

Чуйкин С.В.<sup>1</sup>, Акмалова Г.М.<sup>1</sup>, Чернышева Н.Д.<sup>2</sup>

## Роль ортопедической коррекции зубного ряда в комплексном лечении пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта

1 - ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Уфа; 2 - ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Екатеринбург

*Chuykin S.V., Akmalova G.M., Chernysheva N.D.*

### Role of ortopedic correction of dentition in complex treatment of patients with oral lichen planus

#### Резюме

Большинство пациентов, страдающих КПЛ СОР нуждаются в ортопедической помощи. Целью исследования явилась оценка роли протезирования в лечении больных КПЛ СОР. Под нашим наблюдением находилось 78 больных (8 мужчин и 70 женщин) красным плоским лишаем СОР в возрасте от 35 до 76 лет с типичной, экссудативно-гиперемической (ЭГФ), эрозивно-язвенной (ЭЯФ) формами КПЛ, при этом были разделены на 2 группы: 45 пациентов, которым проводилось комплексное общепринятое медикаментозное лечение с дальнейшим рациональным протезированием (1 группа), 33 пациента, которым проведено комплексное общепринятое медикаментозное лечение без протезирования (из-за финансовых возможностей пациентов) (2 группа). При подготовке полости рта к протезированию проводилась оценка биосовместимости материалов, предназначенных для изготовления ортопедических конструкций с использованием методики Фолля. Протезирование проводилось после эпителизации эрозий. Больные 1-й группы по окончании курса лечения и протезирования (на 45-й день) отмечали улучшение состояния СОР. Во 2-й группе при всех формах КПЛ на слизистой оболочке сохранялся папулезный рисунок, а эрозии и язвы при ЭЯФ возникали вновь. У больных КПЛ СОР повышение эффективности при включении рационального протезирования в схему лечения заболевания подтверждается увеличением сроков ремиссии при всех формах КПЛ (типичная форма: при протезировании - 15 (3-24) месяцев, при традиционном лечении - 5 (2-10) месяцев; экссудативно-гиперемическая форма: 8 (3-15) месяцев и 3,5 (1,5-7) месяца соответственно; эрозивно-язвенная форма: 9 (4-10) месяцев и 1 (2-6) месяц соответственно).

**Ключевые слова:** красный плоский лишай, слизистая оболочка рта, ортопедическое лечение

#### Summary

Most patients suffering from Oral Lichen Planus (OLP) need orthopedic care. The aim of this study was to evaluate the role of prosthesis in patients OLP. We observed 78 patients (8 men and 70 women) with oral lichen planus aged from 35 to 76 years with typical, exudative -hyperemic, erosive-ulcer forms of oral lichen planus. At the same time they were divided into 2 groups: 45 patients who underwent a comprehensive common medication with further rational prosthesis (group 1), 33 patients who underwent complex conventional medication without prosthesis (because of financial capabilities of patients) (group 2). The biocompatibility of materials was evaluated, before preparing oral prosthetics for manufacturing of prosthetic. Prosthetics held after epithelialization of erosions. Patients in Group 1 after treatment and prosthetics (the 45th day) reported improvement of the oral mucosa. In Group 2, all forms of OLP in the mucosa remained papular pattern, but erosion and ulcers arose again. Patients OLP efficiency when the rational prosthesis in the treatment scheme confirmed by the increase of disease remission period in all forms of the CPL (typical form: in prosthetics - 15 (3-24) months, the traditional treatment - 5 (2-10) months; exudative -hyperemic form: 8 (3-15) months and 3.5 (1.5-7) months; erosive- ulcerative form: 9 (4-10) months and one (2-6) month respectively).

**Key words:** lichen planus, oral mucosa, orthopedic treatment

#### Введение

Важную роль в развитии рецидивов, тяжести клинических проявлений красного плоского лишая слизи-

стой оболочки полости рта (КПЛ СОПР) играют местные механические и электрохимические раздражители, а также аномалии положения зубов, деформации зубных ря-

дов, острые края зубов, частичная потеря зубов, которые способствуют смещению в область дефекта зубного ряда участков слизистой оболочки и ее травмированию, неправильно изготовленные или ставшие неполноценными зубные протезы, а также ортопедические конструкции из разнородных металлов [1].

Большинство пациентов, страдающих КПЛ СОПР нуждаются в ортопедической помощи. Это обусловлено тем, что заболевание чаще встречается в среднем и пожилом возрасте (40-65 лет), имеет затяжной характер течения с периодами ремиссий и обострений [2]. В этой связи возникает вопрос о том, когда проводить ортопедическое лечение. На этот счет существуют различные мнения. Одни авторы полагают возможным проводить ортопедическое лечение только в период ремиссии заболеваний слизистой оболочки [3,4]. Вторая группа исследователей предлагает осуществлять ортопедические манипуляции независимо от фазы течения хронического процесса в слизистой оболочке полости рта [5].

*Целью* исследования явилась оценка роли протезирования в лечении больных КПЛ СОПР.

## Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 78 больных (8 мужчин и 70 женщин) красным плоским лишаем СОПР в возрасте от 35 до 76 лет с типичной, экссудативно-гиперемической (ЭГФ), эрозивно-язвенной (ЭЯФ) формами КПЛ, обратившихся за консультативной помощью в клинику терапевтической стоматологии при Уральском государственном медицинском университете и Башкирском государственном медицинском университете, которые нуждались в ортопедической помощи. На момент обращения в полости рта 49 пациентов были протезы: в 36,75% случаях съемные ортопедические конструкции, в 60% случаях - несъемные ортопедические конструкции и в 3,25% случаях их сочетание. У лиц старшей возрастной группы преобладали съемные протезы или их комбинация с одиночными коронками и мостовидными конструкциями. При этом 42,9% из них были определены как некачественные и подлежали замене. Изготовлены конструкции, в основном, из сплавов различных металлов - в 49% случаев, пластмассы - в 19%, из металлокерамики - в 15% случаев и их сочетание в 17% случаев. 29 (37,5%) пациентов имели дефекты зубных рядов, не замещенные ортопедическими конструкциями. Давность заболевания варьировала от 6 месяцев до 10 лет. При обследовании мы обращали внимание на количество рецидивов заболевания, их частоту (тяжесть) и длительность течения. У всех больных КПЛ определялись сопутствующие заболевания: болезни ЖКТ, ССС, системы органов дыхания, эндокринной системы. Также 100% больных в анамнезе отмечали перенесение стресса или ситуаций, связанных с повышенным психоэмоциональным напряжением. При обследовании принимали во внимание лекарственный анамнез больных, учитывали фармакологические характеристики и возможные побочные эффекты медикаментозных препаратов, принимаемых пациентами. Установлено наличие раздражающего, аллергизирующе-

го действия лекарственных препаратов на СОПР у 19,7% больных КПЛ СОПР.

У 17 человек диагностирован гальванизм, у 26 — аллергия на сплавы металлов ортопедических конструкций. При этом были разделены на 2 группы: 45 пациентов, которым проводилось комплексное общепринятое медикаментозное лечение с дальнейшим рациональным протезированием (1 группа), 33 пациента, которым проведено комплексное общепринятое медикаментозное лечение без протезирования (из-за финансовых возможностей пациентов) (2 группа).

Во всех случаях независимо от стадии течения КПЛ слизистой оболочки полости рта, был проведен комплекс мероприятий по санации полости рта, включающий в себя профессиональную гигиену, лечение зубов по поводу кариеса и его осложнений, лечение заболеваний пародонта, сошлифовывание острых краев, замена амальгамовых пломб на пломбы из современных пломбирочных материалов, удаление неправильно изготовленных или ставших неполноценными протезов.

При подготовке полости рта к протезированию проводилась оценка биосовместимости материалов, предназначенных для изготовления ортопедических конструкций с использованием методики Фолля [6]. Протезирование проводилось после эпителлизации эрозий.

С целью обследования и лечения сопутствующей патологии больных направляли к соответствующим врачам-интернистам.

Эффективность проводимой терапии оценивали в динамике на 15-й, 45-й дни лечения по следующим параметрам: уменьшение или исчезновение субъективных ощущений в полости рта (болевой синдром, жжение, чувство стянутости, шероховатости); а также изменении клинических признаков - сокращение размеров или исчезновение очагов поражения. Все больные после лечения и протезирования также находились под нашим наблюдением.

Результаты данных обработаны стандартными методами вариационной статистики, с использованием программных пакетов статистической обработки Statistica 6.0 for Windows. Оценку достоверности различий (p) между группами определяли с помощью критерия Стьюдента (t).

## Результаты и обсуждение

В процессе лечения (на 15-й день) положительные изменения наблюдались у больных в обеих группах. После окончания курса лечения и протезирования (на 45-й день) у больных 1-й группы было отмечено, что при типичной форме у всех больных исчезло чувство дискомфорта в полости рта, а также стянутости слизистой оболочки. У 5-й человек в 1-й группе (из 14-и) и у 1-го пациента во 2-й группе (из 9-и) наблюдалось полное исчезновение папулезного рисунка (различия статистически достоверны ( $p < 0,001$ ), а у остальных - значительное уменьшение его протяженности. У всех больных ЭГФ КПЛ в 1-й группе после протезирования отмечалось уменьшение признаков гиперемии, отечности слизистой

Таблица 1. Распределение пациентов первой группы по формам заболевания.

Клинические формы	Количество больных (n=45)	
	Абсолютное число, чел.	Относительное число, %
Типичная	14	31
ЭГФ	15	33
ЭЯФ	16	36

Таблица 2. Распределение пациентов второй группы по формам заболевания.

Клинические формы	Количество больных (n=33)	
	Абсолютное число, чел.	Относительное число, %
Типичная	9	27
ЭГФ	11	33
ЭЯФ	13	40

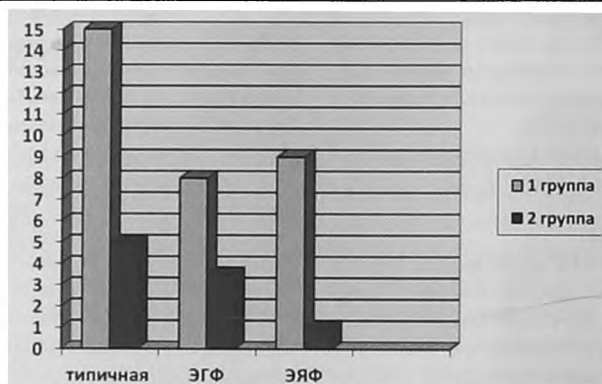


Рис. 1. Длительность сроков ремиссии у больных 1 и 2 групп с различными формами КПЛ

оболочки в зоне очага поражения, что достоверно больше, чем во 2-й группе, где на 45-й день в 10 случаях из 11 сохранялась или вновь возникала гиперемия, отечность СОР. В 12-и случаях из 15-и в 1-й группе наблюдался переход из ЭГФ в типичную, характеризующийся только наличием папулезного рисунка, что также достоверно выше, чем во 2-й группе, где не было ни одного случая перехода ЭГФ в типичную. У больных ЭЯФ КПЛ в обеих группах во время лечения отмечалось уменьшение площади и глубины очага поражения, наблюдалось очищение язвы от некротического налета, исчезла гиперемия и отечность слизистой оболочки, а папулезный рисунок приобретал бледно-сероватый цвет. В 1-й группе – во всех случаях эрозии полностью эпителизировались, после протезирования на слизистой оболочке оставался лишь нежный папулезный рисунок на фоне слегка гиперемированной слизистой оболочки, что говорило о переходе заболевания в более легкую форму. Это достоверно выше, чем во 2-й группе, где в 2-х случаях из 13 был переход заболевания в более легкую форму.

При сравнении длительности срока ремиссии у больных с КПЛ СОПР среднее значение анализируемого показателя у больных в 1-й группе, где проведено рациональное протезирование при всех формах КПЛ оказалось достоверно выше (рис.1), чем во 2-й группе, где ортопедическое лечение не проводилось ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, больные 1-й группы по окончании

курса лечения и протезирования (на 45-й день) отмечали улучшение состояния СОР. Во 2-й группе при всех формах КПЛ на слизистой оболочке сохранялся папулезный рисунок, а эрозии и язвы при ЭЯФ возникали вновь. У больных КПЛ СОПР повышение эффективности при включении рационального протезирования в схему лечения заболевания подтверждается увеличением сроков ремиссии при всех формах КПЛ (типичная форма: при протезировании - 15(3-24) месяцев, при традиционном лечении - 5 (2-10) месяцев; экссудативно-гиперемическая форма: 8 (3-15) месяцев и 3,5 (1,5-7) месяца соответственно; эрозивно-язвенная форма: 9 (4-10) месяцев и 1(2-6) месяц соответственно).

## Заключение

Рациональное протезирование с предварительным проведением оценки биосовместимости материалов, предназначенных для изготовления ортопедических конструкций, в сочетании с санацией полости рта является важной составной частью планируемого лечения, для достижения стойкой ремиссии у больных с КПЛ СОПР. Ортопедическое лечение совместно с общим и местным медикаментозным лечением, проведенное в период ремиссии, в последующем способствует значительному снижению интенсивности или исчезновению воспалительных явлений слизистой оболочки рта, переходу тяжелой формы заболевания в более легкую. ■

*С.В. Чуйкин, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ИПО ГБОУ ВПО Башкирского государственного медицинского университета Минздрава России, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, г.Уфа; Г.М.Акмалова, к.м.н., ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ИПО ГБОУ ВПО Башкирского государственного медицинского университета Минздрава России, г. Уфа; Н.Д.Чернышева, к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО Уральского государственного медицинского университета Минздрава России, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - Акмалова Гюзель Маратовна, тел. 8-9174442087, Akmalova-ekb@yandex.ru*

---

---

## Литература:

1. Борк К. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение. Атлас и руководство: пер. с нем. К.Борк, В.Бургдорф, Н.Хеде. – М.:Мед-лит., 2011. – 448с.
2. Bethanee J. Lichen planus and lichenoid reactions of the oral mucosa. *Dermatologic Therapy* 2010 ; 23: 251–267.dth\_1322 251.267
3. Анисимова И.В., Недосеко Б.В., Ломиашвили Л.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ - ООО « Меди Издательство», 2005.
4. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология. Заболевания слизистой оболочки полости рта: учебник: в 3 ч. под ред. Г.М.Барера. – 2-е изд. доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – Ч.3. – 256с.
5. Флайшер И.М., Мокренко Е.В., Кудянов Г.А. Принципы протезирования зубов при хронических заболеваниях слизистой рта. 2007г. [www.newstom.ru](http://www.newstom.ru)
6. Колосова А.П., Жолудев С.Е. Диагностический метод Р.Фолля. Опыт его использования в практике ортопедической