

Динамика клинической картины в процессе лечения больных тяжелыми формами красного плоского лишая слизистой оболочки рта и красной каймы губ с использованием физических методов

Серикова О.В., Шумилов Б.Р., Филиппова З.А., Щербаченко О.И.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, Воронеж, Российская Федерация

Резюме

Актуальность. Красный плоский лишай представляет собой хронический дерматоз и характеризуется тяжелым перманентным клиническим течением, частыми рецидивами заболевания, многообразием триггерных факторов и высоким риском озлокачествления. Вследствие неполной изученности этиологии и патогенеза заболевания отмечается рефрактерность к стандартным протоколам лечения. Наиболее актуальной проблемой в настоящее время является разработка клинически эффективных протоколов лечения непрерывно-рецидивирующей формы красного плоского лишая слизистой оболочки рта, рефрактерного к кортикостероидам. Цель работы – повышение качества лечения тяжелого течения красного плоского лишая слизистой оболочки рта и красной каймы губ на основе использования различных физических факторов в комплексной терапии.

Материалы и методы. В зависимости от комплекса проводимых лечебных процедур все больные были распределены на четыре группы, пациентам которых соответственно проводили традиционное медикаментозное лечение; комплексное лечение с применением озонотерапии; комплексное лечение с применением фотофореза светодиодного излучения красного цвета и топического стероида, а также комплексное лечение с применением комбинированной физиотерапии и озонотерапии в сочетании с фотофорезом.

Результаты. Включение физических методов в комплексное лечение больных с тяжелыми формами красного плоского лишая слизистой оболочки рта позволило ускорить сроки эпителизации эрозивно-язвенных элементов и добиться стойкой ремиссии заболевания.

Заключение. Полученные клинические данные позволили сделать выводы о целесообразности применения физических методов в лечении тяжелых форм красного плоского лишая слизистой оболочки рта с использованием эффективностью комбинированной физиотерапии.

Ключевые слова: красный плоский лишай, комбинированная физиотерапия, озонотерапия, фотофорез

Для цитирования: Серикова О.В., Шумилов Б.Р., Филиппова З.А., Щербаченко О.И. Динамика клинической картины в процессе лечения пациентов с тяжелым течением красного плоского лишая слизистой оболочки рта с использованием физических факторов. Пародонтология.2021;26(1):44-51. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2021-26-1-44-51>.

The dynamics of the clinical picture in the treatment of patients with severe forms of oral lichen planus and vermillion border using physical methods

O.V. Serikova, B.R. Shumilovich, Z.A. Filippova, O.I. Shcherbachenko

Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko, Voronezh, Russian Federation

Abstract

Relevance. Lichen planus is a chronic recurring dermatosis, characterized by unspecified etiopathogenesis, a variety of trigger factors, a severe, often permanent course, a tendency to malignancy of the lesion elements, and often refractory to the treatment. The most difficult clinical problem is the search for effective methods of treating continuously recurring severe forms of lichen planus and red border of the lips, refractory to corticosteroids. Objective – to improve the quality of treatment for severe forms of lichen planus of the oral mucosa and red border of the lips based on the use of various physical methods in complex therapy.

Materials and methods. Depending on the complex of medical procedures, all patients were divided into four groups, the patients of which respectively underwent traditional drug treatment; complex treatment using ozone therapy; complex treatment using photophoresis of red LED radiation and a topical steroid, as well as complex treatment using combined physiotherapy and ozone therapy in combination with photophoresis.

Results. The inclusion of physical methods in the complex treatment of patients with severe forms of lichen planus of the mucous membrane of the mouth and lips made it possible to accelerate the time of epithelization of erosive-ulcerative elements and achieve a stable remission of the disease.

Conclusion. The obtained clinical data allowed us to draw conclusions about the appropriateness of using physical methods in the treatment of severe forms of lichen planus of the oral mucosa and lips using the effectiveness of combined physiotherapy.

Key words: lichen planus, combined physiotherapy, ozone therapy, photophoresis

For citation: Serikova, O.V., Shumilovich, B.R., Filippova, Z.A., Scherbachenko, O.I. The dynamics of the clinical picture in the treatment of patients with severe forms of lichen planus and red border of the lips using physical methods. *Parodontologiya*.2021;26(1):44-51. (in Russ.) <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2021-26-1-44-51>.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и красной каймы губ до сегодняшнего дня вызывают значительные затруднения практикующих стоматологов. Это объясняется прежде всего тем, что данная патология находится на стыке специальностей — стоматологии, дерматологии, онкологии и т.д. Кроме того, этиопатогенетические факторы данного заболевания до конца не изучены, что вызывает определенные сложности диагностики, невозможность адекватного клинического прогноза вследствие отсутствия четких механизмов развития. Клинически диагностированные случаи характеризуются тяжелым, чаще всего перманентным течением, а также высоким уровнем озлокачествления определенных форм патологии.

При анкетировании слушателей специализированных циклов повышения квалификации по патологии СОПР на кафедре стоматологии института дополнительного профессионального образования Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко, было выявлено, что из 214 анкетруемых только 30% (74 человека) предпринимают попытку диагностики и лечения выявленной патологии слизистой оболочки полости рта и губ, а остальные 70% врачей проводят дальнейшую маршрутизацию пациентов, как правило, на профильные кафедры учебных заведений (терапевтической стоматологии, стоматологии ИДПО, дерматовенерологии).

По данным проведенного анкетирования, первое место по сложности в диагностике для врачей-стоматологов занимают многоформная экссудативная эритема и синдром Стивенса — Джонсона (48% опрошенных), второе место отведено красному плоскому лишай (33%), третье — онкологическим заболеваниям слизистой оболочки рта (28%). Кроме того, по данным анкет врачей стоматологов-терапевтов, трудности возникают при диагностике таких заболеваний, как лейкоплакия (26%), специфические инфекции (26%), аллергические заболевания (14%), кандидоз (7%), язвенно-некротический стоматит (5%), декубитальная язва (5%).

На кафедре стоматологии ИДПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко был проведен анализ 568 консультативных направлений из учреждений практического здравоохранения города Воронежа и Воронежской области. По результатам анализа определено, что ведущим заболеванием, по которому определяется наибольшее количество расхождений по предварительному и окончательному диагнозу (32%), является красный плоский лишай. Далее по частоте несовпадений следуют различные формы хейлитов, глоссалгии и эрозивно-язвенные поражения СОПР различной этиологии.

Одним из заболеваний, диагностика и лечение которого представляет определенные трудности у врачей-стоматологов, является красный плоский лишай слизистой оболочки рта и красной каймы губ (КПЛ СОПР и ККГ) [1, 2].

Наиболее актуальной проблемой в настоящее время является разработка клинически эффективных протоколов лечения непрерывно рецидивирующей формы КПЛ СОПР и ККГ рефрактерного к кортикостероидам [3] или у пациентов с их индивидуальной непереносимостью.

Характерной особенностью тяжелого клинического проявления КПЛ СОПР с непрерывно-рецидивирующим течением являются симптомы характерные для острого воспалительного процесса с выраженным болевым фактором на протяжении длительного периода, что в свою очередь снижает показатели качества жизни пациентов, ограничивает рацион питания с дальнейшим нарушением функции ЖКТ и в конечном итоге зачастую является причиной малигнизации патологических элементов поражения слизистой оболочки рта [1, 2, 4].

В литературе отмечается высокая актуальность разработки методов лечения КПЛ СОПР, которые помимо высокой клинической эффективности длительным периодом ремиссии обладали бы минимальным количеством побочных эффектов и отсутствием осложнений во время лечения [2, 3].

Одним из разрабатываемых в данной области направлений является клиническое применение физических факторов в комплексной терапии заболевания. Патогенетические механизмы действия применяемых в настоящее время физических факторов обеспечивают значительное уменьшение дозировки, пересмотр схем приема, вплоть до исключения приема различных, часто сильнодействующих препаратов общесоматического действия. Кроме того, они способствуют регуляции гемостаза, повышению иммунного статуса, регуляции трофики тканей на общесоматическом и местном уровнях [8].

Многообразие клинических проявлений, отсутствие точных данных о всех звеньях патогенеза красного плоского лишая определяют необходимость комплексного подхода не только к назначению и дозировке лекарственных средств, но и в подходе к физиотерапии заболевания. В современных клинических протоколах лечения КПЛ выделяют комбинированное и сочетанное применение лечебных физических факторов.

Понятие «сочетанное применение» подразумевает одновременное воздействие несколькими физическими факторами на один и тот же очаг поражения. Понятие «комбинированное применение» подразумевает последовательное поочередное воздействие несколькими физическими факторами на один и тот же очаг поражения. Комбинированное воздействие может применяться как в один сеанс физиотерапии (когда следующий физический фактор следует непосредственно после окончания действия предыдущего без перерыва) и воздействие различных физических факторов в различные сеансы физиотерапии с временными интервалами согласно плану лечения.

В современной медицине направления сочетанной и комбинированной физиотерапии разрабатываются одинаково активно, а их модификация и разработка инновационных подходов к их клинической реализации является одной из важнейших перспектив их оптимизации и повышения клинической эффективности физических методов лечения. При лечении различных форм КПЛ применяют как сочетанные, так и комбинированные методы физиотерапии. Так, в частности, в профильных исследованиях указывается на эффективность комбинированного применения озона и фотофореза [4-7].

Цель исследования – повышение качества лечения пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта и красной каймы губ, с тяжелым клиническим течением на основе применения комбинированной физиотерапии в комплексном лечении заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленной цели исследования в соответствии с критериями включения была сформирована группа пациентов, включающая 81 больного с тяжелым течением КПЛ СОР (6 мужчин и 75 женщин) в возрасте от 41 до 72 лет.

Критериями определения тяжести заболевания по данным анамнеза в данном исследовании служили:

- распространенность процесса на СОР и ККГ;
- длительность и частота обострений;
- длительность ремиссий;
- выраженность субъективных ощущений (болевого синдром);

– степень клинической эффективности предшествующих лечений патологии;

– влияние имеющейся патологии на качество жизни пациентов и его изменение в процессе лечения.

Критериями определения тяжести КПЛ СОР и ККГ по клиническим параметрам служили факторы:

- форма заболевания экссудативно-гиперемическая или эрозивно-язвенная;
- интенсивность болевого синдрома от 4-7 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ);

– непрерывно-рецидивирующий характер течения (обострение заболевания в пределах одного месяца после окончания лечения);

– резистентность к проводимому традиционному лечению;

– сумма баллов по шкале оценки стоматологического качества жизни OHIP-14 более 20.

Для клинического обследования всего контингента была специально разработана диагностическая программа, включающая новые методики. Разработан и реализован на практике алгоритм нейросетевой системы, который позволяет проводить диагностику заболевания, дифференциальную диагностику заболевания на основе наиболее существенных признаков, представлять схему лечения. Программа, которая осуществляет дифференциальную диагностику красного плоского лишая слизистой оболочки рта с помощью сети Кохонена, реализована в системе программирования Delphi [8]. Кроме того, в программе обследования используется микроядерный тест буккальных эпителиоцитов [9]. Данный тест показывает, что частота встречаемости ядерных аберраций в клетках эпителия при красном плоском лишае является абсолютным маркером заболевания [9].

Данные, полученные в результате обследования больных, вносились в специальные, успешно апробированные на практике, индивидуальные карты-вкладыши больных с заболеваниями слизистой оболочки рта (первичный и повторный осмотр), подтвержденные рацпредложением №1607 от 07.04.16.

В зависимости от комплекса проводимых лечебных процедур все пациенты (81 человек) с тяжелым течением КПЛ СОР и ККГ были разделены на четыре группы (табл. 1): первая – группа сравнения (19 человек), пациентам которой проводили традиционное медикаментозное лечение; вторая – основная группа (21 человек), в которой проводили комплексное лечение с применением озонотерапии с использованием аппарата Prozone (W&H) (удостоверение №1609 от 02.09.2016) и специально разработанного раструба к насадке для обработки СОР (патент №175627 от 27.06.2017); третья основная группа включала 20 человек, в комплексном лечении которых применяли фотофорез светодиодного излучения красного цвета (СДИКЦ) и высокоактивного топического стероида (Адвантан) (удостоверение №1701 от 19.01.2017); четвертая основная группа состояла из 21 человека, которым проводили комплексное лечение с применением комбинированной физиотерапии, включающей озонотерапию и фотофорез (удостоверение рацпредложения №1702 от 19.01.2017).

Эффективность физических методов в комплексной терапии пациентов с тяжелым течением КПЛ СОР и ККГ оценивали по следующим параметрам: динамика болевых ощущений в полости рта по визуальной аналоговой шкале боли (VAS); изменение симптомов воспаления СОР и ККГ (наличие отека и гиперемии); сроки эпителизации эрозивно-язвенных элементов; осложнения от применяемого лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В процессе комплексной терапии пациентов с тяжелым течением КПЛ СОР и ККГ положительные изменения клинической картины были отмечены во всех группах исследования.

Если при обследовании интенсивность болевого синдрома составляла 4-5 баллов по ВАШ, а следующей по частоте была жалоба на чувство жжения в полости рта, то под влиянием комплексного лечения на 5-6-й день интенсивность боли и жжения резко снизились во всех группах.

Положительная динамика состояния при экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной формах заболевания, то есть увеличение количества пациентов с уменьшением боли и жжения под действием различных методов физиотерапии, представлена на рис. 1.

В подгруппе IA снижение интенсивности болевого синдрома у 90% больных наблюдали к 6 дню (2-3 балла),

Таблица 1. Распределение больных по клиническим группам
Table 1. Distribution of patients by clinical groups

Группы / Groups	Подгруппы / Subgroups		Всего / Total
	А (ЭЯФ) / A (EUF)	В (ЭГФ) / B (EHF)	
Группа сравнения I / Comparison group I	12	7	19
Группа основная II / Comparison group II	13	8	21
Группа основная III / Comparison group II	11	9	20
Группа основная IV / Comparison group IV	12	9	21
Итого / Subtotal	48	33	81

окончательное купирование боли было отмечено к 12-15 дню у 96% больных. У 4% больных сохранялись умеренные болевые ощущения и чувство жжения. В подгруппе IB уменьшение болевых ощущений у 95% больных наблюдали к 5 дню (2-3 балла), окончатель-

ное купирование боли было отмечено у 100% больных к 12-15 дню.

В подгруппе IIA уменьшение болевых ощущений у 92% больных наблюдали к 5 дню, окончательное купирование боли – к 12-14 дню у 99% больных (2-3 балла).

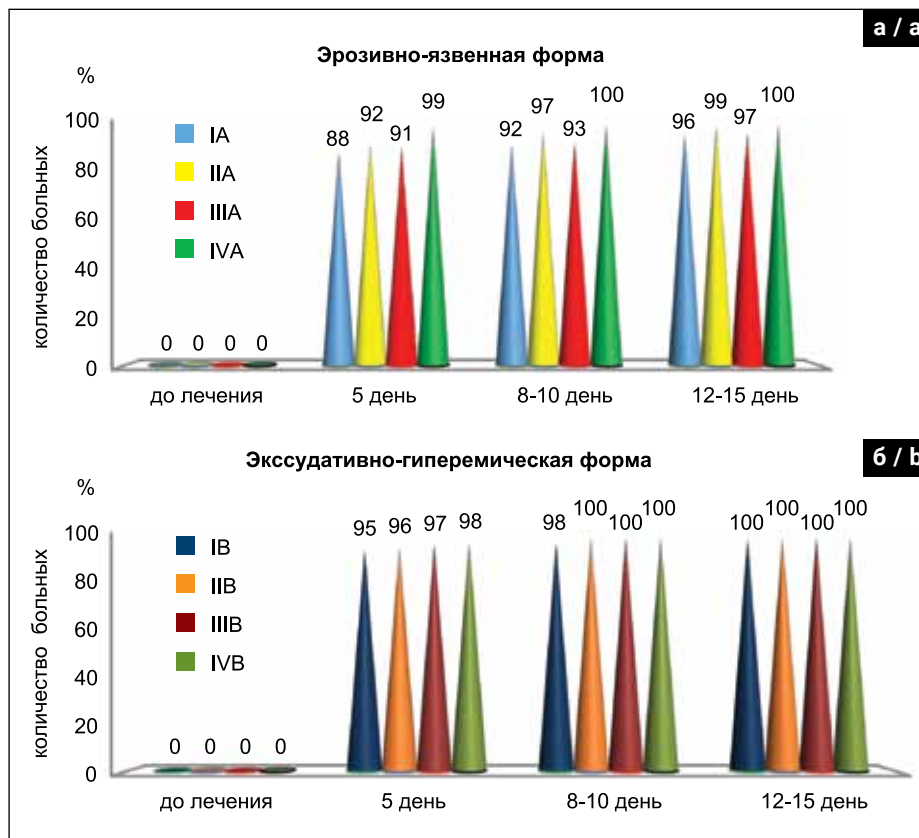


Рис. 1.
Положительная динамика состояния больных (уменьшение боли и жжения под действием различных методов физиотерапии):
а) у больных ЭЯФ;
б) у больных ЭГФ

Fig. 1.
Positive dynamics of the condition of patients (reduction of pain and burning sensation under the influence of various methods of physiotherapy):
a) in patients with EUF;
b) in patients with EHF

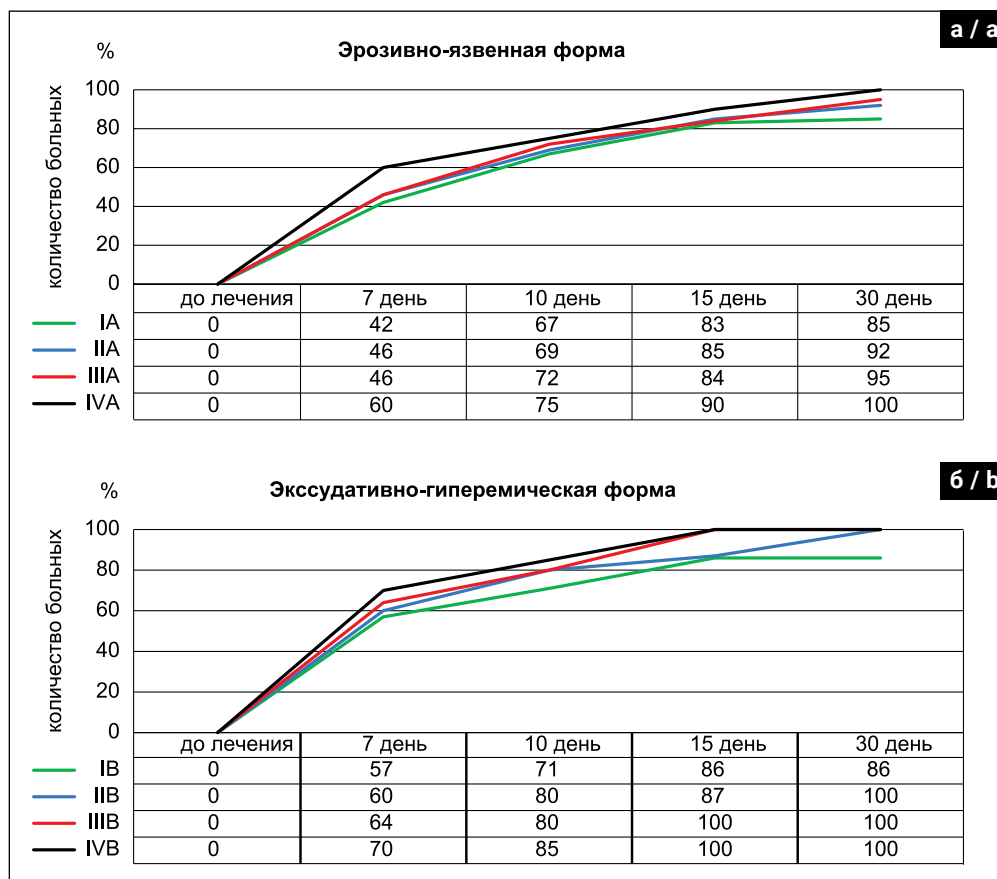


Рис. 2.
Положительная динамика состояния слизистой оболочки рта в результате противовоспалительных действий проводимой терапии:
а) у больных ЭЯФ;
б) у больных ЭГФ

Fig. 2.
Positive dynamics of the condition of the oral mucosa as a result of anti-inflammatory actions of the therapy:
a) in patients with EUF;
b) in patients with EHF

У 1% больных сохранялись умеренные болевые ощущения и чувство жжения. В подгруппе IIB уменьшение болевых ощущений у 98% больных отметили к 5 дню, окончательное купирование боли было зафиксировано у 100% пациентов к 10 дню (1-2 балла).

Оценка результатов лечения в подгруппе IIIA показала, что боли исчезли у 91% больных 5 дню (2-3 балла), окончательное купирование боли выявлено к 12-14 дню у 97% больных. У 3% пациентов в этот период сохранялись умеренные болевые ощущения и чувство жжения (1-3 балла). В подгруппе IIIB снижение уровня болевых ощущений у 97% больных наблюдали на 5 день, окончательное купирование боли — у 100% пациентов на 8-10 день.

В подгруппе IVA, пациентам которой проводили лечение с применением озонотерапии и фотофореза уменьшение боли у 99% больных было отмечено к 5 дню (2-3 балла), а окончательное купирование боли — на 8-10 день у 100% больных. В подгруппе IVB, где также использовали в лечении озонотерапию и фотофорез, у 100% больных к 8-10 дню боль, жжение и дискомфорт в полости рта отсутствовали.

Комплексное лечение с использованием физических методов способствовало не только снижению или полному купированию болевых ощущений и жжения у пациентов, но и уменьшению остроты симптомов воспаления СОР, проявлявшихся в виде отека и гиперемии слизистой оболочки у 100% пациентов с тяжелым течением КПЛ СОР и ККГ до лечения.

Графики роста количества больных с отсутствием воспаления слизистой оболочки рта представлены на рисунке 2.

Снижение интенсивности воспалительных проявлений заболевания со стороны слизистой оболочки рта в подгруппе IA определяли к 7 дню лечения у 42% (5) больных, к 10 дню — у 67% (8), к 15 дню — у 83% (10). Полное купирование очагов воспаления определяли к 30 дню у 83% (10) больных. Умеренный уровень интенсивно-

сти воспаления сохранялся у 17% исследуемых пациентов, при этом при клиническом осмотре отмечали изменение эрозивно-язвенной формы заболевания на эрозивно-гиперемическую. В подгруппе IB снижение интенсивности воспалительных проявлений определяли у 57% (4) больных к 7 дню лечения, к 10 дню — у 71% (5), к 15 дню — у 79% (6). Полное купирование очагов воспаления определяли к 30 дню у 84% больных (16), с изменением клинической формы КПЛ из эрозивно-язвенной в типичную, для которой из элементов поражения характерно только наличие папулезного рисунка на неизмененной слизистой оболочке.

Во II группе снижение интенсивности воспалительной реакции со стороны СОР определяли:

1. В подгруппе IIA:

- к 7 дню лечения у 46% (6) больных;
- к 10 дню — у 69% (9) больных;
- к 15 дню — у 85% (11) больных;
- к 30 дню полное купирование очагов воспаления у 92% (12) больных.

Умеренная воспалительная реакция сохранялась у одного больного.

2. В подгруппе IIB:

- к 7 дню лечения у 60% (5) больных;
- к 10 дню — у 80% (6) больных;
- к 15 дню — у 87% (7) больных;
- к 30 дню полное купирование очагов воспаления у 100% (8) больных, с переходом из эрозивно-язвенной в типичную форму течения.

В подгруппе IIIA снижение интенсивности воспалительной реакции со стороны СОР определяли:

- к 7 дню лечения у 46% (5) больных;
- к 10 дню — у 72% (7) больных;
- к 15 дню — у 84% (9) больных;
- к 30 дню у 95% (10) больных определяли полное отсутствие воспалительной реакции.

Умеренная воспалительная реакция сохранялась у одного человека, с переходом из ЭЯФ в ЭГФ заболевания.

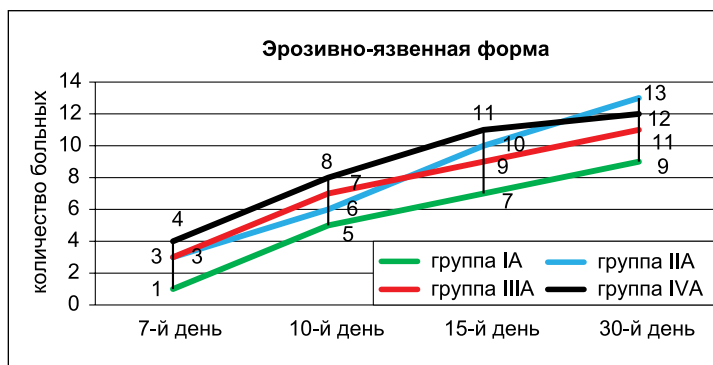


Рис. 3.
Динамика процесса эпителизации
под действием лечения
у больных эрозивно-язвенной формой
красного плоского лишая и красной каймы губ

Fig. 3.
The dynamics of the process of epithelialization
under the influence of treatment in patients
with erosive and ulcerative form of lichen planus
and red border of lips

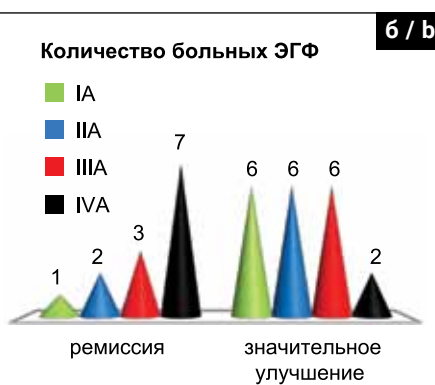
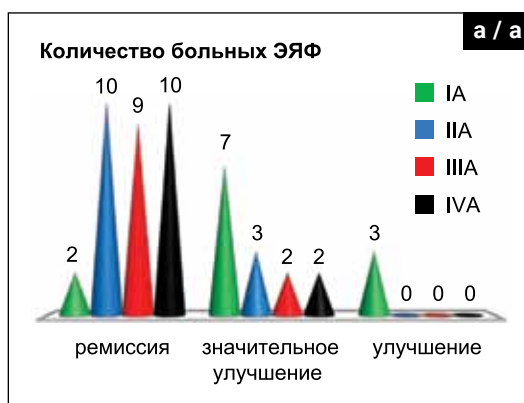


Рис. 4.
Клиническая оценка
результатов лечения
пациентов с тяжелым
течением красного плоского
лишая и красной каймы губ

Fig. 4.
Clinical evaluation of patient
outcomes severe forms
of lichen planus and red
border of lips

В подгруппе IIIB:

- к 7 дню терапии — у 64% (6) больных;
- к 10 дню — у 80% (7) больных;
- к 15 дню у 100% больных определяли полное отсутствие воспалительной реакции с переходом из ЭЯФ в типичную форму заболевания.

В подгруппе IVA снижение интенсивности воспалительной реакции со стороны СОР определяли:

- на 7 день терапии — у 60% (7) больных;
- к 10 дню — у 75% (9) больных;
- к 15 дню — у 90% (10) больных;
- к 30 дню у 100% больных фиксировали полное купирование воспаления.

В подгруппе IVB:

- к 7 дню лечения — у 70% (6) больных;
- к 10 дню — у 85% (7) больных;
- к 15 дню — у 100% больных.

К 30 дню у 100% больных наблюдали переход из ЭГФ КПЛ в типичную форму.

Таким образом, более выраженный противовоспалительный эффект оказывает лечение КПЛ СОР комбинированной физиотерапией с использованием озона и фотофореза топических стероидов (подгруппы IVA и IVB), что выражалось в устранении воспалительной реакции слизистой оболочки в более короткие сроки и у большей доли больных по отношению к группе сравнения и группам исследования II и III.

Основным патогенетическим звеном механизма действия физических методов в комплексном лечении тяжелых форм КПЛ СОР и ККГ является стимуляция регенеративных процессов слизистой оболочки в очагах поражения при ЭЯФ, что клинически определяется как уменьшение площади эрозивно-язвенных очагов поражения и их эпителизация.

Именно количество пациентов с признаками эпителизации патологических очагов служило основным критерием оценки динамики процесса заживления эрозивно-язвенных элементов СОР в группах исследования при контрольных осмотрах.

По окончании курса терапии через 30 дней полная эпителизация патологических элементов СОР была установлена у 9 человек (75,0%) в подгруппе IA, у 13 (100%) пациентов — в подгруппе IIA, у 11 пациентов (100%) — в подгруппе IIIA, у 12 человек (100%) — в подгруппе IVA (рис. 3).

Из данных, представленных на рисунке 3, следует, что наиболее высокая выраженность процессов эпителизации эрозивно-язвенных элементов при ЭЯФ определяется при использовании в комплексной терапии заболевания комбинированной физиотерапии (озонотерапия и фотофорез топических стероидов). Высокую клиническую эффективность в плане заживляющего действия отмечали при одиночных эрозиях и язвах на слизистой оболочке рта и красной кайме губ.

Сроки полной эпителизации эрозивно-язвенных элементов в группе сравнения (подгруппа A) и основных группах (ЭЯФ, подгруппы A) под влиянием различных методов физиотерапии у больных составили от 10 до 21 дней. Из них:

- в подгруппе IA — 17 ± 4 дня;
- в подгруппе IIA — 14 ± 2 дня;
- в подгруппе IIIA — 14 ± 3 дня;
- в подгруппе IVA — 12 ± 2 дня.

Увеличение интенсивности сроков эпителизации определяли в группах II, III и особенно IV (подгруппы A) по сравнению с группой сравнения (подгруппа IA), в которой у 3 пациентов с генерализацией поражения СОР

в объеме более трех зон поражения, полной эпителизации всех эрозивно-язвенных элементов не наблюдали.

Все пациенты хорошо переносили физические методы лечения. Побочных явлений, осложнений во время и после проведения сеансов физиотерапии не наблюдалось.

Применение в основной схеме лечения тяжелых форм КПЛ СОР и ККГ системных глюкокортикостероидов (ГКС) (дексаметазон) сопровождалось у части больных (11% от общего количества больных) различного рода осложнениями. В процессе лечения у этих пациентов отмечались такие побочные явления, как артериальная гипертензия (33,3%), диспепсические явления (66,7%).

Возможность возникновения побочных реакций на фоне применения системных глюкокортикостероидов (дексаметазон), а также ускоренная положительная динамика клинической картины в процессе лечения в группах II, III, IV позволили снизить дозу и сократить курс лечения системными кортикостероидами в подгруппах IIA у 30,7% (4 пациента), IIB — у 62,5% (5 пациентов), в подгруппах IIIA у 36,4% (4 человека), IIIB — у 55,5% (9 человек), в подгруппах IVA — у 50,0% (6 пациентов), IVB — у 88,9% (8 человек).

Для оценки результатов лечения использовали следующие критерии:

- ремиссия — полное отсутствие клинических признаков и проявлений КПЛ СОР и ККГ;
- значительное улучшение — это трансформация экссудативно-гиперемической формы в типичную, а эрозивно-язвенной — в экссудативно-гиперемическую;
- улучшение — сокращение размеров и площади эрозивных поражений и снижение интенсивности воспалительных проявлений;
- без эффекта — сохранение уровня интенсивности воспалительной реакции и эрозивно-язвенных элементов поражения на слизистой оболочке рта и красной каймы губ и негативных ощущений субъективного характера (болезненность, невозможность приема пищи);
- ухудшение — увеличение числа и размеров элементов поражения СОР, усиление субъективных ощущений, переход в более тяжелую форму.

Состояние ремиссии, значительного улучшения и (или) улучшения оценивали как положительный терапевтический эффект. Состояние «без эффекта» и «ухудшение» ни у одного больного из всех групп наблюдения не было выявлено.

Клиническая оценка результатов лечения пациентов с тяжелым течением КПЛ СОР и ККГ в виде диаграмм представлена на рисунке 4.

Как следует из рисунка 4, показатели эффективности традиционного медикаментозного лечения пациентов с тяжелым течением КПЛ СОР и ККГ составили:

1. В подгруппе IA:
 - ремиссия была отмечена у 16,7% (2) пациента;
 - значительное улучшение — у 66,7% (7) пациентов;
 - улучшение — 25% (3) пациента.
2. В подгруппе IB:
 - ремиссию наблюдали у 14,3% (1) пациентов;
 - значительное улучшение — у 85,7% (6) пациентов.
3. В подгруппе IIA, где применялась озонотерапия:
 - ремиссия определена у 76,9% (10) пациентов;
 - значительное улучшение — у 23,1% (3) больных.
4. В подгруппе IIB:
 - ремиссию отмечали у 25% (2) пациентов;
 - значительное улучшение — у 75% (6) пациентов.
5. В подгруппе IIIA, где применяли комплексное лечение с использованием фотофореза топических стероидов, были определены следующие критерии эффективности:

- ремиссия была выявлена у 81,8% (9) пациентов;
 - значительное улучшение — у 18,2% (2) пациентов.
6. В подгруппе IIIB:
- ремиссию отметили у 33,3% (3) пациентов;
 - значительное улучшение — у 66,7% (6) пациентов.
7. В подгруппе IVA, где применяли комбинированную физиотерапию с газообразным озоном и фотофорезом:
- ремиссию наблюдали у 83,3% (10) пациентов;
 - значительное улучшение — у 16,7% (2) пациентов.
8. В подгруппе IVB:
- ремиссия отмечалась у 77,8% (7) пациентов;
 - значительное улучшение — у 28,6% (2) пациентов.

Состояние «без эффекта» и «ухудшение» ни у одного больного из всех групп наблюдения не было выявлено.

Таким образом в ходе исследования была определена более высокая по сравнению с традиционными методами терапии эффективность использования комбинированной физиотерапии при лечении тяжелых форм КПЛ СОР и ККГ в подгруппах IVA, IVB.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании анализа полученных показателей эффективности лечения можно утверждать, что применение физических методов в комплексном лечении пациентов с тяжелым течением красного плоского лишая

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Орехова Л.Ю., Осипова М.В., Ладыко А.А. Модель развития, профилактики и лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Часть II. Пародонтология. 2019;24(1):57-62.
<https://doi.org/10.25636/PMP.1.2019.1.10>.
2. Орехова Л.Ю., Осипова М.В., Ладыко А.А. Модель развития, профилактики и лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Часть I. Пародонтология. 2018;24(4):44-47.
<https://doi.org/10.25636/PMP.1.2018.4.8>.
3. Jajarm H.H., Falaki F., Mahdavi O. A comparative pilot study of low intensity laser versus topical corticosteroids in the treatment of erosive-atrophic oral lichen planus. Photomed. Laser Surg. 2011;29(6):421-425.
<https://doi.org/10.1089/pho.2010.2876>.
4. Калинина Е.С., Арутюнян К.Э., Кумирова О.А., Кунин А.А., Панкова С.Н., Попова Т.А., Селин Р.В. Влияние диодного света красного спектра действия на факторы местной защиты слизистой оболочки рта при комплексной терапии красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Вестник новых медицинских технологий. 2011;18(2):192-194. Режим доступа: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/2011/11B2.pdf>.
5. Орехова Л.Ю. Клинический опыт применения озонотерапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта. Пародонтология. 2013;3:41-45. Режим доступа:

REFERENCES

1. Orekhova, L.Y., Osipova, M.V., Ladyko, A.A. Model of development, prevention and treatment of oral lichen planus. Part II. Parodontologiya. 2019;24(1):57-62. (In Russ.).
<https://doi.org/10.25636/PMP.1.2019.1.10>.
2. Orekhova, L.Y., Osipova, M.V., Ladyko, A.A. Model of development, prevention and treatment of oral lichen planus. Part I. Parodontologiya. 2018;24 (4):44-47. (In Russ.).
<https://doi.org/10.25636/PMP.1.2018.4.8>.
3. Jajarm H.H., Falaki F., Mahdavi O. A comparative pilot study of low intensity laser versus topical corticosteroids

слизистой оболочки рта и красной каймы губ достоверно сокращает сроки заживления эрозивно-язвенных элементов поражения.

Полученные результаты исследования обосновывают целесообразность включения физических факторов лечения в схему терапии тяжелых форм КПЛ СОР. Самый высокий уровень клинической эффективности определяли у пациентов в подгруппах IVA и IVB, которым в комплексное лечение была включена комбинированная физиотерапия (озон и фотофорез топических стероидов), что подтверждается положительной динамикой таких показателей, как уменьшение интенсивности болевого синдрома, снижение выраженности воспалительного фактора со стороны слизистой оболочки рта, определяемая эпителизация эрозивно-язвенных элементов, возможность снижения дозы и сокращения курса системных кортикостероидов. В подгруппах IVA и IVB ремиссия была отмечена у 83,3% и 77,8% больных по сравнению с подгруппами контроля IA и IB, где ремиссию наблюдали у 16,7% и 14,3% пациентов соответственно.

Полученные данные позволяют рекомендовать данную методику воздействия физических факторов на слизистую оболочку рта для внедрения в широкую клиническую практику.

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=20794612>.

6. Кобзева Г.Б. Динамика клинических показателей состояния пародонта при использовании модулированного диодного света в красной области спектра с помощью аппарата «Активатор светодиодный LED-актив 03». Современная медицина: актуальные вопросы. 2013;21:46-53. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=19690484>.
7. Elewa R., Altenburg A., Zouboulis C.C. Recalcitrant severe erosive cutaneous lichen planus treated with extracorporeal photopheresis monotherapy. Br. J. Dermatol. 2011;165(2):441-443.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10378.x>.
8. Серикова О.В., Калаев В.Н., Соболева Н.А. Разработка алгоритмов диагностики форм красного плоского лишая и прогнозирования течения заболевания. Информационные технологии и нанотехнологии (ИТНТ-2017): сборник трудов III международной конференции и молодежной школы. Самарский национальный исследовательский университет имени академика С.П. Королева. 2017;1219-1221. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29266942>.
9. Калаев В.Н., Нечаева М.С., Калаева Е.А. Микроядерный тест буккального эпителия ротовой полости человека. Воронеж: Издательский дом Воронежского государственного университета. 2016;136. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=27482027>.

in the treatment of erosive-atrophic oral lichen planus. Photomed. Laser Surg. 2011;29(6):421-425.

<https://doi.org/10.1089/pho.2010.2876>.

4. Kalinina, Ye.S., Arutyunyan, K.E., Kumirova, O.A., Kunin, A.A., Pankova, S.N., Popova, T.A., Selin, R.V. The effect of the red spectrum diode light on the local protective factors of a tunica mucosa of mouth in complex therapy of lichen planus in a tunica mucosa of mouth. Journal of new medical technologies. 2011;18(2):192-194. (In Russ.). Available at: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/2011/11B2.pdf>.

5. Orekhova, L.Y. Clinical experience in the use of ozone therapy in the complex treatment of inflammatory periodontal diseases. *Parodontologiya*. 2013;3:41-45. (In Russ.). Available at:

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=20794612>.

6. Kobzeva, G.B. Dynamics of clinical indicators of periodontal condition when using modulated diode light in the red region of the spectrum using the device «LED-activator 03». *Modern medicine: topical issues*. 2013;21:46-53. (In Russ.). Available at:

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=19690484>.

7. Elewa R., Altenburg A., Zouboulis C.C. Recalcitrant severe erosive cutaneous lichen planus treated with extracorporeal photopheresis monotherapy. *Br. J. Dermatol.* 2011.165(2):441-443.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10378.x>.

8. Serikova, O.V., Kalaev, V.N., Soboleva, N.A. Development of algorithms for diagnosing forms of lichen planus and predicting the course of the disease. *Information technologies*

and nanotechnologies (ITNT-2017): proceedings of the III international conference and youth school. Samara national research University named after academician S.P. Korolev. 2017:1219-1221. (In Russ.). Available at:

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29266942>.

9. Kalayev, V.N., Nechayeva, M.S., Kalayeva, E.A. Micro-nucleus test of buccal epithelium of the human oral cavity. *Voronezh: Voronezh state University publishing house*, 2016;136. (In Russ.). Available at:

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=27482027>.

Конфликт интересов:

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов/

Conflict of interests:

The authors declare no conflict of interests

Поступила / Article received 18.09.2020

Поступила после рецензирования / Revised 29.09.2020

Принята к публикации / Accepted 11.10.2020

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Серикова Ольга Васильевна, к.м.н., ассистент кафедры стоматологии института дополнительного профессионального образования Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж, Российская Федерация

serikova1964@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1762-2020>

Serikova Olga V., MD, PhD, assistant of the Department of dentistry of the Institute of additional professional education of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education „Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko”, Voronezh, Russian Federation

Шумилов Богдан Романович, д.м.н., заведующий кафедрой стоматологии института дополнительного профессионального образования Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж, Российская Федерация

Bogdanshum@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6571-9660>

Shumilovich Bogdan R., PhD, MD, DSc, Professor, head of the Department of dentistry of the Institute of additional professional education of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education „Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko”, Voronezh, Russian Federation

Филиппова Зоя Александровна, аспирант кафедры стоматологии института дополнительного профессионального образования Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж, Российская Федерация

serikova.1964@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2777-5749>

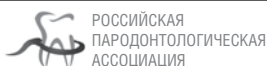
Filippova Zoya A., postgraduate student of the Department of dentistry at the Institute of additional professional education of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education „Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko”, Voronezh, Russian Federation

Щербаченко Ольга Игнатьевна, к.м.н., доцент кафедры стоматологии института дополнительного профессионального образования Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж, Российская Федерация

olga-vrn@list.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3358-3110>

Sherbachenko Olga I., MD, PhD, Associate Professor of the Department of dentistry of the Institute of additional professional education of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education „Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko”, Voronezh, Russian Federation



ЖУРНАЛЫ ИЗДАТЕЛЬСКОЙ ГРУППЫ РПА

Журнал «Пародонтология»

Стоимость подписки в печатном виде на 2021 год по России – 2700 рублей

Подписной индекс в каталоге «Пресса России» – 18904

Стоимость подписки в электронном виде на 2021 год – 2500 рублей

www.parodont.ru