

воспалительных заболеваниях пародонта (обзор литературы) // Пародонтология. 1999. Т.11.№1. С 30-32.

3. Adiloglu A. K., Ocal A., Can R. et al. Detection of *Helicobacter pylori* and *Chlamydia pneumoniae* DNA in human coronary arteries and evaluation of the results with serologic evidence of inflammation // Saudi med. J. 2005. Vol. 26. №7. P. 1068-1074.

4. Bullon P., Morillo J. M., Ramirez-Tortosa M. C. et al. Metabolic syndrome and periodontitis: is oxidative stress a common link? // J. Dent. Res. 2009. Vol. 88 (6). P. 503-518.

5. D'Aiuto F., Parkar M., Andreou G., et al. Periodontitis and systemic inflammation: Control of the local infection is associated with a reduction in serum inflammatory markers// J Dent Res. 2004. Vol.83. P. 156-160

6. Kuramitsu H. K., Qi M., Kang I. C. et al. Role for periodontal bacteria in cardiovascular diseases // Annals of periodontology. 2001. № 6. P. 41-47.

7. Loos B.G. Systemic effects of periodontitis// Int J Dent Hyg.2006. Vol.4. Suppl1.P. 34-38.

8. Samani N.J., Tomaszewski M., Schunkert H. The personal genome – future of personalized medicine?// Lancet.- 2010, May 1. – N 375(9725).- P. 1497 – 1498

УДК 616.31-002.153-036-08

П.Б. Жовтяк, С.С. Григорьев
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ С КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ РТА

Кафедра терапевтической стоматологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Россия

P.B. Zhovtiak, S.S. Grigorev
IMPROVING THE EFFICIENCY OF LOCAL TREATMENT OF
PATIENTS WITH ORAL LICHEN PLANUS

Department of Therapeutic Dentistry
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russia

Контактный e-mail: polina_zhovtyak@mail.ru

Аннотация. С целью повышения эффективности комплексного лечения пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта для местного применения была разработана новая фармакологическая композиция на основе кремнийхитозансодержащего глицерогидрогеля. По результатам

одноцентрового рандомизированного клинического исследования было установлено, что новая отечественная фармакологическая композиция на основе кремнийхитозансодержащего глицерогидрогеля эффективна в комплексном лечении эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки рта. При сравнительном анализе полученных данных доказано, что применение новой фармакологической композиции на основе кремнийхитозансодержащего глицерогидрогеля позволяет в 2,7 раза увеличить скорость эпителизации патологических элементов слизистой оболочки рта и на 32,6% быстрее купировать болевой симптом, чем при использовании традиционного комплексного лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая.

Annotation. To improve the efficiency of complex treatment of patients with oral lichen planus for a new topical new pharmacological agent with silicon, and chitosan. According to the results in randomly single-center clinical study, it found that the new domestic new pharmacological agent with silicon, and chitosan effective in treatment of erosive-ulcerous form oral lichen planus. A comparative analysis of the data demonstrated that the use of pharmacological agent with silicon, and chitosan allows 2.7 increase in the rate of epithelialization of pathological cells of the mucous membranes of the mouth, and by 32.6% to stop the painful symptoms faster than using a traditional complex treatment of erosive ulcerous forms of lichen planus.

Ключевые слова: красный плоский лишай, слизистая оболочка рта, кремний, хитозан, лечение

Keywords: lichen planus, oral mucosa, silica, chitosan, treatment

Введение

Красный плоский лишай (КПЛ) – воспалительное, иммунозависимое заболевание кожи и слизистых оболочек, характеризующееся хроническим рецидивирующим течением, полиморфизмом клинических проявлений и возможностью опухолевой трансформации[1]. По данным С.В. Сирак и С.А.Хановой, частота встречаемости изолированных форм КПЛ слизистой полости рта (СОР) за последние 20 лет увеличилась в 2 раза и составляет на сегодняшний день 30-35% в общей структуре стоматологической заболеваемости [5]. Лечение КПЛ СОР, особенно осложненных, эрозивно-язвенной и экссудативно-гиперемической форм, входит в число наиболее сложных и актуальных проблем практической стоматологии [1].

В комплексном лечении пациентов с КПЛ СОР, наряду с общей патогенетически обоснованной терапией, особое значение имеет местное консервативное лечение. Тяжесть течения осложненных форм КПЛ СОР, низкая терапевтическая эффективность местного лечения обусловлена постоянным воздействием раздражающих факторов, наличием очагов перифокальной инфекции, ортопедических и ортодонтических конструкций, саливацией, присоединением вторичной инфекции.

В настоящее время существует широкий спектр лекарственных

препаратов и методов местного лечения КПЛ СОР и красной каймы губ. Препаратами первой линии являются топические кортикостероиды в виде мягких лекарственных форм (гидрокортизоновая мазь 1,0%, преднизолоновая мазь 0,5%). В случае неэффективности терапии средствами данной группы применяют препараты витамина А и ретиноиды (изотретиноин, гель), антисептические средства, кератопластики, комбинированные биоматериалы [6, 7]. Однако длительное применение гормональных мазей может вызывать осложнения в виде атрофии эпителия и угнетения процессов регенерации [4]. Стимулирующие и эпителизирующие препараты имеют слабую адгезию к очагам пораженной слизистой оболочки рта, легко смываются ротовой жидкостью, не обеспечивая достаточной для достижения оптимального терапевтического эффекта экспозиции [3].

Таким образом, перед авторами стояла задача разработки лекарственного средства для местного консервативного лечения КПЛ СОР, обладающего выраженными мукоадгезивными свойствами, позволяющими достичь и поддерживать эффективную терапевтическую концентрацию в очаге воспаления. Совместно с Институтом органического синтеза им. И.Я. Постовского (д.х.н. Хониной Т.Г., к.х.н. Шадринной Е.В.) разработана новая отечественная фармакологическая композиция на основе кремнийхитозансодержащего глицерогидрогеля [2].

Цель исследования - оценка клинической эффективности местного применения фармакологической композиции на основе кремнийхитозансодержащего глицерогидрогеля в комплексной терапии КПЛ СОР.

Материалы и методы исследования

Одноцентровое рандомизированное клиническое исследование выполнено с участием 64 больных с эрозивно-язвенной формой КПЛ СОР в возрасте от 35 до 72 лет, обратившихся за консультативной помощью, в их числе 9 (14,1%) мужчин и 55 (85,9%) женщин, с продолжительностью заболевания на момент обращения от 2 месяцев до 20 лет, преимущественно жителей Свердловской области. Для клинической оценки эффективности новой отечественной фармакологической композиции на основе кремнийхитозансодержащего глицерогидрогеля и получения репрезентативных данных пациенты были рандомизированы по полу, возрасту, характеру соматической патологии, степени тяжести заболевания методом случайных чисел на две группы. Первая, основная, группа включала 32 пациента, получавших в комплексном лечении местную терапию новой фармакологической композицией на основе кремнийхитозансодержащего глицерогидрогеля. Сравнительную группу составили 32 пациента, применявших традиционное комплексное лечение с использованием общих и местных лекарственных средств.

Общая терапия назначалась врачом дерматовенерологом и включала применение седативных средств, иммуномодулирующих, антигистаминных

препаратов и поливитамины. Местное лечение пациентов основной группы проводилось композицией на основе кремнийхитозансодержащего глицерогидрогеля в виде аппликаций. Средство наносили на очаги поражения тонким слоем, предварительно осушив слизистую оболочку марлевым тампоном. Рекомендовали ограничить прием пищи после аппликации в течение часа. Фармакологическую композицию применяли 2 раза в день в течение 21 дня. Обследуемым группы сравнения местно назначали анестезирующие, антисептические, протеолитические и эпителизирующие средства (5 % взвесь анестезина в масле, 0,05 % раствора хлоргексидина, химотрипсина в 0,9 % растворе хлорида натрия, масляный раствор витамина А и Е) [1].

Методы обследования пациентов включали сбор анамнеза, осмотр, фотодокументирование СОР. Эффективность комплексной терапии оценивали в 7-е, 14-е и 21-е сутки лечения, срок наблюдения позволяет оценить динамику контролируемого воспалительного процесса на слизистой оболочке рта. На этапах лечения определяли интенсивность местной воспалительной реакции по следующим клиническим признакам: наличие субъективных ощущений и оценка уровня боли с помощью визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ) VAS Pain (Hawker G.A. et al., 2011), а также оценка размера дефекта СОР и сроки эпителизации [8]. Измерение площади очага поражения СОР проводили морфометрическим методом — на снимок эрозии или язвы, выполненный при одинаковых условиях, проецировали сетку с миллиметровым делением, размер дефекта определяли в относительных значениях.

Полученные результаты обработаны статистическими методами вариационного и корреляционного анализа с использованием пакета прикладных программ для статистической обработки Statistica 6.0 for Windows и «Excel 7». Достоверность различий между группами определяли с использованием параметрического (критерий Стьюдента) метода.

Результаты исследования и их обсуждение

После завершения комплексного лечения у пациентов обеих групп определялась положительная динамика состояния. При сравнительном анализе показателя ВАШ боли установлено, что на 11 сутки комплексного лечения показатель уровня боли в основной группе становится равным 0, что говорит о полном купировании болевого синдрома. Выявлено, что снижение показателя ВАШ боли происходит на 32,6% быстрее в основной группе по отношению к группе сравнения (табл. 1). Данные изменения уровня боли с помощью ВАШ в контрольные сроки наблюдения подтверждают более быстрое купирование болевого симптома, зуда и жжения при применении фармакологической композиции на основе кремнийхитозансодержащего глицерогидрогеля, что подтверждается данными анамнеза ($p \leq 0,05$).

Таблица 1

Показатель ВАШ боли у пациентов с КПЛ СОР при комплексном лечении

	До	7-е сутки	14-е сутки	21-е сутки	P
Основная группа	$8,87 \pm 0,18$	$6,19 \pm 0,04$	0	0	$P \leq 0,05$

Группа сравнения	8,69± 0,36	8,01±0,13	5,72±0,37	0	P≤0,05
------------------	------------	-----------	-----------	---	--------

При исследовании результатов проведенного лечения по оценке динамики размеров патологического очага, вычисляемого в процентах от исходных показателей, определено, что в основной группе на 7-е сутки терапии размер дефекта СОР сократился до 52,1 %, в группе сравнения до 80,5% от исходной величины. На 14-е сутки отмечалась дальнейшая тенденция уменьшения площади очага поражения СОР, показатель достиг уровня статистически значимых различий и составил 2,7% и 65,2% ($p<0,05$) для основной и сравнительной групп соответственно. К моменту завершения лечения у пациентов основной группы наблюдалась полная эпителизация эрозивно-язвенных очагов, в группе сравнения площадь дефекта сократилась до 37,2% от первоначального размера ($p<0,05$).

Несмотря на положительную динамику в обеих группах-сокращение размеров очагов деструкции слизистой оболочки рта, сроки эпителизации дефектов СОР достоверно различались. Восстановление целостности СОР в основной группе у 28 пациентов определялось на $13,62 \pm 0,18$ сутки, у 4 пациентов- на $17,36 \pm 0,31$ сутки. В группе сравнения полная эпителизация очагов наблюдалась у 21 больного на $18,16 \pm 0,26$ сутки ($p<0,05$), у 11 пациентов полного восстановления СОР достичь не удалось.

После проведенного комплексного лечения пациентов основной группы, с применением композиции на основе кремнийхитозансодержащего глицерогидрогеля у всех обследуемых наблюдалась положительная динамика: клиническая ремиссия определялась у 28 (87,5%) больных, значительное улучшение отмечено у 4 (12,5%) обследуемых. Отмечено, что у 19 (59,4%) пациентов основной группы эрозивно-язвенная форма заболевания трансформировалась в типичную.

В результате проведенного лечения в группе сравнения также определялась тенденция к регрессии клинических признаков: ремиссия наступила у 16 (50%) больных, значительное улучшение отмечено у 9 (28,13%), эффект отсутствовал у 2 (21,87%) больных.

Выводы

По результатам рандомизированного клинического исследования достоверно установлено, что новая отечественная фармакологическая композиция на основе кремнийхитозансодержащего глицерогидрогеля эффективна в комплексном лечении эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки рта. При сравнительном анализе полученных данных доказано, что применение новой фармакологической композиции на основе кремнийхитозансодержащего глицерогидрогеля позволяет в 2,7 раза увеличить скорость эпителизации патологических элементов слизистой оболочки рта и на 32,6% быстрее купировать болевой симптом, чем при использовании традиционного комплексного лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая.

Литература:

1. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ. – М.: Мед. книга, 2008. – 194с.
2. Лукиных Л.М., Тиунова Н.В. Оптимизация лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // Маэстро стоматологии. — 2009. — №4. — С. 79–81.
3. Машковский М.Д. Лекарственные средства. В двух томах. Т.2.- Изд.13-е, новое.-Харьков: Торсинг,1997.- 592 с.
4. Пат. № 2255939 РФ, Глицераты кремния, обладающие транскутанной проводимостью медикаментозных средств, и глицерогидрогели на их основе / Т.Г. Хонина, Л.П. Ларионов, Г.Л. Русинов, А.Л. Суворов, О.Н. Чупахин; заявл. 07.08.03.
5. Ханова С.А. Лечение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта (практические рекомендации)./С.А.Ханова,С.В.Сирак,И.А.Копылова и др.//Современные проблемы науки и образования.- 2013.- №3.
6. Чикин В.В., Минеева А.А. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных красным плоским лишаем [Электронный ресурс] // Медицинская практика[Официальный сайт].URL:<http://mosderm.ru/uploads/Normativnie%20doki/2pdf/Красный%20плоский%20лишай.pdf> (дата обращения: 03.04.2015)).
7. Dalirsani Z. Comparison of the effect of combination of triamcinolone acetonide and vitamin A mouthwash with triamcinolone mouthwash alone on oral lichen planus./ Z. Dalirsani, AT. Zenouz, M. Mehdipour, et al.// J Dent Res Dent Clin Dent Prospect.- 2010.- Vol.4.- P.21-24.
8. Hawker, G. A., Mian, S., et al. (2011). "Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP)." Arthritis Care Res (Hoboken) 63 Suppl 11: S240-252.

УДК 616.31-008.1

П.А. Жолондзиовский, А.Д. Тимербулатов, Е.Н. Светлакова¹, И.В. Гаврилов², Л.А. Каминская²
ВЛИЯНИЕ КРАТКОВРЕМЕННОЙ УГЛЕВОДНОЙ НАГРУЗКИ НА
БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЛЮНЫ - НЕБЕЗОПАСНЫЙ
«ПЕРЕКУС»

¹Кафедра пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний

²Кафедра биохимии

Уральский Государственный Медицинский Университет