

© ЕЛЕНСКАЯ Ю.Р., 2012

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛОТНА ТРИКОТАЖНОГО МЕДИЦИНСКОГО СЕТЧАТОГО ДЛЯ МАЗЕВЫХ ПОВЯЗОК

ЕЛЕНСКАЯ Ю.Р.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»,
кафедра терапевтической стоматологии*

Резюме. В статье освещены вопросы лечения герпетического стоматита, описан способ местной терапии герпетического стоматита с использованием полотна трикотажного медицинского сетчатого, пропитанного ацикловиром, разработанный на кафедре терапевтической стоматологии и кафедре инфекционных болезней ВГМУ. Доказана его эффективность при различных степенях тяжести заболевания. Оценена эффективность применения метода у 48 больных герпетическим стоматитом с легкой, среднетяжелой и тяжелой степенью тяжести. Новый способ позволяет достичь уменьшения площади эрозии на 3-й день в 1,8 раза ($p < 0,001$), на 5-й день – в 4 раза ($p < 0,001$) в сравнении с группой с традиционным лечением. Были отмечены более быстрые сроки эпителизации и улучшение стоматологических показателей, характеризующих степень воспаления десны и гигиену полости рта.

Ключевые слова: вирус герпеса, герпетический стоматит, ацикловир.

Abstract. The article is dedicated to the issues of treatment of herpetic stomatitis; the method of local therapy of herpetic stomatitis with the use of knitted medical reticulated material impregnated with acyclovir has been described. This method was developed at the chair of restorative stomatology and the chair of infectious diseases of Vitebsk State Medical University. Its efficacy was proved in various degrees of disease severity. The method was applied in 48 patients with mild, moderate and severe degrees of herpetic stomatitis, thereafter the results were analyzed. The new treatment technique allows to achieve the decrease of erosion area on the third day 1,8 times ($p < 0,001$), on the fifth day 4 times ($p < 0,001$) in comparison with the conventional treatment group. Faster terms of epithelization and improvement of stomatological indices, characterizing the degree of the gums inflammation and oral hygiene were observed.

Заболеваемость хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом (ХРГС) колеблется от 5 до 8 случаев на 100 чело-

век и зависит от возраста: около 85% заболевших – дети до 8 лет, 15% заболевших – лица старше 15 лет. Несмотря на то, что проблеме лечения простого герпеса уделяется достаточно внимания, отдельные вопросы терапии остаются малоизученными. На сегодняшний день резко возросло число больных герпети-

Адрес для корреспонденции: 210032, г. Витебск, ул. Воинов-Интернационалистов, 14-2-86. Тел. моб.: +375 (29) 656-45-05 – Еленская Ю.Р.

ческим стоматитом (ГС), особенно в средне-тяжелой форме. Многие авторы утверждают, что число вновь заболевших ежегодно возрастает более чем на 10% [1,2].

Основные задачи при местном лечении ГС:

– уменьшение тяжести, болезненности и продолжительности клинических проявлений инфекции;

– предупреждение развития осложнений.

Цель работы – изучить эффективность местного лечения герпетического стоматита с использованием трикотажного медицинского сетчатого полотна для мазовых повязок.

Методы

На базе кафедр терапевтической стоматологии и инфекционных болезней Витебского государственного медицинского университета было обследовано 104 ребенка с хроническим герпетическим стоматитом в возрасте от 3 до 17 лет. Основную группу составило 48 детей, больных герпетическим стоматитом. Из них – 22 девочки и 26-мальчиков (45,8% и 54,2% соответственно), у которых применялся предложенный нами метод лечения герпетического стоматита с использованием полотна трикотажного сетчатого медицинского для мазовых повязок. В контрольную группу вошло 56 пациентов с «традиционной терапией»- 32-девочки и 24 мальчика (57,2% и 42,8%). Средний возраст пациентов основной группы $7,02 \pm 3,46$, контрольной $7,87 \pm 3,63$.

Планирование местного лечения герпетического стоматита включает следующие этапы:

1. Опрос с выяснением истории стоматологического и общего анамнезов (наличие конкретных жалоб, частота рецидивов, продолжительность заболевания, характер и результаты проводимого ранее лечения).

2. Оценка уровня общемедицинского и семейного анамнеза (сопутствующая патология, перенесенные заболевания, аллергоанамнез, наследственный фактор).

3. Клинический осмотр: экстраоральный (внешний осмотр), периоральный (область губ, носогубные складки) и интраоральный (осмотр ротовой полости).

Для оценки величины эрозивного поражения использовали индекс «Определение величины эрозивно-язвенного повреждения (Л.Н. Дедова, И.Н. Федорова, 2005)» в первый, третий и пятый день обращения: раствором 1% метиленового синего окрашивали эрозивную поверхность. Затем с помощью лупы и градуированной шкалы осматривали эрозивно-язвенное повреждение и определяли в единицах шкалы величину диаметра

$$S_{\text{эп}} = 0,05 \times (\sum d)^2,$$

где: 0,05 – настоящая координата; $\sum d$ – сумма величины четырех диаметров до границ, окрашенной раневой поверхности, определяется в % соотношении ($S\%$) величины площади эрозивно-язвенных повреждений к стандарту площади, используемой шкалы.

$$S\% = \frac{S_{\text{эп}}}{S_{\text{ст}}} \times 100\%$$

$$S_{\text{ст}} = 314 \text{ мм}^2$$

$S\%$ до 30 мм² (до 10%) – I категория;

31-80 мм² (до 11-25%) – II категория;

свыше 80 мм² (более 25) – III категория.

Учитывая данные о величине площади поражения эрозивно-язвенных повреждений в 1-ый, 3-ий и 5-ый день лечения, а также продолжительность лечения определяли «Индекс регенерации СОРП (ИРСОР) (Л.Н. Дедова, И.Н. Федорова, 2005)».

$$\text{ИРСОР} = \frac{S_0 - S_t}{S_0 \times t} \times 100\%$$

S_0 – величина площади эрозивно-язвенных повреждений;

S_t – величина площади эрозивно-язвенных повреждений в процессе лечения в день исследования;

t – продолжительность, сутки.

Интерпретация:

0-10 – I стадия регенерации СОРП;

11-25 – II стадия регенерации СОРП;

26-50 – III стадия регенерации СОРП;

свыше – IV стадия регенерации СОРП.

Местное лечение включало антисептическую обработку ротовой полости 0,05% раствором хлоргексидина биглюконат с помо-

щью стерильных ватных валиков. Стерильное полотно, обработанное мазью 5% ацикловир, прикладывается к эрозивной поверхности и сверху фиксируется дентальной адгезивной пастой. Пациент уже в домашних условиях удаляет повязку через 1,5-2 часа и самостоятельно обрабатывает очаги поражения 4 раза в день 5% мазью ацикловир. Начиная с 6-го дня заболевания, при отсутствии появления новых элементов поражения, мазь ацикловир заменяют на 5% актовегин. Слизистую ротовой полости орошают 0,05% раствором хлоргексидинабиглюконат, на эрозии наносят полотно трикотажное сетчатое, пропитанное 5% мазью актовегин, и фиксируют дентальной адгезивной пастой. Пациент через 1-1,5 часа самостоятельно удаляет повязку.

В случае появлении новых элементов поражения продолжают проводить противовирусную терапию.

Описание полотна трикотажного медицинского сетчатого

Полотно трикотажное медицинское сетчатое обеспечивает регулирование количества мази в более широком интервале (от 1,5 до 7 г/дм²);

- за счет оригинальной структуры создается минимальный контакт с раневой поверхностью и как следствие обеспечивается минимальная степень адгезии и безболезненность при перевязках;

- хорошо моделируется на ране, обеспечивает наименьшее давление на нее, не сдерживает рост грануляционной ткани. По результатам цитологического исследования установлено, что в процессе применения разработанной для мазевой повязки клетки регенераторной ткани появляются на 0,5-2,5-дня раньше, чем при применении марлевого полотна или тканевого сетчатого материала;

- в сочетании с мазями как на гидрофильной, так и на жировой основе обеспечивает требуемый парообмен в ране, хорошую регенерирующую способность, выдерживает условия паровой радиационной или газовой стерилизации.

Клиническое использование полотна трикотажного сетчатого показало, что предлагаемый материал для мазевых повязок обес-

печивает за счет разработанной структуры лучший лечебный эффект и ускоряют процесс заживления ран.

Технические характеристики полотна трикотажного медицинского сетчатого для мазевых повязок

Поверхностная плотность, г/м ²	(30-100)
Число ячеек на дм ²	(500-4000)
Мазеемкость, г/дм ²	(1,5-7)
Паропроницаемость, г/см ² /час	(2,5-8,0)
Разрывная нагрузка, дан не менее	10

Изобретение по авторским свидетельствам № 1383859; №1510414; №1585938.

Результаты и обсуждение

В результате исследования достоверных различий в величине площади поражения между контрольной и основной группой в день обращения выявлено не было ($p > 0,05$). Установлено, что в основной группе на 3-й день площадь поражения уменьшилась в 1,8 раза ($p < 0,001$), на 5-й день – в 4 раза ($p < 0,001$). В контрольной группе с «традиционным методом лечения» этот же индекс достоверно снизился на 5 день лечения в 1,8 раза ($p < 0,001$) (табл. 1).

Учитывая данные о величине площади поражения эрозивно-язвенных повреждений, а также продолжительность лечения при определении индекса регенерации СОРП (ИРСОР) (Л.Н. Дедова, И.Н. Федорова, 2005) в группе с предложенным нами методом лечения была отмечена II стадия регенерации слизистой оболочки полости рта, в то время как в контрольной группе – I стадия регенерации СОРП ($p < 0,0001$). Площадь эрозии уменьшилась в 2,1 раза на третий день лечения и в 1,6 раза на 5 день в основной группе (табл. 2).

При оценке индекса гигиены О'Leary и десневого индекса GI в контрольной и основной группе отмечалась достоверно более неудовлетворительная гигиена полости рта (индекс О'Leary) на пятый день лечения и высокие показатели, характеризующие состояние тканей периодонта (индекс GI) (табл. 3).

Отмечается положительная корреляция между значениями стоматологических индек-

Таблица 1

Площадь эрозивно-язвенного поражения в %

Показатель	Пациенты основной группы (n = 48)	Пациенты контрольной группы (n = 54)
S% в 1-ый день	34,4 (12,8;47,2)	19,5 (9,5;43)
S% в 3-ий день	18,4 (6,6;30,80)*	14,8 (8,4;30,8)
S% в 5-ый день	8,4 (3,3;15,7)*	10,3 (5,7;20,6)**

Примечание: * – различия достоверны, $p < 0,05$ (между основной и контрольной группой), ** - различия достоверны, $p < 0,001$ (различия показателей до и после лечения). Данные представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей.

Таблица 2

Индекс регенерации СОРП (ИРСОР)

Показатель	Пациенты основной группы (n = 48)	Пациенты контрольной группы (n = 54)
ИРСОР 3 день	14,1 (11,6;14,5)*	6,7 (4,2;8,8)
ИРСОР 5 день	14,4 (12,3;16,5)*	8,9 (6,7;11)

Примечание: * – различия достоверны, $p < 0,0001$ (между основной и контрольной группой). Данные представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей.

Таблица 3

Индекс КПУ, индекс гигиены O'Leary и десневой индекс GI

Группы	Индексы					
	GI			O'Leary		
	1	2	3	1	2	3
Основная	1,24 (1,1;1,3)	0,75 (0,6;0,8)*	0,37 (0,2;0,5)*	59,2 (51,8;69,8)	41,4 (37,9;49,3)	28,62 (23,8;32,4)*
Контрольная	1,29 (1,1,4)	1,08 (1;1,16)	0,87 (0,7;1)	62,7 (57;67,2)	52,1 (45;57,7)	42,09 (36,9;48,2)

Примечание: * – достоверность различий между основной и контрольной группой, $p < 0,0001$. Данные представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей.

сов GI и индексом гигиены O'Leary ($r=0,38$; $p < 0,007$ – умеренная степень корреляции) в основной группе на 1 день лечения и 3 день лечения ($r=0,4$; $p < 0,003$ – умеренная степень корреляции).

Суммарный индекс боли в день обращения составил 5 и 6 баллов в основной и конт-

рольной группе при максимальных значениях в 10 баллов (FLACC Scale) [3]. На 3 и 5 день лечения показатели боли статистически более низкие были получены в основной группе ($p < 0,005$) (табл. 4).

При сравнении степени эпителизации эрозий ротовой полости в день обращения, в

Таблица 4

Результаты оценки индекса боли

Степень тяжести	Основная группа	Контрольная группа
1-ый день	5 (4;6)*	6 (5;7)
3-ий день	2 (1;3)*	4 (3;4,5)
5-ый день	1 (0;1) *	3 (1,5;4)

Примечание: * – различия достоверны, $p < 0,001$. Данные представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей.

основной и в контрольной группе достоверно не отличались ($p < 0,08$). На третий день лечения эпителизация эрозий достоверно лучше была отмечена в основной группе в сравнении с контрольной ($p < 0,02$). В основной группе у 3 человек отмечалась I степень эпителизации (11,1%), у 22 - II степень эпителизации (81,4%), у 2 - III степень эпителизации (7,4%). В контрольной группе у 11 человек отмечалась I степень эпителизации (42,3%), 15 - II степень эпителизации (57,6%). На пятый день лечения эпителизация была значительно лучше в основной группе в сравнении с контрольной ($p < 0,001$). У 6 человек – II степень (22,2%), у 21 - III степень эпителизации (77,8%) в основной группе; в контрольной у 20 - II степень (76,9%), у 6 - III степень эпителизации эрозий (23,1%).

Заключение

1. Местное лечение герпетического стоматита с использованием полотна трикотажного медицинского сетчатого для мажевых повязок позволяет уменьшить болевые ощущения, улучшить эпителизацию эрозивных поражений ротовой полости и сократить сроки лечения.

2. У пациентов контрольной группы с герпетическим стоматитом отмечается достоверно более неудовлетворительный уровень гигиены полости рта и высокие показатели, характеризующие степень воспаления десны на пятый день лечения в сравнении с основной группой ($p < 0,05$).

3. На 3 и 5 день лечения показатели боли статистически более низкие были получены

в основной группе ($p < 0,005$). За счет снижения болевого синдрома, вследствие уменьшения эрозивной поверхности происходит нормализация гигиены полости рта и уменьшение степени воспаления десны.

4. Установлено, что в основной группе на 3-й день площадь поражения уменьшилась в 1,8 раза ($p < 0,001$), на 5-й день – в 4 раза ($p < 0,001$). В контрольной группе с «традиционным методом лечения» этот же индекс достоверно снизился на 5 день лечения в 1,8 раза ($p < 0,001$).

5. На третий день лечения эпителизация эрозий достоверно лучше была отмечена в основной группе в сравнении с контрольной ($p < 0,02$). На пятый день лечения эпителизация была значительно лучше в основной группе в сравнении с контрольной ($p < 0,001$).

Литература

1. Принципы патогенетической противогерпетической химиотерапии острых и рецидивирующих герпесвирусных инфекций / Л.Н. Хахалин. [и др.] // Терапевтический архив. – 1995. – № 1. – С. 55–59.
2. Дерматовенерологические аспекты герпесвирусной инфекции / И.А. Евсеев [и др.] // Здоровье. – 2001. – № 7. – С. 42–47.
3. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children / S.I. Merkel [et.al.] // Pediatric Nursing. – 1997. – Vol. 23, № 3. – P. 293–297.

Поступила 25.05.2012 г.

Принята в печать 04.06.2012 г.