

Лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита

Ярцева Александра Вадимовна, кандидат медицинских наук, доцент;

Багрий Анна Владимировна, студент

Власова Маргарита Анатольевна, студент

Кабанина Марта Сергеевна, студент

Кафедра стоматологии, Московский медицинский университет «РЕАВИЗ» (г. Москва)

В практике врача стоматолога-терапевта проблеме диагностики и лечения патологии слизистой оболочки полости рта (СОПР) уделяется значительное внимание. Высокая распространенность этих заболеваний в последние годы обусловлена влиянием на организм иммунодепрессивных факторов окружающей среды, а также широким, не всегда обоснованным, использованием антисептиков и антибактериальных препаратов. [8, 11, 12]

Заболевания СОПР представляют серьезную проблему для пациента и врача, так как характеризуются хроническим течением с периодическими обострениями, имеют неоднозначный прогноз, значительно ухудшают качество жизни пациентов. Среди всех заболеваний СОПР одним из наиболее распространенных и сложным в выборе тактики лечения является хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС). [1, 3, 8]

Ключевые слова: хронический рецидивирующий афтозный стоматит, заболевания слизистой оболочки полости рта, лазерная стоматология,

Целью нашего исследования является сравнение эффективности различных методов лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

Нами были поставлены следующие задачи: выделение группы риска по развитию ХРАС исходя из предрасполагающих факторов и наиболее частых причин развития стоматитов, сравнение средств и методы лечения ХРАС на основе статистических данных об эффективности различных методах лечения, разработка оптимального протокола лечения ХРАС.

Причины возникновения ХРАС окончательно не выяснены, однако большинство исследователей сходятся во мнении о ведущей роли иммунной системы в патогенезе заболевания, состояние иммунитета приводит к длительному и хроническому течению данной патологии [1, 6]. ХРАС - заболевание инфекционно-аллергической природы, в развитии которого важную роль играют наследственные факторы, бактериальный фактор (тонзиллит, воспаление придаточных пазух носа, заболевания желудочно-кишечного тракта, пародонтит), трофоневротические заболевания. ХРАС чаще развивается у пациентов среднего и старшего возраста [9, 12]. Предрасполагающими факторами являются травмы слизистой, вызванные дефектами зубного ряда, острыми краями разрушенных зубов и зубными протезами, зубными отложениями, курением;

Определяют две клинические формы ХРАС: легкую и тяжелую (рецидивирующие глубокие рубцующиеся афты). Особенностью заболевания является рецидивирующий характер течения. При легкой форме частота обострений варьирует от 1–2 до 5–6 раз в год. Высыпания чаще локализуются на слизистой оболочке щек, боковых поверхностях языка, губ, переходных складках. Факторами, провоцирующими обострения, являются травма СОПР, стресс, переутомление, перенесенная вирусная инфекция, предменструальный период и др. Особенностью при тяжелой форме ХРАС является трансформация афты в глубокую кратерообразную язву, которая крайне медленно эпителизируется (до 1,5–2 месяцев). После ее заживления остаются глубокие рубцы, приводящие к деформации СОПР. [8, 9, 12, 13] Врачи стоматологи в первую очередь занимаются устранением местных предрасполагающих факторов, так как определить общие причины появления ХРАС практически невозможно. Современные методики комплексного

лечения, включающие лазерное воздействие с применением лазера длиной волны 980нм способствуют предупреждению рецидивов, при отсутствии физиотерапевтического лечения, пациенты с ХРАС должны посещать стоматолога один раз в три месяца

Принципы лечения больных ХРАС комплексные и предусматривают одновременное решение нескольких задач: устранение очагов хронической инфекции в полости рта; предупреждение травмирования СОПР, эпителизация афт; повышение общей резистентности организма.

Профилактика рецидивов афтозного стоматита обязательно должна включать в себя регулярные профилактические осмотры населения с целью санации и проведения индивидуальной санитарно-просветительной работы; соблюдение режима труда и отдыха на производстве; при подозрении на наличие соматической патологии ЛОР-органов, желудочно-кишечного тракта и для пациентов пожилого возраста - консультации и лечение у специалистов соответствующего профиля.

Пациентам, страдающим ХРАС, необходимо придерживаться строгой диеты, исключая соленую, острую, пряную пищу и возможные аллергены, проводить в доме, где проживает больной, ежедневные влажные уборки; устранить все очаги хронических инфекций; отказаться от вредных привычек, приводящих к травматизации мягких тканей и слизистой оболочки полости рта.

Общее лечение ХРАС включает:

1) санацию организма: выявление очагов хронической инфекции (по результатам общего обследования);

- десенсибилизирующую терапию: Тиосульфата натрия 30 % раствор 10 мл внутривенно через день, курс 10 инъекций; 25% раствор магния сульфата 10 мл внутримышечно через день, курс 10 инъекций, через день; Антигистаминные препараты (Тавегил / Супрастин / Фенкарол - по 1 таблетке 3 раза в день в течение 7 дней), далее по 1 таблетке 2 раза в день в течение 7 дней, затем по 1 таблетке 1 раз в день в течение 14 дней; препараты кальция (10 % раствор кальция хлорида 10 мл внутривенно через день, на курс 10 инъекций; кальция глюконат 0,5 г внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней);

- повышение защитных сил организма: Продиозана 0,005 % раствор 1 мл внутримышечно 2 раза в неделю, курс 5 инъекций; Гистоглобулин 1 мл 3 раза, интервал 3-4

дня; Глицин по 1 таблетке 3 раза в сутки; Фолиевая кислота по 0,001г 3 раза в сутки; Левомизола таблетки (декарис) по 0,15 г 2 раза в неделю (2 дня подряд) в течение 8 недель. После месячного перерыва курс повторить. До и в процессе лечения 1 раз в месяц проводится клинический анализ крови; Поливитамины (Компливит\ Витрум \ Пиковит) - по рекомендованной для каждого из препаратов схеме;

Местное лечение:

1)обезболивание (1% раствор новокаина 0,5 мл , 2 % раствор лидокаина, 2-5 % пиромекаиновая мазь, гель Камистад, Солкосерил дентальная адгезивная паста)

2)антисептическая обработка (0,02% раствор фурацилина, 0,05 % раствор хлоргексидина биглюконата, Корсодил,Стоматофит, ванночки с Тантум-Верде) 3-4 раза в день в течение 5-7 дней;

3)апликации ферментов: трипсин, химотрипсин 500000 ЕД , лизоцим, дезоксирибонуклеаза, рибонуклеаза, лизоамидаза, стоматозин, имозимаза;

4)средства, стимулирующие регенерацию (масло облепихи, масло шиповника, бетакаротин, масляный раствор витамина А, бальзам Шестаковского, солкосерил

5)апликации коллагеновых пленок с различными лекарственными веществами, в частности с глюкокортикоидными стероидами, анестетиками, антибактериальными, эпителизирующими, иммуномодулирующими препаратами: Диплен Дента Л (с линкомицином), Диплен Дента М (с метронидазолом), Диплен Дента Г (с гентамицином), Диплен Дента С (с солкосерилом), Диплен Дента Х (с хлоргексидином), Диплен Дента ЛХ (с лидокаином и хлоргексидином);

б)санация полости рта;

Литература:

1. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ. —М.: Медицинская книга, 2008. 436 с.
2. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. —М.: Медицинское информационное агентство, 2011. —840 с.
3. Булкина Н.В., Мелешина О.В., Ломакина Д.О. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит: особенности клинического течения и комплексного лечения //Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. No 1. Т. 7. С. 281-282.
4. Грудянов, А.И. Заболевания пародонта / А.И. Грудянов //М.: Медицинское информационное агентство, 2009. - 336 с.
5. Иванова, Е.Н. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Е.Н. Иванова // Учебное пособие. — Ростов: Феникс, 2007. — 252 с.
6. Ионов В.В. Состояние местного иммунитета, свободно-радикальных процессов и антиоксидантной защиты в слюне при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2008. 27 с.
7. Лангле, Р.П. Атлас заболеваний полости рта / Р.П. Лангле, К.С. Миллер // Уч.пособие. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 224 с.
8. Лукиных, Л.М. Болезни полости рта / Л.М. Лукиных // Н.Новгород: изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. — 493 с.
9. Луцкая, И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта / И.К. Луцкая // М.: Медицинская литература, 2007. — 288 с.
10. Максимовский Ю.М., Орехова Л.Ю. Терапевтическая стоматология. Москва: Медицина. 2002. 641 с
11. Рабинович, О.Ф. Рецидивирующий герпетический стоматит / О.Ф. Рабинович, И.М. Рабинович, И.Н. Разживина // М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 64 с.
12. Трезубов В. Н., Арутюнов С. Д. Клиническая стоматология / Трезубов В. Н., Арутюнов С. Д. // М.: Практическая медицина, 2015.-788 с.
13. Цветкова- Аксамит, Л.А. Заболевания слизистой оболочки и губ / Л.А. Цветкова-Аksamит, С.Д. Арутюнов, Л.В. Петрова [и др.]// Уч. Пособие, 3-е издание. - М.: МЕД пресс-информ, 2009. — 201 с.

7)физиотерапевтическое лечение (гипербарическая оксигенация (ГБО) при давлении 1,5 атм с экспозицией 40 мин ежедневно в течение 10 дней; гелий-неоновый лазер (ИГНЛ) на область каждой афты в течение 1-2 мин (4-6 процедур) с мощностью излучения 50 мВт см² с экспозицией 2 мин 40 сек; комплексное применение дарсонвализации по 3-5 мин с последующей аппликацией геля Метрогил дента на 40-45 мин, курс 10 процедур.

Течение хронического рецидивирующего афтозного стоматита длительное, упорно не поддающееся лечению, поэтому использование физиотерапевтических методов в комплексном лечении данного заболевания остается актуальным. Особое внимание уделяется лазерной терапии, которая эффективна в продромальный период, в развивающуюся стадию и на этапах разрешения процесса. [8]

Широкий диапазон лечебных действий физических факторов, возможность их влияния на отдельные патологические механизмы, варьирования доз, например, лазерного излучения, позволяет более эффективно воздействовать на элементы поражения слизистой оболочки на различных этапах воспаления, ускорять процесс заживления и удлинять ремиссию заболевания.

Вывод. Практически любое заболевание слизистой оболочки полости рта требует системного индивидуального подхода и комплексной терапии. Существует огромный арсенал медикаментозных средств применяемых в стоматологической практике для лечения ХРАС, однако использование физических факторов следует считать перспективным.