей степени. Так, отмечалось снижение ФНО - α в среднем в 3,5 раза при всех клинических формах заболевания, а ИНФ-γ – в 4,1, 3,2 и 5,2 при типичной, экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной формах соответственно.

Изменение содержания провоспалительного ИЛ-4 на фоне стандартной терапии не имело статистической значимости, по сравнению с показателями до лечения.

У всех больных красным плоским лишаем после проведенного традиционного лечения в слюне отмечалась тенденция к снижению иммуноглобулинов классов IgG; IgA, sIgA, а после лечения гепоном содержание их в слюне при всех степенях тяжести достоверно снижалось (табл. 4).

Использование гепона при лечении красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта сопровождается нормализацией состава клеток парадонтального кармана: зарегистрировано преобладание эпителиоцитов над лейкоцитами, снижение количества разрушенных клеток. В процессе лечения зарегистрирована тенденция к нормализации содержания провоспалительных и противовоспалительных цитокинов и иммуноглобулинов.

Таблица 4

Содержание цитокинов и иммуноглобулинов в слюне после лечения больных красным плоским лишаем

Форма / Показатель	Здоровые	Типичная		Экссудативно-гиперемическая		Эрозивно-язвенная	
		Стандартная терапия	Гепон	Стандартная терапия	Гепон	Стандартная терапия	Гепон
ИНФ-γ (пкг/мл)	42,44±3,14	112,64±13,66*	42,76±10,66**	143,37±12,64*	58,62±10,14*,**	152,11±7,2*	59,1±7,4*,**
ФНО-α (пкг/мл)	122,65±8,14	217,58±18,62*	169,56±11,62*,**	225,44±38,24*	175,44±18,21*,**	267,30±4,18*	183,30±24,18*,**



Продолжение табл. 4

IgA (г/л)	0,13±0,05	0,2±0,02*	0,15±0,06**	0,22±0,01*	0,18±0,05**	0,26±0,03*	0,18±0,02**
sIgA (г/л)	0,50±0,05	0,56±0,04*	0,50±0,23*,**	0,58±0,12*	0,52±0,12*,**	0,59±0,05*	0,53±0,26*,**
IgG (г/л)	0,09±0,02	0,24±0,07*	0,14±0,11*,**	0,32±0,14*	0,18±0,05*,**	0,35±0,02*	0,29±0,02*,**
ИЛ-4 (пкг/мл)	12,56±0,7	8,3±0,4*	11,2±0,9,**	7,4±0,9*	10,9±0,7**	7,5±1,2*	11,2±1,1**

Примечание: *p<0,05: в сравнении с показателями нормы, **p<0,05 в сравнении с показателями после стандартного лечения.

Использование гепона при лечении красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта сопровождается нормализацией состава клеток парадонтального кармана: зарегистрировано преобладание эпителиоцитов над лейкоцитами, снижение количества разрушенных клеток. В процессе лечения зарегистрирована тенденция к нормализации содержания провоспалительных и противовоспалительных цитокинов и иммуноглобулинов.

Таким образом, сочетанное применение данного иммуномодулятора при различных формах красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта оказывает корригирующее влияние на местный иммунитет и обеспечивает большую клиническую эффективность лечения, чем стандартная терапия.

Данные изменения проявляются в различной степени в зависимости от формы патологии слизистой оболочки и отражают процессы воспаления в очаге поражения и активацию иммунных механизмов защиты (увеличение в клеточном составе мигрировавших в очаг полиморфноядерных и мононуклеарных лейкоцитов, рост содержания провоспалительных цитокинов (ФНО-α и ИНФ-γ), возрастание концентрации в слюне иммуноглобулинов IgG и IgA и цитокинов.

Результаты курса иммунокоррекции свидетельствуют о положительном клиническом эффекте, о котором можно судить по срокам ремиссии для различных клинических форм красного плоского лишая. У больных с типичной формой срок ремиссии удлинялся до 11,4±1,3 мес, с экссудативно-гиперемической - до 9,3±1,2 мес, с эрозивно-язвенной - 7,4±1,7 мес. При экссудативно-гиперемической форме отмечены быстрое исчезновение гиперемии, сокращение площади папулезных высыпаний. Поверхность эрозий очищалась, эрозии эпителизировались в течение 10-15 дней. Пациенты отмечали улучшение общего состояния, уменьшение и в ряде случаев исчезновение субъективных жалоб на дискомфорт, жжение, стянутость, боль. Для более тяжелой формы - эрозивно-язвенной - было характерно изменение слизистой оболочки рта, которая приобретала обычные цвет и вид; экссудация, отечность, застойно-гиперемизированный фон нивелировались. Наблюдался процесс трансформации клинических форм в менее тяжелые.

Получив положительную динамику течения всех форм плоского лишая слизистой оболочки полости рта при применении гепона, мы разработали эффективную схему лечения заболевания с использованием этого иммуномодулятора.

Для иллюстрации позитивного действия гепона на состояние слизистой оболочки полости рта приводим выписку из истории болезни. Больной Н., 48 лет, история болезни № 718, поступил на стационарное лечение ОКВД г. Курска 10.04.2009 г. с диагнозом красный плоский лишай с поражением слизистой оболочки полости рта эрозивно-язвенной формы. Болен 2 года. Сопутствующих заболеваний в фазе обострения нет. Полость рта санирована. Диагноз подтвержден объективным исследованием.

Значения лабораторных показателей до проведения лечения были таковы: ядра клеток (%) - 17; разрушенные клетки (%) -29; эпителиальные клетки (%) -17; полиморфноядерные лейкоциты (%) -76; мононуклеарные лейкоциты (%) -17; ИНФ-γ (пкг/мл) -790; ФНО-α (пкг/мл) -950; IgA - 0,27; sIgA - 0,72; IgG - 0,34; ИЛ-4 (пкг/мл) -07,35.

Больной получал на фоне традиционной терапии препарат гепон (ООО «Иммфарма») путём орошения слизистых оболочек полости рта 0,04% раствором гепона с последующим прикладыванием на воспаленные участки кожи марлевых салфеток,



смоченных 0,04% раствором гепона на 30 минут. Перед применением препарата слизистая оболочка орошалась физиологическим раствором. Процедуры выполнялись 1 раз в сутки, на курс 10 процедур.

Значения лабораторных показателей после терапии: ядра клеток (%) - 8; разрушенные клетки (%) - 8; эпителиальные клетки (%) - 60; полиморфно-ядерные лейкоциты (%) - 21; мононуклеарные лейкоциты (%) - 5; ИНФ- γ (пкг/мл) - 59; ФНО- α (пкг/мл) - 184; IgA - 0,17; sIgA - 0,53; IgG - 0,22; ИЛ-4 (пкг/мл) - 52,3.

На 15-е сутки лечения слизистая оболочка полости рта приобретала обычные цвет и вид; экссудация и отечность полностью исчезли.

Таким образом, применение гепона в качестве местной терапии и в составе комплексной схемы лечения при различных формах красного плоского лишая слизистой полости рта оказывает корригирующее влияние на местный иммунитет и обеспечивает большую клиническую эффективность терапии, чем стандартная терапия.

Следовательно, используемый нами способ лечения поражений слизистой оболочки полости рта при красном плоском лишае позволяет достичь высокой эффективности лечения проявлений заболевания в короткие сроки, одновременно положительно влияя на местный иммунный статус.

Список литературы

1. Чистякова, И.А. Красный плоский лишай / И.Л. Чистякова // *Consillium medicum: Дерматология*. - 2006. - С 31-33.
2. Атрофическая форма красного плоского лишая. / М.Н. Ежова, О.С. Миронова, О.А. Иваненко. // *Росс. журнал кожн. и вен. б-ней*. - 2002. - №6. - С. 10-15.
3. Клинико-морфологические особенности эритематозной формы красного плоского лишая. / С.С. Кряжева, Н.Н. Казанцева, Г.К. Спирина, Т.В. Орлова. // *Росс. журнал кожн. и вен. б-ней*. - 2001. - №5. - С. 23-26.
4. Кряжева, С.С. Случай сочетания необычной кольцевой и типичной формы Красного плоского лишая. / С.С. Кряжева. // *Росс. журнал кожн. и вен. б-ней*. - 2005. - №1. - С. 28-30.
5. Рыбаков, А.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта. А. И. Рыбаков, Г.В. Банченко. // *М., Медицина*, 1978. - 167-171с.
6. Иванова, Е.В. Иммуноморфологические характеристики красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. / Е.В. Иванова, Ч.М. Рабинович, Н.Н. Тупицин. // *Стоматология*. - 2003. Т.80. №5. - С. 22 - 27.
7. Молочков, В.А. Эритематозная форма красного плоского лишая. / В.А. Молочков, Е.С. Снарская, С.С. Кряжева. // *Росс. журнал кожн. и вен. б-ней*. - 2006. - №5. - С. 41-44.
8. Петрова, Л.В. Клиника, патогенез и лечение красного лишая слизистой оболочки полости рта. Автореф. Дисс... д-ра мед. наук, М. - 2002.
9. Иванова, Н.Н. Психосоматическое состояние больных красным плоским лишаем. / Н.Н. Иванова, Р.А. Мансуров. // *Вестник дерматологии и венерологии*. - 2003. - №5. - С. 28-30.
10. Современные подходы к лечению красного плоского лишая слизистой полости рта // Ч.М. Рабинович. // *Стоматология*. - 2005. - Т.84. - №5. - С.28-31.
11. Патогенетическое обоснование кислородно-озоновой терапии в лечении красного плоского лишая / Л.Р.Плиева, А.А. Халдин, И.В. Кошелева, В.С. Сускова. // *Росс. журнал кожн. и вен. б-ней*. - 2005. - №3. - С. 33-37.
12. Петрова, Л.В. Клиника, патогенез и лечение красного лишая слизистой оболочки полости рта. Автореф. Дисс... д-ра мед. наук, М. - 2002.
13. Hornstein, O.P. Inflammatory and systemic reactions of the mouth mucosa / O.P. Hornstein // *Arch. Otorhinolaryngol.* - 1976. - Bd.213, N1. - S. 287 - 331.
14. Анисимов, Т. В. Особенности реологических свойств крови у больных красным плоским лишаем. / Т.В. Анисимов, Ю.С. Бутов. // *Росс. журнал кожн. и вен. б-ней*. - 2003. - №5. - С. 39-41.
15. Рахматов, Г.Н. О состоянии слизистой оболочки полости рта у больных красным плоским лишаем. / Т.Н. Рахматов, Л.И. Ирсадиев. // *Вестник дерматологии и венерологии*. - 2001. - №3. - С. 31-33.
16. Спицина, В.И. Местная реактивность слизистой оболочки полости рта у больных красным плоским лишаем. / В.И. Спицина. // *Рос стоматологический журнал*. - 2002. - №4. - С. 18-20.



17. Кушлинский, Н.Е. Значение фактора роста эндотелия сосудов в патогенезе красного плоского лишая слизистой оболочки рта./ Н.Е. Кушлинский. // Вестник постдипломного медицинского образования.-2003.-№3.-С. 61.

18. Гепон. Отечественный иммуномодулятор с противовоспалительной и противовирусной активностью для детей и взрослых. Пособие для врачей. Под ред. В.Ф.Учайкина // М., 2004. – С.22.

19. Оценка монотерапии иммуномодулятором «Гепон» пациентов с непереносимостью стоматологических конструкционных материалов / Н.В.Шабашова, Е.С.Михайлова, Е.В.Фролова, А.В.Цимбалистов // Клиническая стоматология. - 2006. – С.50 – 54.

ESIMATING OF CLINICAL AND LABORATORY EFFECTIVENESS OF GEPON IN A COMPLEX THERAPY OF PATIENTS WITH LICHEN RUBER PLANUS INVOLVING THE ORAL MUCOSA

D.S. SILIN²

A.I. CONOPLYA¹

S.M. YATSUN²

E.V. PISMENNAYA¹

D.S. SUMINA¹

¹⁾ *Kursk State Medical University*

²⁾ *Kursk State University*

e-mail: daryasumina@yandex.ru

Immunomodulator Gepon has been used in the complex therapy of lichen ruber planus with the affection of the oral mucosa.

As a result of this therapy we noticed the normalization of parodontal sac cells' content, correction of the local immunity, prolonged remission terms compare to patients who received traditional therapy only.

Key words: lichen ruber planus, "Gepon", inflammatory process, local immunity.