

DOI: 10.18481/2077-7566-2023-19-3-5-12

УДК 611.31:616.516

ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Буторова А. В., Нагаева М. О., Волкова Т. Н., Шестель А. И., Волкова Е. В.

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень, Россия

Аннотация

Цель исследования — систематизировать научную информацию о методах лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта, представленную в современной отечественной и зарубежной литературе.

Методология. Изучены данные специальной литературы с использованием научных поисковых библиотечных баз данных: Google Scholar, PubMed Central, Elibrary. Поиск оригинальных научных публикаций осуществлялся по ключевым словам. Настоящий обзор включает анализ 48 научных источников.

Результаты. Обзор литературы позволил выделить ряд общих принципов лечения красного плоского лишая слизистой оболочки рта, выявить различные уже изученные медикаментозные и немедикаментозные методы лечения красного плоского лишая слизистой оболочки рта, применяемые как местно, так и системно, а также ряд побочных эффектов, возникающих при применении определенных методов лечения, и, в связи с этим, указать на актуальность проблемы и обосновать ее практическую значимость, что связано с необходимостью разработки новых, более эффективных, персонализированных методов лечения данного заболевания.

Заключение. Несмотря на множество уже изученных методов терапии красного плоского лишая слизистой оболочки рта, лечение данного заболевания на сегодняшний день является актуальной проблемой для врачей-стоматологов и требует особого внимания. Необходимо учитывать, что к применению различных медикаментозных и немедикаментозных методов лечения пациентов с диагнозом «красный плоский лишай слизистой оболочки рта» имеются определенные противопоказания, поэтому встает вопрос о поиске новых, более доступных и безопасных методов лечения, в особенности при тяжелых формах течения данного заболевания.

Ключевые слова: красный плоский лишай, заболевания слизистой оболочки рта, местное лечение, системное лечение, медикаментозное лечение

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Анна Вадимовна БУТОРОВА ORCID ID 0000-0003-0861-3277

аспирант кафедры терапевтической стоматологии, Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень, Россия
gurinapaika@bk.ru

Марина Олеговна НАГАЕВА ORCID ID 0000-0003-0835-3962

к.м.н., доцент, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень, Россия
nagaeva_m@mail.ru

Татьяна Николаевна ВОЛКОВА ORCID ID 0009-000-5083-1011

к.м.н., доцент, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень, Россия
11.02.tatyana@mail.ru

Анна Игоревна ШЕСТЕЛЬ ORCID ID 0009-0008-7415-2521

студентка 4 курса института клинической медицины, Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень, Россия
nagaeva_m@mail.ru

Екатерина Владимировна ВОЛКОВА ORCID ID 0009-0008-7915-1325

студентка 3 курса института стоматологии, Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень, Россия
11.02.tatyana@mail.ru

Адрес для переписки: Марина Олеговна НАГАЕВА

625023, г. Тюмень, Одесская, 54. Кафедра терапевтической стоматологии, ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ.

+7 (982) 9139890

nagaeva_m@mail.ru

Образец цитирования:

Буторова А. В., Нагаева М. О., Волкова Т. Н., Шестель А. И., Волкова Е. В.

ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА. Проблемы стоматологии. 2023; 3: 5-12.

© Буторова А. В. и др., 2023

DOI: 10.18481/2077-7566-2023-19-3-5-12

Поступила 09.10.2023. Принята к печати 06.11.2023

DOI: 10.18481/2077-7566-2023-19-3-5-12

REVIEW OF MODERN METHODS OF TREATMENT OF LICHEN PLANUS OF THE ORAL MUCOSA

Butorova A.V., Nagaeva M.O., Volkova T.N., Shestel A.I., Volkova E.V.

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Annotation

Objectives. To systematize scientific information about the methods of treatment of lichen planus of the oral mucosa, presented in modern domestic and foreign literature.

Methodology. The data of special literature were studied using scientific search library databases: Google Scholar, PubMed Central, Elibrary. The search for original scientific publications was carried out by keywords. This review includes an analysis of 48 scientific sources.

Results. A review of the literature allowed us to identify a number of general principles for the treatment of lichen planus of the oral mucosa, to identify various drug and non-drug methods of treating lichen planus of the oral mucosa that have already been studied, used both locally and systemically, as well as a number of side effects that occur when using certain treatment methods, and, in this regard, to indicate the urgency of the problem and substantiate its practical significance, which is associated with the need to develop new, more effective, personalized methods of treating this disease.

Conclusion. Despite the many methods of therapy of lichen planus of the oral mucosa that have already been studied, the treatment of this disease is currently an urgent problem for dentists and requires special attention. It should be borne in mind that there are certain contraindications to the use of various medicinal and non-medicinal methods of treating patients with a diagnosis of lichen planus of the oral mucosa, therefore, the question arises of finding new, more affordable and safe methods of treatment, especially in severe forms of the course of this disease.

Keywords: *lichen planus, diseases of the oral mucosa, local treatment, systemic treatment, drug treatment*

The authors declare no conflict of interest.

Anna V. BUTOROVA ORCID ID 0000-0003-0861-3277

1st year Postgraduate Student of Full-time Study of the Specialty Dentistry, Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
gurinanauka@bk.ru

Marina O. NAGAEVA ORCID ID 0000-0003-0835-3962

PhD in Medical Sciences, Associate Professor of the Department, Head of the Department of Therapeutic Dentistry, Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
nagaeva_m@mail.ru

Tatiana N. VOLKOVA ORCID ID 0009-000-5083-1011

PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Therapeutic Dentistry, Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
11.02.tatyana@mail.ru

Anna I. SHESTEL ORCID ID 0009-0008-7415-2521

4th year Student of the Institute of Clinical Medicine, Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
nagaeva_m@mail.ru

Ekaterina V. VOLKOVA ORCID ID 0009-0008-7915-1325

3rd year Student of the Institute of Dentistry, Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
11.02.tatyana@mail.ru

Correspondence address: Marina O. NAGAEVA

625023, Tyumen, Odesskaya St, 54. Department of Therapeutic Dentistry, Tyumen State Medical University
+7 (982) 9139890
nagaeva_m@mail.ru

For citation:

Butorova A.V., Nagaeva M.O., Volkova T.N., Shestel A.I., Volkova E.V.

REVIEW OF MODERN METHODS OF TREATMENT OF LICHEN PLANUS OF THE ORAL MUCOSA. Actual problems in dentistry. 2023; 3: 5-12. (In Russ.)

© Butorova A.V. et al., 2023

DOI: 10.18481/2077-7566-2023-19-3-5-12

Received 09.10.2023. Accepted 06.11.2023

Введение

Красный плоский лишай (КПЛ) — аутоиммунное заболевание с хроническим течением, неуточненным этиопатогенезом, многообразием триггерных факторов, высоким риском озлокачествления. Распространенность красного плоского лишая во всем мире составляет от 0,22 до 5% [6]. В общей структуре заболеваемости среди населения КПЛ составляет 0,1–2%, а среди болезней слизистой оболочки полости рта достигает 30–35% [26]. Злокачественная трансформация регистрируется в 0,4–3% случаев [11, 24, 40]. Проблема эффективного лечения красного плоского лишая является актуальной, что связано со значительным влиянием данного заболевания на качество жизни, риском малигнизации, рецидивирующим течением и недостаточной эффективностью терапии.

Цель работы — систематизировать научную информацию о методах лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта (КПЛ СОР), представленную в современной отечественной и зарубежной литературе.

Материалы и методы

Проведен поиск и анализ современной специальной научно-методической литературы с использованием научных поисковых библиотечных баз данных: PubMed Central, Google Scholar, Elibrary. Поиск материала осуществлялся по ключевым словам. Основу для обзора литературы составили 48 источников.

Результаты и их обсуждение

КПЛ является полиэтиологическим заболеванием со сложным патогенезом и разнообразными клиническими проявлениями, требующим системного подхода к лечению. Общие принципы лечения КПЛ изложены в федеральных клинических рекомендациях, в которых отмечается, что выбор метода лечения при КПЛ СОР зависит от степени выраженности и локализации клинических проявлений, формы и длительности заболевания, сведений об эффективности ранее проводимой терапии. Лечение практически любого заболевания основывается на ряде общих принципов, к которым можно отнести комплексный характер лечения (этиотропное, патогенетическое, симптоматическое), учет индивидуального состояния пациентов, наличия сопутствующей патологии, особенностей стоматологического статуса [9].

Медикаментозное лечение является основным при КПЛ СОР и может осуществляться местно и системно. Системная терапия более обоснована при тяжелом течении КПЛ. В местную терапию при болевом синдроме включают анестетики, комбинированные препараты с местноанестезирующим действием: сальвин (на основе шалфея лекарствен-

ного листьев экстракта), камистад, холисал [15]. Так как при КПЛ СОР большинство исследователей выявляют нарушения микробиоценоза, активацию условно-патогенных микроорганизмов, риски присоединения вторичной инфекции при эрозивно-язвенной форме, возникает необходимость в антисептической обработке слизистой оболочки рта. С этой целью используются антисептики широкого спектра действия, препараты с компонентами растительного происхождения: стоматофит экстракт жидкий (на основе экстрактов ромашки цветков и шалфея листьев), сальвин (на основе шалфея лекарственного листьев экстракта) [7].

Для подавления воспаления местно применяют нестероидные противовоспалительные средства: холисал, топические глюкокортикостероидные препараты — бетаметазон крем, мазь, триамцинолон мазь, флуоцинолона ацетонид крем, гель, клобетазол [9]. Доказаны также терапевтические эффекты местного применения комбинированного препарата триамцинолона 0,1% с гиалуроновой кислотой 0,2% в лечении КПЛ СОР [44]. Основным недостатком топических кортикостероидов является их низкая адгезия к слизистой оболочке. Обработку эрозивных поражений, расположенных на десне и на твердом небе, можно проводить с помощью адгезивной пасты в индивидуальной капле, что позволяет точно контролировать время контакта и гарантирует воздействие препарата на всю поверхность поражения [27]. Большинство исследований показали, что локальное использование топических кортикостероидов при нанесении на слизистую оболочку безопасно при непродолжительном курсе. Длительное применение данной группы препаратов, особенно в виде полоскания рта, может привести к подавлению надпочечников у пациентов с КПЛ СОР, что требует частого последующего контроля [19, 37]. В частности, средство для полоскания рта с бетаметазоном в концентрации 0,137 мг/мл продемонстрировало значительную эффективность в ускорении заживления эрозий в течение 2 недель и удлинении межрецидивного интервала. Однако при длительном применении указанных препаратов отмечен ряд побочных эффектов: нарушение метаболических процессов в почках, костной ткани, эндокринной системе [7, 23].

В случае неэффективности глюкокортикостероидов назначают ретиноиды для наружного применения: изотретиноин, игазон, неотиказон, этретионат, действие которых заключается в уменьшении интенсивности воспалительных реакций, влиянии на состояние клеточных мембран и нормализации процессов пролиферации, что, в свою очередь, ведет к уменьшению ретикулярных и бляшечных поражений [8]. Однако их применение сопряжено со множеством побочных эффектов с повышением уровня триглицеридов и ферментов печени в сыворотке крови и тератогенностью

[23, 36]. При резистентных формах КПЛ СОР возможно применение циклоспорина в качестве жидкости для полоскания рта и на адгезивных основах. Во время лечения циклоспорином необходим мониторинг креатинина плазмы, артериального давления, содержания в крови калия, мочевой кислоты, билирубина, трансаминаз, липидного профиля для своевременной коррекции дозировки и режима приема препарата [42].

В качестве местной иммуностимулирующей терапии многие исследователи для лечения предлагают использовать имудон, лизобакт, полиоксидоний в таблетках для рассасывания, которые способствуют увеличению количества иммунокомпетентных клеток, повышают выработку лизоцима и интерферона, иммуноглобулина А в слюне [2, 7]. В комплексное лечение предлагается включать лимфотропную терапию, которая заключается в применении 15% раствора ксантинола никотината и 1,5% раствора дерината в заушную область, подкожно [16].

С целью нормализации обменных процессов в организме и эпителии СОР рекомендуется применять эпителизирующие препараты: масляные растворы жирорастворимых витаминов (токоферол, ретинола ацетат), средства на основе депротенинизированного диализата из крови телят (солкосериловая мазь, желе актовегина); метилурациловая мазь; масло шиповника, облепиховое масло; каротолин алоэ древовидного листа (линимент) и др. [7]. Учитывая противовоспалительные и иммуномодулирующие свойства витамина D, его влияние на пролиферацию и дифференцировку кератиноцитов, а также возможное воздействие на иммунопосредованный этиопатогенез красного плоского лишая, витамин D и его производные могут использоваться в качестве безопасного и эффективного метода лечения КПЛ СОР. Витамин D / аналоги способствуют восстановлению нормального профиля эпидермального цитокератина, тем самым дополнительно объясняя его терапевтический эффект при КПЛ СОР [45].

Одним из предложенных вариантов лечения является применение селена в сочетании с витаминами А, С и Е (селен АПФ) при лечении эрозивно-язвенного КПЛ в качестве дополнения к местным кортикостероидам и противогрибковому средству, применение комбинации которых заметно снижает болевую чувствительность и способствует заживлению [18].

В настоящее время ведется множество исследований по разработке местных комбинированных препаратов для применения при КПЛ СОР. Например, при ассоциации КПЛ с *Helicobacter pylori* применяют композиции на основе кремнийорганического глицерогидрогеля с добавлением висмута трикалия дицитрата в комплексной терапии КПЛ СОР, в результате которой отмечается эффективное купирование болевого синдрома [13]. Применение лекарственной композиции, состоящей из тизоля (аквакомплекс гли-

церосольвата титана) и L-аргинина, при эрозивно-язвенной форме КПЛ СОР способствует ускорению эпителизации и уменьшению сроков репаративной регенерации слизистой полости рта, а применение комбинации тизоля и лидазы способствует исчезновению чувства стянутости и шероховатости [10, 13].

В случае тяжелого течения КПЛ слизистой оболочки полости рта, резистентного к проводимой местной терапии, пациентам рекомендуется системное лечение. Учитывая основной патогенетический механизм в развитии КПЛ, рекомендуют назначение противовоспалительных средств с иммуносупрессивной активностью: бетаметазон, триамцинолон, флуоцинолона ацетонид, клобетазол, при тяжелой форме используется преднизолон и нестероидные средства, производные фенотиазина. Рекомендуется применение антималярийных препаратов (плаквенил, далагил, хингамин, резохин), обладающих иммунодепрессивным и антипролиферативным действием. Однако некоторые исследования показывают, что производные хинолина перестают действовать при остро протекающем воспалении и вызывают побочные эффекты (ухудшение состояния органов зрения, кроветворной, мочевыделительной систем) [14]. Доказана эффективность применения комбинированного препарата «Пресоцил», в состав которого входят хингамин, преднизолон и ацетилсалициловая кислота. Указанная комбинация оказывает противовоспалительный и антиаллергический эффект (подавление реакции гиперчувствительности замедленного типа) [33]. Среди иммуносупрессивных препаратов для лечения тяжелых форм КПЛ хорошо себя зарекомендовал микофенолат мофетил, который обычно используется при трансплантации органов. Однако могут возникнуть побочные эффекты, такие как желудочно-кишечные расстройства и снижение уровня периферических лейкоцитов [3].

По данным некоторых исследователей, простым, эффективным и безопасным является применение низких доз гепарина, лишенных антикоагулянтных свойств, ингибирующих активность гепараназы Т-лимфоцитов, которые имеют решающее значение для миграции Т-клеток в ткани-мишени. Гепарин вводится подкожно и не вызывает побочных эффектов [27].

Также при КПЛ в качестве иммунодепрессанта применяется эфализумаб, который представляет собой рекомбинантное гуманизованное моноклональное антитело к Ig G, G1, которое связывается с этой молекулой адгезии и вызывает улучшение течения КПЛ СОР за счет снижения активации Т-лимфоцитов, что, в свою очередь, приводит к уменьшению эрозий на слизистой оболочке. Вводится один раз в неделю в виде подкожной инъекции [29, 43]. При резистентных к лечению форм КПЛ возможно применение цитостатика метотрексата,

однако необходимо учитывать его негативное влияние на функции печени [29, 33, 41, 44].

При лечении эрозивно-язвенной формы КПЛ в качестве иммуномоделирующих препаратов рекомендуется применять препарат «Ликопид», стимулирующий функциональную (бактерицидную, цитотоксическую) активность фагоцитов, усиливающий презентацию ими антигенов, пролиферацию Т- и В-лимфоцитов, повышающий синтез специфических антител, нормализующий баланс Th1/Th²-лимфоцитов, и «Галавит», который способствует нормализации фагоцитарной активности моноцитов или макрофагов, бактерицидной активности нейтрофилов и цитотоксической активности НК-клеток [12, 17].

Одним из потенциальных альтернативных вариантов лечения КПЛ является применение плазмы, обогащенной тромбоцитами, полученной из крови пациента, содержащей в 3–5 раз больше тромбоцитов, чем нормальная концентрация, обнаруживаемая в крови [35]. Тромбоцитарная плазма содержит биоактивные молекулы, такие как факторы роста, цитокины и молекулы клеточной адгезии. Биологическое обоснование использования такой плазмы в регенеративной медицине включает дегрануляцию тромбоцитов, что позволяет высвободить факторы роста, корректируя воспалительную реакцию и способствуя пролиферации и дифференцировке клеток в ткани-мишени [30].

Применение модулятора активности ферментов кварцетина, ингибирующего пролиферацию и миграцию Т-лимфоцитов при КПЛ, приводит к значительному повышению уровня IFN- γ и снижению уровня IL-6, нарушению баланса Th1/Th2 для модуляции иммунной системы [48].

Антибиотики (пенициллин, доксициклин, тетрациклин, макролиды и др.) применяют по строгим показаниям при тяжелой форме КПЛ СОР с учетом чувствительности организма, аллергологического анамнеза и рисков нежелательных эффектов [15].

У пациентов с КПЛ СОР часто наблюдается несбалансированная продукция воспалительных цитокинов, инфильтрация Т-клеток и нарушение регуляции апоптоза, что ведет к дисбиозу микробиоты полости рта, выступающему в роли триггера развития КПЛ СОР. В связи с этим применяют пробиотики, которые проявляют антагонистическое действие в отношении условно-патогенной микробиоты, улучшая тем самым характер течения КПЛ СОР [46, 47].

При доказанной роли персистирующей вирусной инфекции эффективно применение противовирусных препаратов: ацикловира, фамцикловира, бонафтона, а также препаратов, индуцирующих интерферон, что приводит к уменьшению воспаления на слизистой оболочке рта [9, 29].

Так как течение КПЛ СОР часто осложняется нарушением биоциноза и развитием кандидоза, рекомендуют применять антимикотические препараты с учетом чувствительности [7].

Для снижения уровня медиаторов воспаления рекомендуют применять антигистаминные препараты, такие как тавегил, супрастин, гистаглобулин и другие [14].

Стресс является триггером возникновения КПЛ, а наличие заболевания и характер течения красного плоского лишая слизистой оболочки рта влияют на качество жизни и психологическое состояние пациентов. Поэтому коррекция психоэмоционального статуса при КПЛ является обоснованной. Некоторые авторы рекомендуют применять нейротропные средства: транквилизаторы (элениум, сибазон, реланиум), седативные препараты (корень валерианы, корвалол (валокордин), трава пустырника, персен-форте, новопассит, настойка пиона) [9, 29, 39]. Помимо вышеперечисленного, рекомендуется использовать компламин (ксантинола никотинат) 500 мг, никотиновую кислоту 1% р-р, никотинамид 0,5 г, трентал 400 мг, пентоксифиллин, витамины Р, РР, С, антиагреганты (аспирин), ангиопротекторы (ангинин, эскузан) — препараты, улучшающие микроциркуляцию, усиливающие кровоток в капиллярах, улучшающие клеточный метаболизм в тканях, коллатеральное кровообращение, нормализующие проницаемость сосудов, уменьшающие периваскулярный отек [20, 34].

Использование антиаритмических препаратов, таких как этmozин, новокаинамид, кордарон, неогилуритмал, этагизин, оказывает положительное влияние на течение заболевания, блокируя экссудативную и пролиферативную стадии воспаления, влияя на микроциркуляцию и кислородный обмен, нормализуя проницаемость сосудов, понижая активность кининов и гиалуронидазы [26, 41].

Из нетрадиционных методов лечения используют гирудотерапию, в основе которой лежит действие гирудины — мощного антикоагулянта, препятствующего образованию тромбов и растворяющего уже состоявшиеся сгустки, тем самым нормализуя микроциркуляцию в области поражения [5, 36].

Хирургическое лечение с КПЛ СОР показано пациентам с изолированными бляшками и незаживающими эрозиями. Криохирургия показана при эрозивном и лекарственно-устойчивом КПЛ СОР, но поражения могут развиваться во время заживления ран и рубцов [31]. Также клиническую эффективность показал метод хирургического иссечения и трансплантации бесклеточного дермального матрикса у пациентов с рефрактерным КПЛ СОР, по результатам которого хирургическое поле было плоским, с одинаковым покрытием слизистой оболочки и локальным рубцеванием. Рецидивов не выявлено [24].

В связи с длительностью течения данного заболевания, необходимостью проведения поддерживающей терапии в период ремиссии, а также с имеющимся риском возникновения побочных эффектов при медикаментозном лечении широко используются немедикаментозные методы терапии. Так, большую роль в лечении КПЛ играют физические методы лечения: озонотерапия, ультрафиолетовое облучение, ультрафонофорез, лекарственный электрофорез, местная дарсонвализация, лазеротерапия: излучение гелий-неонового лазера, чрескожная лазерная биостимуляция крови, электрофорез, гальванизация, экстракорпоральная фотохимиотерапия, диадинамометрия, дарсонвализация, гальванизация, КВЧ-терапия, криотерапия [14, 28, 32, 33]. Один из современных методов лечения — фотодинамическая терапия (ПУВА-терапия). Этот метод основан на применении фотосенсибилизатора метоксалена, который выделяет синглетный кислород и тем самым разрушает поврежденные клетки, а именно мембраны лизосом, и вызывает инактивацию белков [39]. Доказана высокая эффективность применения источников линейно поляризованного света аппаратом Биоптрон в лечении КПЛ СОР, особенно его деструктивных форм [2, 13, 33].

Для улучшения нейротрофических процессов при КПЛ рекомендуется использовать электросон, который нормализует функциональное состояние головного мозга, улучшает кровоснабжение. Целесообразно назначение гальванического воротника или электрофореза с бромом по Щербаку, диатермии шейных симпатических узлов, рефлексотерапии. Доказана эффективность корпоральной акупунктуры, электроакупунктуры и комбинации этой методики с аурикулярной акупунктурой [7, 8, 16]. Отмечается эффект от применения транскраниальной электростимуляции (ТЭС), которая представляет собой метод селективной активации защитных (эндорфинергических и серотонинергических) механизмов мозга с помощью прямоугольных импульсных токов малой продолжительности (3–4 мс) и низкой частоты (50–200 Гц). Благодаря ТЭС процесс нормализации состояния эпителия СОР в области очагов поражения протекает в более короткие сроки. По некоторым данным, применение ТЭС позволяет исключить из схемы лечения седативные препараты [1, 10].

Стоматологическое лечение пациентов с оральными проявлениями КПЛ является неотъемлемой частью комплексной терапии и включает в себя проведение профессиональной гигиены, устранение очагов одонтогенной инфекции и травматических факторов, замену амальгамовых пломб, других материалов на основе смол и металлов, таких как никель. Нерациональное протезирование зубов является значимым фактором риска осложненного течения КПЛ и развития специфических КПЛ-ассоциированных

реакций СОПР. Поражения десны по типу десквамативного гингивита у пациентов с КПЛ СОР требуют постоянного контроля зубного налета, своевременной профессиональной гигиены полости рта, а также лечения пришеечного кариеса, наряду с применением местных кортикостероидов [27, 42]. В связи с тем, что практически значимым является вопрос о возникновении необходимости имплантации у пациентов с КПЛ, в ряде исследований отмечается отсутствие связи между приживаемостью имплантатов и КПЛ СОР [22, 38]. Планирование стоматологического лечения нужно проводить с учетом вероятности возникновения феномена Кебнера, который представляет собой появление свежих высыпаний на месте раздражения, наблюдающееся в острой (прогрессирующей) фазе некоторых дерматозов, о котором пациент должен быть предупрежден заранее и это должно быть отображено в информированном добровольном согласии.

Образ жизни и режим питания оказывают влияние на течение КПЛ СОР, эффективность терапии. В период обострения заболевания пациентам рекомендуется щадящий режим с ограничением физических и психоэмоциональных нагрузок [2, 5].

При КПЛ СОР необходимо придерживаться определенной диеты, исключающей пищевые продукты, вызывающие раздражение СОР: это консервированные продукты, искусственные добавки, продукты с высоким содержанием гистамина, гистаминолибераторы, алкогольные напитки, продукты, содержащие облигатные аллергены, сульфаты, красители [14, 45].

Поддерживающая терапия включает мотивацию, коррекцию гигиенических навыков, устранение вредных привычек, травматизации СОР, санацию полости рта, участие ведущих специалистов (дерматологов, иммунологов и др.), устранение очагов инфекции организма, осуществление контроля повторных визитов пациентов для поддержания стоматологического здоровья (диспансеризация). Из медикаментозных средств в качестве поддерживающей терапии пациентам с КПЛ СОР рекомендуют использовать топические ингибиторы кальциневрина (такролимус 0,1% мазь или пимекролимус 1% крем) [7, 11].

Заключение

Несмотря на множество описанных методов терапии красного плоского лишая слизистой оболочки рта, лечение данного заболевания на сегодняшний день является актуальной проблемой для врачей-стоматологов. Учитывая тот факт, что к применению различных методов лечения пациентов с диагнозом «красный плоский лишай слизистой оболочки рта» имеются определенные противопоказания, необходим поиск новых, более доступных и безопасных методов лечения, в особенности при тяжелом течении заболевания.

Литература/References

1. Баркова С.В. Эффективность применения транскраниальной электростимуляции с целью коррекции психофизиологического статуса больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта. Вестник ВолГМУ. 2007;1(21). [S.V. Barkova. The effectiveness of transcranial electrical stimulation in order to correct the psychophysiological status of patients with lichen planus of the oral mucosa. Bulletin of VolGМУ. 2007;1(21). (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17816/dv89959>
2. Белёва Н.С. Совершенствование диагностики и комплексного лечения в системе диспансеризации больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пермь, 2010:23. [N.S. Belyeva. Improvement of diagnostics and complex treatment in the system of medical examination of patients with lichen planus of the oral mucosa : abstract of the dissertation of the Candidate of Medical Sciences. Perm, 2010:23. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=19317402>
3. Валиева С., Алексеева Е., Александров А., Добровольский А. Опыт применения микофенолата мофетила у больного системной красной волчанкой. Вопросы современной педиатрии. 2006;5(3):88-92. [S. Valieva, E. Alekseeva, A. Alexandrov, A. Dobrovolsky. The experience of using mycophenolate mofetil in a patient with systemic lupus erythematosus. Questions of modern pediatrics. 2006;5(3):88-92. (In Russ.)]. https://vsp.spr-journal.ru/jour/article/view/744?locale=ru_RU
4. Григорьев С.С., Жовтык П.Б., Летаева О.В. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта. Обзор литературы. Уральский медицинский журнал. 2014;5(119):8-15. [S.S. Grigoriev, P.B. Zhovtyak, O.V. Letaeva. Lichen planus of the oral mucosa. Literature review. Ural Medical Journal. 2014;5(119):8-15. (In Russ.)]. <http://elib.usma.ru/handle/usma/14790>
5. Крайнов С.В., Попова А.Н. Гирудотерапия в стоматологической практике. Colloquium-Journal. 2018;8-2(19):19-21. [S.V. Krainov, A.N. Popova. Hirudotherapy in dental practice. Colloquium-Journal. 2018;8-2(19):19-21. (In Russ.)]. <http://doi: 10.4103/0022-3859-74297>
6. Кубанова А.А. Дерматовенерология (Клинические рекомендации/ Российское общество дерматовенерологов). Москва : ДЭК-Пресс. 2010:428. [A.A. Kubanova. Dermatovenerology (Clinical recommendations/ Russian Society of Dermatovenerologists). Moscow : DEX-Press. 2010:428. (In Russ.)]. <https://www.rosmedlib.ru/book/RML0304V3.html>
7. Либик Т.В. Клиника, диагностика и лечение заболеваний пародонта у больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта : 14.01.14 «Стоматология» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Пермь, 2010:158. [T.V. Libik. Clinic, diagnosis and treatment of periodontal diseases in patients with lichen planus of the oral mucosa : 14.01.14 «dentistry» : dissertation for the degree of Candidate of Medical Sciences. Perm, 2010:158. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=37307583>
8. Македонова Ю.А., Федотова Ю.М., Фирсова И.В. Современные аспекты лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Современные проблемы науки и образования. 2016;2.[Yu.A. Makedonova, Yu.M. Fedotova, I.V. Firsova, S.V. Poroykiy. Modern aspects of the treatment of erosive and ulcerative form of lichen planus of the oral mucosa. Modern problems of science and education. 2016;2. (In Russ.)]. <https://science-education.ru/article/view?id=24325>
9. Олисова О.Ю., Чикин В.В., Минеева А.А. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных красным плоским лишаем. Москва. 2015. [O.Yu. Olsiova, V.V. Chikin, A.A. Mineeva. Federal clinical guidelines for the management of patients with lichen planus. Moscow. 2015. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=83472890>
10. Осмоловская П.С. Оптимизация комбинированной терапии больных КПЛ с учетом патогенетических особенностей заболевания : 3.1.23. «Дерматовенерология» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва, 2022:147. [P.S. Osmolovskaya. Optimization of combined therapy of patients with CPL, taking into account the pathogenetic features of the disease : 3.1.23. «Dermatovenerology» : dissertation for the degree of Candidate of Medical Sciences. Moscow, 2022:147. (In Russ.)]. <https://sechenov.ru/upload/iblock/702/12vjwprq55hb5w2gyb0a8j5411zkw0/AVTOREFERAT-Osmolovskaya.pdf>
11. Поройский С.В., Македонова Ю.А., Изучение эффективности лекарственной композиции для лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Вестник ВолГМУ. 2017;3(63). [S.V. Poroykiy, Yu.A. Makedonova, I.V. Firsova. Study of the effectiveness of a medicinal composition for the treatment of erosive and ulcerative form of lichen planus of the oral mucosa. Bulletin of VolGМУ. 2017;3(63). (In Russ.)]. [https://doi.org/10.19163/1994-9480-2017-3\(63\)-84-88](https://doi.org/10.19163/1994-9480-2017-3(63)-84-88)
12. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Пинегин Б.В. Применение иммунокорректирующего препарата «Ликоид» в комплексном лечении красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Институт Стоматологии. 2001;12:29-34. [O.F. Rabinovich, I.M. Rabinovich, B.V. Pinegin. The use of the immunocorrecting drug «Lycopid» in the complex treatment of lichen planus of the oral mucosa. Institute of Dentistry. 2001;12:29-34. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/stomat201594240-46>
13. Решетникова Е.М., Утц С.Р., Слесаренко Н.А. Фототерапия в комплексном лечении больных красным плоским лишаем. Саратовский научно-медицинский журнал. 2013;9(3):530-533. [E.M. Reshetnikova, S.R. Utts, N.A. Slesarenko. Phototherapy in the complex treatment of patients with lichen planus. Saratov Scientific Medical Journal. 2013;9(3):530-533. (In Russ.)]. <https://ssmj.ru/2013/3/530>
14. Ронь Г.И., Епишева А.А. Влияние характера питания на течение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Проблемы стоматологии. 2015;2:19-23. [G.I. Ron, A.A. Ephisheva. The influence of the nature of nutrition on the course of red lichen planus of the oral mucosa. Actual Problems in dentistry. 2015;2:19-23. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=23731231>
15. Серикова О.В., Калаев В.Н., Шумилович Б.Р., Соболева Н.А. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта : современные методы диагностики и физические факторы в комплексной терапии. Воронеж : РИТМ. 2020:162. [O.V. Serikova, V.N. Kalaev, B.R. Shumilovich, N.A. Soboleva. Lichen planus of the oral mucosa: modern diagnostic methods and physical factors in complex therapy. Voronezh. 2020:162. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44866754>
16. Тиунова Н.В. Оптимизация комплексного лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта : 14.00.21 : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Нижний Новгород. 2009:23. [N.V. Tiunova. Optimization of complex treatment of lichen planus of the oral mucosa : 14.00.21 : abstract of the dissertation for the degree of Candidate of Medical Sciences. Nizhny Novgorod, 2009:23. (In Russ.)]. <https://www.dissercat.com/content/optimizatsiya-kompleksnogo-lecheniya-krasnogo-ploskogo-lishaya-slizистой-obolochki-polosti-r>
17. Цветкова А.А. Иммунокорректирующая терапия заболеваний слизистой оболочки полости рта : автореф. Дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2008:17. [A.A. Tsvetkova. Immunocorrecting therapy of diseases of the oral mucosa : abstract dis. ... cand. med. Sciences. Moscow, 2008:17. (In Russ.)]. <https://www.dissercat.com/content/immunokorregiruyushchaya-terapiya-zabolevaniy-slizистой-obolochki-polosti-rta>
18. Belal M.H. Management of symptomatic erosive-ulcerative lesions of oral lichen planus in an adult Egyptian population using Selenium-ACE combined with topical corticosteroids plus antifungal agent // Contemp Clin Dent. – 2015;6(4):454-460. <https://doi.org/10.4103/0976-237X.169837>
19. Carbone M., Goss E., Carrozzo M., Castellano S., Conrotto D., Broccoletti R. et al. Systemic and topical corticosteroid treatment of oral lichen planus: A comparative study with long-term follow-up // J Oral Pathol Med. – 2003;32(6):323-329. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0714.2003.00173.x>
20. Carrozzo M. Oral lichen planus – a review // Minerva Stomatol. – 2009;58:519-537. <https://doi.org/10.1034/j.1703-0824.6823.90877.x>
21. Cheng A., Mann C. Oral erosive lichen planus treated with efalizumab // Arch Dermatol. – 2006;142(6):680-682. <https://doi.org/10.1001/archderm.142.6.680>
22. Chrcanovic B.R., Cruz A.F., Trindade R., Gomez R.S. Dental Implants in Patients with Oral Lichen Planus: A Systematic Review // Medicina (Kaunas). – 2020;56(2):53. <https://doi.org/10.3390/medicina56020053>
23. Gorouhi F., Davari P., Fazel N. Cutaneous and Mucosal Lichen Planus: A Comprehensive Review of Clinical Subtypes, Risk Factors, Diagnosis and Prognosis. 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/742826>
24. Friedrich R.E. et al. Oral lichen planus in patients with chronic liver diseases Infection. 2013;31(6):383-386. <https://doi.org/10.1007/s15010-003-4074-5>
25. Fu Z.Z., Chen L.Q., Xu Y.X., Yue J., Ding Q., Xiao W.L. Treatment of oral lichen planus by surgical excision and acellular dermal matrix grafting: Eleven case reports and review of literature // World J Clin Cases. – 2021;9(6):1446-1454. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i6.1446>
26. Gonzalez-Moles M.A., Scully C. Vesiculo-erosive oral mucosal disease. Management with topical corticosteroids: (2) Protocols, monitoring of effects and adverse reactions, and the future // J Dent Res. – 2005;84(4):302-308. <https://doi.org/10.1177/154405910508400402>
27. Guiglia R., Di Liberto C., Pizzo G., Picone L., Lo Muzio L., Gallo P.D. et al. A combined treatment regimen for desquamative gingivitis in patients with oral lichen planus // J Oral Pathol Med. – 2007;36(2):110-116. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.2007.00478.x>
28. Shamimul H., Sameer A., Ravi K., Rajat P., Thachil J., Shazina S. Oral lichen planus and associated comorbidities. 2019. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_749_19
29. Jajarm H.H., Falaki F., Shafaei H. A comparative study of toluidine blue-mediated photodynamic therapy versus topical corticosteroids in the treatment of erosive-atrophic oral lichen planus: a randomized clinical controlled trial (Randomized Controlled Trial) // Lasers Med. Sci. – 2015;30(5):1475-1480. DOI: 10.1007/s10103-014-1694-1
30. Jungell P., Malmstrom M. Cyclosporin A mouthwash in the treatment of oral lichen planus // Int J Oral Maxillofac Surg. – 1996;25(1):60-62. <https://doi.org/10.1007/s10103-014-1694-1>
31. Kramer M.E., Keaney T.C. Systematic review of platelet-rich plasma (PRP) preparation and composition for the treatment of androgenetic alopecia // J. Cosmet. Dermatol. – 2018;17:666-671. <https://doi.org/10.1111/jocd.12679>
32. Lavanya N., Jayanthi P., Rao U.K., Ranganathan K. Oral lichen planus: An update on pathogenesis and treatment // J. Oral Maxillofac. Pathol. – 2011;15:127-132. <https://doi.org/10.4103/0973-029X.84474>
33. Lodi G., Manfredi M., Mercadante V., Murphy R., Carrozzo M. Interventions for treating oral lichen planus: corticosteroid therapies // Cochrane Database Syst Rev. – 2020;2(2):CD001168. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001168.pub3>

34. Morais N.C. et al. Anti-inflammatory effect of low-level laser and light-emitting diode in zymosan-induced arthritis // *Photomed Laser Surg.* – 2010;28(2):227-232. <https://doi.org/10.1089/pho.2008.2422>.
35. Mutafighieva M.Z., Draganova-Filipova M.N., Zagorchev P.I., Tomov G.T. Oral Lichen Planus - Known and Unknown: a Review // *Folia Med (Plovdiv).* – 2018;60(4):528-535. <https://doi.org/10.2478/foimed-2018-0017>.
36. Pavlovic V., Ciric M., Jovanovic V., Stojanovic P. Platelet Rich Plasma: A short overview of certain bioactive components // *Open Med.* – 2016;11:242-247. <https://doi.org/10.1515/med-2016-0048>.
37. Petruzzi M., Lucchese A., Lajolo C., Campus G., Lauriteno D., Serpico R. Topical retinoids in oral lichen planus treatment: An overview // *Dermatology.* – 2013;226:61-67. <https://doi.org/10.1159/000346750>.
38. Plemons J.M., Rees T.D., Zachariah N.Y. Absorption of a topical steroid and evaluation of adrenal suppression in patients with erosive lichen planus // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* – 1990;69(6):688-693. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(90\)90349-W](https://doi.org/10.1016/0030-4220(90)90349-W)
39. Razmara F., Khayamzadeh M., Shabankare G. Applying dental implant therapy in patients with oral lichen planus: a review of literature // *Int J Implant Dent.* – 2020;6(1):21. <https://doi.org/10.1186/s40729-020-00216-8>.
40. Rebora A. Lichen planus: European guidelines for the treatment of dermatological diseases. Moscow : «MEDpress-inform». 2008:371-374. <https://doi.org/10.1111/jdv.16464>.
41. Saeed S., Choudhury P., Ahmad S.A., Alam T., Panigrahi R., Aziz S., Kaleem S.M., Priyadarshini S.R., Sahoo P.K., Hasan S. Vitamin D in the Treatment of Oral Lichen Planus: A Systematic Review // *Biomedicines.* – 2022;10(11):2964. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10112964>.
42. Sahebamee M., Arbabi-Kalati F. Management of oral lichen planus // *Arch Iranian Med.* – 2005;8(4):252-256. https://www.academia.edu/24109796/Management_of_Oral_Lichen_Planus
43. Salgado D.S., Jeremiah F., Cappella M.V., Onofre M.A., Massucato E.M.S., Orrico S.R.P. Plaque control improves the painful symptoms of oral lichen planus gingival lesions. A short-term study // *J Oral Pathol Med.* – 2013;42(10):728-732. <https://doi.org/10.1111/jop.12093>.
44. Silva E.L., Lima T.B., Rados P.V., Visioli F. Efficacy of topical non-steroidal immunomodulators in the treatment of oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis // *Clin Oral Investig.* – 2021;25(9):5149-5169. <https://doi.org/10.1007/s00784-021-04072-7>.
45. Thornhill M.H., Pemberton M.N., Simmons R.K., Thearker E.D. Amalgam- contact hypersensitivity lesions and oral lichen planus // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* – 2003;95(3):291-299. <https://doi.org/10.1067/moe.2003.115>.
46. Zanetta P., Ormelli M., Amoroso A., Pane M., Azzimonti B., Squarzanti D.F. Probiotics as Potential Biological Immunomodulators in the Management of Oral Lichen Planus: What's New? // *Int J Mol Sci.* – 2022;23(7):3489. <https://doi.org/10.3390/ijms23073489>
47. Zhang Z., Zhang Y., Zhao Z., Li P., Chen D., Wang W., Han Y., Zou S., Jin X., Zhao J., Liu H., Wang X., Zhu W. Paeoniflorin drives the immunomodulatory effects of mesenchymal stem cells by regulating Th1/Th2 cytokines in oral lichen planus // *Sci Rep.* – 2022;12(1):18678. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-23158-0>
48. Zhao Z., Wang L., Zhang M., Zhou C., Wang Y., Ma J., Fan Y. Reveals of quercetin's therapeutic effects on oral lichen planus based on network pharmacology approach and experimental validation // *Sci Rep.* – 2022;12(1):1162. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-04769-z>.