

ACTUAL PROBLEMS IN DENTISTRY

Проблемы

ТОМАТОЛОГИИ

ISSN: 2077-7566 (Print)

ISSN: 2412-9461 (Online)

19 (3) 2023

НАУКА • СОТРУДНИЧЕСТВО • РЕЗУЛЬТАТ!



СОДЕРЖАНИЕ

ОСНОВАТЕЛЬ ЖУРНАЛА: Ронь Галина Ивановна**УЧРЕДИТЕЛИ:****ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России**

620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3

ИП Суворова Любовь Владимировна

620109, г. Екатеринбург, ул. Металлургов, д. 4А, кв. 3

ИЗДАТЕЛЬ: Издательский Дом "ТИРАЖ"**ИП СУВОРОВА Любовь Владимировна**

620109, г. Екатеринбург, ул. Металлургов, д. 4А, кв. 3

Редакция:

| | |
|--|----------------------------|
| Главный редактор | Жолудев Сергей Егорович |
| Зам. главного редактора | Мандра Юлия Владимировна |
| Ответственный редактор-корректор | Голикова Мария Валерьевна |
| Библиограф | Носова Олеся Александровна |
| Статистический редактор, редактор по этике | Жук Александр Владимирович |
| Дизайн, верстка, препресс: | Амромин Илья Михайлович |

Все публикуемые статьи рецензируются.

Рекламуемые в журнале товары и услуги должны иметь официальное разрешение российских органов здравоохранения. Перепечатка только с письменного разрешения редакции.

В рекламных блоках и объявлениях сохранены стиль и орфография рекламодателей.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия.

Свидетельство о регистрации серия ПИ № ФС77-77640

от 29 января 2020 г.

ISSN 2077-7566

Журнал «Проблемы стоматологии» включен в Научную электронную библиотеку **eLibrary, URichs** и Российский индекс научного цитирования (РИНЦ), имеет импакт-фактор выше 1.0

Журнал включен в перечень ВАК с января 2016 года.

Для подписки в электронном каталоге «Почта России» индекс 96973.

Иллюстрация на обложке Герард Дюу.

Адрес редакции:

почтовый адрес: 620109, Екатеринбург, Металлургов, 4А-3

факт. адрес: 620014, Екатеринбург, пр. Ленина, 16 (кафедра ортопедической стоматологии и стоматологии общей практики УГМУ)

Рекламно-издательский отдел:**Тел.: +7 (908) 920-84-78****Email:** ps-press@mail.ru **Сайт:** www.dental-press.ru

Дата выхода в свет 25.11.2023

Формат 60x84¹/₈, 18,02 усл. п.ч. Л. Бумага мелованная.

Тираж 3000 экз.

Отпечатано в типографии Book Expert

Цена договорная

Авторам!

Заявленные тематические разделы журнала не ограничивают авторов в выборе темы публикации, при наличии интересного, актуального материала рубрикация может быть расширена. Представленный к публикации материал может иметь самый разнообразный характер: от постановки проблемных теоретических вопросов, предложений разработки новых направлений стоматологии до анализа результатов конкретных исследований. Приветствуется публикация статей о редких клинических наблюдениях.

Рукописи статей загружаются на сайт www.dental-press.ru

Предоставляемый материал должен соответствовать правилам оформления, опубликованным на сайте.

Перед публикацией статьи рецензируются.

Подробнее на сайте WWW.DENTAL-PRESS.RU

Журнал, публикации, архив статей

ЛЕКЦИИ И ЛИТЕРАТУРНЫЕ ОБЗОРЫ

| | |
|--|----|
| ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА | 5 |
| Буторова А. В., Нагаева М. О., Волкова Т. Н., Шестель А. И., Волкова Е. В. | |
| СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ТЕОРИЮ ПАТОГЕНЕЗА РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) | 13 |
| Пиотрович А. В., Латышина Л. С. | |
| АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКИХ ТЕРРИТОРИЙ | 19 |
| Сафонова А. В., Лебедев С. Н., Брагин А. В., Мамчиц Е. В., Копытов А. А., Куратов И. А. | |
| ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ РТА У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В АСПЕКТЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) | 29 |
| Стафеев А. А., Викторова И. А., Ломиашвили Л. М., Хижук А. В. | |

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ / ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

| | |
|---|----|
| КИНЕТИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ОЧИЩАЮЩЕГО, ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО И РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НОВОЙ ЗУБНОЙ ПАСТЫ ПРОТИВ КУРЕНИЯ | 37 |
| Еловикова Т. М., Ермишина Е. Ю., Саблина С. Н., Григорьев С. С., Мандра Ю. В., Кошечев А. С., Жегалина Н. М. | |
| АНАЛИЗ ОСВОЕНИЯ МАНУАЛЬНЫХ НАВЫКОВ РЕСТАВРАЦИИ МОЛЯРОВ СТАРШЕКУРСНИКАМИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА | 42 |
| Еловикова Т. М., Саблина С. Н., Григорьев С. С., Мандра Ю. В., Кошечев А. С., Макарова Н. А., Жегалина Н. М. | |
| ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРИТ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. | 47 |
| Закроева А. Г., Еловикова Т. М., Саблина С. Н., Дорохина К. Р., Григорьев С. С., Фоминых М. И., Кошечев А. С. | |
| МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХЕЙЛИТОВ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ. | 53 |
| Исаева Л. И., Борисова Э. Г., Хрусталева Ю. А. | |

ПАРОДОНТОЛОГИЯ / ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

| | |
|---|----|
| КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОМПОЗИЦИИ КОМБИНИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА У ЛИЦ С НЕДОСТАТОЧНОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ К ЛЕЧЕНИЮ | 58 |
| Дзюба Е. В., Нагаева М. О. | |
| ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА НА ДИНАМИКУ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН | 64 |
| Шиянова А. Д., Орехова Л. Ю., Кудрявцева Т. В., Прохорова О. В., Березкина И. В., Тасаева Е. А. | |

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ИМПЛАНТОЛОГИЯ

| | |
|--|----|
| ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ | |
| ПРИЧИНЫ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА | 69 |
| Ильина Р. Ю., Мухамеджанова Л. Р. | |
| ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЕЙ МАРКЕРОВ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА ОТ СТАДИИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ОСТЕОНЕКРОЗА ЧЕЛЮСТЕЙ | 75 |
| Спевак Е. М., Христофорандо Д. Ю., Гандылян К. С., Долгалев Ал. Ан., Елисеева Е. В. | |
| КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЧЕРЕПО-КЛЮЧЕЧНОГО ДИЗОСТОЗА: КЛИНИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ | 80 |
| Чуйкин С. В., Давлетшин Н. А., Чуйкин О. С., Макушева Н. В., Кучук К. Н., Билак А. Г. | |

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА, ПРОФИЛАКТИКА И ОРТОДОНТИЯ

| | |
|--|-----|
| ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ | |
| ОСЛОЖНЕННЫЙ КАРИЕС В ПОСТОЯННЫХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ЗУБАХ У ДЕТЕЙ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ | 85 |
| Ожгихина Н. В., Терешкина Д. Г., Брусницына Е. В., Иощенко Е. С. | |
| ИЗУЧЕНИЕ ОЧИЩАЮЩЕГО ЭФФЕКТА СПРЕЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА, СОДЕРЖАЩЕГО STREPTOCOCCUS THERMOPHILUS ЛИЗАТ И ПРЕБИОТИКИ, КАК ПРОМЕЖУТОЧНОГО СРЕДСТВА ГИГИЕНЫ РТА | 91 |
| Улитовский С. Б., Садовский В. В., Калинина О. В., Леонтьев А. А., Русакова Е. Ю., Буков Д. О. | |
| ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА СЕМЬИ И МОРОФУНКЦИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА | 96 |
| Хадыева М. Н., Галиуллин А. Н. | |
| ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП И ПРИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ. | 103 |
| Чуйкин О. С., Топольницкий О. Э., Кучук К. Н., Чуйкин С. В., Давлетшин Н. А., Макушева Н. В., Акатьева Г. Г., Егорова Е. Г., Басыров Т. Р. | |

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ / ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

| | |
|--|-----|
| МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА | 108 |
| Мартюшева М. В., Асташина Н. Б., Щеколова Н. Б. | |
| СРАВНЕНИЕ ТРАДИЦИОННОЙ И ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЭПИТЕЗА УШНОЙ РАКОВИНЫ | 114 |
| Мурашов М. А., Степанова С. Ю., Платонова М. С., Гринденко С. С., Дерезина С. А. | |
| ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДОРЗАЛЬНО НАКЛОНЕННЫХ ДИСТАЛЬНЫХ ИСКУССТВЕННЫХ ОПОР ПРОТЯЖЕННЫХ ИМПЛАНТАЦИОННЫХ ПРОТЕЗОВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ | 119 |
| Паршин Ю. В., Мишнев М. Л., Трезубов В. Н., Розов Р. А. | |

ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

| | |
|---|-----|
| РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ПРИМЕРЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА УГМУ ЗА 2019, 2020 И 2022 ГОДЫ | 126 |
| Жолудев С. Е., Козыменко А. Н., Дрегалкина А. А., Гайнетдинов М. Р. | |

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

| | |
|--|-----|
| ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЪЕМА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В ВИДЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ | 132 |
| Вагнер В. Д., Маркина Л. А., Лосев Ф. Ф., Богомолов Д. Э. | |

DOI: 10.18481/2077-7566-2023-19-3-5-12
УДК 611.31:616.516

ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Буторова А. В., Нагаева М. О., Волкова Т. Н., Шестель А. И., Волкова Е. В.

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень, Россия

Аннотация

Цель исследования — систематизировать научную информацию о методах лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта, представленную в современной отечественной и зарубежной литературе.

Методология. Изучены данные специальной литературы с использованием научных поисковых библиотечных баз данных: Google Scholar, PubMed Central, Elibrary. Поиск оригинальных научных публикаций осуществлялся по ключевым словам. Настоящий обзор включает анализ 48 научных источников.

Результаты. Обзор литературы позволил выделить ряд общих принципов лечения красного плоского лишая слизистой оболочки рта, выявить различные уже изученные медикаментозные и немедикаментозные методы лечения красного плоского лишая слизистой оболочки рта, применяемые как местно, так и системно, а также ряд побочных эффектов, возникающих при применении определенных методов лечения, и, в связи с этим, указать на актуальность проблемы и обосновать ее практическую значимость, что связано с необходимостью разработки новых, более эффективных, персонализированных методов лечения данного заболевания.

Заключение. Несмотря на множество уже изученных методов терапии красного плоского лишая слизистой оболочки рта, лечение данного заболевания на сегодняшний день является актуальной проблемой для врачей-стоматологов и требует особого внимания. Необходимо учитывать, что к применению различных медикаментозных и немедикаментозных методов лечения пациентов с диагнозом «красный плоский лишай слизистой оболочки рта» имеются определенные противопоказания, поэтому встает вопрос о поиске новых, более доступных и безопасных методов лечения, в особенности при тяжелых формах течения данного заболевания.

Ключевые слова: красный плоский лишай, заболевания слизистой оболочки рта, местное лечение, системное лечение, медикаментозное лечение

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Анна Вадимовна БУТОРОВА ORCID ID 0000-0003-0861-3277
аспирант кафедры терапевтической стоматологии, Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень, Россия
gurinapaika@bk.ru

Марина Олеговна НАГАЕВА ORCID ID 0000-0003-0835-3962
к.м.н., доцент, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень, Россия
nagaeva_m@mail.ru

Татьяна Николаевна ВОЛКОВА ORCID ID 0009-000-5083-1011
к.м.н., доцент, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень, Россия
11.02.tatyana@mail.ru

Анна Игоревна ШЕСТЕЛЬ ORCID ID 0009-0008-7415-2521
студентка 4 курса института клинической медицины, Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень, Россия
nagaeva_m@mail.ru

Екатерина Владимировна ВОЛКОВА ORCID ID 0009-0008-7915-1325
студентка 3 курса института стоматологии, Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень, Россия
11.02.tatyana@mail.ru

Адрес для переписки: Марина Олеговна НАГАЕВА
625023, г. Тюмень, Одесская, 54. Кафедра терапевтической стоматологии, ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ.
+7 (982) 9139890
nagaeva_m@mail.ru

Образец цитирования:

Буторова А. В., Нагаева М. О., Волкова Т. Н., Шестель А. И., Волкова Е. В.

ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА. Проблемы стоматологии. 2023; 3: 5-12.

© Буторова А. В. и др., 2023

DOI: 10.18481/2077-7566-2023-19-3-5-12

Поступила 09.10.2023. Принята к печати 06.11.2023

Введение

Красный плоский лишай (КПЛ) — аутоиммунное заболевание с хроническим течением, неуточненным этиопатогенезом, многообразием триггерных факторов, высоким риском озлокачествления. Распространенность красного плоского лишая во всем мире составляет от 0,22 до 5% [6]. В общей структуре заболеваемости среди населения КПЛ составляет 0,1–2%, а среди болезней слизистой оболочки полости рта достигает 30–35% [26]. Злокачественная трансформация регистрируется в 0,4–3% случаев [11, 24, 40]. Проблема эффективного лечения красного плоского лишая является актуальной, что связано со значительным влиянием данного заболевания на качество жизни, риском малигнизации, рецидивирующим течением и недостаточной эффективностью терапии.

Цель работы — систематизировать научную информацию о методах лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта (КПЛ СОР), представленную в современной отечественной и зарубежной литературе.

Материалы и методы

Проведен поиск и анализ современной специальной научно-методической литературы с использованием научных поисковых библиотечных баз данных: PubMed Central, Google Scholar, Elibrary. Поиск материала осуществлялся по ключевым словам. Основу для обзора литературы составили 48 источников.

Результаты и их обсуждение

КПЛ является полиэтиологическим заболеванием со сложным патогенезом и разнообразными клиническими проявлениями, требующим системного подхода к лечению. Общие принципы лечения КПЛ изложены в федеральных клинических рекомендациях, в которых отмечается, что выбор метода лечения при КПЛ СОР зависит от степени выраженности и локализации клинических проявлений, формы и длительности заболевания, сведений об эффективности ранее проводимой терапии. Лечение практически любого заболевания основывается на ряде общих принципов, к которым можно отнести комплексный характер лечения (этиотропное, патогенетическое, симптоматическое), учет индивидуального состояния пациентов, наличия сопутствующей патологии, особенностей стоматологического статуса [9].

Медикаментозное лечение является основным при КПЛ СОР и может осуществляться местно и системно. Системная терапия более обоснована при тяжелом течении КПЛ. В местную терапию при болевом синдроме включают анестетики, комбинированные препараты с местноанестезирующим действием: сальвин (на основе шалфея лекарствен-

ного листьев экстракта), камистад, холисал [15]. Так как при КПЛ СОР большинство исследователей выявляют нарушения микробиоценоза, активацию условно-патогенных микроорганизмов, риски присоединения вторичной инфекции при эрозивно-язвенной форме, возникает необходимость в антисептической обработке слизистой оболочки рта. С этой целью используются антисептики широкого спектра действия, препараты с компонентами растительного происхождения: стоматофит экстракт жидкий (на основе экстрактов ромашки цветков и шалфея листьев), сальвин (на основе шалфея лекарственного листьев экстракта) [7].

Для подавления воспаления местно применяют нестероидные противовоспалительные средства: холисал, топические глюкокортикостероидные препараты — бетаметазон крем, мазь, триамцинолон мазь, флуоцинолона ацетонид крем, гель, клобетазол [9]. Доказаны также терапевтические эффекты местного применения комбинированного препарата триамцинолона 0,1% с гиалуроновой кислотой 0,2% в лечении КПЛ СОР [44]. Основным недостатком топических кортикостероидов является их низкая адгезия к слизистой оболочке. Обработку эрозивных поражений, расположенных на десне и на твердом небе, можно проводить с помощью адгезивной пасты в индивидуальной капле, что позволяет точно контролировать время контакта и гарантирует воздействие препарата на всю поверхность поражения [27]. Большинство исследований показали, что локальное использование топических кортикостероидов при нанесении на слизистую оболочку безопасно при непродолжительном курсе. Длительное применение данной группы препаратов, особенно в виде полоскания рта, может привести к подавлению надпочечников у пациентов с КПЛ СОР, что требует частого последующего контроля [19, 37]. В частности, средство для полоскания рта с бетаметазоном в концентрации 0,137 мг/мл продемонстрировало значительную эффективность в ускорении заживления эрозий в течение 2 недель и удлинении межрецидивного интервала. Однако при длительном применении указанных препаратов отмечен ряд побочных эффектов: нарушение метаболических процессов в почках, костной ткани, эндокринной системе [7, 23].

В случае неэффективности глюкокортикостероидов назначают ретиноиды для наружного применения: изотретиноин, игазон, неотигазон, этретионат, действие которых заключается в уменьшении интенсивности воспалительных реакций, влиянии на состояние клеточных мембран и нормализации процессов пролиферации, что, в свою очередь, ведет к уменьшению ретикулярных и бляшечных поражений [8]. Однако их применение сопряжено со множеством побочных эффектов с повышением уровня триглицеридов и ферментов печени в сыворотке крови и тератогенностью

[23, 36]. При резистентных формах КПЛ СОР возможно применение циклоспорина в качестве жидкости для полоскания рта и на адгезивных основах. Во время лечения циклоспорином необходим мониторинг креатинина плазмы, артериального давления, содержания в крови калия, мочевой кислоты, билирубина, трансаминаз, липидного профиля для своевременной коррекции дозировки и режима приема препарата [42].

В качестве местной иммуностропной терапии многие исследователи для лечения предлагают использовать имудон, лизобакт, полиоксидоний в таблетках для рассасывания, которые способствуют увеличению количества иммунокомпетентных клеток, повышают выработку лизоцима и интерферона, иммуноглобулина А в слюне [2, 7]. В комплексное лечение предлагается включать лимфотропную терапию, которая заключается в применении 15% раствора ксантинола никотината и 1,5% раствора дерината в заушную область, подкожно [16].

С целью нормализации обменных процессов в организме и эпителии СОР рекомендуется применять эпителизирующие препараты: масляные растворы жирорастворимых витаминов (токоферол, ретинола ацетат), средства на основе депротеинизированного диализата из крови телят (солкосериловая мазь, желе актовегина); метилурациловая мазь; масло шиповника, облепиховое масло; каротолин алоэ древовидного листа (линимент) и др. [7]. Учитывая противовоспалительные и иммуномодулирующие свойства витамина D, его влияние на пролиферацию и дифференцировку кератиноцитов, а также возможное воздействие на иммуноопосредованный этиопатогенез красного плоского лишая, витамин D и его производные могут использоваться в качестве безопасного и эффективного метода лечения КПЛ СОР. Витамин D / аналоги способствуют восстановлению нормального профиля эпидермального цитокератина, тем самым дополнительно объясняя его терапевтический эффект при КПЛ СОР [45].

Одним из предложенных вариантов лечения является применение селена в сочетании с витаминами А, С и Е (селен АПФ) при лечении эрозивно-язвенного КПЛ в качестве дополнения к местным кортикостероидам и противогрибковому средству, применение комбинации которых заметно снижает болевую чувствительность и способствует заживлению [18].

В настоящее время ведется множество исследований по разработке местных комбинированных препаратов для применения при КПЛ СОР. Например, при ассоциации КПЛ с *Helicobacter pylori* применяют композиции на основе кремнийорганического глицерогидрогеля с добавлением висмута трикалия дицитрата в комплексной терапии КПЛ СОР, в результате которой отмечается эффективное купирование болевого синдрома [13]. Применение лекарственной композиции, состоящей из тизоля (аквакомплекс гли-

церосольвата титана) и L-аргинина, при эрозивно-язвенной форме КПЛ СОР способствует ускорению эпителизации и уменьшению сроков репаративной регенерации слизистой полости рта, а применение комбинации тизоля и лидазы способствует исчезновению чувства стянутости и шероховатости [10, 13].

В случае тяжелого течения КПЛ слизистой оболочки полости рта, резистентного к проводимой местной терапии, пациентам рекомендуется системное лечение. Учитывая основной патогенетический механизм в развитии КПЛ, рекомендуют назначение противовоспалительных средств с иммуносупрессивной активностью: бетаметазон, триамцинолон, флуоцинолона ацетонид, клобетазол, при тяжелой форме используется преднизолон и нестероидные средства, производные фенотиазина. Рекомендуется применение антималярийных препаратов (плаквенил, далагил, хингамин, резохин), обладающих иммунодепрессивным и антипролиферативным действием. Однако некоторые исследования показывают, что производные хинолина перестают действовать при остро протекающем воспалении и вызывают побочные эффекты (ухудшение состояния органов зрения, кроветворной, мочевого выделительной систем) [14]. Доказана эффективность применения комбинированного препарата «Пресоцил», в состав которого входят хингамин, преднизолон и ацетилсалициловая кислота. Указанная комбинация оказывает противовоспалительный и антиаллергический эффект (подавление реакции гиперчувствительности замедленного типа) [33]. Среди иммуносупрессивных препаратов для лечения тяжелых форм КПЛ хорошо себя зарекомендовал микофенолат мофетил, который обычно используется при трансплантации органов. Однако могут возникнуть побочные эффекты, такие как желудочно-кишечные расстройства и снижение уровня периферических лейкоцитов [3].

По данным некоторых исследователей, простым, эффективным и безопасным является применение низких доз гепарина, лишенных антикоагулянтных свойств, ингибирующих активность гепараназы Т-лимфоцитов, которые имеют решающее значение для миграции Т-клеток в ткани-мишени. Гепарин вводится подкожно и не вызывает побочных эффектов [27].

Также при КПЛ в качестве иммунодепрессанта применяется эфализумаб, который представляет собой рекомбинантное гуманизованное моноклональное антитело к Ig G, G1, которое связывается с этой молекулой адгезии и вызывает улучшение течения КПЛ СОР за счет снижения активации Т-лимфоцитов, что, в свою очередь, приводит к уменьшению эрозий на слизистой оболочке. Вводится один раз в неделю в виде подкожной инъекции [29, 43]. При резистентных к лечению форм КПЛ возможно применение цитостатика метотрексата,

однако необходимо учитывать его негативное влияние на функции печени [29, 33, 41, 44].

При лечении эрозивно-язвенной формы КПЛ в качестве иммуномоделирующих препаратов рекомендуется применять препарат «Липоид», стимулирующий функциональную (бактерицидную, цитотоксическую) активность фагоцитов, усиливающий презентацию ими антигенов, пролиферацию Т- и В-лимфоцитов, повышающий синтез специфических антител, нормализующий баланс Th1/Th²-лимфоцитов, и «Галавит», который способствует нормализации фагоцитарной активности моноцитов или макрофагов, бактерицидной активности нейтрофилов и цитотоксической активности НК-клеток [12, 17].

Одним из потенциальных альтернативных вариантов лечения КПЛ является применение плазмы, обогащенной тромбоцитами, полученной из крови пациента, содержащей в 3–5 раз больше тромбоцитов, чем нормальная концентрация, обнаруживаемая в крови [35]. Тромбоцитарная плазма содержит биоактивные молекулы, такие как факторы роста, цитокины и молекулы клеточной адгезии. Биологическое обоснование использования такой плазмы в регенеративной медицине включает дегрануляцию тромбоцитов, что позволяет высвободить факторы роста, корректируя воспалительную реакцию и способствуя пролиферации и дифференцировке клеток в ткани-мишени [30].

Применение модулятора активности ферментов кварцетина, ингибирующего пролиферацию и миграцию Т-лимфоцитов при КПЛ, приводит к значительному повышению уровня IFN- γ и снижению уровня IL-6, нарушению баланса Th1/Th2 для модуляции иммунной системы [48].

Антибиотики (пенициллин, доксициклин, тетрациклин, макролиды и др.) применяют по строгим показаниям при тяжелой форме КПЛ СОР с учетом чувствительности организма, аллергологического анамнеза и рисков нежелательных эффектов [15].

У пациентов с КПЛ СОР часто наблюдается несбалансированная продукция воспалительных цитокинов, инфильтрация Т-клеток и нарушение регуляции апоптоза, что ведет к дисбиозу микробиоты полости рта, выступающему в роли триггера развития КПЛ СОР. В связи с этим применяют пробиотики, которые проявляют антагонистическое действие в отношении условно-патогенной микробиоты, улучшая тем самым характер течения КПЛ СОР [46, 47].

При доказанной роли персистирующей вирусной инфекции эффективно применение противовирусных препаратов: ацикловира, фамцикловира, бонафтона, а также препаратов, индуцирующих интерферон, что приводит к уменьшению воспаления на слизистой оболочке рта [9, 29].

Так как течение КПЛ СОР часто осложняется нарушением биоциноза и развитием кандидоза, рекомендуют применять антимикотические препараты с учетом чувствительности [7].

Для снижения уровня медиаторов воспаления рекомендуют применять антигистаминные препараты, такие как тавегил, супрастин, гистаглобулин и другие [14].

Стресс является триггером возникновения КПЛ, а наличие заболевания и характер течения красного плоского лишая слизистой оболочки рта влияют на качество жизни и психологическое состояние пациентов. Поэтому коррекция психоэмоционального статуса при КПЛ является обоснованной. Некоторые авторы рекомендуют применять нейротропные средства: транквилизаторы (элениум, сибазон, реланиум), седативные препараты (корень валерианы, корвалол (валокордин), трава пустырника, персен-форте, новопассит, настойка пиона) [9, 29, 39]. Помимо вышечисленного, рекомендуется использовать компламин (ксантинола никотинат) 500 мг, никотиновую кислоту 1% р-р, никотинамид 0,5 г, трентал 400 мг, пентоксифиллин, витамины Р, РР, С, антиагреганты (аспирин), ангиопротекторы (ангинин, эскузан) — препараты, улучшающие микроциркуляцию, усиливающие кровоток в капиллярах, улучшающие клеточный метаболизм в тканях, коллатеральное кровообращение, нормализующие проницаемость сосудов, уменьшающие периваскулярный отек [20, 34].

Использование антиаритмических препаратов, таких как этmozин, новокаинамид, кордарон, неогилуритмал, этагизин, оказывает положительное влияние на течение заболевания, блокируя экссудативную и пролиферативную стадии воспаления, влияя на микроциркуляцию и кислородный обмен, нормализуя проницаемость сосудов, понижая активность кининов и гиалуронидазы [26, 41].

Из нетрадиционных методов лечения используют гирудотерапию, в основе которой лежит действие гирудины — мощного антикоагулянта, препятствующего образованию тромбов и растворяющего уже состоявшиеся сгустки, тем самым нормализуя микроциркуляцию в области поражения [5, 36].

Хирургическое лечение с КПЛ СОР показано пациентам с изолированными бляшками и незаживающими эрозиями. Криохирургия показана при эрозивном и лекарственно-устойчивом КПЛ СОР, но поражения могут развиваться во время заживления ран и рубцов [31]. Также клиническую эффективность показал метод хирургического иссечения и трансплантации бесклеточного дермального матрикса у пациентов с рефрактерным КПЛ СОР, по результатам которого хирургическое поле было плоским, с одинаковым покрытием слизистой оболочки и локальным рубцеванием. Рецидивов не выявлено [24].

В связи с длительностью течения данного заболевания, необходимостью проведения поддерживающей терапии в период ремиссии, а также с имеющимся риском возникновения побочных эффектов при медикаментозном лечении широко используются немедикаментозные методы терапии. Так, большую роль в лечении КПЛ играют физические методы лечения: озонотерапия, ультрафиолетовое облучение, ультрафонофорез, лекарственный электрофорез, местная дарсонвализация, лазеротерапия: излучение гелий-неонового лазера, чрескожная лазерная биостимуляция крови, электрофорез, гальванизация, экстракорпоральная фотохимиотерапия, диадинамометрия, дарсонвализация, гальванизация, КВЧ-терапия, криотерапия [14, 28, 32, 33]. Один из современных методов лечения — фотодинамическая терапия (ПУВА-терапия). Этот метод основан на применении фотосенсибилизатора метоксалена, который выделяет синглетный кислород и тем самым разрушает поврежденные клетки, а именно мембраны лизосом, и вызывает инактивацию белков [39]. Доказана высокая эффективность применения источников линейно поляризованного света аппаратом Биоптрон в лечении КПЛ СОР, особенно его деструктивных форм [2, 13, 33].

Для улучшения нейротрофических процессов при КПЛ рекомендуется использовать электросон, который нормализует функциональное состояние головного мозга, улучшает кровоснабжение. Целеобразно назначение гальванического воротника или электрофореза с бромом по Шербаку, диатермии шейных симпатических узлов, рефлексотерапии. Доказана эффективность корпоральной акупунктуры, электроакупунктуры и комбинации этой методики с аурикулярной акупунктурой [7, 8, 16]. Отмечается эффект от применения транскраниальной электростимуляции (ТЭС), которая представляет собой метод селективной активации защитных (эндорфинергических и серотонинергических) механизмов мозга с помощью прямоугольных импульсных токов малой продолжительности (3–4 мс) и низкой частоты (50–200 Гц). Благодаря ТЭС процесс нормализации состояния эпителия СОР в области очагов поражения протекает в более короткие сроки. По некоторым данным, применение ТЭС позволяет исключить из схемы лечения седативные препараты [1, 10].

Стоматологическое лечение пациентов с оральными проявлениями КПЛ является неотъемлемой частью комплексной терапии и включает в себя проведение профессиональной гигиены, устранение очагов одонтогенной инфекции и травматических факторов, замену амальгамовых пломб, других материалов на основе смол и металлов, таких как никель. Нерациональное протезирование зубов является значимым фактором риска осложненного течения КПЛ и развития специфических КПЛ-ассоциированных

реакций СОПР. Поражения десны по типу десквамативного гингивита у пациентов с КПЛ СОР требуют постоянного контроля зубного налета, своевременной профессиональной гигиены полости рта, а также лечения пришеечного кариеса, наряду с применением местных кортикостероидов [27, 42]. В связи с тем, что практически значимым является вопрос о возникновении необходимости имплантации у пациентов с КПЛ, в ряде исследований отмечается отсутствие связи между приживаемостью имплантатов и КПЛ СОР [22, 38]. Планирование стоматологического лечения нужно проводить с учетом вероятности возникновения феномена Кебнера, который представляет собой появление свежих высыпаний на месте раздражения, наблюдающееся в острой (прогрессирующей) фазе некоторых дерматозов, о котором пациент должен быть предупрежден заранее и это должно быть отображено в информированном добровольном согласии.

Образ жизни и режим питания оказывают влияние на течение КПЛ СОР, эффективность терапии. В период обострения заболевания пациентам рекомендуется щадящий режим с ограничением физических и психоэмоциональных нагрузок [2, 5].

При КПЛ СОР необходимо придерживаться определенной диеты, исключающей пищевые продукты, вызывающие раздражение СОР: это консервированные продукты, искусственные добавки, продукты с высоким содержанием гистамина, гистаминолибераторы, алкогольные напитки, продукты, содержащие облигатные аллергены, сульфаты, красители [14, 45].

Поддерживающая терапия включает мотивацию, коррекцию гигиенических навыков, устранение вредных привычек, травматизации СОР, санацию полости рта, участие ведущих специалистов (дерматологов, иммунологов и др.), устранение очагов инфекции организма, осуществление контроля повторных визитов пациентов для поддержания стоматологического здоровья (диспансеризация). Из медикаментозных средств в качестве поддерживающей терапии пациентам с КПЛ СОР рекомендуют использовать топические ингибиторы кальциневрина (такролимус 0,1% мазь или пимекролимус 1% крем) [7, 11].

Заключение

Несмотря на множество описанных методов терапии красного плоского лишая слизистой оболочки рта, лечение данного заболевания на сегодняшний день является актуальной проблемой для врачей-стоматологов. Учитывая тот факт, что к применению различных методов лечения пациентов с диагнозом «красный плоский лишай слизистой оболочки рта» имеются определенные противопоказания, необходим поиск новых, более доступных и безопасных методов лечения, в особенности при тяжелом течении заболевания.