

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ У ПАЦИЕНТА С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ОБСЕМЕНЕННОСТИ ЖЕЛУДКА *HELICOBACTER PYLORI*

Косюга С.Ю.¹, Варванина С.Э.¹

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального обучения «Нижегородская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, Нижний Новгород (603005, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1), e-mail: rector@gmannov.ru.

В статье подробно описан клинический случай из практики, разработана схема лечения рецидивирующего афтозного стоматита тяжелой степени тяжести у пациента с высокой степенью обсемененности желудка *Helicobacter pylori*. Для скорейшей эпителизации афт, уменьшения числа рецидивов заболевания, сокращения жалоб со стороны пациента необходимо проведение не только местного лечения, но и общего, с согласованием схемы с гастроэнтерологом. Лечение рецидивирующего афтозного стоматита, ассоциированного *Helicobacter pylori*, должно быть комплексным, индивидуализированным, этиопатогенетическим, обоснованным, последовательным, динамичным, симптоматическим. В схему лечения необходимо включать пробиотики и иммуномодуляторы, так как это снижает количество и выраженность побочных эффектов эрадикации, делая лечение патогенетически обоснованным и эффективным. Кроме того, проведение щадящей профессиональной гигиены в первое посещение, санации полости рта при первичных признаках эпителизации способствует профилактике реинфицирования слизистой оболочки желудка и полости рта *Helicobacter pylori*.

Ключевые слова. рецидивирующий афтозный стоматит, *Helicobacter pylori*, эрадикация, санация полости рта, профессиональная гигиена полости рта.

FEATURES OF TREATMENT OF RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS SEVERE DEGREES OF SEVERITY IN A PATIENT WITH A HIGH DEGREE OF COLONIZATION OF THE STOMACH *HELICOBACTER PYLORI*

Kosyuga S.U.¹, Varvanina S.E.¹

Medical University «Nizhny Novgorod State Medical Academy», the Ministry of Health of the Russian federation, Russia (603005, Nizhny Novgorod, square of Minin and Pozharsky, d. 10/1), e-mail rector@gmannov.ru.

The article describes a clinical case report, a scheme is developed for treatment of recurrent aphthous stomatitis severe degrees of severity in a patient with a high degree of colonization of the stomach by *Helicobacter pylori*. To accelerate epithelialization of the AFL, reducing the number of relapses, reduction of complaints from the patient needs to only local treatment, but General, with the approval of the scheme with the gastroenterologist. The treatment of recurrent aphthous stomatitis, associated with *Helicobacter pylori*, should be comprehensive, individualized, etiopathogenetic, reasonable, consistent, dynamic, symptomatic. The treatment regimen should include probiotics and immunomodulators, as it reduces the number and severity of side effects of eradication, making the treatment is pathogenetically justified and effective. In addition, a gentle professional care in the first visit, the sanitation of the oral cavity during the initial signs of epithelialization contributes to the prevention of reinfection of the gastric mucosa and oral *Helicobacter pylori*.

Keywords.recurrent aphthous stomatitis, *Helicobacter pylori*, eradication, oral hygiene, professional oral hygiene.

Известно, что полость рта является начальным отделом желудочно-кишечного тракта [2, 5]. Заболевания желудочно-кишечного тракта часто сопровождаются изменениями в полости рта.

Желудочно-кишечный тракт – это самый большой резервуар микроорганизмов [9]. В настоящее время доказано, что микроорганизм *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) является условно-патогенным и входит в состав нормальной мукозной микрофлоры желудка и

слизистой оболочки полости рта [8]. Признана важная роль этого микроорганизма в развитии MALT-лимфомы и аденокарциномы желудка [1, 4, 7].

Вторичным резервуаром *H. pylori* является полость рта [3]. Отмечена зависимость между присутствием *H. pylori* в ротовой полости и ее плохим гигиеническим состоянием [6]. Имеются лишь единичные публикации об эрадикации полости рта, как вторичного резервуара инфекции *H. pylori*.

Мы считаем, что эрадикационная терапия не всегда оказывается успешной по ряду причин:

- широкое распространение штаммов *H. pylori*, резистентных к антибактериальным препаратам;
- повторное заражение при постоянных контактах с носителями инфекции, наличие «семейных» резервуаров;
- неадекватная эрадикационная терапия (несоблюдение пациентом или врачом дозы, кратности и продолжительности приема лекарств, произвольная замена компонентов схемы лечения, отсутствие назначения пре- и пробиотиков);
- низкий уровень санитарно-гигиенического воспитания среди населения;
- отсутствие эрадикации полости рта, как вторичного резервуара инфекции *H. pylori*.

Цель исследования

Выявление особенностей клинического течения, диагностики, лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта, ассоциированных *H. pylori*, с высокой степенью обсемененности желудка.

Основная часть

Представлен случай успешного лечения рецидивирующего афтозного стоматита, тяжелой степени тяжести у пациента с высокой степенью обсемененности желудка *H. pylori*.

Пациент М., 31 год, медицинская карта стоматологического больного № Н-2022, обратился в стоматологическую клинику ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России с жалобами на болезненные язвы в полости рта, затрудняющие прием пищи и речь.

Развитие настоящего заболевания: считает себя больным более 6 лет, когда впервые появилась афта в полости рта, она самостоятельно эпителизовалась и появилась вновь, с годами язв стало больше, появилась боль при приеме пищи и в покое.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: хронический гастрит, язва 12-перстной кишки, хронический холецистит, хронический панкреатит, дисбактериоз, частые ОРЗ, ОРВИ, грипп. Пациент отмечает, что 9 лет работает на вредном производстве по изготовлению мебели, где много древесной пыли.

Данные внешнего осмотра: открывание рта свободное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы увеличены, подвижны, не спаяны с кожей, пальпация их безболезненная.

Данные осмотра полости рта: слизистая оболочка полости рта гиперемирована, умеренно увлажнена, галитоз. КПУ = 12 («К» = 5, «П» = 7, «У» = 0). Индекс гигиены по Green-Vermillion = 4 балла. Афты на правой и левой боковых поверхностях языка, округлой формы, размером соответственно 12x8 мм и 10x7 мм, афта на кончике языка диаметром 3 мм, афты на слизистой правой и левой щеки, размером соответственно 5 мм и 4 мм диаметра в поперечнике. Афты резко болезненны при дотрагивании, располагаются на гиперемированном основании, покрыты фибринозным налетом, который не снимается.

Диагноз: Рецидивирующий афтозный стоматит тяжелой степени тяжести. Афтоз Микулича.

Заключение эзофагогастродуоденоскопии с исследованием биоптата на наличие *H. pylori*: гастрит без признаков атрофии слизистой. Дуоденит. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Гипотонус пилорического сфинктера. Степень обсемененности слизистой оболочки желудка – высокая (+++), более 50 микробных тел в поле зрения, при увеличении микроскопа x 630 (критерии Л.И. Аруина, 1995).

Рекомендовано:

Общее лечение:

1. Консультация, лечение, динамическое наблюдение у врача гастроэнтеролога с целью назначения схемы эрадикации (рабепразол 20 мг, 2 раза в день; амоксициллин 1000 мг, 2 раза в день; кларитромицин 500 мг, 2 раза в день, в течение 10 дней).
2. Бифиформ, назначался обязательно в комплексе с эрадикацией, по 2 капсулы, 2 раза в день, 4 недели, далее по 1 капсуле, 2 раза в день, 2 недели.
3. Иммуномодулятор Деринат, 0,25 % раствор, закапывать в каждую ноздрю и полость рта по 2-3 капли, 2-3 раза в день, в течение 3-4 недель.
4. Таблетки Милайф, по 0,2 г, 2 раза в день, 4 недели, далее по 0,1 г, 2 раза в день, 2 недели.
5. Солкосерил, по 2,0 в/м, ежедневно, № 20.
6. Мильгамма по 2 мл, в/м, через день, № 10.
7. Тавегил (фенкарол, супрастин, кларитин), по 1 таб. 3 раза в день, 7 дней; далее по 1 таб. 2 раза в день, 7 дней; затем по 1 таб. 1 раз в день, 2 недели.
8. Имудон, высасывать по 5 таб. В день, на курс лечения 80 таблеток. Прием препарата начать после проведения профессиональной гигиены и санации полости рта.

Местное лечение:

1. Профессиональная гигиена полости рта.

2. Санация полости рта.

3. Рациональная гигиена полости рта. Зубы чистить 2 раза в день, утром после завтрака и на ночь, в течение 3-4 минут, что составляет 400-450 парных движений зубной щеткой. Желательно использовать зубную пасту Colgate Sensitive Pro-Relief и/или Sensodyne, зубную щетку средней жесткости. Гигиена языка: 2 раза в день спинку языка очищать резиновой щеткой для языка Colgate либо скребком для языка. После каждого приема пищи зубы очищать с помощью зубной щетки и гигиенической зубной пасты в течение 1-2 минут. Либо использовать электрическую зубную щетку с гидромассажером. Смена зубной щетки обязательна 1 раз в 3-4 недели.

4. 1-2-ая недели:

- Аппликации 0,1 % раствора ферментов (химотрипсин, трипсин, лизоцим), на 10 минут, 2 раза в день, 7 дней или ванночка свежего куриного белка, 2 раза в день, в течение 7 дней.

- Солкосерил дентальная адгезивная паста, наносить на проблемные участки слизистой оболочки полости рта 2 раза в день, утром после завтрака и на ночь, 7 дней.

- Деринат 0,25 % раствор, аппликации на проблемные участки слизистой оболочки полости рта, на 15-20 минут, 2 раза в день, в течение 2-х недель.

В это же посещение, после предварительной антисептической обработки 0,06 % водным раствором хлоргексидина, нанесения на проблемные участки слизистой оболочки полости рта солкосерил дентальной адгезивной пасты, пациенту проведена щадящая профессиональная гигиена полости рта с использованием ультразвукового скейлера, абразивной пасты «Detartrine Z», циркулярных щеток, резинок, штрипсов. Повторное посещение через 2 дня, с целью осмотра полости рта и проведения профессиональной гигиены полости рта.

II посещение (3 день). Жалобы на болезненные язвы в полости рта, затрудняющие прием пищи и речь.

Данные внешнего осмотра: открывание рта свободное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы увеличены, подвижны, не спаяны с кожей, пальпация их безболезненная.

Данные осмотра полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Индекс гигиены по Green-Vermillion = 1,5 балла. Афты на правой и левой боковых поверхностях языка, округлой формы, размером соответственно 12x8 мм и 10x7 мм, видно начало эпителизации с краев афт, афта на кончике языка эпителизовалась,

афты на слизистой правой и левой щеки, размером соответственно 3 мм и 2 мм диаметра в поперечнике. Афты умеренно болезненны при дотрагивании, располагаются на гиперемизованном основании, покрыты фибринозным налетом, который не снимается.

В это же посещение, после предварительной антисептической обработки 0,06 % водным раствором хлоргексидина, нанесения на проблемные участки слизистой оболочки полости рта солкосерил дентальной адгезивной пасты, пациенту проведена щадящая профессиональная гигиена полости рта с использованием ультразвукового скейлера, абразивной пасты «Detartrine Z», циркулярных щеток, резинок, штрипсов. Повторное посещение через 2 дня, с целью осмотра полости рта и проведения профессиональной гигиены полости рта.

III посещение (5 день). Жалобы на болезненность афт в полости рта при приеме пищи.

Данные внешнего осмотра: открывание рта свободное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы увеличены, подвижны, не спаяны с кожей, пальпация их безболезненная.

Данные осмотра полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Индекс гигиены по Green-Vermillion = 1,5 балла. Афты на правой и левой боковых поверхностях языка, размером соответственно 8x7 мм и 6x4 мм, на стадии эпителизации. Афты умеренно болезненны, располагаются на гиперемизованном основании, покрыты фибринозным налетом, который не снимается. Афты на кончике языка, на слизистой правой и левой щеки эпителизовались. Явка через 2 дня с целью осмотра полости рта.

В это же посещение, после предварительной антисептической обработки 0,06 % водным раствором хлоргексидина, нанесения на проблемные участки слизистой оболочки полости рта солкосерил дентальной адгезивной пасты, пациенту проведена щадящая профессиональная гигиена полости рта с использованием ультразвукового скейлера, абразивной пасты «Detartrine Z», циркулярных щеток, резинок, штрипсов. Повторное посещение через 2 дня, с целью осмотра полости рта и санации полости рта.

IV посещение (7 день). Жалоб нет, пациент отмечает значительное улучшение состояния.

Данные внешнего осмотра: открывание рта свободное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Данные осмотра полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Индекс гигиены по Green-Vermillion = 1,5 балла. Афты на правой и левой боковых поверхностях языка, размером соответственно 3x2 мм и 2x2 мм, на стадии

эпителизации. Афты умеренно болезненны, располагаются на гиперемизированном основании, покрыты фибринозным налетом, который не снимается.

В это же посещение, после предварительной антисептической обработки 0,06 % водным раствором хлоргексидина, нанесения на проблемные участки слизистой оболочки полости рта солкосерил дентальной адгезивной пасты, пациенту было проведено лечение зубов 2.6, 2.7, с диагнозом кариес дентина. Повторное посещение через 3 дня, с целью осмотра полости рта и продолжения санации полости рта.

V посещение (10 день). Жалоб нет, пациент отмечает значительное улучшение состояния.

Данные внешнего осмотра: открывание рта свободное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Данные осмотра полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, чистая. Индекс гигиены по Green-Vermillion = 1,5 балла. Афты на правой и левой боковых поверхностях языка эпителизовались. Явка через 2 дня, с целью осмотра полости рта.

Пациенту было проведено лечение зуба 3.5, с диагнозом хронический пульпит. Повторное посещение через 4 дня, с целью осмотра полости рта и продолжения санации полости рта.

VI посещение (14 день). Жалоб нет, пациент явился с целью санации полости рта.

Данные внешнего осмотра: открывание рта свободное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Данные осмотра полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, чистая. Индекс гигиены по Green-Vermillion = 1,5 балла.

Пациенту было проведено лечение зубов 4.5, 4.6, с диагнозом кариес дентина.

Пациенту даны рекомендации по индивидуальной профилактике заражения *H. pylori*: применять индивидуальные средства гигиены; не пользоваться общей немытой посудой; мыть руки после туалета и перед едой; регулярно посещать стоматолога с целью профилактического осмотра и проведения профессиональной гигиены полости рта.

Результаты

При назначении схемы общего и местного лечения, проведения щадящей профессиональной гигиены уже в первое посещение, своевременной санации полости рта, уменьшается болезненность афт на 5 день, первичные признаки эпителизации появляются на 3 день, полное заживление афт при тяжелой степени тяжести происходит к 10 дню, тогда как при отсутствии комплексного лечения болезненность афт сохраняется до 7-8 дней,

первичные признаки эпителизации появляются на 5 день, полное заживление афт происходит к 14 дню.

Заключение

Эрадикация с помощью антибактериальных средств является симптоматическим лечением. Поэтому этиопатогенетическим лечением в отношении *H. pylori* является повышение как местного, так и общего иммунитета.

Одним из основных этапов в лечении является санация хронических очагов инфекции (хронический тонзиллит, хронический фарингит и т.д.), и, в первую очередь, санация полости рта. Важное значение для успешного результата лечения имеет проведение профессиональной гигиены полости рта, рациональное протезирование, рациональная гигиена полости рта.

Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта, ассоциированных *H. pylori*, необходимо проводить совместно с врачом-гастроэнтерологом, с согласованием схем местного и общего лечения.

Список литературы

1. Аруин, Л.И. Инфекция *Helicobacter pylori* и рак желудка / Л.И. Аруин // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2006. – № 1. – С. 20.
2. Болезни полости рта / Л.М. Лукиных [и др.]. – Н. Новгород: НГМА, 2004. – 510 с.
3. Каспина, А.И. Влияние инфицирования *Helicobacter pylori* на состояние слизистой оболочки рта / А.И. Каспина, В.А. Дрожжина, О.А. Керзиков // Институт стоматологии. – 2003. – № 4 (21). – С. 68-69.
4. Маев, И.В. Современные стандарты лечения кислотозависимых заболеваний, ассоциированных с *H. pylori* (материалы консенсуса Маастрихт-3) / И.В. Маев, А.А. Самсонов // Consilium Medicum. Гастроэнтерология. – 2006. – Т. 8, № 1. – С. 3-8.
5. Терапевтическая стоматология / Боровский Е.В. [и др.]. – М.: Медицинское информационное агентство, 2006. – 840 с.
6. Anand, P.S. Are dental plaque, poor oral hygiene, and periodontal disease associated with *Helicobacter pylori* infection? / P.S. Anand, K. Nandakumar, K.T. Shenoy // Periodontol. – 2006. – Vol.77, № 4. – P. 692-698.
7. Diagnosis and epidemiology of *Helicobacter pylori* infection / X. Calvet, M.J. RamírezLázaro, P. Lehours, F. Mégraud // *Helicobacter*. – 2013. – № 18. – P. 5-11.
8. Mimuro, H. Strategy of *Helicobacter pylori* to enhance colonization of the stomach / H. Mimuro // *Nippon SaikingakuZasshi*. – 2009. – Vol. 64 (2). – P. 311-317.

9. Tsimmerman, I.S. Comparative estimation of diagnostic tests for helicobacter pylori and the spectrum of gastric mucosal microflora in gastritis and ulcer disease / I.S. Tsimmerman, I.A. Zakharova, V.E. Vedernikova // Klin Med. – 2013. – № 91 (4). – P. 42-48.

Рецензенты:

Казарина Л.Н., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтической стоматологии ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Нижний Новгород;

Гажва С.И., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой стоматологии ФПКВ ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Нижний Новгород.