Н.В. Чиркова, Е.О. Лещева, Н.А. Полушкина, Ж.В. Вечеркина, Ю.А. Богатырева, М.Н. Бобешко

Современные аспекты использования фармако- и немедикаментозной терапии в лечении красного плоского лишая слизистой оболочки рта у пациентов с отсутствием зубов

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Резюме. В настоящее время в связи с неблагоприятным воздействием факторов риска на фоне ухудшения здоровья населения данные статистики свидетельствуют об увеличении случаев заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР), Красный плоский лишай проявляется в любом возрасте, но большинство случаев в возрастной группе 30-60 лет и у женщин в два раза чаще, чем у мужчин. В современной литературе прослеживаются различные теории развития КПЛ, такие как вирусная, неврогенная, наследственная, интоксикационная и иммуноаллергическая. КПЛ часто сочетается с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, нарушением функции печени, сахарным диабетом, гипертонической болезнью и др. Провоцирующими факторами могут быть стрессы, химические, в том числе, медикаментозные препараты, травмы СОПР. Заболевание имеет длительное течение от 5 до 40 лет с частотой рецидивов от 1 до 5 раз в год. Лечение этой группы больных проводится врачами различных профилей. На современном этапе достаточно объёмно и разносторонне освещены вопросы клиники и терапии КПЛ, включая фармакологические, хирургические и физиотерапевтические методы лечения. В комплексном лечении больных с КПЛ полости рта также отмечено значение качества ортопедического (протетического) лечения.

Несмотря на это, оказание ортопедической стоматологической помощи пациентам с потерей зубов и сопутствующими хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта (СОПР) всё ещё продолжает оставаться недостаточно эффективным. Это приводит к ухудшению стоматологического здоровья и снижению качества жизни пациентов. Нередко не удаётся добиться длительного терапевтического эффекта, особенно при пользовании съёмными конструкциями зубных протезов (при отсутствии возможности несъёмного протезирования, или протезирования с опорой на имплантаты), вследствие возникновения различных осложнений, связанных с воздействием непосредственно ортопедической конструкции и материала её изготовления. В этой связи возрастает роль диагностики и профилактики осложнений с целью предупреждения рецидива заболевания СОПР, ускорения процесса адаптации к съемной конструкции протеза. Поэтому актуальным является разработка комплексной профилактики осложнений в период ремиссии, с учетом обоснованного выбора конструкционного материала, методики изготовления протеза, его гигиены, и средств воздействия на СОПР, повышающих её резистентность.

Ключевые слова: стоматология, пародонт, пептидные биорегуляторы, лекарственные препараты, стоматологические заболевания, красный плоский лишай.

Красный плоский лишай (КПЛ) хроническое воспалительное заболевание, поражающее кожу, волосы, ногти и слизистую оболочку, включая полость рта. Обычно он проявляется рецидивами и периодами клинических обострений и ремиссий; однако это может быть преходящее заболевание. Красный плоский лишай - распространенное заболевание, поражающее 1-2% населения, чаще всего женщин среднего возраста, и является персистирующим. Красный плоский лишай может протекать прогрессирующим образом и, следовательно, требовать пожизненного наблюдения [1].

Общая частота КПЛ неизвестна, но, по оценкам, составляет от 0,5 до 1,5%. Поражение слизистой оболочки полости рта у пациентов с системной КПЛ составляет от 70 до 77%. Заболевание обычно встречается у пожилых людей, между пятым и шестым десятилетием жизни [2]. Это заболевание редко встречается у молодых пациентов только 0,13% из более чем 6000 пациентов на самом деле страдают КПЛ, как причиной поражения слизистой.

Цель исследования - изучить современные подходы к лечению красного плоского лишая слизистой оболочки рта у пациентов с отсутствием зубов.

Этиология КПЛ до сих пор неизвестна. Кроме того, патогенез не совсем ясен, но считается, что он возникает в результате иммунного ответа, предположительно с участием CD4+ и CD8+ Т-лимфоцитов, продуцирующих цитокины, интерлейкин-2 и фактор некроза опухоли в эпителии полости рта, которые индуцируют хроническую воспалительную реакцию и апоптоз кератиноцитов [3]. Были обнаружены генетические варианты различных маркеров генов HLA, воспалительных цитокинов и хемокинов, которые связаны с развитием КПЛ. Несмотря на неопределенность причин этих генетических вариантов, их наличие подтверждает гипотезу о возможном наличии аутоантигенов в организме.

Интересно, что недавно было установлено, что связь между КПЛ и другими аутоиммунными заболеваниями обусловлена «открытием Сурвивина». Этот многофункциональный белок является частью семейства ингибиторов апоптоза, играет важную роль в клеточном делении, апоптозе и, возможно, биогенезе микро-РНК. Обнаружено, что участие этого белка в различных аутоиммунных заболеваниях бросает новый свет на их патогенез.

Изучение влияния красного плоского лишая на психическое здоровье выявило значительные проблемы со сном у больных. Недостаточное количество сна у пациентов приводило к развитию психических расстройств, таких как депрессия и тревога. Исследования также показали, что более длительное наличие симптомов негативно сказывается на качестве жизни и повышает уровень стресса. Все исследования указывают на важность своевременного и комплексного подхода к лечению красного плоского лишая. Особенно острое течение болезни часто связано со стрессом, тревогой, депрессией и, в конечном итоге, приводит к ухудшению качества жизни пациента [4].

Немаловажное значение отводится инфекционным факторам, токсикоаллергическим воздействиям нейрогенным нарушениям. При локализации папулёзных высыпаний на слизистой оболочке рта необходимо учитывать роль местных факторов в развитии и течении заболевания, а также при планировании лечения. Большое значение имеет наличие местных травмирующих факторов (острые края зубов, кариозные полости, ортопедические конструкции, некачественно изготовленные пломбы) и состояние микробиоценоза полости рта. Так, в частности, наличие металлических конструкций в полости рта может приводить к явлению гальванизма, что в свою очередь способствует изменению биохимических свойств

ротовой жидкости. На этом фоне угнетается местный иммунитет и возникают, нарушения микробиоценоза полости рта различной степени тяжести. Это в свою очередь создаёт условия для прогрессирования, утяжеления течения и снижения эффективности лечения данного заболевания. По мнению многих авторов, длительно текущие хронические воспалительные заболевания слизистой оболочки рта (красный плоский лишай, красная волчанка, лейкоплакия) сопровождаются изменением микробиоценоза полости рта [6].

Поражение полости рта красным плоским лишаем (КПЛ) может быть связано с различными системными заболеваниями, хотя уровень связи и результаты могут различаться. Наиболее сильная связь наблюдается с вирусом гепатита С (HCV). В некоторых географических регионах, таких как Юго-Восточная Азия и Южная Европа, существует возможность совместного воздействия инфекции HCV и КПЛ, но эта связь менее явная в других регионах, например, в центральной Европе, как показали недавние исследования. Известно, что на развитие КПЛ могут влиять различные вирусы, включая вирусы семейства герпеса. Однако, пока нет точных подтверждений данного влияния. Недавние исследования показали, что существует более значительная связь между вирусом папилломы человека (ВПЧ) и КПЛ. Эта связь, аналогично случаю с HCV, может различаться в зависимости от географических особенностей популяций. Предполагается, что ВПЧ играет причинную роль в прогрессировании КПЛ к злокачественной форме. Учитывая, что КПЛ обычно является доброкачественным, данная связь имеет большое значение для понимания его злокачественного развития. Трансформация может представлять потенциальные риски, однако не всегда она может быть применена. Кроме того, КПЛ в строгом смысле ассоциируется с такими заболеваниями, как сахарный диабет, гипертония, гиперхолестеринемия и аутоиммунные расстройства [5].

Исследования проведенные ученными показали, что КПЛ можно отнести к хроническим иммуноопосредованным заболеваниям слизистой оболочки рта (СОР) с доказанно высоким риском озлокачествления. Роль модифицированных липопротеидов в развитии патологических изменений слизистой оболочки рта подтверждаются данными гистохимии с моноклональными антителами, обнаружившими увеличение количества аполипопротеинов В и макрофагов CD68 в слизистой оболочки рта у лиц с проявлениями КПЛ по сравнению с их количеством у лиц без данных проявлений [7].

На сегодняшний день КПЛ рассматривают с позиций общей медицины как многофакторное заболевание, нередко протекающее на фоне патологий желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, гепатобилиарной и эндокринной систем. Согласно исследованиям последних лет, метаболический синдром, сахарный диабет 2-го типа и дислипидемия связаны с КПЛ. Большинство исследований подтверждают важность психогенного фактора в возникновении КПЛ. Выявлено, что стресс, тревога, эмоциональное потрясение коррелируют с манифестацией и обострением КПЛ Стрессовые ситуации могут не только усугублять течение КПЛ, но и провоцировать

возникновение новых патологических элементов. Косметические дефекты и ощущения дискомфорта, такие как зуд, могут серьезно усугублять течение болезни и отрицательно сказаться на качестве жизни. По результатам предыдущих исследований установлено, что пациенты, страдающие от красного плоского лишая (КПЛ), часто испытывают тревогу и депрессию варьирующаяся от 21% до 92% [9].

Диагностика КПЛ начинается с тщательного сбора анамнеза и физического обследования. У пациентов могут быть симптомы, а могут и не быть. Хотя нет единого мнения относительно подтипов КПЛ, обычно присутствует несколько вариантов, включая ретикулярный, папулезный, бляшко-образный, атрофический и язвенный (эрозивный). Ретикулярная форма КПЛ обычно протекает бессимптомно и характеризуется кружевным или поперечно - полосатым кератозом. Пациенты могут замечать изменения в текстуре полости рта, которые часто описываются, как ощущение шероховатости, напоминающее наждачную бумагу. Иногда возникает раздражение при употреблении горячих или кислых продуктов и напитков. При наличии эритематозных и язвенных поражений часто наблюдается длительное и неприятное жжение в полости рта. Хотя опытные стоматологи и дерматологи часто могут диагностировать КПЛ клинически, может потребоваться биопсия для исключения иммунобулезных нарушений (например, пемфигоида слизистой оболочки и обыкновенной пузырчатки) при наличии обширных изъязвлений и шелушения слизистой оболочки. Биопсия необходима, а также должна быть рассмотрена, если есть опасения по поводу диспластической или неопластической трансформации, например, области стойкой и прогрессирующей эритемы, уплотнения или рыхлости тканей. Более того, стойкие симптоматические или бессимптомные красные и белые поражения в полости рта никогда не следует игнорировать; эти поражения полости рта должны быть подвергнуты биопсии [8].

КПЛ важно различать от других лихеноидных поражений, таких как реакции на лихеноидные препараты, реакции на лихеноидную амальгаму и реакцию «трансплантат против хозяина». Признаки и симптомы этих заболеваний могут напоминать КПЛ, но для подтверждения диагноза имеет значение прямая иммуно-флуоресценция, так как биопсия может иметь ограниченное значение из-за сходства гистопатологических признаков.

Существует несколько вариантов КПЛ, включая атрофическую, эрозивную, буллезную, бляшкообразную и ретикулярную формы. Однако эти варианты часто смешиваются. Ретикулярная форма характеризуется характерными кружевными белыми полосами с диффузным и двусторонним распределением на слизистой оболочке полости рта, которые обычно поражают слизистую оболочку щек, вентральную часть языка и десны. Атрофическая и эрозивная формы проявляются в виде красных пятен и изъязвлений соответственно. КПЛ в форме бляшек напоминает лейкоплакию, но имеет мультифокальное распространение. Буллезный вариант встречается редко, с буллами или везикулами, которые могут напоминать другие иммунобулезные заболевания полости рта [10].

Гистологические признаки КПЛ включают эпителиальный гиперкератоз (ортокератоз или паракератоз), разжижающую дегенерацию базальной мембраны и классический лентообразный лимфоцитарный инфильтрат в собственной поверхностной пластинке, состоящий из коллоидных или циваттовых телец, которые представляют собой дегенерированные кератиноциты на границе эпителия и слизистой оболочки. Пилообразный рисунок эпителиальных гребней чаще ожидается в дерме, а не в слизистой оболочке КПЛ. Гистопатологическая оценка необходима для точного определения диагноза КПЛ по сравнению с другими диагнозами, но чаще для исключения возможности опухолевой трансформации, которая включена в дифференциальный диагноз, но также может быть просто осложнением давнего КПЛ [11].

В целом, лечение красного плоского лишая слизистой оболочки рта должно быть направлено на устранение симптомов. При отсутствии симптомов терапия не рекомендуется. Следует избегать раздражающих продуктов питания, напитков и средств гигиены полости рта (например, мятных зубных паст). Оптимальная гигиена полости рта и регулярная чистка зубов помогают свести к минимуму налёт и воспаление дёсен, которые потенциально могут усугубить это состояние. Однако фармакотерапия показана, когда симптомы тяжелые, затяжные или мешают повседневным функциям (например, чистке зубов, приему пищи). Рациональное применение терапии КПЛ основано на глубоком понимании его патогенеза, как иммуноопосредованного заболевания. Это связано с дисфункцией Т-лимфоцитов и воздействием цитокинов, таких как TNF-альфа, IFN-гамма, IL-6 и IL-8. Эти данные открывают путь к использованию иммунодепрессантов в лечении данного заболевания. Таким образом, обычно при симптоматическом КПЛ первоначально используются местные кортикостероиды и, если местная терапия не помогает, рассматривается системная терапия [13].

Из-за хронического характера данного заболевания достичь полного излечения представляет собой значительную сложность. Отсутствует универсальный метод лечения, и подход к нему может различаться в зависимости от индивидуальных особенностей каждого человека. Тем не менее, медикаментозное лечение является основным методом терапии и включает в себя такие препараты, как Сальвин, Камистад Холисал. Для уменьшения воспаления области слизистой оболочки часто используются лекарства, не содержащие стероидов. Помимо этого, применяются топические глюкокортикостероидные препараты, которые можно сочетать с использованием адгезивной пасты. Это позволяет контролировать время контакта и обеспечивает равномерное покрытие всей поверхности пораженной области.

Рекомендуется использовать ретиноиды для наружного применения, такие как изотретиноин, игазон, неотигазон и этретионат. Эти препараты помогают снизить воспалительные процессы, улучшить состояние клеточных мембран и нормализовать процессы пролиферации, что в конечном итоге приводит к уменьшению ретикулярных и бляшечных поражений.

Для улучшения иммунологических и защитных функций организма можно стимулировать производство лизоцима, интерферона и иммуноглобулина А в слюне. Для полноценного комплексного лечения рекомендуется использовать лимфотропную терапию, включающую введение подкожно в область заушной раковины 15% раствора ксантинола никотината и 1,5% раствора дерината.

Для ускорения восстановления обменных процессов в организме и заживления слизистой оболочки рекомендуется применять эпителизирующие препараты, такие как масляные растворы жирорастворимых витаминов (токоферол, ретинол ацетат) и средства на основе депротеинизированного диализата из крови телят (Солкосерил).

Создание новых лекарств из полипептидов, полученных из различных органов животных, послужили основой для разработки пептидных препаратов. Также рассмотрена группа медикаментов, способных направленно воздействовать на ткани. Препараты, такие как Тималин, Эпиталамин, Кортексин, Простатилен, Ретиналамин были разработаны в 80–90-х годах XX века [15].

Исследования на современном методическом уровне показали, что короткие ди-, три-, тетрапептиды из комплексных препаратов, такие как Тимоген, Вилон, Пинеалон, Везуген, Эпиталон, Бронхоген, Кардиоген и другие, способны влиять на различные функции организма. Благоприятное воздействие коротких пептидов на состояние хроматина и удлинение теломеров приводит к замедлению процесса старения и направленной дифференциации стволовых клеток. Молекулярный механизм взаимодействия этих пептидов со специфическими сайтами ДНК также был выявлен. Они оказывают влияние на экспрессию генов и синтез белков, регулируя процессы в организме.

Препараты, содержащие Актовегин и Метилурацил, а также масла шиповника, облепихи и каротолин из листьев алоэ вера (линимент) и другие препараты могут применяться в лечении КПЛ СОПР за счет своих противовоспалительных и иммуномодулирующих свойств.

При исследовании возможной ассоциации между КПЛ и Helicobacter pylori были использованы композиции на основе кремнийорганического глицеро-гидрогеля с добавлением висмута трикалия дицитрата в комплексной терапии красного плоского лишая (СОПР). По результатам применения данной композиции было замечено значительное снижение болевого синдрома [12].

При восстановлении слизистой оболочки рта, сочетание тизоля и лидазы помогает снизить ощущение стянутости и шероховатости. Рекомендуется также использование противовоспалительных препаратов с иммуносупрессивной активностью, таких как Бетаметазон, Триамцинолон, Флуоцинолон ацетонид и Клобетазол. В случае тяжелой формы заболевания рекомендуется применение преднизолона и нестероидных препаратов, производных фенотиазина.

При анализе проведенных исследований можно выделить эффективный метод лечения, заключающийся в применении низких доз гепарина без антикоагулянтных свойств. Эти дозы гепарина уменьшают активность гепараназы у Т-лимфоцитов, что

способствует эффективной миграции Т-клеток в ткани-мишени. Подкожное введение гепарина не вызывает побочных эффектов.

Для лечения красного плоского лишая может быть использован препарат Эфализумаб в качестве иммунодепрессанта. Этот препарат представляет собой рекомбинантное гуманизированное моноклональное антитело к IgG1, которое обладает способностью связываться [14].

Рекомендуется использовать препарат Ликопид в качестве иммуномодулятора, который способствует активации фагоцитов, усилению бактерицидной и цитотоксической активности, а также улучшению презентации антигенов. Кроме того, Ликопид стимулирует пролиферацию Т- и В-лимфоцитов, увеличивает синтез специфических антител и помогает в нормализации баланса Th1/Th2-лимфоцитов.

Один из потенциальных альтернативных методов лечения КПЛ - применение плазмы, обогащенной тромбоцитами. Её использование в регенеративной медицине обосновано биологически, так как дегрануляция тромбоцитов позволяет высвободить факторы, способствующие регенерации кожи, росту ткани-мишени, улучшая воспалительную реакцию и стимулируя пролиферацию и дифференцировку клеток [16].

Для лечения КПЛ рекомендуется использовать препараты, такие как Ацикловир, Фамцикловир, Бонафтон, а также препараты, способствующие повышению производства интерферона, что способствует уменьшению воспаления на слизистой оболочке рта.

Учитывая, что КПЛ часто сопровождается нарушением микрофлоры и развитием кандидоза, рекомендуется применять антимикотические препараты с учетом чувствительности.

Применение антиаритмических препаратов, таких как Этмозин, Новокаинамид, Кордарон, Неогилуритмал и Этацизин, оказывает благоприятное воздействие на лечение заболевания. Эти препараты способствуют блокированию экссудативной и пролиферативной стадий воспаления, улучшают микроциркуляцию и обмен кислорода, нормализуют проницаемость сосудов, а также снижают активность кининов и гиалуронидазы [18].

Для лечения КПЛ применяются разнообразные методики, включая динамометрию, дарсонвализацию, гальванизацию, КВЧ-терапию и криотерапию. Среди современных эффективных подходов особое внимание уделяется фотодинамической терапии (ПУВА-терапии), которая основана на использовании фотосенсибилизатора метоксалена.

Доказано, что фотодинамическая терапия (ФДТ), неинвазивный, безопасный и нетоксичный метод лечения КПЛ. ФДТ состоит из фотосенсибилизаторов, света и активных форм кислорода. Благодаря биохимическим взаимодействиям, синглетный кислород и свободные радикалы при ФДТ вызывают гибель клеток, разрушение мембран и инактивацию белка в месте поражения. Согласно данным ученых, фотодинамическая терапия, опосредованная метиленовым синим (MB-PDT),

уменьшала количество CD4+ и CD8+ Т-клеток в КПЛ-поражениях и их способность продуцировать IL-17. Клиницисты свидетельствуют о том, что ФДТ предлагает неинвазивное лечение поражений слизистой оболочки полости рта и может стать альтернативным и дополняющим методом к используемым в настоящее время.

Ученные считали, что лазерное облучение оказывает противовоспалительное действие. Оно уменьшает хемотаксис полиморфных ядер, и оказывает термическое воздействие, приводящее к деградации клеточной стенки микроорганизмов, денатурации белка и, в конечном итоге, к гибели грибковых клеток [19].

Тепловое воздействие лазера CO2 карбонизирует и испаряет ткани, закрывая кровеносные и лимфатические сосуды, разрушая нервные окончания и стерилизуя разрезы.

Основными методами лазерного лечения являются лазерное облучение иттриево-алюминиевого граната (Nd: YAG), легированного неодимом, и иттриево-алюминиевого граната (Er: YAG), легированного эрбием (ERL). Nd: YAG-лазер, инфракрасный лазер с длиной волны 1064 нм, проникает глубоко в ткани, увеличивает местный кровоток, быстро уменьшает боль и ускоряет выздоровление, а также значительно уменьшает клинические симптомы без серьезных побочных эффектов. После облучения штаммов Candida albicans и Streptococcus pyogenes in vitro [11]. Клиницист обнаружил с использованием Nd: YAG-лазера, что количество Candida albicans и Streptococcus pyogenes снизилось, а также наблюдалось существенное снижение уровня метаболизма бактерий. В результате, в дополнение к своему терапевтическому назначению, лазер Nd: YAG также обладает потенциалом для борьбы с грибками после местного гормонального лечения у пациентов с КПЛ [17].

Для улучшения нейротрофических процессов при КПЛ рекомендуется использовать электросон, который способствует нормализации функционального состояния головного мозга и улучшает кровоснабжение.

Образ жизни и питание играют важную роль в управлении и лечении КПЛ СОПР. Для пациентов крайне важно придерживаться специальной диете, исключая из рациона консервированные продукты, искусственные добавки, пищевые продукты с высоким содержанием гистамина, алкоголь, а также продукты, которые могут вызывать аллергическую реакцию, сульфаты и красители [20].

Современная культура и медицина сделали психологические факторы более важными при многих состояниях, включая КПЛ. Появляется все больше свидетельств того, что нарушения настроения являются важным фактором возникновения и усиления КПЛ, особенно у пациентов, страдающих депрессией, тревогой и острым стрессом. Кроме того, пациенты с более тяжелыми поражениями, как правило, испытывают более выраженную тревогу.

Многие авторы считают, что врачи должны обращать внимание на психологические проблемы у пациентов с КПЛ, чтобы повысить эффективность и адаптировать фармакологические и психологические подходы к лечению.

Выводы. Формирование алгоритмического подхода к лечению играет ключевую роль, поскольку часто невозможно определить оптимальное решение исключительно на основе клинической морфологии. Кроме того, КПЛ не только связана с другими системными заболеваниями, но и сама является системным заболеванием, влияющим на весь организм. Следовательно, внедрение инновационных материалов и технологий, развитие индивидуальных подходов и повышение квалификации специалистов способствуют достижению значимых результатов в лечении этого заболевания, открывая новые горизонты в повышении качества жизни пациентов.

Литература / References.

1. Анисимова, И. В. Частота сочетания красного плоского лишая с соматической патологией и местными неблагоприятными факторами полости рта / И. В. Анисимова, Л. А. Симонян // Проблемы стоматологии. – 2019. – Том 15, № 1. – С. 16-22.

2. Ахмадов, И. Н. Состояние слизистой оболочки полости рта при съёмных пластиночных протезах / И. Н. Ахмадов // Современные проблемы науки и образования. – 2021. – Том 16, № 2. – С. 513-521.

3. Громова, С. Н. Комплексный подход и протезирование пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта / С. Н. Громова, Н. Л. Кислицина // Здоровье человека в XXI веке : сборник научных статей IX-й Российской научно-практической конференции, 30-31 марта 2017 г. – Казань, 2017. – С. 42-56.

4. Животов, Д. С. Причины непереносимости стоматологических материалов, используемых для ортопедического лечения / Д. С. Животов // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2017. – № 3. – С. 26-29.

5. Изменения слизистой оболочки полости рта при пользовании съемными пластиночными протезами / М. Т. Тхазаплижева, А. О. Балкаров, С. А. Балкарова, Ж. А. Хабжокова // Знание. – 2019. – № 1. – С. 34-43.

6. Изучение психофизиологического статуса пациентов и качества их жизни в ходе стоматологической реабилитации / М. И. Музыкин, А. К. Иорданишвили, В. Ф. Лосев, С. А. Левин // Российский вестник дентальной имплантологии. – 2020. – № 3. – С. 83-94.

7. Иорданишвили, А. К. Психологическая адаптация взрослых людей при потере зубов и устранении дефектов зубных рядов с использованием различных конструкций зубных протезов / А. К. Иорданишвили, В.Н. Цыган, А. И. Володин // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2017. – № 2. – С. 49-53.

8. Карпук, И. Ю. Иммунопатология у пациентов с ортопедическими конструкциями в полости рта / И. Ю. Карпук // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2014. – Том 13, № 4. – С. 29-35.

9. Карпук, И. Ю. Модуляция выделения цитокинов лейкоцитами под воздействием компонентов стоматологических материалов / И. Ю. Карпук // Стоматолог. – 2022. – № 1 (44). – С. 8-15.

10. Карпук, И. Ю. Связь непереносимости стоматологических материалов с гиперчувствительностью, уровнем кортизола и стрессом / И. Ю. Карпук // Клиническая стоматология. – 2017. – № 2 (82). – С. 52-58.

11. Карпук, Н. А. Нарушение оральной толерантности к компонентам стоматологических материалов путем активации лимфоцитов / Н. А. Карпук, И. Ю. Карпук // Стоматология. – 2018. – Том 2, № 3. – С. 363-371.

12. Клемин, В. А. Современное состояние вопроса выбора материала для ортопедического лечения больных, нуждающихся в съемном протезировании / В. А. Клемин, А. А. Ворожко // Дальневосточный медицинский журнал. – 2015. – Том. 1. – С. 41-46.

13. Клюшников, О. В. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта / О. В. Клюшников, В. М. Галченко, Н. Е. Большедворская // Динамика взаимоотношений различных областей науки в современных условиях : сборник статей Международной научно-практической

конференции / ответственный редактор А. А. Сукиасян, г. Казань, 03 мая 2017 г. – Уфа, 2017. – С. 190-193

14. Комплексная стоматологическая реабилитация больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта: рациональные подходы к протетическому лечению / О. С. Гилева, Ж. С. Яшина, Т. В. Либик [и др.] // Стоматология для всех. – 2013. – № 4. – С. 9-14.

15. Лекарственные пептидные препараты: Прошлое, Настоящее, Будущее препараты Хавинсон В.Х // Клиническая медицина- 2020.- Том 98, № 3 С- 165-177.

16. Македонова, Ю. А. Оптимизация патогенетической терапии больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта: специальность 14.01.14 «Стоматология»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Македонова Юлия Алексеевна; Волгоградский государственный медицинский университет. – Волгоград, 2018. – 165 с.

17. Мальцева, О. А. Комплексный подход к протезированию пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта / О. А. Мальцева, Н. Л. Кислицина, С. Н. Громова // Кафедра. – 2017. – № 60-61. – С. 50-56.

18. Маркосян, М. А. Профилактика в ортопедической стоматологии / М. А. Маркосян // Научное обозрение: Медицинские науки. – 2017. – № 4. – С. 47-53.

19. Микрофлора полости рта и состояние факторов противоинфекционной защиты у лиц, использующих стоматологические ортопедические конструкции (сок) / Ю. С. Шишкова, М. С. Бабикова, А. С. Емелина [и др.] // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2018. – № 5. – С. 92-98.

20. Нерруца, А. И. Выбор средств и предметов для индивидуальной гигиены полости рта у пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта после ортопедического лечения / А. И. Неруца // Молодежная наука и современность : ежегодная научная конференция студентов и молодых ученых, проводимая Советом СНО Курского государственного медицинского университета. – Курск, 2022. – С. 128-130.

Abstract.

N.V. Chirkova., E.O. Lescheva., N.A. Polushkina,
Zh.V. Vecherkina., Yu.A. Bogatyreva., M.N. Bobeshko

Current aspects of pharmaco- and non-drug therapy in the treatment of oral lichen planus in patients with missing teeth

Voronezh N.N. Burdenko State Medical University

Currently, due to the adverse effects of risk factors against the backdrop of deteriorating public health, statistical data indicate an increase in cases of diseases of the oral mucosa (SOPR). Lichen planus manifests itself at any age, but most cases are in the age group of 30-60 years and in women twice as often as men. In modern literature, various theories of the development of CPL can be traced, such as viral, neurogenic, hereditary, intoxication and immunoallergic. CPL is often combined with diseases of the gastrointestinal tract, liver dysfunction, diabetes mellitus, hypertension, etc. Provoking factors can be stress, chemical drugs, including medications, and trauma to the oral mucosa. The disease has a long course of 5 to 40 years with a relapse rate of 1 to 5 times a year. Treatment of this group of patients is carried out by doctors of various profiles. At the present stage, the clinical issues and therapy of CPL have been covered quite comprehensively and comprehensively, including pharmacological, surgical and physiotherapeutic methods of treatment. In the complex treatment of patients with oral cavity CPL, the importance of the quality of orthopedic (prosthetic) treatment is also noted.

Despite this, the provision of orthopedic dental care to patients with tooth loss and concomitant chronic diseases of the oral mucosa (SOPR) still remains insufficiently effective. This leads to deterioration in dental health and a decrease in the quality of life of patients. It is often not possible to achieve a long-term therapeutic effect, especially when using removable denture structures (in the absence of the possibility of fixed prosthetics or implant-supported prosthetics), due to the occurrence of various complications associated with the impact of the orthopedic structure itself and the material of its manufacture. In this regard, the role of diagnosis and prevention of complications is increasing in order to prevent relapse of the mucous membranes disease and accelerate the process of adaptation to the removable prosthesis design. Therefore, it is relevant to develop a comprehensive prevention of complications during the period of remission, taking into account the reasonable choice of structural material, methods of manufacturing the prosthesis, its hygiene, and means of influencing the mucous

membranes, increasing its resistance.

Keywords: dentistry, periodontium, peptide bioregulators, medications, dental diseases, lichen planus.

Сведения об авторах: Чиркова Наталия Владимировна – д.м.н., профессор кафедры пропедевтической стоматологии Воронежского государственного медицинского университета им. Н. Н. Бурденко, natasha742008@rambler.ru; Лещева Евгения Олеговна - аспирантк кафедры пропедевтической стоматологии Воронежского государственного медицинского университета им. Н. Н. Бурденко, el.leshewa@yandex.ru; Полушкина Наталия Александровна - к.м.н., преподаватель кафедры пропедевтической стоматологии Воронежского государственного медицинского университета им. Н. Н. Бурденко, natali-polushk@rambler.ru; Вечеркина Жанна Владимировна – к.м.н., преподаватель кафедры пропедевтической стоматологии Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко, dr.zhannet@yandex.ru; Богатырева Юлия Алексеевна – к.м.н., преподаватель кафедры пропедевтической стоматологии Воронежского государственного медицинского университета им. Н. Н. Бурденко, bogatyreva_ja@mail.ru; Бобешко Марина Николаевна – к.м.н., преподаватель кафедры пропедевтической стоматологии Воронежского государственного медицинского университета им. Н. Н. Бурденко, marinabobeshko86