

DOI: 10.18481/2077-7566-2026-22-3-249-257

УДК 614.31

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОВ С КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ ПОЛОСТИ РТА К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Мирсаев Т. Д., Жолудев С. Е., Маренкова М. Л., Торшина В. А., Шнейдер О. Л.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

Аннотация

Среди всех заболеваний слизистой оболочки рта (СОР) красный плоский лишай (lichen ruber planus) (КПЛ) занимает в среднем 11 %. Проблема лечения КПЛ СОР, особенно его эрозивно-язвенной формы, представляет собой одну из важных и до конца не решенных задач клинической стоматологии. Так как данное заболевание протекает обычно у лиц старше 40 лет, преимущественно женщин, то оно может быть на фоне частичной или полной потери зубов. Основным неотъемлемым условием для возможности ортопедической реабилитации пациентов с диагнозом КПЛ при дефектах твердых тканей зубов и зубных рядов является достижение стойкой ремиссии при комплексной терапии. В период ремиссии КПЛ задачей ортопеда стоматолога является проведение рационального протезирования с использованием индифферентных конструкционных материалов.

Цель работы — определить клинически эффективный комплексный метод подготовки к ортопедическому лечению пациентов с КПЛ СОР, особенно при эрозивно-язвенной форме при частичной и полной потере зубов.

Материал и методы. Проведено стоматологическое обследование, лечение КПЛ и санация рта 56 пациентов в возрасте от 26 до 88 лет с КПЛ, имеющим частичную и полную потерю зубов, обратившихся на консультативный прием к сотрудникам Уральского государственного медицинского университета для решения вопроса о возможности рационального зубного протезирования. Женщины составляли 78,6 % (44 человека), мужчин было 12 (21,4 %). При подготовке к ортопедическому лечению для сравнения эффективности были выбраны две схемы комплексного лечения КПЛ СОР: традиционная комплексная, включающая прием перорально глюкокортикоидов (ГКС), комплексная модифицированная терапия, куда включили прием гидроксихлорохина, левоцетиризина и элоком-лосьон локально.

Заключение. Полученные результаты клинических, лабораторных исследований и изучение такого показателя, как качество жизни по ОНП-14 у пациентов с КПЛ на различных стадиях наблюдения в процессе комплексного лечения и подготовки к ортопедическому лечению позволяют нам рекомендовать модифицировать традиционное лечение и включить в терапию прием препаратов гидроксихлорохин, левоцетиризин и элоком-лосьон локально с последующим рациональным протезированием в стадии ремиссии конструкциями из безметалловых и безмономерных материалов.

Ключевые слова: красный плоский лишай, слизистая оболочка рта, ортопедическое стоматологическое лечение, съемные зубные протезы, гидроксихлорохин, качество жизни, ОНП-14

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов

Тимур Дамирович МИРСАЕВ ORCID ID 0000-0003-3421-1933

к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии и стоматологии общей практики, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
t16mtd@mail.ru

Сергей Егорович ЖОЛУДЕВ ORCID ID 0000-0001-5793-0629

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии и стоматологии общей практики, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
zholudev_se@mail.ru

Марина Львовна МАРЕНКОВА ORCID ID 0000-0001-5364-9325

к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии и стоматологии общей практики, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
marenkova.m@gmail.com

Виктория Андреевна ТОРШИНА ORCID ID 0009-0009-7890-1865

ассистент кафедры ортопедической стоматологии и стоматологии общей практики, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
Viktoriya-torshina@mail.ru

Ольга Леонидовна ШНЕЙДЕР ORCID ID 0009-0000-0395-887X

к.м.н., доцент кафедры хирургической стоматологии, оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
shneider.olga@gmail.com

Адрес для переписки: Тимур Дамирович МИРСАЕВ

620014, г. Екатеринбург, пр-кт Ленина, д. 16 (кафедры ортопедической стоматологии и стоматологии общей практики УГМУ)
+7 (922) 219-45-36
t16mtd@mail.ru

Образец цитирования:

Мирсаев Т. Д., Жолудев С. Е., Маренкова М. Л., Торшина В. А., Шнейдер О. Л.

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОВ С КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ ПОЛОСТИ РТА К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ. Проблемы стоматологии. 2026; 3: 249-257.

© Мирсаев Т. Д. и др., 2026

DOI: 10.18481/2077-7566-2026-22-3-249-257

Поступила 19.07.2026. Принята к печати 01.09.2026

DOI: 10.18481/2077-7566-2026-22-3-249-257

PREPARATION OF PATIENTS WITH ORAL LICHEN PLANUS FOR PROSTHODONTIC TREATMENT

Mirsaev T.D., Zholudev S.E., Marenkova M.L., Torshina V.A., Shneider O.L.

Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia

Abstract

Oral lichen planus (OLP) accounts for an average of 11 % of all diseases of the oral mucosa. The management of OLP, particularly of its erosive-ulcerative form, remains one of the important and not yet fully resolved problems in clinical dentistry. Since the disease typically affects patients over 40 years of age, predominantly women, it is often accompanied by partial or complete tooth loss. Achieving stable remission through comprehensive therapy is the essential prerequisite for prosthetic rehabilitation of patients with OLP presenting with defects of the hard dental tissues and dentition. During remission, the prosthodontist's task is to provide rational prosthetic treatment using inert, biocompatible restorative materials.

Aim. To identify a clinically effective comprehensive method of preparing patients with OLP for prosthodontic treatment, particularly those with the erosive-ulcerative form and partial or complete tooth loss.

Material and methods. Dental examination, OLP treatment, and complete oral cavity sanitation were performed in 56 patients aged 26 to 88 years with OLP and partial or complete tooth loss, referred to the Ural State Medical University for assessment of the feasibility of rational prosthetic treatment. Women accounted for 78.6 % (n = 44) and men for 21.4 % (n = 12). Two comprehensive OLP treatment regimens were compared during preprosthetic preparation: conventional comprehensive therapy including oral glucocorticoids, and a modified regimen including hydroxychloroquine, levocetirizine, and topical mometasone furoate lotion (Elocom).

Conclusion. The results of clinical and laboratory investigations, together with the assessment of quality of life using the OHIP-14 questionnaire at different stages of followup, allow us to recommend modifying the conventional treatment of OLP by adding hydroxychloroquine, levocetirizine, and topical mometasone furoate lotion. This should be followed by rational prosthetic treatment during remission using metal-free and monomer-free restorative materials.

Keywords: oral lichen planus, oral mucosa, prosthodontic treatment, removable dentures, hydroxychloroquine, quality of life, OHIP-14

The authors declare no conflict of interest

Timur D. MIRSAEV ORCID ID 0000-0003-3421-1933

PhD, Associate Professor, Department of Orthopedic Dentistry and General Dentistry Practice, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia
t16mtd@mail.ru

Sergei E. ZHOLUDEV ORCID ID 0000-0001-5793-0629

PhD, MD, DSc, Professor, Head of the Department of Orthopedic Dentistry and General Dentistry Practice, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia
zholudev_se@mail.ru

Marina L. MARENKOVA ORCID ID 0000-0001-5364-9325

PhD, Associate Professor, Department of Orthopedic Dentistry and General Dentistry Practice, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia
marenkova.m@gmail.com

Victoria A. TORSHINA ORCID ID 0009-0009-7890-1865

Assistant Professor, Department of Orthopedic Dentistry and General Dentistry Practice, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia
Viktoriya-torshina@mail.ru

Olga L. SHNEIDER ORCID ID 0009-0000-0395-887X

PhD, Associate Professor of the Department of Surgical Dentistry, Otolaryngology and Maxillofacial Surgery, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia
shneider.olga@gmail.com

Correspondence address: Timur D. MIRSAEV

16 Lenin Avenue, Ekaterinburg, 620014, Russia (Departments of Orthopedic Dentistry and General Dentistry, USMU)
+7 (922) 219-45-36
t16mtd@mail.ru

For citation:

Mirsaev T.D., Zholudev S.E., Marenkova M.L., Torshina V.A., Shneider O.L.

PREPARATION OF PATIENTS WITH ORAL LICHEN PLANUS FOR PROSTHODONTIC TREATMENT. *Actual problems in dentistry*. 2026; 3: 249-257. (In Russ.)

© Mirsaev T.D. et al., 2026

DOI: 10.18481/2077-7566-2026-22-3-249-257

Received 19.07.2026. Accepted 01.09.2026

Введение

По современным данным, среди всех заболеваний слизистой оболочки рта (СОР) красный плоский лишай (lichen ruber planus) (КПЛ) занимает в среднем 11 %. Это — хроническое длительно текущее аутоиммунное заболевание, проявляющееся на коже, слизистых оболочках, красной кайме губ и сопровождающееся ороговением эпителия с образованием папул [1, 5]. У стоматологов на первый план выступает несоответствие названия заболевания его клиническим проявлениям на СОР. Так, определение «красный» (ruber) возникло из-за розово-синеватого оттенка папул на коже, в то время как во рту папулы опалесцируют и имеют белесоватый оттенок. Незначительное возвышение папул над уровнем кожи дало основание назвать составляющую диагноза «плоский» (planus). Lichen, или лишай, в переводе с греческого — «дурной», «лихой». Наиболее часто болеют женщины в возрасте от 30–50 лет и старше, мужчины болеют реже. Эта патология, как и другие заболевания слизистой оболочки рта, преимущественно встречаются у пациентов в пожилом и старческом возрасте, что в большинстве случаев связано с наличием общесоматической патологии, которая способствует возникновению или отягощению течения заболевания [13]. В этот возрастной период наиболее часто встречаются такие поражения СОР, как лихеноидные изменения, лейкоплакия, изменения языка воспалительного и невоспалительного характера. Стоит отметить, что старение — это закономерный, генерализованный, необратимый процесс, в основе которого лежит инволюция структуры и функции всех систем на молекулярном, клеточном, органном уровнях. Один из ключевых механизмов развития возраст-ассоциированной патологии — истощение адаптационных сил организма. С возрастом уменьшается толщина эпителия за счет истончения базального и шиповатого слоев. В подэпителиальной соединительной ткани уменьшается количество клеток и волокон, эластические волокна склерозируются и утолщаются, в коллагеновых волокнах происходит гиалинизация, уменьшающая подвижность слизистой оболочки. Как результат, происходят склеротические изменения кровеносных сосудов СОР. На слизистой оболочке щек и языка отмечаются явления отека. Происходит снижение митотической активности эпителиальных клеток. Уровень болевой чувствительности СОР у пожилых людей снижается, особенно у пациентов, страдающих эндокринной патологией. С одной стороны, возрастает риск инфекционных заболеваний из-за снижения иммунитета, увеличения времени элиминации возбудителя из организма, в связи с этим, растет доля заболеваний пародонта. С другой стороны — замедляются процессы репарации и снижается активность противоопухолевых механизмов. При сочетании с хроническим повреждением различной этиологии возможно развитие опухолевого процесса в полости рта. Данные факторы затрудняют реабилитацию пациента с частичной или полной потерей зубов, так как наличие у пациента заболеваний слизистой оболочки рта, ограничивает выбор конструк-

ционного материала, типа конструкции протеза, величины нагрузки, передаваемой на ткани протезного ложа [2, 6, 9].

Психосоциальное состояние пациента играет немаловажную роль в развитии красного плоского лишая СОР. Стрессовый фактор является наиболее частой причиной возникновения заболевания среди обратившихся на стоматологический прием пациентов [11].

Проблема лечения КПЛ СОР, особенно его эрозивно-язвенной формы, обладающей наибольшей потенциальной злокачественностью, представляет собой одну из важных и до конца не решенных задач клинической стоматологии. В настоящее время ввиду мультифакторного этиопатогенеза КПЛ и многообразия его клинических проявлений остается потребность в эффективной терапии для обеспечения продолжительной ремиссии [1, 7, 12, 15, 17].

Основным неотъемлемым условием для возможности ортопедической реабилитации пациентов с диагнозом КПЛ при дефектах твердых тканей зубов и зубных рядов является достижение стойкой ремиссии при комплексной терапии, состоящей из этиотропного, патогенетического и локально консервативного лечения. В период ремиссии КПЛ задачей ортопеда стоматолога является проведение рационального протезирования с использованием индифферентных конструкционных материалов.

Цель работы — определить клинически эффективный комплексный метод подготовки к ортопедическому лечению пациентов с КПЛ СОР, особенно при эрозивно-язвенной форме при частичной и полной потере зубов.

Материал и методы

Проведено стоматологическое обследование 56 пациентов в возрасте от 26 до 88 лет с КПЛ, имеющим частичную и полную потерю зубов, обратившихся на консультативный прием к сотрудникам кафедры ортопедической стоматологии и стоматологии общей практики, а также стоматологической клиники ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России в период с января 2021 года по декабрь 2025 года. Для уточнения диагноза использовались клинические и лабораторные методы. Обследование проводилось с участием терапевтов-стоматологов, а также сотрудников ГБУ Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии».

Статистическая обработка результатов исследования проведена на принципах доказательной медицины: подготовка и проверка первичных данных с делением на группы; оценка количественных показателей; проверка соответствия вида распределения выборки исследуемых показателей нормальному закону и проверка статистических гипотез; межгрупповое сравнение данных по изучаемым признакам; внутригрупповая сравнительная оценка до лечения и на этапах исследования; выявление статистической и клинической значимости полученных результатов. Полученные в ходе исследования данные были обработаны с помощью пакета STATISTICA 13.0

StatSoftInc для персонального компьютера в системе Windows.

Все пациенты были разделены на две основные группы: основная группа 1 с частичной потерей зубов ($n = 15$) и основная группа 2 с полной потерей зубов ($n = 16$). Также были сформированы две группы сравнения: группа сравнения 1 с частичной потерей зубов ($n = 15$) и группа сравнения 2 с полной потерей зубов ($n = 10$). Особые трудности на этапах диагностики и лечения мы

испытали у 16 пациентов с полным отсутствием зубов с обострившейся эрозивно-язвенной формой КПЛ нуждающихся в протезировании ПСП. Этим пациентов мы выделили в отдельную основную группу 2, которая была рандомизирована на две подгруппы. Первая подгруппа 7 человек, из них 5 женщин и 2 мужчин, и вторая подгруппа 9 человек из них 8 (89 %) женщин и 1 (11 %) мужчина (табл. 1).

Таблица 1

Анализ обследованных пациентов с КПЛ
Table. 1. Analysis of examined patients with LP

Признак	Частичная потеря зубов ($n = 30$)		Полная потеря зубов ($n = 26$)		
Группы	Основная 1	Группа сравнения 1	Основная 2 ($n = 16$)		Группа сравнения 2 ($n = 10$)
			1 подгруппа	2 подгруппа	
Количество пациентов	$n = 15$	$n = 15$	$n = 7$	$n = 9$	$n = 10$
Вид выбранного терапевтического лечения КПЛ	Комплексное лечение с применением гидроксихлорохина	Традиционное	Традиционное	Комплексное лечение с применением гидроксихлорохина	Традиционное

Обе подгруппы получали лечение с учетом выявленных сопутствующих заболеваний, соблюдением диеты с исключением острого, горячего, пряного и грубого, гигиены полости рта с использованием щадящих средств и методов, строгим исключением алкоголя и курения. Для сравнения эффективности были выбраны две схемы комплексного лечения КПЛ СОР. Лицам, входящим в группы сравнения и первую подгруппу основной группы 2 была назначена традиционная комплексная терапия: (ГКС) преднизолон или дексаметазон перорально в минимально эффективных дозах подобранных индивидуально по результатам обследования, сроком на две недели, препараты витаминов группы В-Берокка 1 таб. в день, при необходимости по показаниям неврологом назначалась седативная терапия. Местно полоскания обезболивающие ротовые ванночки с 2 %-ным раствором лидокаина за 15–20 минут до еды, масляные растворы витаминов А и Е (Аевит, Эвитол) в виде аппликаций 2–3 раза в день в течение 2–3 недель [4]. Второй подгруппе больных (по результатам обследования отсутствовали противопоказания) были назначены следующие препараты: гидроксихлорохин (Иммард, Плаквенил) по 200 мг 2 раза в день длительностью 1 месяц [1, 4, 5], левоцетиризин (Ксизал) 5 мг 1 раз в день 14 дней. Местно: мометазон (элоком лосьон) на СОР 14 дней, ротокан экстракт жидкий предварительно развести в соотношении 1 к 8 в кипяченой воде ротовые ванночки экспозиция 1–2 минуты 3 раза в день. Результаты оценивались на 7-й и 14-й день лечения. Для объективной оценки эффективности приведенных комплексных способов лечения в динамике определялась площадь эрозий и изъязвлений СОР.

У пациентов основной группы 2 первой подгруппы по окончании комплексного двухнедельного курса лечения положительные клинические изменения

наступили не в полном объеме. Жалобы полностью не исчезли, на слизистой оболочке полости рта эрозии и язвы в полном объеме не эпителизировались. Больные второй подгруппы по окончании двухнедельного курса комплексного лечения отмечали более выраженный положительный эффект, что свидетельствует об ускорении репаративных процессов СОР и более высокой их интенсивности при назначении противомаларийного препарата гидроксихлорохин в сочетании локальной терапией мометазоном. Данный метод позволяет избежать применения системной гормонотерапии ГКС и прогнозируемо успешно использовать его в комплексной терапии при обострении КПЛ для достижения ремиссии заболевания.

Возрастная категория пациентов представлена следующим образом (рис. 1).

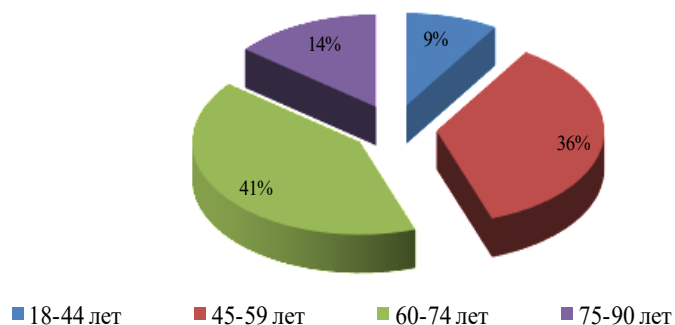


Рис. 1. Возрастная структура пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта

Fig. 1. Age structure of patients with lichen planus of the oral mucosa

Женщины составляли 78,6 % (44 человека), мужчин было 12 (21,4 %).

В ходе обследования у пациентов выяснялось начало развития заболевания, выявлялись возможные этиологические факторы, включая период предыдущего года от

первых клинических проявлений. Структура частоты встречаемости этиологических факторов представлена в диаграмме (рис. 2).

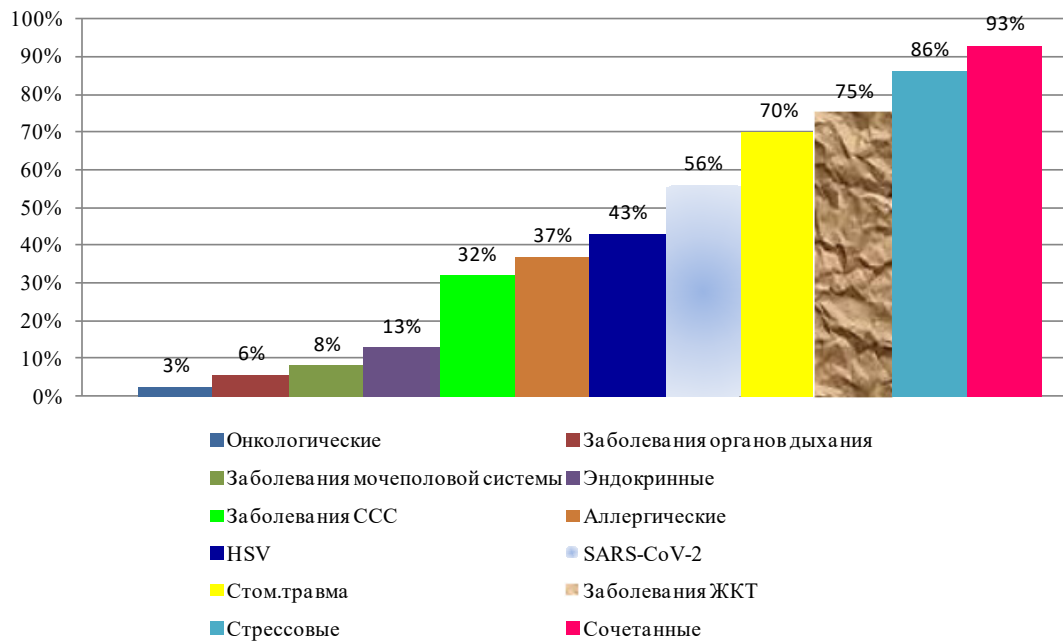


Рис. 2. Частота встречаемости соматических заболеваний и этиологических факторов возникновения красного плоского лишая у обследованных пациентов (в %)

Fig. 2. Frequency of occurrence of somatic diseases and etiological factors of occurrence of lichen planus in examined patients (in %)

Стоит отметить, что у 69,6 % пациентов (39 человек) течение заболевания осложнялось наличием хронической механической травмы слизистой оболочки рта разрушенными зубами, неудовлетворительными реставрациями, несостоятельными ортопедическими конструкциями.

Пациенты по формам течения КПЛ распределены на начальных этапах обследования следующим образом (рис. 3):

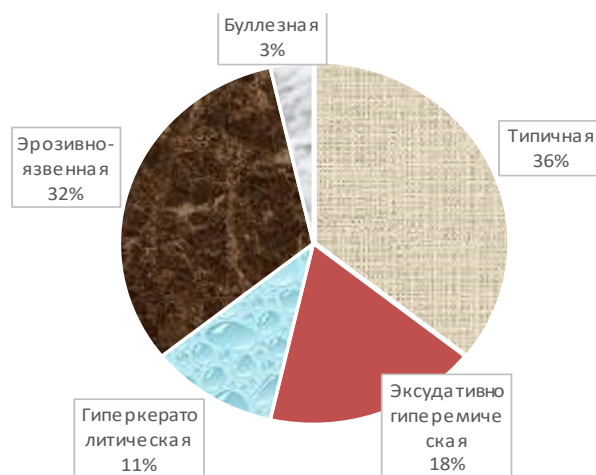


Рис. 3. Формы КПЛ на слизистой оболочке рта обследованных пациентов

Fig. 3. Forms of LP on the oral mucosa of the examined patients

Пациентам обеих групп сравнения лечение КПЛ проводилось традиционным способом. Местно назна-

чались стероидные препараты в виде мази, подбирались растворы антисептиков для полоскания, а также наносились масляные препараты на основе витаминов А и Е. При связи болезни со стрессом курсами применялись витамины и легкие седативные препараты. Обязательным фактором было исключение острой, кислой, горячей пищи и алкоголя, которые вызывают жжение и боль. Пациенты были направлены к врачам-специалистам для лечения общесоматической патологии. Лица, отмечающие стрессовые ситуации в анамнезе, были проконсультированы клиническим психологом, а при необходимости неврологом. При необходимости, назначалось соответствующее лечение. Стоматологами-терапевтами и дерматологами на этапах лечения проводился визуальный осмотр СОР, при котором проводился поиск плоских фиолетовых или красноватых узелков (папул) с блестящей поверхностью. Обращали внимание на наличие сетки Уикхема: белого узорчатого рисунка на поверхности бугорков. Проводилась проверка кожи сгибательных поверхностей рук и ног. По необходимости проводились инструментальные исследования: дерматоскопия, биопсия, анализы крови.

Из 56 пациентов диагноз частичная потеря зубов отмечался у 30 пациентов (53,6 %), 26 пациентов (46,4 %) имели полную потерю зубов. Всем пациентам проведена санация полости рта, удалены и сняты все несостоятельные конструкции, особенно большое внимание уделялось удалению из полости рта всех металлических включений. Пациентам с несостоятельными полными

съёмными пластиночными протезами проводилась коррекция границ, перебазировка материалом Mucorpen soft (Германия) — для улучшения прилегания к тканям протезного ложа и создания замыкающего клапана. У ряда пациентов — 17 человек (30,4 %) съёмные конструкции не подлежали перебазированию и были изъяты для исключения возможности пользования ими. Всем обследуемым проведена профессиональная гигиена полости рта, удалены все механические раздражители, а также зубы не подлежащие лечению. Совместно со стоматологами-терапевтами проведены уроки гигиены полости рта. Зубы, которые ранее были покрыты искусственными коронками на подготовительном этапе были покрыты провизорными пластмассовыми коронками с фиксацией на водный дентин, корни зубов восстановлены с использованием стекловолоконных штифтов с последующим закрытием временной провизорной коронкой. В качестве конструкционных материалов для несъёмных конструкций использовались безметалловая керамика CEREC InLab (Sirona) и Cercon (DeguDent) для мостовидных протезов CEREC 3D (Sirona), IPS E-max PRESS/IPS E (Max Press Multi), диоксид циркония — для одиночных коронок. Для съёмных зубных протезов нами были выбраны безмономерные пластмассы Vertex (Германия), Perflex Biosens (Израиль). Ранее мы встретились с несколькими клиническими ситуациями, когда при использовании безмономерной акриловой пластмассы AcryFree (Израиль) у пациентов с КПЛ отмечались воспалительные процессы тканей протезного ложа по типу явлений их непереносимости, поэтому данный материал в нашей группе пациентов мы не использовали. Для изготовления частичных пластиночных протезов мы использовали как отечественный фотополимеризуемый бесцветный безмономерный базисный материал «Нолатек» (Владмива, Россия), так и безмономерный термопластичный материал с умеренной степенью гибкости Perflex Biosense (Clear) (Perflex L.t.d., Израиль).

Из семи пациентов первой подгруппы, лишь трое смогли адаптироваться к полным съёмным пластиночным протезам и пользоваться ими постоянно. Четверо пациентов из-за болезненности и периодических обострений КПЛ пользуются съёмными конструкциями кратковременно во время еды и при выходе из дома. Все 9 пациентов второй подгруппы после наложения протезов в полости рта и незначительных коррекций базисов успешно адаптировались к новым конструкциям и смогли ими пользоваться в дальнейшем. На контрольном осмотре в июне 2026 года было 7 пациентов, которые отмечали, что успешно пользуются протезами. Двое пациентов по объективным причинам не явились на осмотр, но при телефонном разговоре отмечали, что пользуются новыми протезами успешно, каких-либо жалоб не отмечали. Пациенты с полной потерей зубов группы сравнения успешно адаптировались к изготовленным новым конструкциям из безмономерных пластмасс и отметили, что пользуются ими постоянно. Для профилактики образования на поверхности базисных материалов налета съёмные протезы обрабатывали

дезинфицирующим средством Ортосол-Дент на основе катионного четвертично-аммонийного соединения и соли сорбиновой кислоты, за счет чего обладает микробицидным, микростатическим и фунгистатическим действием (АО «ВладМиВа», г. Белгород, Россия) в течение 1 месяца. Раствор препарата рекомендовали разводить 1:10 и выдерживать в приготовленном растворе 10–15 минут один раз в день. Кроме того, на воспаленные участки слизистой оболочки протезного ложа воспаления слизистой оболочки протезного ложа на стерильном тампоне рекомендовали прикладывать гель на 20 мин. 1 раз в день, после чего воздерживаться в течение 1 часа от приема воды и/или пищи. С профилактической целью после устранения воспаления в течение 6 месяцев один раз в сутки наносить на внутреннюю поверхность базиса съёмного протеза в области альвеолярного отростка или альвеолярной части челюстей ВИВАКС Дент гель (ЗАО «ВИВАКС», Россия) на основе аминокислотных комплексов, обладающий противовоспалительным, антиоксидантным, иммуностимулирующим и антистрессорным действием.

На начальном этапе обследования и после проведенного общего, местного и ортопедического стоматологического лечения для выявления влияния такого заболевания как КПЛ, а также вида общего его лечения и стоматологического комплексного лечения на качество жизни пациентов различных групп использовался опросник ОНП-14 — «Профиль влияния стоматологического здоровья» ((Oral Health Impact Profile) Slade G. D., Spencer A. J., 1994.) [3]. Заполнение результатов опроса проводилось с участием среднего медицинского персонала и студентов выпускного курса стоматологического факультета УГМУ. Использовалась 5 бальная система оценки ответов на 14 вопросов («никогда — 0», «почти никогда — 1», «редко — 2», «обычно — 3», «очень часто — 4»). Шкала оценки ОНП-14 соответствует «хорошему» качеству жизни при итоговом количестве баллов по анкете 0–14; «удовлетворительному» — 15–28 баллов; «неудовлетворительному» — 29–42 баллов; «плохому» — 43–56 баллов.

Основные вопросы опросника ОНП-14 касаются выявления болевых ощущений во рту, снижения жизненных интересов, снижения вкуса к пище, затруднений при приеме пищи, стеснений в общении с людьми, затруднений из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами.

При анализе результатов изучения качества жизни у пациентов различных групп получили (рис. 4.).

До начала лечения у всех пациентов с различными формами КПЛ при частичной и полной потере зубов отмечалось неудовлетворительное и плохое качество жизни, особенно при эрозивно-язвенной форме при полном отсутствии зубов. После проведенного общего, местного и ортопедического лечения произошло улучшение показателей до удовлетворительных. Особенно хорошие результаты были достигнуты при частичной потере зубов в основной группе 1, а при полной потере зубов во второй подгруппе основной группы 2 во всех

сроках наблюдения после проведенного комплексного лечения.

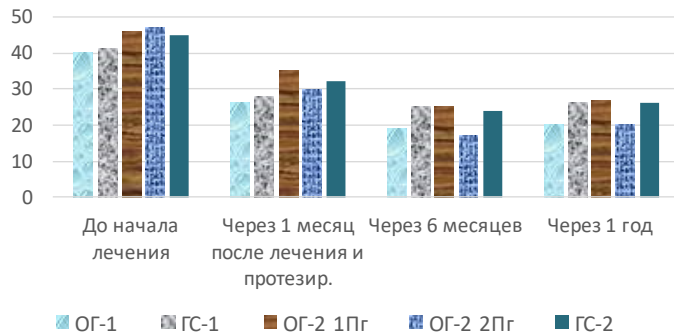


Рис. 4. Показатели качества жизни по OHIP-14 у пациентов основных групп и групп сравнения на различных стадия исследования
Fig. 4. Quality of life indicators according to OHIP-14 in patients of the main groups and comparison groups at various stages of the study

Таким образом, комплексное лечение КПЛ, включающий двухнедельный курс терапии с применением препаратов на основе гидроксихлорохина в сочетании локальным воздействием мометазоном при подготовке к протезированию несъемными и съемными конструкциями зубных протезов показал положительные результаты у лиц частичной потерей зубов с различными формами КПЛ, а также при эрозивно-язвенной форме КПЛ при полной утрате зубов.

Обсуждение полученных данных

Проблема восстановления дефектов зубных рядов в ортопедической стоматологии не теряет своей актуальности на сегодняшний день. На территории Российской Федерации среди трудоспособного населения распространенность дефектов зубных рядов встречается у 75 %. В настоящий момент, на стоматологическом приеме пациентов с частичной или полной потерей зубов, которые в анамнезе отмечают наличие хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта, с каждым годом становится все больше. Хронические воспалительные процессы на слизистой оболочки ротовой полости обнаруживаются у 3–5 % пациентов, обратившихся за стоматологической помощью [12]. Заболевания слизистой полости рта разнообразны, наиболее распространенные среди них: глоссалгия, афтозный стоматит, лейкоплакия, гиперкератоз, красный плоский лишай [2]. Согласно информации, предоставленной другой группой авторов, среди пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта на долю красного плоского лишая полости рта приходится от 35 % до 50 % случаев [10].

Основополагающую роль в патогенезе хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта имеют местные механические и электрохимические раздражители, которые усугубляют клиническую картину заболевания, а также способствуют его рецидивам. В первую очередь, среди местных механических факторов выделяют аномалии положения зубов в зубной дуге, деформации зубных рядов, острые края зубов или терапевтических реставраций, частичную потерю зубов,

которые способствуют травмированию слизистой оболочки полости рта. Нельзя не отметить негативное влияние неправильно сконструированных или ставших со временем неполноценными, неудовлетворяющими требованиям ортопедических конструкций, а также действие металлических конструктивных элементов с разными электрохимическими потенциалами [7, 10, 16].

В соответствии с полученными данными в ходе проведенного обследования прослеживается мультифакторная природа красного плоского лишая. Сочетание нескольких этиологических факторов у одного индивида приводят к более высокому риску возникновения и развития заболевания. Чаще пациенты отмечают триггерным моментом именно сильное эмоциональное потрясение.

Проведенное нами обследование 56 пациентов (от 26 до 88 лет) с КПЛ СОР подтвердило, что основную часть пациентов с таким диагнозом составляют лица старше 45 лет (86 %), преимущественно женщины (78,6 %).

Не смотря на мультифакторную этиологию (93 %), данного заболевания наиболее важными являются такие моменты, как коморбидная патология (75 %), стрессовые факторы (83 %), а также раздражение механического и электрохимического характера в полости рта (70 %).

В связи со сложностью ведения пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта этап подготовки ротовой полости для дальнейшего протезирования у данной группы людей является основополагающим аспектом в лечении и заключается в проведении комплекса мероприятий по санации полости рта, включающий в себя профессиональную гигиену полости рта, шлифование острых краев зубов, пломб, удаление некачественных ортопедических конструкций, в особенности протезов из разнородных металлов и пломб из амальгамы [6, 8].

Использование нами конструктивных материалов для базисов пластиночных протезов Vertex (Германия), Perflex Biosens (Израиль) показало положительные результаты. Несмотря на то, что у пациентов с эрозивно-язвенной формой КПЛ, у которых в комплексном двухнедельном курсе лечения перед повторным протезированием полными пластиночными протезами положительные клинические изменения наступили не в полном объеме и эрозии и язвы на тканях протезного ложа в полном объеме не эпителизировались, трое из семи пациентов смогли постоянно пользоваться рациональными конструкциями из гипоаллергенных пластмасс. Большинство пациентов первой группы (57,1 %) периодически, но все же смогли пользоваться новыми зубными протезами. Очевидно, что им требуется коррекция общего и местного лечения КПЛ. Мы продолжаем проводить дальнейшее диспансерное наблюдение за данным контингентом и надеемся, что удастся добиться положительной динамики. В настоящее время в России доступны гипоаллергенные термопластические пластмассы импортного производства с высокой стоимостью. К сожалению, более дешевый и доступный материал AcryFree (Израиль), мы использовать не могли, так как

ранее в наших собственных наблюдениях мы отмечали реакции тканей протезного ложа. Частичные пластинчатые протезы из безмономерных базисных материалов «Нолатек» и Perflex Biosense (Clear) успешно применялись постоянно всеми пациентами благодаря тому, что эти материалы имея более высокие физико-механические характеристики по сравнению с аналогичными материалами других производителей не требуют металлических каркасов и кламмеров, после изготовления благодаря отсутствию усадки материалов, менее хрупкие. Протезы из данных материалов имеют высокое качество полировки, что препятствует образованию на поверхностях базисов налета. В литературе имеются данные о важности качества поверхности зубных протезов при КППЛ [14]. На основании изучения по результатам сканирующей электронной микроскопии ортопедических конструкций, изъятых у пациентов с диагнозом «красный плоский лишай слизистой оболочки рта Харченко Р. Э. и соавт. (2026) доказали, что качественная обработка стоматологических протезов с помощью абразивных инструментов позволяет снизить микробную контаминацию и травматизацию слизистой оболочки протезного ложа.

Изучение качества жизни у пациентов до начала и после проведенного комплексного лечения, включающее зубное протезирование показало, что произошло существенное улучшение показателей с плохого и неудовлетворительного у всех пациентов с КППЛ до нижних границ удовлетворительного качества жизни. Даже при эрозивно-язвенной и буллезной формах КППЛ большинство пациентов смогли пользоваться съемными конструкциями протезов постоянно, лишь 4 пациентов (7,1 %) пользуются протезами периодически, надевая их во время приема пищи.

Заключение

Проведенное нами комплексное лечение пациентов с КППЛ совместно со стоматологами-терапевтами, дерматологами, клиническими психологами позволило достичь хорошей эффективности подготовительного этапа к протезированию, а также добиться 100 % адап-

тации к зубным протезам при частичной и полной потере зубов.

Разработан клинически эффективный комплексный метод лечения эрозивно-язвенной формы КППЛ слизистой оболочки полости рта. В схему лечения включили прием препаратов гидроксихлорохин, левоцетиризин и элоком-лосьон локально. Это позволило добиться стойкой ремиссии при всех формах КППЛ, язвенно-некротической форме КППЛ и провести успешное протезирование при полной потере зубов с базисами из индифферентных материалов.

Для исключения гальванических процессов в полости рта нами успешно при наличии КППЛ при протезировании несъемными конструкциями применялись керамические материалы, при изготовлении частичных пластинчатых протезов отсутствовали металлические кламмеры и использовались отечественный фотополимеризуемый бесцветный безмономерный базисный материал «Нолатек» (Владмива, Россия), так и безмономерный термопластичный материал с умеренной степенью гибкости Perflex Biosense (Clear) (Perflex L.t.d., Израиль). Пациентам с полной потерей зубов съемные протезы изготавливались из пластмасс Vertex (Германия) и Biosens (Perflex L.t.d., Израиль). Для профилактики образования на поверхности съемных протезов налета в течение месяца применялось дезинфицирующее средство Ортосол-Дент («ВладМиВа», Россия).

Полученные результаты клинических, лабораторных исследований и изучение такого показателя, как качество жизни по ОНП-14 у 56 пациентов с КППЛ в возрасте от 26 до 88 лет, имеющих частичную и полную потерю зубов на различных стадиях наблюдения в процессе комплексного лечения и подготовки к ортопедическому лечению позволяют нам рекомендовать модифицировать традиционное лечение и включить в терапию прием препаратов гидроксихлорохин, левоцетиризин и элоком-лосьон локально с последующим рациональным протезированием в стадии ремиссии конструкциями из безметалловых и безмономерных материалов.

Литература/References

1. Аксамит Л. А., Цветкова А. А. Заболевания слизистой оболочки рта. Связь с общей патологией. Диагностика. Лечение. 6-е изд., доп. Москва: МЕДпресс-информ, 2025. 292 с. [Aksamit L. A., Tsvetkova A. A. Diseases of the oral mucosa. Relationship with general pathology. Diagnostics. Treatment. 6th ed., suppl. Moscow: MEDpress-inform; 2025. 292 p. (In Russ.)]. ISBN: 978-5-907849426
2. Вильданов М. Н., Герасимова Л. П., Чемикосова Т. С. Оценка болевых ощущений у пациентов с красным плоским лишаем по авторской программе для ЭВМ. Медицинский вестник Башкортостана. 2022;17(3):24–28. [Vildanov M. N., Gerasimova L. P., Chemikosova T. S. Assessment of pain in patients with oral lichen planus using the author's program. Bashkortostan Medical Journal. 2022;17(3):24–28. (In Russ.)]. <https://medvestb.elpub.ru/jour/article/view/915>
3. Гилева О. С., Халилаева Е. В., Либик Т. В., Подгорный Р. В., Халиянина И. Н., Гилева Е. С. Многоступенчатая валидация международного опросника качества жизни «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-49-Яи. Уральский медицинский журнал. 2009(8):104–109. [Gileva O. S., Khalilayeva E. V., Libik T. V., Podgornii R. V., Khalilayeva I. N., Gileva E. S. Multistage validation of the international quality of life questionnaire «Profile of the impact of dental health» ОНП-49-Yai. Ural Medical Journal. 2009(8):104–109. (In Russ.)]. <http://elib.usma.ru/handle/usma/16663>
4. Гилева О. С., Либик Т. В., Рогожников Г. И., Гибадуллина Н. В., Рогожников А. Г., Гавриленко М. С. Эффективность комплексного стоматологического лечения лихеноидных реакций мукопародонтального комплекса: одноцентровое пилотное когортное исследование. Кубанский научный медицинский вестник. 2023;30(6):102–111. [Gileva O. S., Libik T. V., Rogozhnikov G. I., Gibadullina N. V., Rogozhnikov A. G., Gavrilenko M. S. Efficacy of comprehensive dental treatment for lichenoid reactions of the mucoparodontal complex: A single-center pilot cohort study. Kuban Scientific Medical Bulletin. 2023;30(6):102–111. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2023-30-6-102-111>
5. Демьяненко С. А., Колесник В. М., Андрианова И. И., Тофан Ю. В. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта: руководство для врачей. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2024. 56 с. [Demyanenko S. A., Kolesnik V. M., Andrianova I. I., Tofan Yu. V. Lichen planus of the oral mucosa: a guide for physicians. Moscow: GEOTAR-Media; 2024. 56 p. (In Russ.)]. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970480052.html>
6. Жолудев С. Е. Анализ ошибок и осложнений, допущенных при изготовлении съемных конструкций зубных протезов, по данным консультативного профессорского приема. Уральский медицинский журнал. 2014;(5):54–61. [Zholudev S. E. Analysis of errors and complications made during the manufacture of removable denture designs, according to the advisory professors reception. Ural Medical Journal. 2014;(5):54–61. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=21982445>
7. Зиновенко О. Г., Тяшкевич Л. Н., Рубцова Д. А., Тузлукова Е. В., Банникова Е. А., Серегина Е. А. Пациенты с проявлениями плоского лишая в ротовой полости на стоматологическом приеме: статистический и клинический анализ. Современная стоматология. 2022;(4):47–53. [Zinovenko O., Tyashkevich L., Rubtsova D., Tuzlukova E.,

- Bannikova E., Seregina E. Patients with manifestations of lichen planus in the oral cavity at a dental appointment: statistical and clinical analysis. *Sovremennaya stomatologiya*. 2022;(4):47–53. (In Russ.))]. <https://cyberleninka.ru/article/n/patsienty-s-proyavleniyami-ploskogo-lishaya-v-rotovoy-polosti-na-stomatologicheskoy-prieme-statisticheskiy-i-klinicheskiy-analiz>
8. Карташов В. В. Колонизация конструкционных материалов микробной флорой полости рта и ее значение для протезирования. Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». Реабилитация, Врач и Здоровье. 2024;14(3):121–126. [Kartashov V. V. Colonization of structural materials by microbial flora of the oral cavity and its significance for prosthetics. *Bulletin of the Medical Institute «REAVIZ». Rehabilitation, Doctor and Health*. 2024;14(3):121–126. (In Russ.))]. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2024.3.DENT.1>
 9. Коновалова Е. М. Хронические патологии ротовой полости пациентов пожилого возраста. Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2024;(5–5):18–21. [Konovalova E. M. Chronic oral pathology in elderly patients. *International Journal of Humanities and Natural Sciences*. 2024;(5–5):18–21. (In Russ.))]. <https://doi.org/10.24412/2500-1000-2024-5-5-18-21>
 10. Михайлова М. В., Харченко Р. Э., Шутова Д. А., Аль Д. А.М.А. Особенности подбора стоматологических конструкционных материалов при ортопедическом лечении пациентов с красным плоским лишаем. В: Актуальные вопросы современной науки и образования: сборник статей XXX Международной научно-практической конференции; Пенза; 20 июня 2023 года. Ч 1. Пенза: Наука и Просвещение; 2023. С. 142–144. [Mikhailova M. V., Kharchenko R. E., Shutova D. A., Al D. A. M. A. Selection of dental structural materials in orthopedic treatment of patients with lichen planus. In: *Current issues of modern science and education: collection of articles from the XXX International scientific and practical conference*; Penza; June 20, 2023. Part 1. Penza: Science and Education; 2023. Pp. 142–144. (In Russ.))]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=54057640>
 11. Торшина В. А., Маренкова М. Л. Проявления красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта у пациентов с хроническим стрессом: В: Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Сборник статей IX Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов; Екатеринбург; 17–18 апреля 2024 года. Т. 2. Екатеринбург: Уральский государственный медицинский университет; 2024. С. 905–909. [Torshina V. A., Marenkova M. L. Manifestations of lichen planus on the oral mucosa in patients with chronic stress: In: *Current issues of modern medical science and healthcare: Collection of articles from the IX International Scientific and Practical Conference of Young Scientists and Students*; Ekaterinburg; April 17–18, 2024. Vol 2. Ekaterinburg: Ural State Medical University; 2024. Pp. 905–909. (In Russ.))]. <http://elib.usma.ru/handle/usma/22015>
 12. Чиркова Н. В., Лещева Е. О., Левченко Д. М., Подопригра Д. В. Значение комплексной терапии красного плоского лишая полости рта у пациентов со съемными протезами. В: Наука XXI века: вызовы, становление, развитие: Сборник статей X Международной научно-практической конференции; Петрозаводск; 20 марта 2023 года. Петрозаводск: Международный центр научного партнерства «Новая Наука»; 2023. С. 35–43. [Chirkova N. V., Leshcheva E. O., Levchenko D. M., Podoprigora D. V. The importance of complex therapy of lichen planus of the oral cavity in patients with removable dentures. In: *Science of the 21st Century: Challenges, Formation, Development: Collection of Articles from the X International Scientific and Practical Conference*; Petrozavodsk; March 20, 2023. Petrozavodsk: International Center for Scientific Partnership «New Science»; 2023. Pp. 35–43. (In Russ.))]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=50396718>
 13. Утюж А., Самусенков В., Макаров А. Ортопедическое лечение пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта. Врач. 2015;(4):53–55. [Utyuzh A., Samusenkov V., Makarov A. Prosthetic treatment of patients with mucous membrane disease. *Vrach (The Doctor)*. 2015;(4):53–55. (In Russ.))]. <https://vrachjournal.ru/ru/25877305-2015-04-16>
 14. Харченко Р. Э., Путинцев М. Ю., Михайлова М. В., Теблеева Е. Ц., Рудова А. И. Обоснование выбора конструкционного материала для изготовления съемных протезов пациентам с диагнозом «красный плоский лишай слизистой оболочки рта» на основании данных сканирующей электронной микроскопии. Проблемы стоматологии. 2026;22(1):260–266. [Harchenko R. E., Putincev M. Y., Mikhailova M. V., Tebleeva E. T., Rudova A. I. Substantiation of the choice of structural material for the manufacture of removable dentures in patients diagnosed with oral lichen planus based on scanning electron microscopy data. *Actual problems in dentistry*. (In Russ.))]. <https://doi.org/10.18481/2077-7566-2026-22-1-260-266>
 15. Abdusalamova K., Worm M., Solimani F. Hydroxychloroquine is safe and efficacious in oral lichen planus: data from a large outpatient cohort. *Archives of dermatological research*. 2025;317(1):711. <https://doi.org/10.1007/s00403-025-04226-7>
 16. Ismail F. F., Sinclair R. Clinical healing of erosive oral lichen planus with tildrakizumab implicates the interleukin 23/interleukin17 pathway in the pathogenesis of lichen planus. *The Australasian journal of dermatology*. 2020;61(2): e244–e245. <https://doi.org/10.1111/ajd.13183>
 17. Xie Y., Xu H., Li C., Wang Y., Lu R., Hua H. et al. Hydroxychloroquine is effective in oral lichen planus: a multicenter, randomized, controlled trial. *Oral diseases*. 2024;30(5):3126–3135. <https://doi.org/10.1111/odi.14746>