

УДК:616.313-002.02-085:615.37

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИРС-19 В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА



**Бекжанова О.Е.,
Шукурова У.А.**

**Ташкентский государственный
стоматологический институт, Узбекистан**

Красный плоский лишай (КПЛ) – хроническое полиэтиологическое заболевание с высыпаниями папул на слизистых оболочках и коже. На сегодняшний день лечение красного плоского лишая остается одной из нерешенных проблем клинической стоматологии [7,8].

Самым важным из первичных этапов комплексной терапии КПЛ, помимо этиотропной и патогенетической терапии, является местное консервативное лечение. Арсенал лекарственных средств, применяемых при местной терапии КПЛ, достаточно широк. Это – растворы антисептиков, ферменты, кортикостероиды, иммуномодуляторы, различные комбинированные биоматериалы, содержащие солкосерил, протеолитические ферменты, витаминные средства и т.д. [1-3,5,6]. По разным данным, эффективность локальной терапии у больных КПЛ остается невысокой [4]. Затяжное хроническое течение КПЛ слизистой оболочки полости рта (СОПР) определяет необходимость поиска безопасных методов патогенетически обоснованного лечения препаратами, оказывающими иммунотропное действие.

Иммуностимулирующий препарат на основе бактериальных лизатов ИРС-19 повышает специфический и неспецифический иммунитет, приводит к быстрому развитию местного иммунного ответа. Специфическая защита обусловлена локально образующимися антителами класса секреторных иммуноглобулинов типа А (IgA), препятствующими фиксации и размножению возбудителей инфекции на слизистой. Неспецифическая иммунзащита проявляется в повышении фагоцитарной активности макрофагов, увеличении содержания лизоцима.

Цель исследования – оценка клинической эффективности местной терапии препаратом ИРС-19 у больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта.

Материал и методы

Нами проанализированы результаты лечения 139 больных КПЛ СОПР в возрасте 20-69 лет, находившиеся на амбулаторно-поликлиническом лечении в клинике терапевтической стоматологии ТМА и ТГСИ в 2010-2016 гг.

Диагноз КПЛ СОПР ставили на основании классификации Е.В. Боровского,

А.Л. Машкиллейсона (2001). Лечение КПЛ СОПР зависело от клинической тяжести его течения. Из числа пациентов с КПЛ СОПР были сформированы две репрезентативные группы. У больных основной группы в качестве местного лечения применялся ИРС-19, пациенты контрольной группы получали общепринятое лечение. Типичная форма КПЛ диагностирована у 36 пациентов (у 18 основной и у 18 контрольной группы); экссудативно-гиперемическая – у 34 (соответственно у 17 и 17); эрозивно-язвенная – у 42 (у 21 и 21); буллезная – у 27 пациентов (у 14 и 13). Группы были рандомизированы по полу, возрасту и частоте фоновой соматической патологии, что обеспечило репрезентативность полученных в ходе лечения данных.

У больных оценивали состояние слизистой полости рта, характер и наличие специфических элементов поражения, тяжесть воспалительно-деструктивных процессов в эпителии слизистой полости рта, а также характер и частоту специфических жалоб.

У больных контрольной группы местное лечение включало протеолитические ферменты, кератопластические средства, физиотерапевтические процедуры, широко использовались антимикробные (метронидазол) и регенерирующие средства (солкосерил дентальная адгезивная паста). Как правило, у одного больного применялись 2 и более средств местного воздействия.

Пациентам основной группы в качестве местной терапии рекомендовано применение ИРС-19 по схеме: при типичной форме 1 доза 2 раза в сутки в течение до 2-х недель; при экссудативно-гиперемической форме – 1 доза 3 раза в сутки до 2-3-х недель; при эрозивно-язвенной и буллезной формам – 1 доза до 5 раз в сутки в течение месяца. Курс лечения повторять каждые 3 месяца.

Результаты и обсуждение

В результате проводимой комплексной терапии положительная клиническая динамика наблюдалась у больных обеих групп. При объективном осмотре у больных отмечалось уменьшение эритемы, количества папулезных элементов, воспалительных явлений слизистой оболочки полости рта, сокращение площади эрозий и их эпителизация, отмечалась трансформация более тяжелой формы в менее тяжелую (табл.). В то же время более быстрой регресс локальных проявлений КПЛ СОПР имел место у пациентов основной группы ($p < 0,05$). Так, при типичной форме КПЛ субъективные ощущения регрессировали на 3,81-6,11 дня после начала лечения (в контрольной группе – на 5,31-8,32 дня); при экссудативно-гиперемической форме – соответственно на 5,51-7,82 и 7,32-11,31 дня; при эрозивно-язвенной форме – на 7,51-12,11 и 12,46-21,81 дня, при буллезной форме – на 7,81-12-25 и 14,32-20,31 дня.

При этом из числа больных с типичной клинической формой КПЛ СОПР основной группы ремиссия была достигнута у 16 (88,89±7,71), в контрольной группе – у 10 (55,56±11,71) (p<0,05). При экссудативно-гиперемической форме ремиссия наступила соответственно у 14 (82,35±9,25%) и 8 (47,06±12,11%) пациентов (p<0,05); при эрозивно-язвенной форме – у 13 (61,90±10,60%) и 6 (28,57±9,85%) (p<0,05); при буллезной форме – у 7 (50,0±13,36%) и 2 (15,38±10,0%) (p<0,05).

Необходимо отметить, что в основной группе не было больных, у которых не было положительной динамики локальной клинической симптоматики (без эффекта), а в контрольной группе таких больных с эрозивно-язвенной формой было 4 (19,05±8,17%), буллезной формой – 2 (5,38±6,26%).

Таблица Сроки сохранения (день) жалоб у больных основной (числитель) и контрольной (знаменатель) групп, M±m

Жалоба	Клиническая форма КПЛ СОПР			
	типичная	экссудативно-гиперемическая	эрозивно-язвенная	буллезная
Дискомфорт	4,28±0,25 7,32±0,26*	5,82±0,24 8,11±0,37*	8,25±0,37 12,46±0,33*	7,81±0,39 15,31±0,70*
Стянутость	4,81±0,32 6,31±0,28*	6,31±0,28 10,25±0,33*	12,11±0,48 20,81±0,82*	11,32±0,48 18,92±0,88*
Шероховатость	6,11±0,24 8,32±0,33*	7,25±0,31 11,31±0,56*	10,32±0,45 13,52±0,48*	12,11±0,51 18,00±0,75*
Нарушение чувствительности	5,31±0,25 7,71±0,28*	6,11±0,25 10,25±0,43*	11,31±0,43 16,44±0,78*	11,81±0,47 20,31±0,93*
Саднение	4,21±0,15 3,11±0,32*	5,31±0,31 8,62±0,42*	10,25±0,48 18,26±0,87*	12,25±0,52 19,62±0,81*
Зуд	5,52±0,26 6,3±0,26*	7,82±0,34 9,45±0,44*	10,61±0,33 14,31±0,57*	11,31±0,43 18,81±0,81*
Жжение	4,51±0,18 8,3±0,28*	6,21±0,25 8,81±0,41*	8,32±0,28 16,81±0,77*	9,25±0,44 17,11±0,67*
Боль при приеме острой пищи	3,81±0,15 5,51±0,27*	5,25±0,12 7,32±0,33*	7,51±0,31 15,62±0,70*	8,5±0,38 14,32±0,62*
Постоянная боль, жжение, затруднение приема пищи	-	-	11,25±0,53 18,26±0,77*	10,62±0,43 17,81±0,81*

Примечание. * – p<0,05 по сравнению с основной группой.

Таким образом, включение в комплекс лечебных мероприятий больных КПЛ слизистой оболочки полости рта спрея ИРС-19 способствует прекращению болей, исчезновению эритемы и отека, более быстрому разрешению или уменьшению количества узелковых высыпаний и препятствует появлению новых, способствует эпителизации эрозивно-язвенных участков, ускоряет сроки наступления ремиссий, предупреждает рецидивы.

Результаты исследований позволяют рекомендовать препарат для комплексной терапии больных КПЛ СОПР.

Литература

1. Григорьев С.С., Жовтяк П.Б. Оценка клинической эффективности местного лечения пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта // Пробл. стоматол. – 2016. – Т. 12, №1. – С. 25-30.
2. Литвинов С.Л. Местное лечение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2003. – №3. – С. 44-46.

3. Лукиных Л.М., Туунова Н.В. Оптимизация лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // Маэстро стоматологии. – 2009. – №4. – С. 79-81.
4. Русакова И.В., Харитонов М.П., Авдыхаева Е.К. и др. Оценка эффективности лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта у пациентов, обратившихся на кафедру стоматологии общей практики ГБОУ ВПО УГМУ // Инновационные технологии в науке и обр. – 2015. – №2 (2). – С. 39-42.
5. Самойлова О.П., Молоков В.Д., Носков С.И. и др. Оценка эффективности местного лечения больных женщин с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая, ассоциированного с йоддефицитным состоянием // Сибирский мед. журн. (Иркутск). – 2007. – №5. – С.44-46.
6. Эльдымова Е.Л., Рабинович О.Ф. Методы диагностики и местного лечения заболеваний слизистой оболочки рта (красный плоский лишай, рецидивирующий афтозный стоматит, декубитальные язвы) // Стоматология. – 2005. – №3. – С. 58-63.
7. Papageorgiou V.P., Assimopoulou A.N., Ballis A.C. Alkannins and shikonins: a new class of wound healing agents // Cur. Med. Chem. – 2008. – Vol. 15. – P. 3248-3267.
8. Ribero S., Stieger M., Quaglino P. et al. Efficacy of topical tacrolimus for oral lichen planus: real-life experience in a retrospective cohort of patients with a review of the literature // JEADV. Article first published online: 12 OCT 2014.

Цель: оценка клинической эффективности местной терапии препаратом ИРС-19 при лечении больных красным плоским лишаем (КПЛ) слизистой оболочки полости рта (СОПР).

Материал и методы: под наблюдением в клинике терапевтической стоматологии ТМА и ТГСИ в 2010-2016 гг. были 139 больных КПЛ СОПР в возрасте 20-69 лет, которые были разделены на две группы. Больные основной группы получали ИРС-19, пациенты группы – общепринятое лечение.

Результаты: как показали наблюдения, включение в комплекс лечебных мероприятий больных КПЛ слизистой оболочки полости рта спрея ИРС-19 способствует прекращению болей, исчезновению эритемы и отека, более быстрому разрешению или уменьшению количества узелковых высыпаний и препятствует появлению новых, способствует эпителизации эрозивно-язвенных участков, ускоряет сроки наступления ремиссий, предупреждает рецидивы.

Выводы: ИРС-19 можно рекомендовать для комплексной терапии больных КПЛ СОПР.

Summary

There is evidence of therapeutic efficiency of local use of IRS-19 immunomodulator in complex treatment of oral lichen planus proceeding with inflammatory effects (typical, exudative-hyperemic, erosive-ulcerous and bullous forms) in this research. Worked out treatment schemes help to decrease treatment period, prevent disease recurrence, improve life quality of patients and allow to cure in accordance with clinical form of disease.

Резюме

Ишда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида яллиғланиш белгилари билан кечувчи қизил ясси темирткининг клиник шакллари (типик, экссудатив-гиперемик, эрозив-ярали ва буллёз) комплекс даволашда иммуномодулятор ИРС-19 махаллий қўллаш самардорлиги тасдиқланган. Касалликнинг клиник шаклидан келиб чиққан холда беморларни ҳаёт сифатини яхшиловчи, касалликнинг қайталанишини бартараф этувчи, даволаш мuddатини қисқартирувчи даволаш схемалари ишлаб чиқилган.