

РАЗРАБОТКА НОВОЙ СХЕМЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

Шевченко Е.А., Решетина М.В.

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России», Нижний Новгород, e-mail: el.shevchenko2010@yandex.ru

Статья «Разработка новой схемы патогенетической терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита» посвящена разработке лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС). ХРАС – это хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, характеризующееся появлением афт, протекающее с периодическими ремиссиями и частыми обострениями. В зависимости от применяемых методов лечения было проведено разделение больных с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом на три группы по 100 пациенток в каждой. Наибольший эффект имело применение схемы, включавшей «Галавит», «Атаракс» и «Эплан», так как ее использование вызывало значительное снижение Ксб. уже к шестому дню, а на четырнадцатый и тридцатый дни наблюдалось прогрессирующее снижение Ксб. Применение двух других схем лечения незначительно влияло на уровень Ксб. к шестому и тридцатому дню. Отмечались различные уровни корреляционной зависимости между иммунологическими показателями ротовой жидкости при использовании различных схем лечения. Продолжающийся курс приема «Галавит» и «Атаракс» 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.

Ключевые слова: ХРАС, «Галавит», «Атаракс», «Эплан», местные воспалительные процессы, иммунологические показатели ротовой полости.

DEVELOPMENT OF NEW SCHEMES PATHOGENETIC THERAPY OF CHRONIC RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS

Shevchenko E.A., Reshetina M.V.

Nizhniy Novgorod State Medical Academy, Nizhniy Novgorod, e-mail: el.shevchenko2010@yandex.ru

The article "Development of a new scheme of pathogenetic therapy of chronic recurrent aphthous stomatitis" is dedicated to the development of the treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis (HRAS). HRAS - a chronic inflammatory disease of the oral mucosa, characterized by the appearance of the AFL, occurring with periodic remissions and frequent exacerbations. Depending upon the treatment was carried out the separation of patients with chronic recurrent aphthous stomatitis into three groups of 100 patients each. The greatest effect was the use of the scheme, which included "Galavit", "Atarax" and "Eplan" since its use resulted in a significant decrease in CSF. by the sixth day, and on the fourteenth, and the thirtieth days there was a progressive decrease Ksb. Primenenie two other treatment regimens significantly affect the level of the KSF. the sixth and thirtieth day. There were different levels of correlation between immunological parameters of oral fluid using various regimens. The ongoing course of reception "Galavit" and "Atarax" will consolidate the results achieved, which was especially important for patients with the presence of urogenital infections. Seeing all patients within 12 months after the full course of treatment has allowed to ascertain long-term remission.

Keywords: HRAS, "Galavit", "Atarax", "Eplan", local inflammation, immunological parameters of the oral cavity.

Изучение хронического рецидивирующего афтозного стоматита на протяжении многих лет не теряет своей актуальности и продолжает оставаться приоритетным направлением в современной стоматологии [6,8].

Несмотря на многообразие исследований этиология и патогенез заболевания остаются предметом многочисленных дискуссий.

Окончательно не установлено, какие факторы доминируют в патогенезе хронического рецидивирующего афтозного стоматита, а какие предрасполагают к заболеванию [7].

Для хронического рецидивирующего афтозного стоматита характерно длительное течение, частые рецидивы, резистентность к проводимому лечению [6].

В настоящее время, несмотря на многообразие различных методов лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита, проблема излечения данного заболевания остается достаточно острой [1,2,3].

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) – это хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, характеризующееся появлением афт, протекающее с периодическими ремиссиями и частыми обострениями [6]. Установлено, что инфекционные заболевания являются серьезным фактором риска в развитии хронического рецидивирующего афтозного стоматита, а также других грозных осложнений [2,6,7,9,10].

Ведущую роль в развитии хронического воспаления в ротовой полости играют бактерии [2].

Роль вирусов более значима в развитии острого воспаления слизистой оболочки рта [4].

Наиболее часто встречаются вирусно-бактериальные инфекции, которые усугубляют течение воспаления [5–9].

Интересным, новым и перспективным представляется использование новых схем лечения местных воспалительных процессов ротовой полости с учетом этиологии и патогенеза [1-4].

Цель

Разработка новой схемы патогенетической терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе кафедр патофизиологии и терапевтической стоматологии НижГМА Нижнего Новгорода.

В обследовании принимали участие женщины с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом на фоне урогенитальной инфекции, подтвержденной методом полимеразной цепной реакции реального времени.

Возраст исследуемой группы варьировал в пределах 25–35 лет.

На стоматологическом приеме были собраны жалобы и анамнез заболевания, проведено клиническое, инструментальное и объективное обследование пациенток.

Диагностика хронического рецидивирующего афтозного стоматита проводилась согласно МКБ-10.

В зависимости от применяемых методов лечения разделили больных с хроническим

рецидивирующим афтозным стоматитом на три группы по 100 пациенток 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.

Лабораторный этап исследования включал определение уровня секреторного иммуноглобулина А (sIgA), а также коэффициента сбалансированности факторов местной защиты (Ксб.). Для данного исследования проводили забор ротовой жидкости утром, натощак, без стимуляции, в количестве 3–5 мл, которую до лабораторного этапа исследования хранили в холодильнике при температуре -20 °С. Определение sIgA в количественном эквиваленте в ротовой жидкости проводили методом радиальной иммунодиффузии (РИД) в геле – G. Mancini, A. Carbonara (1965) с использованием методических рекомендаций Е.В. Чернохвостовой, С.И. Гольдерман (1975).

Для определения лизоцима в ротовой жидкости использовали фотонейфелометрический метод (В.Г. Дорофейчук, 1968).

Коэффициент сбалансированности факторов местного иммунитета (Ксб.), разработанный В.Г. Дорофейчук и Толкачевой с соавт. (1987), использовали для интегральной оценки состояния местного иммунитета полости рта.

Количественное определение сывороточных иммуноглобулинов (G, A) в ротовой жидкости проводили методом радиальной иммунодиффузии (РИД) в геле (G. Mancini, A. Carbonara, 1965).

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием методов оценки достоверности результатов, методов вариационной статистики, метода автокорреляции по стандартным методикам. Обработка и анализ полученных данных выполнялись на персональном компьютере с использованием прикладных программ Microsoft Office (Excel), пакета статистических программ «Stadia» и «Statistica 7.0».

Результаты и обсуждение

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.

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.

Таким образом, по результатам клинического и анамнестического наблюдения пациенток с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом 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.

Далее мы исследовали, как изменяются лабораторные показатели при лечении разными препаратами.

Значения коэффициента корреляции между иммунологическими показателями ротовой жидкости при лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита с использованием разных препаратов представлены в таблице 1.

Таблица 1

Коэффициенты корреляции между иммунологическими показателями смешанной слюны при лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита с использованием различных препаратов

Препараты	IgA-IgG	IgA-лизоцим	IgA-Ксб.	IgA-SIgA	IgG-лизоцим	IgG-Ксб.	IgG-SIgA	Лизоцим-Ксб.	Лизоцим-SIgA	Ксб.-SIgA
Галавит, атаракс, эплан	0,703	0,69	-0,166	0,066	0,756	0,18	0,171	-0,447	0,701	-0,615
Галавит, атаракс, солкосерил дентальная адгезивная паста	0,566	0,406	-0,679	0,673	0,79	0,046	-0,225	0,363	-0,26	-0,881
Антигистаминные, поливитаминные препараты, солкосерил дентальная адгезивная паста	0,718	-0,265	0,052	-0,328	-0,857	0,684	-0,8	-0,868	0,885	-0,791

Из материала, представленного в таблице, видно, что есть высокая прямая корреляционная зависимость при применении галавита, атаракса и эплана между IgA и IgG, IgG и лизоцимом, SIgA и лизоцимом.

Средняя прямая корреляционная связь обнаруживается между IgA и лизоцимом, обратная средняя – между Ксб. и лизоцимом, Ксб. и SIgA.

При местном применении галавита, атаракса и солкосерил дентальной адгезивной пасты высокая прямая корреляция отмечалась между IgG и лизоцимом, обратная – между Ксб. и SIgA.

Средняя обратная корреляционная зависимость обнаруживалась между IgA и Ксб.

Прямая корреляционная связь была выявлена между IgA и IgG, IgG и лизоцимом, IgA и лизоцимом, IgA и SIgA, лизоцимом и Ксб.

При использовании антигистаминных, поливитаминных препаратов и солкосерил дентальной адгезивной пасты высокая прямая корреляция имела место между IgA и IgG, SIgA и лизоцимом.

Обратная корреляционная связь была обнаружена между IgG и лизоцимом, IgG и SIgA, Ксб. и лизоцимом, Ксб. и SIgA.

Средняя прямая корреляционная связь отмечалась между IgG и Ксб., обратная корреляционная связь выявлена между IgA и SIgA.

Отмечались различные уровни корреляционной зависимости между иммунологическими показателями ротовой жидкости при использовании различных схем лечения.

Заключение

Таким образом, лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита с помощью этиопатогенетически обоснованных методов приводило к снижению Ксб. при применении всех используемых препаратов.

Но наибольший эффект имело применение схемы, включавшей галавит, атаракс и эплан, так как ее использование вызывало значительное снижение Ксб. уже к шестому дню, а на четырнадцатый и тридцатый дни наблюдалось прогрессирующее снижение Ксб..

Применение двух других схем лечения незначительно влияло на уровень Ксб. к шестому и тридцатому дню.

У пациенток с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом высокая прямая корреляционная зависимость имела место между IgG и Ксб.

Средняя прямая корреляционная связь наблюдалась между IgA и IgG.

Средняя обратная корреляционная связь выявлена между IgA и лизоцимом, IgG и SIgA, Ксб. и SIgA.

Список литературы

1. Губанова Е.И., Котаниди С.А. Социальный статус семейного стоматолога по данным регионального социологического исследования // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т. 18, № 3. – С. 280-283.
2. Касихина Е.И., Заславская М.И., Мухина И.В. Сравнительный анализ фунгицидного действия интравагинальных антимикотиков на грибы рода *Candida* in vitro // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2012. – Т. 11, № 2. – С. 11-16.
3. Кузнецова О.А., Губанова Е.И., Шемонаев В.И. Патопфизиология непереносимости металлических зубных протезов // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2013. – № 1 (37). – С. 15-17.
4. Кузнецова О.А., Губанова Е.И., Шемонаев В.И. Цитокины как показатель местного иммунного статуса пациентов с хроническим пародонтитом // Лекарственный вестник. –

2013. – Т. 7, № 2 (50). – С. 20-26.

5. Лукиных Л.М., Успенская О.А., Шевченко Е.А. Многоформная экссудативная эритема: учебно-методическое пособие // Нижегородская гос. мед. акад.; Нижний Новгород; Изд-во НижГМА, 2015. – С. – 44.

6. Успенская О.А., Казарина Л.Н., Шевченко Е.А. Изменения местного иммунитета полости рта у пациенток с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом на фоне урогенитальной инфекции // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1-1; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=18177>.

7. Успенская О.А., Шевченко Е.А. Исследование влияния ряда лекарственных препаратов на течение местных воспалительных процессов ротовой полости и урогенитального тракта у беременных с ХПН // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1-4. – С. 837-839.

8. Шевченко Е.А., Артифексова А.А., Успенская О.А. Роль урогенитальной инфекции в механизме развития бесплодия // Современные технологии в медицине. – 2011. – № 2. – С. 118-119.

9. Шевченко Е.А., Кондюров И.М., Мишина Е.И. Влияние инфекционно-воспалительных заболеваний на развитие ХПН у беременных // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=15985>.

10. Шевченко Е.А., Успенская О.А., Кукушкина П.С. Особенности патогенетического лечения урогенитальной инфекции на фоне алкоголизма // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=15983>.