



УДК 616.31-002.157.2-08

Комплексное лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита с использованием препаратов линейки «Асепта»

Е.Н. СИЛАНТЬЕВА, Н.В. БЕРЕЗИНА, С.М. КРИВОНОС

Казанская государственная медицинская академия

Силантьева Елена Николаевна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической, детской стоматологии и ортодонтии
420033, г. Казань, ул. Сабан, д. 4, кв. 69
тел. 8-917-391-17-89, e-mail: ElenaSilantjeva@mail.ru

В статье приведены результаты обследования больных с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, получавших в составе комплексного лечения препараты линейки «Асепта». Показана эффективность препаратов линейки «Асепта» как средств симптоматической терапии в составе комплексного лечения пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом.

Ключевые слова: препараты линейки «Асепта», хронический рецидивирующий афтозный стоматит, лечение.

Combined treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis with the use of medications of an «Asepta» line

E.N. SILANTYEVA, N.V. BEREZINA, S.M. KRIVONOS

Kazan State Medical Academy

The article presents the results of patients' examination with chronic recurrent aphthous stomatitis which were taking medications of an «Asepta» line as a part of combination treatment. It is demonstrated the efficiency of medications of an «Asepta» line as symptomatic agents in the complex treatment of patients with chronic recurrent aphthous stomatitis.

Key words: medications of an «Asepta» line, chronic recurrent aphthous stomatitis, treatment.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) — хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта (СОПР), встречается у 5-60% больных [1, 2]. Заболевание характеризуется тяжелым и длительным течением, частыми рецидивами, резистентностью к различным методам лечения [1-3].

В настоящее время этиология и патогенез ХРАС остаются до конца не выясненными, а лечение больных представляет определенные трудности. ХРАС принято рассматривать как многофакторное заболевание, в развитии которого участвуют аутоиммунные, аллергические процессы, эндокринные нарушения, наследственные факторы [1-4]. Имеется тесная связь развития ХРАС с соматической патологией (заболеваниями ЖКТ, функциональными расстройствами центральной и вегетативной нервной системы, гипо- и авитаминозами, очагами фокальной инфекции).

В последние годы особое внимание уделяется особенностям состава и взаимодействия микрофлоры полости рта при ХРАС. Доказано, что у пациентов с ХРАС имеются нарушения местных факторов защиты полости рта — снижение концентрации лизоцима, увеличение бета-лизинов, уменьшение содержания секреторного и сывороточного IgA в ротовой жидкости. При рецидивирующем афтозном стоматите в полости рта микробные ассоциации представлены кокковой флорой, в составе которой значительное место занимают коагулазонегативный стафи-

лококк и анаэробные кокки (пептококки, пептострептококки), встречаются также грибы и кишечная палочка [3, 4]. Установлена прямая зависимость между длительностью течения рецидивирующего афтозного стоматита и количеством вирулентных микроорганизмов, что указывает на снижение резистентности слизистой оболочки рта. Численность микробных ассоциаций на ее поверхности коррелирует также и с тяжестью течения заболевания [4].

Цель исследования — оценка эффективности комплексного лечения больных с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом с использованием препаратов линейки «Асепта»

Материалы и методы

Изучение эффективности препаратов линейки «Асепта» проведено на кафедре терапевтической, детской стоматологии и ортодонтии КГМА с соблюдением принципов добровольности и конфиденциальности.

Под наблюдением находились 20 человек (из них 10 женщин и 10 мужчин) в возрасте от 25 до 44 лет с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа (основная) — 10 человек, которым в составе комплексного местного лечения назначали препараты линейки «Асепта», и 2-я группа (контрольная) — 10 лиц, им рекомендовалась традиционная терапия. Диагноз ХРАС устанавливали на основании данных анамнеза и характерной клинической картины заболевания.

Оценивали гигиеническое состояние полости рта до лечения, по окончании 7-дневного курса лечения и через 14 дней после начала лечения: по индексу Грин-Вермильона (ИГ ОНІ-S), который нередко в литературе называется упрощенным индексом гигиены ОНІ-S; о степени адекватности гигиенического ухода за полостью рта и выполнения пациентом рекомендаций судили по индексу качества ухода за полостью рта Podshadley, Halley (ИГ РdH) (1964).

Больные направлялись на микробиологическое исследование для выявления бактериальной и грибковой флоры на пораженной слизистой, для обнаружения антигенов внутриклеточных инфекций (герпеса, микоплазмы, уреаплазмы, хламидий и др.) в клетках слизистой оболочки полости рта больные направлялись на обследования методом прямой иммунофлуоресценции (ПИФ) и методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Всем больным проводили дифференцированное местное комплексное лечение: устранение местных раздражающих факторов, профессиональную гигиену полости рта, санацию полости рта в период ремиссии. Пациентам также назначали поливитамины, десенсибилизирующие средства. Давали рекомендации по соблюдению диеты, нормализации режима питания, сна и отдыха.

В состав используемых в исследовании у пациентов 1-й группы препаратов линейки «Асепта» вошли для местной терапии: бальзам адгезивный «Асепта», гель с прополисом, ополаскиватель для полости рта ACTIVE, лечебно-профилактическая зубная паста. В качестве источника витаминов и микроэлементов назначали витаминно-минеральный комплекс «Асепта» внутрь. Линия средств «Асепта» разработана для применения по рекомендациям врача-стоматолога в домашних условиях.

Обследованные основной группы принимали витаминно-минеральный комплекс «Асепта» по 1 таблетке во время еды в течение 1 месяца. Витаминно-минеральный комплекс «Асепта», выпускаемый в таблетках, покрытых пленочной оболочкой, по 721 мг, 40 штук, содержит коэнзим Q10, витамины D3, С, А, В6, В9, В3, экстракт зеленого чая и кальций. Активные компоненты препарата оказывают противовоспалительное, регенерирующее и укрепляющее действие на СОПР.

Результаты исследования

Наиболее частой причиной возникновения или обострения заболевания были рецидивы хронических соматических заболеваний (болезней органов пищеварения, эндокринной системы). Продолжительность болезни составляла от 3 месяцев до 4 лет. Все больные предъявляли жалобы на появление «язвочки» в полости рта, боли, жжение при воздействии различных раздражителей. Чаще всего элементы поражения локализовались на слизистой оболочке губ, боковых поверхностях языка, слизистой оболочке щек.

Объективно на бледной отечной слизистой оболочке располагалась одна, реже две афты округлой или овальной формы, размером 5-10 мм. Афты, окруженные узким ободком воспалительной гиперемии ярко-красного цвета, не выступали над окружающими тканями. Афты были покрыты серо-белым, фибринозным налетом, резко болезненны при прикосновении, мягкие при пальпации. Пальпация регионарных лимфатических узлов была безболезненна. Общее состояние больных не нарушалось. Клиническая картина продолжалась от 7 до 10 дней, затем через 2-4-6 дней афта освобождалась от налета, а в последующие 2-3 суток эпителизовалась, оставляя на своем месте гиперемию.

При первичном обследовании ГИ ОНІ-S в среднем составил в первой группе $2,26 \pm 0,13$ во второй — $2,31 \pm 0,15$; ГИ РdH — $1,5 \pm 0,12$ и $1,6 \pm 0,14$ соответственно ($p > 0,05$).

У всех больных ХРАС отмечался различной степени дисбак-

териоз слизистой оболочки полости рта. У половины обследованных — по 5 (50,0%) в каждой группе состояние микрофлоры слизистой оболочки полости рта было оценено как субкомпенсированный дисбактериоз (I-II степени), который характеризовался наличием 2-3 патогенных видов. У 3 (30,0%) лиц в каждой группе диагностирована III степень, а у 2 (20,0%) человек в каждой группе — IV степень дисбактериоза.

При микробиологическом исследовании материала со слизистой оболочки полости рта у больных ХРАС преобладали факультативно аэробные грамположительные кокки — у 6 (60,0%) в каждой группе стрептококки и у 4 (40%) в каждой группе — стафилококки. У половины пациентов в каждой группе имела место грибковая обсемененность. Лактобактерии высевались реже — у 2 (20%) лиц каждой группы.

При вирусологическом исследовании мазков-отпечатков со слизистой оболочки полости рта у больных ХРАС чаще выявлялась инфицированность вирусом простого герпеса (60,0%), хламидиями (40,0%), микоплазмой (20,0%). Уреаплазма выявлена в единичном случае только у пациента основной группы.

Наличие в большом количестве случаев у больных грибковой флоры и вируса простого герпеса может свидетельствовать об иммунодепрессивных процессах в системе местного иммунитета, а преобладание аэробной флоры и условно-патогенных стрептококков подтверждает роль микроорганизмов полости рта в патогенезе ХРАС.

Проведенные нами клинические исследования позволили отметить определенный терапевтический эффект применения препаратов линейки «Асепта» при лечении пациентов с ХРАС. При оценке субъективного мнения пациентов все отметили обезболивающий эффект. Ни в одном случае не было зарегистрировано аллергических реакций и побочных эффектов.

У 8 (80,0%) больных 1-й группы и у 6 (60,0%) лиц второй в течение 3-5 дней от начала лечения исчезли боли, чувство жжения при воздействии раздражающих факторов. У всех обследованных 1-й группы к 6-7-му дню отмечалась положительная динамика (снижение интенсивности воспаления, началась активная эпителизация элементов). К 9-10-му дню наблюдалась полная эпителизация элементов и клиническое выздоровление пациентов. У больных второй группы заживление наступало лишь к 13-14-му дню.

Гигиеническое состояние полости рта за время исследования улучшилось у пациентов обеих групп. В результате комплексной терапии с использованием препаратов линейки «Асепта» (1-я группа) у пациентов наблюдалась тенденция к нормализации микробной флоры полости рта к 14-18-му дню, уменьшение случаев дисбактериоза при традиционной терапии произошло на 10,0%, а в основной группе — на 40,0%.

Таким образом, результаты наблюдений свидетельствуют о том, что препараты линейки «Асепта» являются эффективными средствами симптоматической терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита и могут быть рекомендованы как средства выбора в комплексном лечении больных. Доступность, простота и эффективность позволяют рекомендовать их в клиническую практику.

ЛИТЕРАТУРА

- Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. — М.: Медицинское информационное агентство, 2011. — 840 с.
- Терапевтическая стоматология: учебник в 3 ч. Ч. 3. Заболевания слизистой оболочки рта / под ред. Г.М. Барер. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 256 с.
- Клюева Л.А. Микробиологические нарушения и их коррекция при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (на примере г. Сургут): автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Сургут, 2005. — 23 с.
- Ионов В.В. Состояние местного иммунитета, свободнорадикальных процессов и антиоксидантной защиты в слюне при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Москва, 2008. — 27 с.