



7universum.com
UNIVERSUM:

МЕДИЦИНА И ФАРМАКОЛОГИЯ

ПРИМЕНЕНИЕ АТАРАКСА И ЭПЛАНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

Успенская Ольга Александровна

канд. мед. наук, доцент,

заведующий кафедрой терапевтической стоматологии

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия

Минздрава России»,

РФ, г. Нижний Новгород

E-mail: Uspenskaya.olga2011@yandex.ru

THE USE OF ATARAX AND EPLAN IN INTEGRATED TREATMENT OF CHRONIC RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS

Uspenskaya Olga

candidate of Medical Sciences, Associate professor, Head of Dental Therapy Chair,

State Budget Educational Institution of Higher Professional Education Nizhny

Novgorod State Medical Academy of Russian Ministry of Health,

Russia, Nizhny Novgorod

АННОТАЦИЯ

Проведено стоматологическое обследование и последующее лечение женщин с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом при наличии урогенитальной инфекции. Применение галавита, атаракса и местное использование эплана оказалось наиболее эффективным.

ABSTRACT

A dental examination and subsequent treatment of women with chronic recurrent aphthous stomatitis in the presence of genitourinary infection is carried out. Application of Galavit, Atarax and local use of Eplan is the most effective.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий афтозный стоматит, галавит, атаракс, эплан.

Keywords: chronic recurrent aphthous stomatitis, Galavit, Atarax, Eplan.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) — достаточно распространенное заболевание в стоматологической практике. Для него характерно длительное течение, склонность к рецидивам и устойчивость к различным видам терапии. Этиология и патогенез этого заболевания, несмотря на многочисленные исследования, до сих пор остается до конца не изученным. Существует нейрогенная, иммунная, инфекционно-аллергическая теория происхождения ХРАС (И.М. Рабинович, 1999; В.И. Спицина, 2002; С.Т. Сохов, 2007; 2009; О.Ф. Рабинович, 2010; А. Boldo, 2008) [1; 2; 3; 4; 5; 6]. Существует множество различных методик и препаратов для лечения ХРАС. С успехом использовали сублингвальные таблетки галавит в комплексном лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита (С.Т. Сохов, 2007, 2009) [3; 4]. Однако до сих пор проблема лечения ХРАС остается актуальной.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения атаракса и эплана в комплексном лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита у пациенток с урогенитальной инфекцией.

Материалы и методы

Настоящее исследование проводилось на базе кафедры терапевтической стоматологии Нижегородской государственной медицинской академии. Проведено комплексное стоматологическое обследование и последующее лечение 300 женщин с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (афтоз Микулича) в возрасте от 25 до 35 лет (средний возраст $28,2 \pm 1,4$ лет) при наличии урогенитальной инфекции.

В зависимости от применяемых методов лечения больные с ХРАС были рандомизированы на три группы по 100 женщин в каждой:

I группа (основная), где медикаментозная терапия включала общее лечение с включением в комплекс лечебных препаратов галавита, атаракса и местное лечение — аппликации эплана на проблемные участки слизистой оболочки полости рта;

II группа, в которой медикаментозная терапия включала общее лечение с включением в комплекс лечебных препаратов галавита, атаракса и местное лечение — нанесение солкосерил дентальной адгезивной пасты на проблемные участки слизистой оболочки полости рта;

III группа, где медикаментозная терапия включала общее лечение с назначением антигистаминных, поливитаминных препаратов и местное лечение — нанесение солкосерил дентальной адгезивной пасты на проблемные участки слизистой оболочки полости рта.

Все пациенты получали комплексное лечение, включающее устранение травматических факторов, назначение антисептических средств, местных обезболивающих, эпителизирующих средств и прием витаминных препаратов.

Сублингвальные таблетки галавит назначали по схеме: 10 дней — ежедневный прием — 4 таблетки в сутки и в последующем — 10 дней прием таблеток через день в той же суточной дозе. Таким образом, курс лечения составлял 30 дней. Атаракс назначался в 3 приема по 12,5 мг утром и днем, 25 мг вечером в течение 4 недель. В полости рта после антисептической обработки применяли аппликации с эпланом продолжительностью 20—30 мин 3-4 раза в день до полной эпителизации элементов поражения. Наблюдение за пациентками осуществлялось на протяжении 12 -месяцев после проведенной терапии.

Результаты исследования

В ходе клинического наблюдения отмечен выраженный лечебный эффект у всех пациенток с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, который отмечали на 4—13 сутки. Это выражалось в снижении интенсивности воспаления, в активной эпителизации элементов поражения, снижении болевых

ощущений и дискомфорта, снижении выраженности интоксикации, улучшении общего состояния пациенток и нормализации психоэмоционального статуса.

Таблица 1.

Динамика жалоб пациенток I группы с ХРАС и урогенитальной инфекцией под влиянием лечения

Жалобы	До лечения, %	3 день лечения, %	5 день лечения, %
Боль	100	50	0
Жжение	87	38	0
Стянутость	85	12	0
Дискомфорт	100	88	0
Гиперсаливация	57	7	0

До лечения все пациентки жаловались на боль и дискомфорт в полости рта, усиливающиеся при приеме раздражающей пищи, 87 % отмечали жжение в слизистой оболочке, 85 % — стянутость, 57 % жаловались на повышенное слюноотделение (таблицы 1, 2, 3). Лечение пациенток I группы приводило к полному исчезновению жалоб уже к 5 дню (таблица 1), тогда как лечение пациенток II группы — к 7 дню (таблица 2).

Таблица 2.

Динамика жалоб пациенток II группы с ХРАС и урогенитальной инфекцией под влиянием лечения

Жалобы	До лечения, %	3 день лечения, %	5 день лечения, %	7 день лечения, %
Боль	100	86	26	0
Жжение	87	64	28	0
Стянутость	85	21	15	0
Дискомфорт	100	100	83	0
Гиперсаливация	57	11	8	0

Значительное улучшение состояния пациенток III группы наблюдалось к 7—10 дням лечения, при этом на 10 день отсутствовали жалобы на боль и стянутость слизистой оболочки (таблица 3).

Таблица 3.**Динамика жалоб пациенток III группы с ХРАС и урогенитальной инфекцией под влиянием лечения**

Жалобы	До лечения, %	3 день лечения, %	5 день лечения, %	7 день лечения, %	10 день лечения, %
Боль	100	100	90	61	0
Жжение	87	85	77	62	2
Стянутость	85	79	75	55	0
Дискомфорт	100	100	100	100	18
Гиперсаливация	57	50	39	27	2

Динамика жалоб пациенток напрямую связана с процессами эпителизации элементов поражения на слизистой оболочке полости рта. Так, в III группе обследуемых к 10.7 ± 1.2 дню наблюдения отмечалась полная эпителизация афт и выздоровление пациенток.

Во II группе сроки сокращались до 6.9 ± 0.1 дней. Тогда как в I группе эпителизация элементов наступала уже на 4.4 ± 0.2 день наблюдения. При этом наблюдались статистически достоверные различия между группами сравнения ($p < 0,05$) (таблица 4).

Таблица 4.**Сроки эпителизации афт**

Группы пациенток	I группа	II группа	III группа
Начало эпителизации, дни	2.9 ± 0.1	$3.5 \pm 0.1^*$	$6.7 \pm 0.3^*$
Полная эпителизация, дни	4.4 ± 0.2	$6.9 \pm 0.1^*$	$10.7 \pm 1.2^*$

** статистически значимые отличия между I, II и III группой, $p < 0,05$*

Продолжающийся курс приема галавита и атаракса позволил закрепить достигнутый результат, что было особенно важно для пациенток с наличием урогенитальной инфекции. Наблюдение всех пациенток в течение 12 месяцев после полного курса лечения позволило констатировать длительную ремиссию. В I группе рецидива развития афт не было выявлено. Во II группе рецидив

возник через 10 месяцев после лечения. В III группе афтозные элементы появлялись через 3, 4, 6, 9 месяцев после проведенного курса.

Заключение

Применение галавита, атаракса и местное использование эплана на проблемных участках слизистой оболочки полости рта у пациенток с хроническим рецидивирующим стоматитом при наличии урогенитальной инфекции в комплексном лечении оказалось наиболее эффективным.

Список литературы:

1. Рабинович И.М. Клиническое изучение солкосерил-дентальной адгезивной пасты и мундизал-геля при лечении хронического рецидивирующего афтозного и герпетического стоматитов / И.М. Рабинович, Г.В. Банченко, О.Ф. Рабинович // Стоматология. — 1999. — № 6. — С. 20—22.
2. Рабинович О.Ф. Рецидивирующий афтозный стоматит: классификация, клинические формы и лечение / О.Ф. Рабинович, И.М. Рабинович // Стоматология. — 2010. — Т. 78, № 3. — С. 76—79.
3. Сохов С.Т. Комплексное лечение ХРАС с применением сублингвальных таблеток иммуномодулирующего препарата галавит / С.Т. Сохов, А.А. Цветкова, Л.А. Аксамит // Российский стоматологический журнал. — 2009. — № 2. — С. 56—60.
4. Сохов С.Т. Применение иммуномодулятора галавит в схеме комплексного лечения рецидивирующего афтозного стоматита / С.Т. Сохов, А.А. Цветкова, А.В. Терещенко, Л.А. Цветкова // Dental Forum. — 2007. — № 3. — С. 18—22.
5. Спицына В. И.К вопросу о сенсбилизации и её коррекции у больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом / В.И. Спицына // Проблемы стоматологии и нейростоматологии. — 1999. — № 4. — С. 23—26.
6. Boldo A. Major recurrent aphthous ulceration: case report and review of the literature // Conn med. — 2008. — Vol. 72, № 5. — P. 271—273.