

## Сравнително проучване на клиничната ефективност на такролимус 0.1% и клобетазол пропионат 0.05% при лечение на десквамативен гингивит, изява на орален лихен планус

Лилия Кавлакова\*

\*Катедра „Пародонтология и ЗОЛ“, Факултет по Дентална Медицина, МУ-Пловдив

**Въведение:** Лечението на десквамативния гингивит (ДГ), изява на орален лихен планус (ОЛП) е симптоматично, поради хроничния и аутоимунен характер на заболяването. Средство за лечение от „първа линия“ са топикалните кортикостероиди. Проведените до този момент проучвания за ефективността на топикалните калциневринови инхибитори, и по специално такролимус при лечението на ОЛП са оскъдни и доста противоречиви.

**Цел:** Да се сравни клиничната ефективност на топикално приложения такролимус 0,1% и клобетазол пропионат 0,05% при лечение на ДГ, изява на ОЛП.

**Материали и методи:** В проучването бяха включени 20 пациенти с гингивална изява на ОЛП, който беше доказан клинично и хистологично. Пациентите бяха разделени на случаен принцип в 2 групи: група А – бяха лекувани с топикалния имunosупресор такролимус 0.1% мехлем („Protopic“ 0,1%), група Б – с топикален кортикостероид, с висок потенциал на действие клобетазол пропионат 0.05% крем („Дермоват“ 0,05%). Последните бяха инструктирани да прилагат топикалните медикаменти 2 пъти дневно първите две седмици и 1 път дневно третата седмица с помощта на индивидуално изработени оклузивни шини. Пациентите, третирани с топикален кортикостероид, прилагаша допълнително антимикотичния препарат „Дактарин“ гел. След преустановяване на терапията, пациентите бяха проследявани на 1, 2 и 3 месец за възникване на рецидив.



Фиг.1: Инициален клиничен вид на пациент с атрофично-ерозивна форма на ОЛП



Фиг.2: Индивидуално изработените оклузивни шини

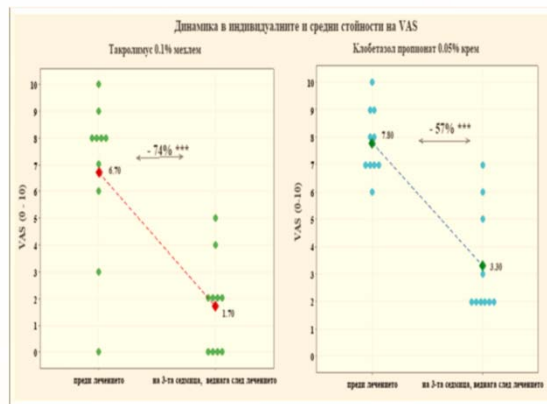


Фиг.3: Интраорално адаптиране на шините

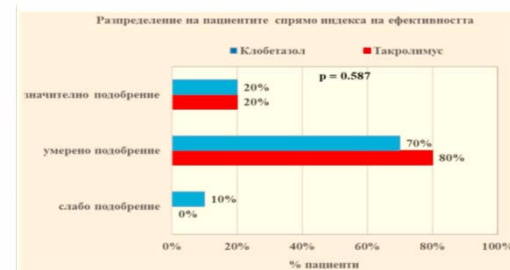


Фиг.4: Значително подобрение след 3-седмично лечение с клобетазол пропионат 0,05% („Дермоват“)

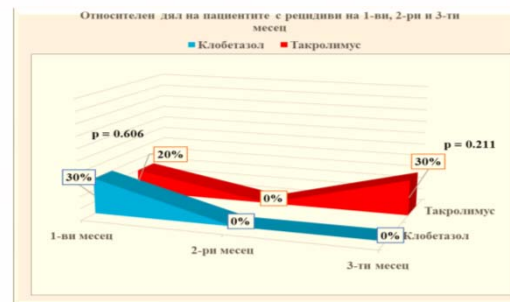
**Резултати:** При пациентите лекувани с топикален такролимус 0.1% се наблюдава 74% редукция на чувството за болка и дискомфорт, оценени с визуално аналоговата скала (VAS), VAS 6.70±3.02 на 1.70±1.76 ( $p < 0.001$ ). Докато при лекуваните с топикален клобетазол пропионат 0.05% - редукцията е 57%, VAS 7.80±1.22 на 3.30±1.94 ( $p < 0.001$ ). Използваният индекс за ефективност показва сходна тенденция и при двете групи, като при мнозинството от пациенти (53% третирани с такролимус 0.1% и 47% с клобетазол пропионат 0.05%) се отчете умерено подобрение. При 20% от лекуваните с топикален такролимус 0.1% и 30% с клобетазол пропионат 0.05% се установи рецидив на 1 месец, без значима разлика ( $p = 0.606$ ). На 2-ри месец не се установи наличие на рецидив (0%) и при двете групи. На 3-ти месец, липсата на рецидив се задържа при всички пациенти лекувани с клобетазол пропионат 0.05%, докато при групата лекувана с такролимус 0.1%, 30% от пациентите показват наличие на рецидив. Разликата не достига значимост ( $p = 0.211$ ).



Фиг.5: Динамика в стойностите на VAS между базово ниво и на 3-та седмица след завършване на лечението



Фиг.6: Разпределение на пациентите спрямо индекса на ефективността



Фиг.7: Относителен дял на пациентите с рецидив на 1-ви, 2-ри и 3-ти месец

**Заклучение:** Топикално приложения такролимус 0,1% показва инициално по-добри резултати в редуцирането на болката и дискомфорта. Въпреки това в дългосрочен план, топикално приложения клобетазол пропионат 0,05% демонстрира стабилна ефективност, тъй като не се наблюдава рецидив на 2 и 3 месец след преустановяване на терапията. Макар че получените от нас резултати показват сходна степен на клинична ефективност и при двата вида терапия, топикално приложения такролимус 0,01% е алтернативна терапевтична модалност при лечение на ДГ, изява на ОЛП.