

## О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ОБОСТРЕНИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

Т.С.Чемикосова

*Кафедра терапевтической стоматологии (зав. — доц. Т.С.Чемикосова)  
Башкирского государственного медицинского университета*

Организация лечения больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта (СОПР) в условиях стоматологической поликлиники до сих пор остается актуальной, так как значительная часть стоматологических учреждений не имеет клинических лабораторий, а если и имеет, то в них проводится минимальный объем исследований. В связи с ростом частоты различных аутоиммунных заболеваний, проявляющихся в полости рта, в частности рецидивирующего афтозного стоматита (РАС), проблема предупреждения его рецидивов и лечения приобретает важное значение в поликлинических условиях. Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения, число больных РАС продолжает увеличиваться, а используемые различные методы лечения дают лишь кратковременный эффект [1, 4—7].

Нарушения в системе иммунитета являются существенным, а нередко решающим фактором возникновения, течения и исхода РАС, который относят ко вторичным иммунодефицитным состояниям организма, возникающим на фоне экологического неблагополучия, массивного воздействия лекарственных веществ (антибиотики, цитостатики, глюкокортикоиды). Многие из них обладают отчетливыми иммуносупрессивными свойствами [2, 9]. В связи с этим неспецифические иммуностимуляторы, прежде оцениваемые как вспомогательные, стали рассматриваться как важные в комплексном лечении заболеваний.

Цель исследования: определение эффективности применения 5-оксиметилаурацила (оксиметацил—ОМЦ), производного пиримидина, для предупреждения обострений РАС.

Проведено клиническое обследо-

вание 50 больных РАС в возрасте от 20 до 55 лет (18 мужчин и 32 женщины). Были определены рН слюны, биоэлектрический потенциал в полости рта, мазки-отпечатки с эрозий; выполнены общий анализ периферической крови, исследования иммунитета по общепринятым методикам. В комплексном лечении больных РАС применяли 6 сеансов ультрафонофореза в импульсном режиме 10% раствора доксилана 2—3 минуты с интенсивностью 0,4 Вт/см<sup>2</sup> с последующим нанесением 10% доксилановой мази на эрозии СОПР. Для коррекции функциональных нарушений при РАС назначали оксиметацил по 1,5 г в день в течение одного месяца.

Из числа первично обратившихся за стоматологической помощью в г.Уфе в последние 10 лет больные с заболеваниями СОПР ежегодно составляют 0,7—0,8%. В каждой стоматологической поликлинике и стоматологическом отделении города на диспансерном учете по поводу РАС находятся от 3 до 9 человек в возрасте 20—56 лет.

Нами были выявлены следующие закономерности — практически у всех больных имелась та или иная патология желудочно-кишечного тракта, наличие в анамнезе ангины, невроза. По клиническому течению РАС преобладает фибринозная форма; рубцующаяся форма встречается в единичных случаях. Обследование в поликлиниках больных РАС включает анализы крови, мочи, соскоб для исключения кандидоза в полости рта, а лечение — санацию полости рта, противовоспалительную и кератопластическую терапию в периоде рецидивов.

Клинические анализы крови у 50 больных РАС показали следующие изменения: у 26% больных имелось незначительное снижение уровня гемоглобина,

Показатели иммунного статуса у больных РАС до лечения ОМЦ и через 2 месяца после его приема (М ± m)

| Показатели                           | РАС                          |                               |                |       |  |
|--------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------|-------|--|
|                                      | исходное обследование (n=50) | повторное обследование (n=50) | t <sub>p</sub> | p     |  |
| Лимфоциты                            |                              |                               |                |       |  |
| Е-РОК (Т-)                           | 72,55 ± 1,37                 | 65,64 ± 1,82                  | 3,0            | <0,01 |  |
| М-РОК (В-)                           | 14,6 ± 1,13                  | 8,77 ± 0,57                   | 4,6            | <0,01 |  |
| Нулевые клетки (Т <sub>0</sub> -), % | 11,6 ± 1,4                   | 25,9 ± 0,19                   | 10,14          | <0,01 |  |
| ТФР-РОК (Т <sub>x</sub> -), %        | 43,3 ± 1,5                   | 37,7 ± 0,28                   | 5,5            | <0,05 |  |
| ТФЧ-РОК (Т <sub>c</sub> -), %        | 29,5 ± 17,3                  | 29,1 ± 0,21                   | 0,23           | <0,05 |  |
| Фагоцитарная активность (ФАЛ), %     | 53,38 ± 1,77                 | 49,74 ± 0,37                  | 1,12           | <0,05 |  |
| НСТ сп, усл. ед.                     | 0,5 ± 0,028                  | 0,44 ± 0,003                  | 2,1            | <0,05 |  |
| НСТ ст, усл. ед.                     | 0,68 ± 0,012                 | 0,62 ± 0,005                  | 4,6            | <0,01 |  |
| ЦИК, усл. ед.                        | 84,4 ± 6,91                  | 57,4 ± 0,38                   | 3,9            | <0,01 |  |
| Иммуноглобулины, г/л                 |                              |                               |                |       |  |
| Ig M                                 | 1,7 ± 0,091                  | 1,07 ± 0,007                  | 7,0            | <0,01 |  |
| Ig A                                 | 2,9 ± 0,14                   | 2,01 ± 0,013                  | 6,36           | <0,01 |  |
| Ig G                                 | 17,0 ± 0,038                 | 11,35 ± 0,073                 | 68,9           | <0,01 |  |

у 90% — снижение количества лейкоцитов, у 3—6% — эозинофилия. СОЭ была в пределах нормы.

У 15 больных РАС в полости рта имелись протезы из разнородных металлов. Исследование биоэлектрического потенциала полости рта с помощью созданного нами устройства выявило колебания показателей от 5 до 21 мкА (в норме этот показатель равен 0); рН слюны натошак у этих же больных была смещена в кислую сторону в пределах 6,7—6,9.

Проведенные исследования показали, что высеваемость стафилококков наблюдалась почти у всех больных РАС. У 23% больных в мазках с поверхности афт обнаружены мицелии гриба рода *Candida* и β-гемолитические формы микроорганизмов, что однозначно свидетельствовало о наличии у них в полости рта явлений дисбактериоза.

Во время обострения процесса на слизистой оболочке полости рта местное медикаментозное лечение и лечение физическими факторами проводили только в утренние и дневные часы с учетом наиболее высокого в это время суток уровня защитных сил организма. Лечение РАС, при котором нарушена целостность эпителия, осуществляли по разработанной нами методике с использованием в комплексе ультрафонофореза (УФФ) доксилана на слизистую оболочку полости рта. После 2 сеансов исчезали

боли при приеме пищи, уменьшились отек и гиперемия слизистой, активная эпителизация наступала через 3,23 ± 0,5 суток. Количество сеансов УФФ доксилана доводили до шести.

Для возможной коррекции иммунитета при РАС 50 больным был назначен ОМЦ, обладающий умеренными анаболическими и иммуностимулирующими свойствами (по 1,5 г в день в течение одного месяца). Через 2 месяца после завершения курса приема ОМЦ больных обследовали повторно в амбулаторных условиях. После приема ОМЦ наблюдалось статистически значимое снижение содержания дифференцированных Т-лимфоцитов с увеличением числа Т<sub>0</sub>-клеток, что свидетельствовало о стимуляции начальных этапов Т-лимфогенеза. В гуморальном звене достоверно снижалось содержание всех иммуноглобулинов и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Наши данные подтверждают нормализующее действие ОМЦ на иммунную систему (см. табл.).

Оптимальным временем для проведения противорецидивного лечения были июнь-июль и январь-февраль. В 70% случаев рецидивы заболевания отсутствовали в течение 6—12 месяцев. Клинические проявления в периоде рецидива после курса профилактических мероприятий отличались стертойостью в 30% случаев. Для закрепления результатов лечения у больных РАС использовали

сероводородные орошения разработанным нами устройством для гидромассажа десен.

Таким образом, применение в комплексном лечении РАС УФФ 10% доксилина на слизистую оболочку полости рта и прием внутрь ОМЦ корректируют функциональные нарушения и предупреждают обострения при РАС.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Банченко Г.В. // Зубоврачебный вестник. — 1993. — № 2. — С. 13—19.
2. Камиллов Ф.Х., Лазарева Д.Н., Плечев В.В. Пиримидины и их применение в медицине. — Уфа, 1992.
3. Лазарева Д.Н., Алехин Е.В., Сибиряк С.В. Иммуностропные свойства лекарственных средств. — Уфа, 1993.
4. Максимовская Л.Н., Царев В.Н., Давыдова М.М., Шищенко В.М. // Стоматология. — 1995. — № 1. — С. 16—19.
5. Мельниченко Э.М., Шугля Л.В. // Здоровоохран. — 1990.

6. Михайлова Р.И., Терехова Н.В., Земская Е.А., Мелкадзе Н. // Стоматология. — 1992. — № 3—6. — С. 27—28.

7. Anne Pedersen / Copenhagen, Munksgaard. — 1993. — P. 37.

Поступила 18.01.03.

#### ON PREVENTION OF RELAPSES OF RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS

T.S. Chemiksova

#### Summary

The efficiency of oxymethacil for preventing aphthous stomatitis relapses is determined. Ultraphonophoresis using 10% doxylane for 2—3 minutes with the intensity of 0,4 Wt/cm<sup>2</sup> (N6) with subsequent administration of 10% doxylane ointment to the mucous erosive lesions has been used in the complex treatment of patients. For correction of general immunity 1,5 g oxymethacil per day for one month has been used. There was no evidence of the disease relapse in 70% of cases for 6—12 months. Manifestations of aphthous stomatitis during relapse period following the treatment were rather mild in 30% of cases.

УДК 616.33 — 002.44 — 036.17 — 06 + 616.34 — 008.87 : 579.835.12] — 092 — 053.2 : 612.017.1 — 02 : 616.314.17 — 002

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С *HELICOBACTER PYLORI*

Р.Э.Уразова, Н.Ш.Шамсутдинов

Кафедра стоматологии детского возраста (зав. — докт. мед. наук Р.Э. Уразова), кафедра патологической анатомии (зав. — проф. Н.Ш. Шамсутдинов) Казанского государственного медицинского университета

В настоящее время воспалительные заболевания пародонта, в том числе в детском возрасте, характеризуются склонностью к рецидивирующему течению, особенно при патологии желудочно-кишечного тракта. Традиционные схемы лечения воспалительных заболеваний пародонта у лиц с гастродуоденальной патологией малоэффективны [4, 5]. Самой актуальной в гастроэнтерологии остается проблема реинфицирования и развития рецидивов язвенных и воспалительных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. В последние годы в гастроэнтерологической практике все чаще назначают противорецидивное лечение с использованием антигеликобактерных препаратов [2, 7].

В ходе исследований [5, 6] полость рта была определена как источник реинфицирования и рецидивов *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки и тканей пародонта. Результаты этих исследований позволили рекомендовать включение в традиционные схемы лечения *Helicobacter pylori*-ассоциированной гастродуоденальной патологии мероприятий, направленных на подавление этого микроба в полости рта.

Учитывая литературные данные и результаты собственных исследований, выявившие особенности поражения тканей пародонта в детском возрасте при *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваниях желудка и двенадцатиперст-