

2. Грудянов А. И. Заболевания пародонта. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 336 с.
3. Грудянов А. И., Фоменко Е. В. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. – 96 с.
4. Данилова Л. А., Чайка Н. А. Биохимия полости рта: учеб. пособие. – СПб.: СпецЛит, 2012. – 62 с.
5. Еловикова Т. М. Арифметика пародонтологии: Ручные инструменты в пародонтологии. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 80 с.
6. Жулев Е. Н., Круглова Н. В., Кочубейник А. В. Лечение заболеваний пародонта: учеб. пособие. – Н. Новгород: Изд-во НижГМА, 2016. – 162 с.
7. Ильина Н. И., Гудима Г. О. Воспаление и иммунитет в общеклинической практике. Общая концепция // Цитокины и воспаление. – 2005. – Т. 4, № 3. – С. 42–44.
8. Исследование микрофлоры в области соединения дентального имплантата с абатментом / А. Т. Яковлев, Е. Ю. Бадрак, Д. В. Михальченко и др. // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2015. – № 1. – С. 46–49.
9. Канкян А. П., Леонтьев В. К. Болезни пародонта: Новые подходы в этиологии, патогенезе, диагностике, профилактике и лечении. – Ереван: Тигран Мед, 1998. – 360 с.
10. Ковалевский А. М. Лечение пародонтита: практическое руководство. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. – 160 с.
11. Лечение пародонтита в пожилом и старческом возрасте / А. К. Иорданишвили, С. В. Солдатов, Г. А. Рыжак и др. – СПб.: МАНЭБ-Нордмедиздат, 2011. – 128 с.
12. Лукиных Л. М., Жулев Е. Н., Чупрунова И. Н. Болезни пародонта. – Н. Новгород: Изд-во НижГМА, 2005. – 322 с.
13. Лукиных Л. М., Круглова Н. В. Оптимизация комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта: монография. – Н. Новгород: Изд-во НижГМА, 2013. – 122 с.
14. Микробиология, вирусология и иммунология полости рта: учебник / В. Н. Царев и др.; под ред. В. Н. Царева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 576 с.
15. Пародонтология: национальное руководство / Под ред. проф. Л. А. Дмитриевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 704 с.
16. Рациональная фармакотерапия в стоматологии: рук. для практикующих врачей / Г. М. Барер, Е. В. Зорян, В. С. Агапов и др.; под общ. ред. Г. М. Барера, Е. В. Зорян. – М.: Литтерра, 2006. – 568 с.
17. Улитовский С. Б. Гигиенический уход при воспаленном пародонте: учеб. пособие / С. Б. Улитовский. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 288 с.
18. Ушаков Р. В., Царев В. Н. Местное антимикробное лечение в стоматологии: учеб. пособие. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 136 с.
19. Фирсова И. В., Михальченко В. Ф. Социально-психологические аспекты комплаентности пациентов в стоматологической практике // Вестник ВолгГМУ. – 2007. – № 2. – С. 3–9.
20. Фирсова И. В., Михальченко В. Ф., Михальченко Д. В. Врачебная тактика при диагностике предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ // Вестник ВолгГМУ. – 2013. – № 1 (45). – С. 3–6.
21. Ценов Л. М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 192 с.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА**

**Ю. М. Федотова, И. В. Фирсова, Ю. А. Македонова**

**Кафедра терапевтической стоматологии ВолгГМУ**

На сегодня проблема лечения красного плоского лишая слизистой оболочки, особенно его эрозивно-язвенной формы, обладающей наибольшей потенциальной злокачественностью, представляет собой одну из важных и до конца не решенных задач клинической стоматологии [1].

Причины возникновения красного плоского лишая окончательно не выяснены. Выделяют нейрогенную, вирусную, бактериальную, аутоиммунную теории этого заболевания. В последнее время отмечается «омоложение» страдающих этим заболеванием. Это объясняется возросшим контактом с вирусной

инфекцией, существенным изменением реактивности организма, а также повышенной частотой психоэмоциональных напряжений. Высокий риск возникновения заболевания отмечается при наличии сопутствующих факторов, наиболее значимые из которых: пол и возраст пациентов (среди женщин, особенно в климактерический и постклимактерический период); нарушение неврологического статуса (лабильная психика, склонность к эмоциональным стрессам, канцерофобия); наличие коморбидной патологии (гепатобилиарной системы, желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы, сердечно-сосудистой системы); местные факторы полости рта (лихеноидное и аллергическое, электрогальваническое и травмирующие действие реставрационных и ортопедических конструкционных материалов; раздражающее, десквамирующее и алергизирующее действие зубных паст; табакокурение) [2].

В настоящее время разработано огромное количество высокоэффективных лекарственных субстанций, однако не решена проблема целенаправленной их доставки в заданный орган – «мишень» [6].

Арсенал лекарственных средств, применяемых при местной терапии КПЛ, в последние годы значительно расширился – это растворы, мази: антисептики, протеолитические ферменты, глюкокортикоиды (гидрокортизоновая мазь 1,0%-я, преднизолоновая мазь 0,5%-я), а также комбинированные биоматериалы [4]. Однако эти препараты обладают рядом недостатков: незначительной адгезией к поражённому участку, высокой растворимостью в ротовой жидкости, неудобством в использовании (жидкие формы в виде аппликаций на марлевых салфетках) [8].

Самым значительным из первичных этапов комплексной терапии КПЛ, помимо этиотропной и патогенетической терапии, является местное консервативное лечение. Современный подход к выбору эффективных местных лекарственных средств при лечении заболевания диктует приоритет использования таких форм препаратов, которые обладают существенным преимуществом перед жидкими, мазевыми лекарственными формами, а именно характеризуются высокой адгезией к слизистой оболочке, обеспечивая длительное воздействие лекарственного средства, в результате чего сокращаются сроки лечения. Препаратом выбора может стать тизоль (аквакомплекс глицеросольвата титана) –

средство для наружного применения, которое применяется в качестве лекарственного средства и проводника лекарственного средства, обеспечивая локальную доставку лекарственных веществ к очагу воспаления на глубину до 4–9 см. Он оказывает противовоспалительное, антимикробное, протекторное, дегидратирующее, противоотечное, местное анальгезирующее действие [3].

В настоящее время тизоль используется как готовое лекарственное средство (согласно инструкции по его медицинскому применению) и как субстанция – основа для приготовления мягких лекарственных форм в аптечных условиях [7]. Тизоль быстро доставляет лекарственные вещества в неизменённом виде в патологический очаг и высвобождает их в полном объёме, усиливая терапевтическое действие субстанций, что позволяет достичь высокого лечебного эффекта.

L-аргинин – альфатическая основная α-аминокислота, существует в виде L- и D-изомеров. L-аргинин входит в состав пептидов и белков. Аргинин является одним из ключевых метаболитов в процессах азотистого обмена.

Витадонт – антибактериальная паста-повязка, представляет собой витаминизированный комплекс на основе воско-лецитиновой композиции, содержащий бета-каротин, витамин E и C. Паста оказывает успокаивающее и обезболивающее действие. Наряду с витаминным комплексом в состав пасты «Витадонт» входит природный компонент – пчелиный воск.

Белсоль № 2 – жидкость, содержащая 2 % хлоргексидина. Оказывает антисептическое действие.

КП-Пласт вита – двухслойные пластины, состоящие из гидрофильного и гидрофобного (комплекс витаминов: C, E, бета-каротин) слоя. Бета-каротин защищает клеточные структуры мягких тканей полости рта от разрушения свободными радикалами.

**Цель исследования.** Сравнить клиническую эффективность использования композиции тизоль с L-аргинином, препаратов фирмы «ВладМива» (белсоль № 2, витадонт, КП-Пласт вита) и с традиционным комплексным лечением эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая.

**Материалы и методы.** Для реализации поставленной задачи было проведено обследование и лечение 90 пациентов в возрасте 38–65 лет с диагнозом «эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая».

Пациенты были разделены на 3 группы по 30 человек в зависимости от проводимого лечения: основная – в комплексное лечение включён тизоль с L-аргинином, I группа сравнения – лечение по стандартной схеме, II группа сравнения – в схему комплексного лечения добавлены белсоль № 2, витадонт и КП-Пласт вита. Вне зависимости от проводимого лечения всем пациентам была проведена профессиональная гигиена полости рта, сошлифовывание острых краёв зубов, санация полости рта, рациональное протезирование (замена некачественных и изготовленных из разнородных металлов ортопедических конструкций).

Пациентам I группы сравнения было назначено традиционное лечение, которое включало в себя общее и местное лечение. Общая терапия включала назначение по показаниям внутрь седативных средств, комплекса поливитаминов, иммуномодулирующих препаратов, антигистаминных средств. Местно рекомендовали применять в виде аппликаций кератопластики (масляный раствор витамина А и Е), мазевые повязки (целестодерм и солкосерил 1:1 аппликации по 30 минут).

Во II группе сравнения, помимо кератопластиков (масляный раствор витамина А и Е), назначали полоскания раствором «Белсоль № 2» дважды в день в течение 14 дней, предварительно необходимо развести раствор по схеме; аппликации мазью «Витадонт» по 30 минут также два раза в день (мазь перед нанесением на очаги поражения рекомендовали разбавить облепиховым маслом, что облегчало нанесение данной композиции на слизистую оболочку); повязки саморассасывающимися пластинами «КП-Пласт вита» (необходимый фрагмент пластины клеящей (гидрофильной) стороной прикладывали на очаг поражения). Предварительно обучив пациентов, рекомендовали использовать пластины утром и перед сном в течение 10 дней.

В основной группе наряду с кератопластическими (масляный раствор витамина А и Е) использовали композицию аквакомплекса титана глицеросольвата (тизоль) с L-аргинином для местного применения, которую наносили на очаги поражения дважды (с интервалом 15 секунд) тонким слоем, предварительно осушив слизистую оболочку. Для улучшения лечебного эффекта рекомендовали в течение

1 часа не принимать пищу. Лекарственную композицию использовали дважды в день в течение 14 дней.

Эффективность проводимой терапии оценивали в динамике на 3, 7, 10, 14-й дни лечения и через 1, 3 месяцев после лечения по следующим критериям: уменьшение и исчезновение субъективных ощущений в полости рта [болевой синдром (оценивали по 3-бальной шкале), жжение, чувство стянутости, шероховатости), а также изменение клинических признаков – уменьшение размеров очагов поражения, гиперемии и отёчности.

Данные, полученные в результате исследований, обрабатывали вариационно-статистическим методом на IBM PC/AT Pentium-IV в среде Windows 2000 с использованием пакета прикладных программ Statistica 6 (Statsoft-Russia, 1999) и Microsoft Excel Windows 2000.

Статистический анализ проводился методом вариационной статистики с определением средней величины (M), её средней ошибки ( $\pm m$ ), оценки достоверности различия по группам с помощью критерия Стьюдента (t). Различия между сравниваемыми показателями считались достоверными при  $p < 0,01$ ,  $t \geq 2$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** В ближайшие сроки наблюдения эффект проводимого местного лечения в основной группе был выше, чем I и II группах сравнения.

До начала лечения у всех пациентов основной группы исследования наблюдалась следующая клиническая картина.

На гиперемизированной, отёчной слизистой оболочке щёк, языка, по десневому краю, на красной кайме губ, в ретромолярной области и на твёрдом нёбе имелись болезненные эрозии размером  $(1,4 \pm 0,06)$  см, с отсутствием фибринозного налёта у 25 пациентов (83,3 %), у 5 пациентов (16,7 %) фибринозный налёт легко снимался.

Наблюдались эрозии, спонтанно кровоточащие в 26,7 % случаев, кровоточащие при зондировании – в 60 % случаев.

До начала интенсивного лечения размер эрозий у 22 пациентов (73,3 %) превышал 1 см в диаметре, при этом 23 пациента (76,7 %) отмечали интенсивную и сильно выраженную боль –  $(3,07 \pm 0,1)$  балла (табл. 1).

Таблица 1

## Балльные показатели болевого симптома

Сроки лечения	Основная группа (тизоль)	I группа сравнения	II группа сравнения
До лечения	3,07 ± 0,1	3,03 ± 0,1	3,1 ± 0,1
3 день	2,13 ± 0,1*	3 ± 0,1*	2,7 ± 0,17
7 день	0,8 ± 0,1*	2,13 ± 0,1**	1 ± 0,17**
10 день	0,3 ± 0,08*	1 ± 0,1**	0,4 ± 0,09**
14 день	0*	0,57 ± 0,1**	0,3 ± 0,09**
1 месяц	0*	0,63 ± 0,14**	0,3 ± 0,1**
3 месяца	0,3 ± 0,15*	1,3 ± 0,2*	0,37 ± 0,14

p < -0,01 – достоверность относительно традиционной терапии.

Схожая клиническая картина наблюдалась и у пациентов I и II групп сравнения. Размер эрозий до лечения в I группе сравнения составлял (1,3 ± 0,06) см и во II группе сравнения – (1,4 ± 0,06) см, с отсутствием фибринозного налёта у 24 (80 %) пациентов I группы и у 25 (83,3 %) пациентов II группы сравнения. До начала лечения пациенты I и II групп сравнения отмечали достаточно сильные болевые ощущения – (3,03 ± 0,1) балла и (3,1 ± 0,1) балла соответственно. У 17 (56,7 %) пациентов I и II групп сравнения наблюдались эрозии, кровоточащие при зондировании, и у 12 (50 %) I группы и 9 (30 %) пациентов II группы сравнения – спонтанно кровоточащие эрозии.

В I группе сравнения до 10 дня лечения сохранялись жалобы на боль, жжение и дискомфорт в полости рта, но более умеренные по сравнению с первичным обращением – 1 ± 0,1. На 3-и и 7-е сутки на слизистой оболочке полости рта у всех сохранялись эрозии, при этом в большинстве случаев (83,3 %) фибринозный налёт отсутствовал. Эпителизация эрозий отмечалась у 6 пациентов (20 %) только к 14-му дню лечения.

Спустя 1 месяц у 17 пациентов (56,7 %) сохранялись эрозии, причём у 7 (23,3 %) пациентов эрозии составляли от 0,8 до 1 см, немного меньшего размера эрозии, до 0,6 см, были у 10 пациентов (табл. 2).

Таблица 2

## Динамика эпителизации эрозивно-язвенных поражений, см

Сроки лечения	Основная группа (тизоль)	I группа сравнения	II группа сравнения
До лечения	1,4 ± 0,06	1,3 ± 0,06	1,4 ± 0,06
3 день	0,99 ± 0,04*	1,29 ± 0,06*	1,25 ± 0,07
7 день	0,58 ± 0,03*	1,17 ± 0,07**	0,82 ± 0,06*
10 день	0,54 ± 0,02*	0,95 ± 0,06**	0,67 ± 0,04*
14 день	0,47 ± 0,02*	0,86 ± 0,04**	0,62 ± 0,03*
1 месяц	0,07 ± 0,03*	0,49 ± 0,07**	0,24 ± 0,05*
3 месяца	0,1 ± 0,05*	0,38 ± 0,08*	0,26 ± 0,05

p < -0,01 – достоверность относительно традиционной терапии по каждому сроку.

Через 3 месяца у 14 (46,7 %) пациентов наблюдались новые случаи образования эрозий. Размер эрозий у 10 пациентов составлял от 0,8 до 1,5 см, при этом фибринозный налёт отсутствовал. В связи с этим данные пациенты прошли повторный курс лечения.

Во II группе сравнения с применением белсоль № 2, витадонт и КП-Пласт вита процессы эпителизации эрозий проходили быстрее, чем в I группе сравнения. Отсутствие

болевого синдрома, чувства стянутости и шероховатости слизистой к 3-му дню лечения отметили 12 пациентов (40 %), к 14-му дню – 27 пациентов (90 %). Отмечено прогрессивное уменьшение размера эрозий к 14-му дню лечения. Спустя 1 месяц после лечения у 9 (30 %) пациентов отмечены новые случаи образования эрозий, а через 3 месяца – у 11 (36,7 %) пациентов. Данным пациентам был назначен повторный курс лечения по той же схеме.

В основной группе с применением композиции аквакомплекса титана глицеросолювата (тизол) с L-аргинином процессы эпителизации эрозий проходили быстрее, чем в I и II группах сравнения. Кроме того, уменьшение болевого синдрома и жжения, чувства шероховатости и стянутости у пациентов основной группы наступило на 3-и сутки у 16 пациентов (53 %), которые отметили слабую боль; на 7-е сутки отсутствие боли отметили 13 пациентов (43 %). К 14-му дню лечения отсутствие боли отметили все пациенты (100 %) (см. табл. 1). Через 1 месяц эрозии наблюдались у 3 пациентов (10 %), при этом размер эрозий составлял до 0,6 см. Спустя 3 месяца после лечения выявлены новые случаи образования эрозий у 4 пациентов (13,3 %), которые продолжили в результате повторный курс лечения.

Объективный анализ клинической картины у пациентов выявил снижение гиперемии слизистой: слабая гиперемия у 19 пациентов (63 %) была достигнута на 7-е сутки и отсутствие гиперемии к 14-му дню лечения

у всех пациентов (100 %) в основной группе. В I группе сравнения отмечалась слабая гиперемия на 7-е сутки у 8 пациентов (23 %), а полное отсутствие гиперемии к 14-му дню наступило только у 11 пациентов (36,7 %). На 7-е сутки у 11 пациентов (36,7 %) II группы сравнения была достигнута слабая гиперемия, а к 14-му дню лечения – у 21 пациента (70 %). Отсутствие кровоточивости к 14-му дню лечения у пациентов I группы сравнения было достигнуто у 8 пациентов (26,7 %); у II группы сравнения отсутствие кровоточивости наблюдалось у 29 пациентов (96,7 %); в 100 % случаев наблюдалось отсутствие кровоточивости у пациентов основной группы.

**Выводы.** Результаты исследований показали, что локальное применение гелевой композиции тизола с L-аргинином в схеме комплексного лечения пациентов с эрозивно-язвенной формой КПЛ характеризуется высокой лечебной эффективностью. Хорошие результаты достигнуты и при использовании препаратов фирмы «ВладМива» (белсоль № 2, витадонт, КП-Пласт ВИТА).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническое изучение динамики репаративных процессов слизистой оболочки полости рта при применении тромбоцитарной аутоплазмы в комплексном лечении больных красным плоским лишаем [Электронный ресурс] / И. В. Фирсова, Ю. А. Македонова, Н. Ш. Мартынова и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/128-22645> (дата обращения: 06.11.2015).
2. Обоснование новых методов диагностики и лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой полости рта [Электронный ресурс] / Е. И. Адамович, Ю. А. Македонова, Е. Б. Марымова и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 1. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/article/viewid=24123>
3. Применение PRP-терапии в лечении воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта [Электронный ресурс] / Н. Ш. Мартынова, Ю. А. Македонова, В. Ф. Михальченко и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/128-22439> (дата обращения: 29.10.2015).
4. Современные аспекты лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта [Электронный ресурс] / Ю. М. Федотова, Ю. А. Македонова, С. В. Поройский и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 2. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/article/view?id=24325> (дата обращения: 11.04.2016).
5. Экспериментальная модель для исследования влияния метода комбинированного плазмолифтинга на слизистую оболочку полости рта / И. В. Фирсова, А. А. Воробьев., Ю. А. Македонова и др. // Пародонтология. – 2015. – № 3 (76). – С. 28–33.
6. Эффективность prp-терапии при эрозивно-язвенной форме красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта / И. В. Фирсова, С. В., Поройский Ю. А. Македонова и др. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2016. – № 1 (57). – С. 105–108.
7. Эффективность применения аутогемотерапии при лечении больных с эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки полости рта [Электронный ресурс] / Ю. А. Македонова, Н. Ш. Мартынова, И. В. Фирсова и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/128-22438> (дата обращения: 29.10.2015).
8. Clinical and experimental study of the regenerative features of oral mucosa under autohemotherapy / Firsova I. V., Makedonova Iu. A., Mikhilchenko D. V., et al. // Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences. – 2015. – Vol. 6 (6). – P. 1711–1716.