

ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ЯЗВЕННОГО СТОМАТИТА

Е.Н. Дычко, А.В. Самойленко, И.А. Романюта, А.В. Штомпель

ГЗ Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины

Резюме

Проведено обследование и лечение 38 больных острым язвенно-некротическим стоматитом в подростковом и молодом возрасте. Доказано, что значительное большинство больных имели хронические воспалительные очаги в околозубных тканях и небных миндалинах. Начало повреждения слизистой оболочки рта четко связывается с перенесенным стрессом в виде переохлаждения и физического переутомления, что на фоне бактериальной сенсibilизации СОПР провоцировало ее некрозы. Это подтверждено бактериологическим исследованием. Проведенная комплексная терапия этиотропного и патогенетического направления с использованием цистамина и оксигенотерапии позволила получить стойкий лечебный эффект в короткий срок.

Ключевые слова: больные, язвенно-некротический стоматит, кислородная терапия, цистамин.

Summary

38 patients of teenage and young age with acute necrotizing stomatitis were examined and treated. It was proved that the majority of patients had chronic inflammatory lesions in periodontal tissues and tonsils. The beginning of oral mucosa damage is associated with stress in the form of physical exhaustion or hypothermia which provoked its necrosis. This fact was proved by bacteriological test. The patients were treated in complex with cystamine and oxygenation, which allowed us to obtain stable therapeutic effect in a short period of time.

Key words: patients, necrotizing stomatitis, oxygen therapy, cystamine.

Литература

1. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота/ М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – К.: Здоров'я, 1998.- 406 с.
2. Хоменко Л.А. Терапевтическая стоматология детского возраста/ Л.А. Хоменко.- К.: Книга плюс, 2007.- 816 с.
3. Дичко Є.Н. Захворювання слизової оболонки порожнини рота у дітей/ Є.Н. Дичко.- Дніпропетровськ: Б/В, 1993.- 54 с.
4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота у дітей / О.І. Марченко, Р.В. Казакова, Є.Н. Дичко [та ін.]. - Ів.-Франківськ: Вид-во мед.академії, 2004.- 134 с.
5. Срібник П.Л. Лікування протезного стоматиту у дітей, що користуються знімними ортодонтичними апаратами: дис. ... канд.мед.наук / П.Л. Срібник.- Дніпропетровськ, 1999.- 112 с.
6. Ralf E.Mc.Donald. Dentistry for the Child and Adolescent/ P.E.Mc.Donald, D.R.Avery.- St.Louis Baltimore, 2003.-765 p.
7. Pinkham I.R. Pediatrics Dentistry.- 2nd ed. / I.R. Pinkham. - W.B. Saunders Company, 1994.-647 p.
8. Cawson R.A. Essentials of oral pathology and oral medicine / Cawson R.A., Odell E.W. - Churchill Livingstone, 1998.- 372 p.

Исходя из статистических данных, язвенно-некротический стоматит составляет значительную часть многочисленных повреждений слизистой оболочки полости рта (СОПР), достигая 5% [1,2,3]. Это типичное инфекционное заболевание на фоне соответствующей иммунной реакции после предварительной сенсибилизации покровных тканей полости рта и с реализацией феномена Артюса. У детей и молодых людей чаще клинически проявляется в виде острого язвенно-некротического стоматита вследствие сенсибилизации фузоспириллярной микрофлорой, как

выраженными анаэробами. Даже у здоровых людей фузоспирохетоз имеет место в десневых карманах, а в значительном количестве присутствует в нелеченных гангренозных зубах, под капюшоном десны зубов при затрудненном прорезывании, при наличии воспаления в пародонте или в небных миндалинах. Готовность слизистой оболочки полости рта к некрозу после периода сенсibilизации анаэробной флорой реализуется при определенных условиях стрессорного порядка: заболевании банальным или специфическим инфекционным воспалением, переохлаждении, переутомлении и тому подобное, что провоцирует сбой в работе иммунной системы.

Клинически заболевание сопровождается выраженной интоксикацией, повреждением покровных тканей полости рта и может протекать как в тяжелой, средней, так и легкой форме. Общее самочувствие и трудоспособность больного откровенно нарушены, а болезненные язвы на СОПР создают большие трудности в приеме пищи и общении с людьми, ухудшая качество жизни [3,4]. К сожалению, комплексное лечение язвенно-некротического стоматита достаточно длительное, нередко более эффективное в условиях госпитализации, поэтому создает определенные трудности и требует соответствующей специализации в оказании помощи больному [4,5]. Необходимо отметить и то обстоятельство, что следует провести четкую дифференцированную диагностику со всеми заболеваниями, которые проявляются язвенными и некротическими элементами поражения СОПР, особенно острой и хронической лейкемией, что требует от врача известной бдительности и достаточно опыта работы в мукологии [6]. В комплексной терапии, по мнению специалистов, должны присутствовать антибиотики, противовоспалительные, антигистаминные, дезинтоксикационные средства при условии тщательной обработки элементов поражения анестетиками, антибактериальными, некролитическими веществами [7,8]. Особенно уместны препараты

антианаэробного ряда, содержащие кислород и хлор. Вместе с тем, возможны ошибки и осложнения как диагностического, так и лечебного характера, вплоть до летального исхода, например, от острого сепсиса. Все это требует внимательного подхода в выборе рациональной и комплексной схемы терапии язвенно-некротического стоматита и поиска в разработке наиболее эффективных лечебных вмешательств.

Целью данного исследования явилось повышение эффективности лечения язвенно-некротического стоматита с использованием оксигенотерапии в комплексе лечебных действий.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели было обследовано в процессе лечения 38 больных с острым язвенно-некротическим стоматитом, среди которых мужчин было 22 и женщин — 16 человек. Возраст больных находился в пределах от 15 до 30 лет, при этом в возрасте 15-19 лет было 17, 20-25 лет — 10 и 26-30 лет — 11 человек. Длительность заболевания до обращения за врачебной помощью составляла 1-3 дня у 23 и 4-6 дней - у 15 больных. Заболевание проявлялось типичными признаками острого язвенно-некротического стоматита с общей интоксикацией и образованием элементов поражения в полости рта. При этом лишь у 5 больных изъязвления локализовались на десневом крае диффузно на обеих челюстях, у 12 больных — в виде полигональных язв на слизистой оболочке языка, щек и губ, а у 21 язвы располагались на подвижной слизистой оболочке и деснах одновременно.

На обследовании оказалось, что в 27 случаях имели место гангренозные нелеченные зубы, в том числе корни разрушенных зубов, в 5 — перикоронарит, в трех - патологические десневые карманы, в трех случаях - обострившийся хронический тонзилит. Характерным было то, что накануне заболевания 17 лиц отмечали переохлаждение организма, 11 — физическое переутомление (чаще спортивные нагрузки), 5 — психотравму бытового характера и 5 — перенесенный грипп. Для

сопоставления данных обследовано 10 практически здоровых лиц молодого возраста.

Во всех случаях больным проведено стандартное изучение показателей гемограммы и мочи, а также бактериоскопическое и цитологическое исследование мазка-отпечатка по З.С. Василенко из элементов поражений и смывов из полости рта в динамике наблюдений. Особое внимание уделялось оценке фузоспириллярной микрофлоры, как ведущему возбудителю язвенного стоматита, и клеточному составу в материале исследования (лимфоцитов, плазматических клеток), которое формирует местное иммунное поражение.

Больным проводилось комплексное лечение острого язвенно-некротического стоматита, основу которого составляли: диета жидкая и калорийная, цистамина дигидрохлорида по 0,2 г, аскорутин по 0,2 г, тавегил по 0,1 г три раза в сутки. В полости рта врач проводил два раза в день тщательную некротомию тугой струей из шприца для воды раствором фурацилина (1:5000), прием кислородной пены (рис. 1) из специального устройства для оксигенотерапии дважды в день и обработку язвенных поражений спреем с анестетиком перед приемом пищи. Курс лечения составлял 6-10 суток.

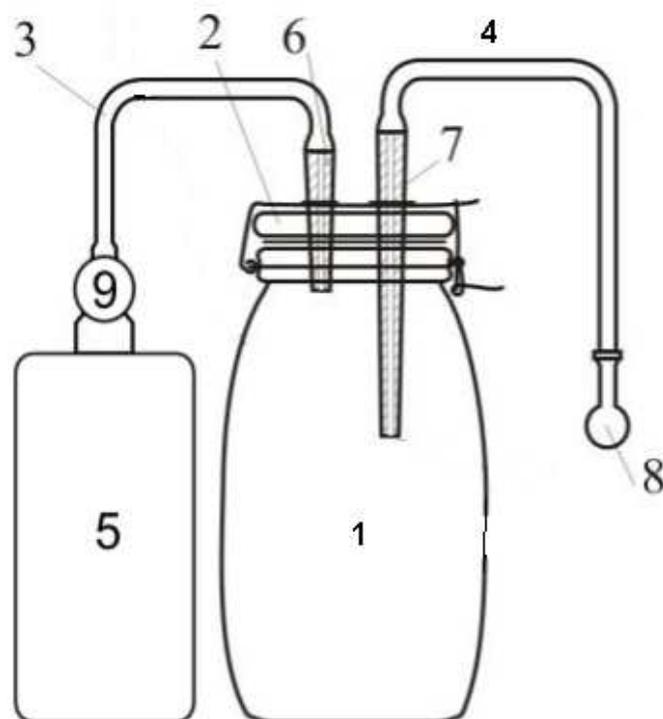


Рис.1. Устройство для оксигенотерапии: 1 — аппарат Боброва; 2 — пробка; 3 — шланг с кислородом; 4 — шланг с пеной; 5 — баллон медицинского кислорода; 6,7 — штуцер; 8 — наконечник; 9 — редуктор

Для получения кислородной пены использовали аппарат Боброва, который через гибкий резиновый шланг и редуктор подключали к баллону с медицинским кислородом, в аппарат помещали 1 стакан фруктового сиропа с 1 белком свежего куриного яйца и пропускали через коктейль кислород. Образовавшаяся пена поступала через выводной шланг в наконечник, при помощи чего больной ее употреблял.

Цистамина дигидрохлорид, являясь аминотиолом, обладает способностью уменьшать число радикалов в воспаленных тканях. Образовавшийся таурин как естественный продукт серосодержащей аминокислоты цистамина имеет свойство осморегуляции и мембрано-протекторного действия, что оптимизирует фосфолипидный состав мембран клеток, нормализует обмен ионов кальция и калия в клетках, улучшает метаболические процессы и микроциркуляторный кровоток. Значительно повышает дезинтоксикационные процессы, является мощным

антиоксидантом и иммуномодулятором.

Кислород обладает мощным антибактериальным свойством, особенно на анаэробную микрофлору фузоспириллярного вида.

Результаты исследования и их обсуждение. Как установлено в результате обследования больных с острым язвенно-некротическим стоматитом, заболевание поражает преимущественно мужчин подросткового и молодого возраста как носителей хронических очагов инфекции в полости рта и носоглотке, т.е. лиц, игнорирующих систематическое поддержание стоматологического здоровья. Пренебрежительное отношение к своевременной санации полости рта, особенно боязнь лечения или удаления несостоятельных гангренозных зубов и небных миндалин, способствует сенсibilизации покровных тканей полости рта, в том числе и фузоспирохетозом. Вместе с тем, условия, приведшие к стрессорному состоянию организма при наличии сенсibilизации, завершаются разрешающей фазой — некрозом ряда участков СОПР и обильным обсеменением фузобактериями. Подтверждением такого явления является то, что у подавляющего большинства больных заболевание возникло после переохлаждения или физического переутомления.

Видовая характеристика бактериальной флоры из элементов поражения больных острым язвенно-некротическим стоматитом представлена в табл. 1.

Как свидетельствуют данные таблицы, язвенный стоматит сопровождается отчетливым изменением равновесия биоценоза в полости рта больных за счет резистентной и сменной микрофлоры, превышая показатели здоровых лиц в 3-5 раз. Практически все виды бактерий подвергаются высокому уровню размножения в условиях подавления защитных механизмов общего и местного характера. Особенно агрессивное поведение облигатных анаэробов, в том числе вейлонел,

нитевидных бактерий и фузобактерий у всех болеющих лиц. Разумеется, это дает право клиницисту предпринять лечебные действия, направленные на подавление подобной агрессии. Характерным изменениям подверглась цитологическая картина очагов поражения, по данным мазка-отпечатка: наблюдается значительное скопление плазматических клеток, клеток неспецифического воспаления и малых лимфоцитов, участвующих в механизме поломки микроциркуляторной гемодинамики, что в итоге сопровождается тромбозами, некрозом покровных тканей. Обилие в этих тканях анаэробной флоры вызывает усиление повреждающего эффекта от бактериальных токсинов.

Как правило, у больных с язвенным стоматитом имели место умеренный лейкоцитоз, лимфоцитоз, эозинофилия, ускоренная СОЭ в крови, а также повышение уровня лейкоцитов, эпителиальных клеток и появление белка в моче.

Таблица 1

Видовая характеристика бактериальной флоры из элементов поражения

Виды микрофлоры	Частота выявления, %		Число бактериальных клеток в 1 мл	
	здоровые	больные	здоровые	больные
<u>Резистентная флора:</u>				
Str. Mutans	100	100	1.5×10^5	3×10^5
Str. Salivarius	100	100	10^7	$1,5 \times 10^7$
Str. Mitins	100	100	10^6	$1,6 \times 10^6$
Лактобактерии	90	100	10^3	$1,7 \times 10^3$
Staphilococcus	3	2,0	10	$7,0 \times 10$
<u>Облигатные анаэробы:</u>				
Вейлонелы	100	100	10^6	$1,5 \times 10^7$
Нитевидные бакт.	100	100	10	2×10^2
Фузобактерии (bac. Perfringens, bac. Aedematiens, bac. Fusiformis, bac. Hystoliticus Vibrio septicus)	75	100	10^3	$1,1 \times 10^3$
<u>Смешанная флора:</u>				
Klebsiella	15	30	10^2	$1,5 \times 10^2$
Eschericha	2	5	10	$1,2 \times 10$
Aerobacter	3	5	10^2	$1,6 \times 10^2$

Проведенное комплексное лечение с применением этиотропного (антибактериального) и патогенетического (иммунопротекторного,

антиоксидантного) направления с использованием цистамина дигидрохлорида, тавегила, нитрофурана, кислорода дало существенный эффект. У подавляющего большинства больных полное очищение и эпителизация язв в полости рта без признаков рубцевания наступали на 3-5 сутки лечения (30 случаев) и лишь 8 больным со средне-тяжелой степенью язвенного стоматита потребовалось лечение в течение 10 суток.

Выздоровление сопровождалось нормализацией показателей общего анализа крови и мочи, цитологических и бактериоскопических показателей смывов полости рта. Случаев рецидива язвенно-некротического стоматита не наблюдалось.

Выводы

1. Острый язвенно-некротический стоматит в большинстве случаев возникает у подростков и молодых людей при условии действующих одонто- и риногенных хронических очагов инфекции.

2. Важным условием появления язвенного стоматита у таких лиц является предварительная стрессорная ситуация в виде переохлаждения или переутомления организма как пускового механизма некроза покровных тканей в полости рта.

3. Существенные изменения картины биоценоза полости рта с бурной активацией фузоспирохетоза указывают на важнейшую роль анаэробной флоры в заболевании острым язвенно-некротическим стоматитом.

4. Учитывая сложную природу язвенного стоматита, следует признать высокоэффективным комплексное этиотропное и патогенетическое лечение с использованием цистамина дигидрохлорида, тавегила, нитрофурана и оксигенотерапии.