

16 мм/ч [12; 20], при этом у 24,1% – в пределах нормы. Средний уровень СРБ составил 41,8 мг/л [15,9; 78], при этом повышение наблюдалось у 87,6% пациентов.

Выводы.

1. Вклад СРБ в диагностическую достоверность был значительно больше, чем вклад СОЭ, который, в свою очередь, показал лучшие результаты, чем общее количество лейкоцитов.

2. Оценка общих воспалительных показателей имеет ограниченную диагностическую ценность.

3. Маркеры воспаления следует рассматривать только в сочетании с историей болезни и клиническим обследованием.

4. Абсолютная лимфоцитопения у 20,6% пациентов указывает на снижение активности приобретенного иммунитета и, возможно, недиагностированную ковид-инфекцию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Внебольничная пневмония у взрослых: клинические рекомендации / Министерство здравоохранения РФ; С.Н. Авдеев, А.В. Дехнич, А.А. Зайцев [и др.]; Российское респираторное общество [и др.]. – Москва, 2021. – 133 с. – URL: https://spulmo.ru/upload/kr/Pneumonia_2021.pdf (дата обращения: 05.02.2025).

2. Круглякова, Л.В. Современные аспекты внебольничной пневмонии / Л.В. Круглякова, С.В. Нарышкина, А.Н. Одиреев. – DOI 10.12737/article_5c89acc410e1f3.79881136 // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2019. – № 71. – Р. 120-134.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФУЛЬВОВОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Быкова К. В., Жданова М. Л., Тиунова Н. В.

Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет
им Н.И. Лобачевского

Актуальность. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта (КПЛ СОР) проявляется разнообразной клинической симптоматикой, а также склонностью к рецидивированию и озлокачествлению [1, 2]. Эрозивно-язвенная форма КПЛ СОР является наиболее тяжелой формой заболевания, при которой определяются эрозии или язвы, болезненны при пальпации, вокруг которых локализуются характерные для данного заболевания элементы поражения – папулы серо-белого цвета. Данная патология значительно ухудшает качество жизни пациентов и требует сложного лечения [3, 4]. Перспективным является применение в

комплексном лечении данной патологии фульвовой кислоты, которая обладает антиоксидантными, противовоспалительными и иммуномодулирующими свойствами с целью воздействия на основные звенья патогенеза заболевания.

Цель. Представить опыт применения фульвовой кислоты в комплексном лечении пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта.

Методы исследования. В исследовании приняли участие 23 пациента (19 женщин и 4 мужчин) в возрасте от 44 до 55 лет с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая слизистой оболочки рта. Всем пациентам проводили устранение местных травмирующих факторов, обучали гигиене полости рта. После эпителизации эрозивно-язвенных поверхностей даны рекомендации по проведению профессиональной гигиены полости рта. Также по показаниям пациенты записаны на санацию полости рта и проведение рационального протезирования. В зависимости от местного лечения все пациенты были разделены на основную группу (12 человек), где проведены аппликации с гелем на основе фульвовой кислоты, и группу сравнения (11 человек), пациентам которой рекомендовали аппликации с витамином А. Площадь эрозивно-язвенной поверхности оценивали на 7, 14, 21 день с помощью наложения пищевой пленки на поверхность эрозии, маркировки маркером и использования линейки.

Результаты и их обсуждение. В первой группе через 7 дней после лечения наблюдалось уменьшение площади эрозивной поверхности на 30%, через 14 дней – на 50%, через 21 день – у 9 пациентов наблюдали полную эпителизацию, во второй группе – через 7 дней наблюдалось уменьшение площади эрозивной поверхности на 15%, через 14 дней – на 25%, через 21 день – у 3 пациентов наблюдали полную эпителизацию. При отсутствии эффективности консервативной терапии пациенты были направлены к врачу-дерматологу для назначения системной кортикостероидной терапии, после курса которой через 3 недели наблюдали полную эпителизацию эрозий у пациентов обеих групп наблюдения.

Выводы. Таким образом, применение фульвовой кислоты в комплексном лечении красного плоского лишая слизистой оболочки рта является перспективным, но требует дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Porter, C. Oral and maxillofacial medicine: the basis of diagnosis and treatment, 3rd edition / C. Porter // British dental journal. – 2013. – Vol. № 3. – P. 214, 426. – DOI: 10.1038/sj.bdj.2013.423.
2. Scully, C. Oral mucosal disease: lichen planus / C. Scully, M. Carrozzo // Br. J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2008. – Vol. 46, № 1. – P. 15-21. – DOI: 10.1016/j.bjoms.2007.07.199.
3. Therapeutic strategies for oral lichen planus: state of the art and new insights / D. Didona, R.D. Caposiena Caro, A.M. Sequeira Santos [et al.] // Front. Med (Lausanne). – 2022. – Vol. 4, №9. – P. 997190. – DOI: 10.3389/fmed.2022.997190.
4. Некоторые особенности стоматологического статуса пациентов с проявлениями типичной и эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки рта / О. А. Гурьевская, И. Н. Усманова, З. Р. Хисматуллина [и др.] // Проблемы стоматологии. – 2022. – Т. 18, № 3. – С. 82-89. – DOI 10.18481/2077-7566-2022-18-3-82-89. – EDN TAOQGC.