

Современные аспекты местной патогенетической терапии хронического рецидивирующего стоматита

С.Л. БЛАШКОВА, д. м. н., профессор, зав. кафедрой
Ю.В. ФАЗЫЛОВА, к. м. н., доцент
М.А. УШАКОВА, клинический ординатор
Кафедра терапевтической стоматологии

Modern aspects of local pathogenetic therapy of chronic recurrent stomatitis

S.L. BLASHKOVA, Yu.V. FAZYLOVA, M.A. USHAKOVA

Резюме

Поиск препаратов местного действия для лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС), обладающих одновременно анестезирующим, регенерирующим, противовоспалительным действием, является актуальным. Сочетание в одном средстве активных веществ, относящихся к различным фармакотерапевтическим группам, действующих на все звенья патогенеза афтозного стоматита, усиливает и расширяет спектр применения такого препарата. Одним из эффективных средств местного применения, оказывающих влияние на большинство звеньев патогенеза при ХРАС, является стоматологический гель «Холисал®» на основе безводного холина салицилата и цеталкония хлорида. Целью данного исследования явилось изучение клинической эффективности геля «Холисал®» при фибринозной форме ХРАС у 37 пациентов в возрасте 18-60 лет. Клиническую эффективность препарата демонстрируют результаты исследования в виде значительного снижения болевого синдрома после применения геля «Холисал®» на вторые сутки от начала лечения у 94% пациентов, сокращения размеров элемента, очищения его от налета и появления признаков эпителизации в виде каемки по периферии раны к концу первой недели у 68% обследованных.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий афтозный стоматит, лечение, эффективность, Холисал.

Abstract

Search of the medicines of local action for treatment of chronic recurrent stomatitis (HRAS) possessing at the same time anesthetizing, regenerating, anti-inflammatory action is relevant. The combination in one means of the medicines relating to various groups, operating on all links of pathogenesis of aftozny stomatitis strengthens and expands a range of use of such medicine. One of the effective remedies of local application having influence on the majority of links of pathogenesis at HRAS is dental Holisal® gel, on the basis of waterless also the chloride tsetalkoniya is well-cared salicylate. Objective of this research studying of clinical efficiency of Holisal® gel at the HRAS fibrinoiny form at 37 patients at the age of 18-60 years was. clinical efficiency of medicine results of a research in the form of considerable show decrease in a pain syndrome after use of Holisal® gel for the 2nd days from an initiation of treatment at 94% of patients, reduction of the sizes of an element, its clarification from a raid and emergence of signs of an epitelization in the form of a border on the periphery of a wound by the end of the 1st week at 68% examined.

Key words: chronic recurrent stomatitis, treatment, efficiency, Holisal.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ:

Гель «Холисал®» обладает выраженным местноанальгезирующим действием при местном применении, вызывая снижение болевого синдрома до значений «нет боли» и «слабая боль» по 4-балльной вербальной шкале боли на вторые сутки применения у 94% пациентов с ХРАС.

При хроническом рецидивирующем афтозном стоматите гель «Холисал®» способствует самостоятельной эпителизации элемента в 20% случаев, а в сочетании со средствами, способствующими эпителизации, уменьшает период восстановления слизистой оболочки в зоне повреждения в среднем в два раза ($p < 0,01$).

Местное применение геля «Холисал®» способствует прекращению воспалительного процесса в окружающих афту тканях на 5-6-й день в среднем у 2/3 пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) — это воспалительное заболевание слизистой оболочки рта, характеризующееся тяжелым и длительным течением с периодическими ремиссиями и частыми обострениями. Среди всех заболеваний слизистой оболочки рта ХРАС встречается у 5-60% пациентов [1, 2, 10, 11, 13, 15].

В настоящее время этиология и патогенез ХРАС остаются до конца не выясненными. В то же время, по данным большинства авторов, основными причинами данного

заболевания являются аллергические состояния, сопровождающиеся повышенной чувствительностью к лекарственным, пищевым и вирусным аллергенам, заболевания желудочно-кишечного тракта, перенесенные вирусные и бактериальные инфекции, травматические поражения слизистой оболочки рта. Причиной обострения заболевания являются нарушения диеты, стрессовые ситуации, прием лекарственных средств, недостаток витаминов группы В и С, обострения сопутствующей соматической патологии и наличие очагов хронической одонтогенной инфекции. В целом, основой патогенеза ХРАС и его обострений являются процессы, связанные с нарушениями клеточного и гуморального иммунитета, как на системном, так и на местном уровне [2, 6, 10, 11, 13-15].

Основным клиническим признаком заболевания является появление афты — поверхностного дефекта эпителия — мягкого на ощупь, болезненного при пальпации. Как правило, афта располагается на фоне гиперемированного пятна, имеет округлую или овальную форму, покрыта фибринозным налетом, который при поскабливании не снимается, а при насильственном удалении поверхность афты начинает кровоточить. Излюбленная локализация афт — переходная складка, боковые поверхности языка, слизистая оболочка губ и щек [2, 15]. Обострение заболевания сопровождается местной воспалительной реакцией, выраженным болевым синдромом, нарушением целостности эпителия [2, 15].

Принимая во внимание сложность патогенеза афтозного стоматита, достигнуть успеха в лечении возможно лишь при комплексном и индивидуализированном лечении с использованием современных средств и методов. Важно учитывать условия, способствующие появлению болезни, обращать внимание на предшествующее лечение и переносимость лекарственных средств.

В комплексной терапии ХРАС важное место занимает местная медикаментозная терапия, которая включает значительный перечень средств. Для лечения пациентов этой категории широко применяют антибактериальные средства и антисептики, которые воздействуют лишь на микрофлору рта, при этом не влияя на динамику воспалительного процесса, лежащего в патогенезе заболевания. Для снятия болевого синдрома применяют анестезирующие средства, для ускорения эпителизации — репаранты растительного и животного происхождения. Многокомпонентность такой терапии, а также необходимость применения для нанесения и удержания препаратов на поверхности носителей (марлевые, ватные) вызывает у пациентов ряд сложностей и соответственно удлиняет процесс наступления ремиссии. Поэтому поиск препаратов местного действия для лечения ХРАС, обладающих одновременно анестезирующим, регенерирующим, противовоспалительным действием, является актуальным. Сочетание в одном средстве препаратов, относящихся к различным группам, действующих на все звенья патогенеза афтозного стоматита, усиливает и расширяет спектр применения такого препарата [1, 3-5, 7-9, 12].

Немаловажное значение в выборе средств для местного применения при ХРАС имеет и свойство препарата обеспечивать эффективную концентрацию вещества на всей поверхности элемента в течение длительного времени.

В последние годы на рынке стоматологических препаратов появились средства, оказывающие, по словам производителей, многокомпонентное патогенетическое действие. Одним из таких средств является стоматологический гель «Холисал®», произведенный компанией Pharmaceutical Works Jelfa S.A. (Польша), который представляет собой бесцветную прозрачную однородную массу с запахом анисового масла. Действующие вещества: цеталкония хлорид (cetalkonium chloride), холина салицилат (choline salicylate), находятся в гелевой этанолсодержащей адгезивной основе, способствующей удержанию препарата на слизистой оболочке рта и удлинению времени его анальгезирующего действия до 8 часов [4, 5].

Цеталкония хлорид — антисептическое средство. Является четвертичным аммониевым соединением, относится к катионовым сурфактантам. Обладает противомикробной активностью в отношении грамположительных бактерий, в меньшей степени — в отношении грамотрицательных бактерий. Обладает вариабельной противогрибковой активностью, эффективен против некоторых вирусов [4, 5].

Холина салицилат — это производное ацетилсалициловой кислоты, оказывает более выраженное, по сравнению с исходным веществом, противовоспалительное, анальгезирующее и жаропонижающее действие при местном применении, быстро всасываясь слизистой оболочкой рта. Выраженный противовоспалительный эффект связан со способностью тормозить активность ЦОГ, функции макрофагов и нейтрофилов, продукцию интерлейкина-1, и угнетать синтез простагландинов, вызывать нормализацию проницаемости капилляров и нормализовывать процессы микроциркуляции тканей. Обладает также противомикробным и противогрибковым действием в кислой и щелочной среде [4, 5].

Вспомогательные вещества — метилоксибензоат и пропилоксибензоат, входящие в состав гелевой основы, также оказывают антимикробное действие, а в сочетании с цеталкония хлоридом уменьшают поверхностное натяжение слизистой оболочки и усиливают проникающую способность холина салицилата.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение эффективности применения геля «Холисал®» в комплексной терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено клиническое обследование и лечение 37 человек с ХРАС — фибринозной формой, с рецидивными атаками 3-4 раза в год, в возрасте 18-60 лет, из них 25 женщин и 12 мужчин. Обследование и лечение проводилось на базе кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава РФ.

Диагностика ХРАС проводилась с применением общепринятых в стоматологии клинико-лабораторных и функциональных методов исследования. Для оценки состояния слизистой оболочки рта отмечалось гигиеническое состояние рта в целом, наличие очагов одонтогенной инфекции, оценивалось состояние протезов, выявлялись патоморфологические элементы поражения — афты, их размер, состояние окружающих тканей, их количество, локализация.

Все пациенты были обследованы у дерматолога и врачей-интернистов (по показаниям) с целью выявления сопутствующей соматической патологии.

Критериями оценки эффективности препарата явились динамика выраженности болевого синдрома и сроки наступления анальгезирующего эффекта, выраженность воспалительной реакции слизистой оболочки вокруг элементов, сроки эпителизации. Динамику болевого синдрома оценивали с помощью 4-балльной вербальной шкалы боли (Ohnhaus E. E., Adler R., 1975), где интенсивность боли описывалась пациентами определенными терминами в диапазоне от 0 (нет боли) до 4 (самая сильная боль). Для оценки противовоспалительного эффекта препарата проводилась проба Шиллера-Писарева. Всем пациентам слизистая оболочка вокруг элементов смазывалась йод-йодидно-калиевым раствором. В зависимости от выраженности окраски или ее отсутствия (от соломенно-желтого — отрицательная, до темно-бурого — положительная) говорили об эффективности терапии. Критериями исключения явились повышенная чувствительность к салицилатам и другим компонентам препарата, беременность, период грудного вскармливания.

Всем пациентам проводилась традиционная комплексная терапия афтозного стоматита, в состав которой были включены аппликации геля «Холисал®».

После антисептической обработки слизистой оболочки рта, удаления фибринозного налета и изоляции от ротовой жидкости гель «Холисал®» объемом 0,1-0,5 мл наносили на элементы поражения тонким слоем, втирая препарат легкими движениями. Адгезивная форма препарата позволяла использовать его без марлевого носителя. Всем пациентам было рекомендовано также применение препарата в домашних условиях по рекомендованной инструкцией схеме: наносить препарат четыре раза в сутки после антисептической обработки рта слабыми растворами антисептиков преимущественно растительного происхождения (отвар шалфея, календулы) объемом 0,1-0,5 мл на элемент поражения легкими втирающими движениями после еды и перед сном, для достижения местноанальгезирующего эффекта (перед приемом пищи, разговоре и т.д.) — до еды. Курс лечения в целом составил 10 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования показали достоверно высокую эффективность препарата — 94% пациентов отметили значительное снижение болевого синдрома после применения геля «Холисал®» на вторые сутки от начала лечения. Без предварительного применения анестезирующих средств смогли принимать пищу на третий-четвертый день 28 (76%) пациентов, а 91% пациентов отметили достаточно выраженный анальгезирующий эффект препарата сразу после нанесения. Практически все пациенты (97%) оценили вкус геля «Холисал®» как приятный, что, несомненно, способствует повышению вероятности использования препарата пациентами на всем сроке назначения.

Оценка болевого синдрома по 4-балльной вербальной шкалы оценки боли показала, что 33 (91%) пациента оценили в целом выраженность болевого синдрома после нанесения геля в баллах «0», «1» и «2», что соответствовало значениям — «нет боли, слабая боль, умеренная боль».

Оставшиеся пациенты не отметили анестезирующего эффекта после нанесения геля, в связи с чем были оценены нами как значения «сильная и очень сильная боль».

Клинически отмечалось уменьшение зоны гиперемии вокруг элементов, отека слизистой оболочки рта, что подтверждалось динамикой пробы Шиллера-Писарева. Так, у 76% пациентов проба интерпретировалась как «отрицательная» в среднем на пятый-шестой день от начала лечения.

Также было отмечено достоверное снижение сроков эпителизации элементов — к концу первой недели применения препарата у 25 (68%) пациентов было отмечено сокращение размеров элемента, очищение его от налета и появление признаков эпителизации в виде каемки по периферии раны. Следует отметить, что гель «Холисал®» не оказывает прямого эпителизирующего действия на слизистую оболочку рта. Однако у 8 (20%) пациентов не потребовалось назначение традиционных репарантов, в остальных же случаях сроки полной эпителизации элементов после курса геля «Холисал®» и назначения кератопластика сократились практически в два раза ($p < 0,01$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, включение в комплексную терапию хронического рецидивирующего афтозного стоматита стоматологического геля «Холисал®», содержащего комбинацию высокоэффективных препаратов — цеталкония хлорида и холина салицилата, оказывающих обезболивающее, противовоспалительное и антимикробное действие, клинически обосновано, о чем достоверно свидетельствуют динамика регресса воспалительного процесса и сокращение сроков эпителизации элементов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волков Е. А., Бутова В. Г., Позднякова Т. И., Дзугаева И. И. Клинические рекомендации (протокол лечения) хронический рецидивирующий афтозный стоматит // Российский стоматологический журнал. 2014. №5. С. 35-49.
2. Volkov E. A., Butova V. G., Pozdnyakova T. I., Dzugaeva I. I. Klinicheskie rekomendacii (protokol lecheniya) hronicheskij recidiviruyushij aftoznyj stomatit // Rossijskij stomatologicheskij zhurnal. 2014. №5. S. 35-49.
3. Горбачева И. А., Орехова Л. Ю., Шестакова Л. А., Михайлова О. В. Связь заболеваний внутренних органов с воспалительными поражениями полости рта // Пародонтология. 2009. №3. С. 3-7.
4. Gorbacheva I. A., Orekhova L. Yu., Shestakova L. A., Mihajlova O. V. Svyaz' zabolevanij vnutrennih organov s vospalitel'ny'mi porazheniyami polosti rta // Parodontologiya. 2009. №3. S. 3-7.
5. Кабиров М. Ф., Усманова И. Н., Хафизова А. Х., Азнабаева Г. М. Применение экстракта жидкого «Стоматофит» в комплексном лечении рецидивирующего афтозного стоматита у лиц молодого возраста // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. 2015. №3. С. 41-42.
6. Kabirova M. F., Usmanova I. N., Hafizova A. H., Aznabaeva G. M. primenenie ekstrakta zhidkogo «Stomatofit» v kompleksnom lechenii recidiviruyushchego aftoznogo stomatita u licz mladogo vozrasta / Zdorovye, demografiya, ekologiya finno-ugorskih narodov. 2015. №3. S. 41-42.
7. Леонова Л. Е., Павлова Г. А., Таболина Е. Н., Коломейцев В. Ф. Местная медикаментозная терапия у больных пародонтитом с использованием препарата «Холисал» // Пародонтология. 2006. №2. С. 70-76.

Leonova L. E., Pavlova G. A., Tabolina E. N., Kolomejcev V. F. Mestnaya medikamentoznaya terapiya u bol'nyh parodontitom s ispol'zovaniem preparata «Holisal» // Parodontologiya. 2006. №2. S. 70-76.

5. Михальченко В. Ф., Темкин Э. С., Чижикова Т. С., Петрухин А. Г. и др. Применение препарата «Холисал» в комплексном лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2004. – № 12. С. – 78-80.

Mihal'chenko V. F., Temkin E. S., Chizhikova T. S., Petruhin A. G. i dr. Primenenie preparata «Holisal» v kompleksnom lechenii zabolevanij slizistoj obolochki polosti rta i parodonta // Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. 2004. №12. S. 78-80.

6. Орехова Л. Ю., Атрушкевич В. Г., Михальченко Д. В., Горбачева И. А. и др. Стоматологическое здоровье и полиморбидность: анализ современных подходов к лечению стоматологических заболеваний // Пародонтология. 2017. Т. 22. №3. С. 15-17.

Orekhova L. Yu., Atrushkevich V. G., Mihal'chenko D. V., Gorbacheva I. A. i dr. Stomatologicheskoe zdorov'e i polimorbidnost': analiz sovremennykh podhodov k lecheniyu stomatologicheskikh zabolevanij // Parodontologiya. 2017. T. 22. №3. S. 15-17.

7. Силантьева Е. Н., Березина Н. В., Кривonos С. М. Комплексное лечение хронического рецидивирующего стоматита с использованием препаратов линейки «Асепта» // Практическая медицина. 2013. №4 (72). С. 52-53.
Silant'eva E. N., Berezina N. V., Krivonos S. M. Kompleksnoe lechenie hronicheskogo recidiviruyushchego stomatita s ispol'zovaniem preparatov linejki «Asepta» // Prakticheskaya medicina. 2013. №4 (72). S. 52-53.

8. Севбитов А. В., Невдах А. С., Платонова В. В. Новый подход к лечению травматогенных эрозивно-язвенных повреждений слизистой оболочки полости рта у ортодонтических пациентов // Пародонтология. 2016. Т. 21. №3 (80). С. 12-14.

Sevbitov A. V., Nevдах A. S., Platonova V. V. Novyj podhod k lecheniyu travmatogennykh ehrozivno-yazvennykh povrezhdenij slizistoj obolochki polosti rta u ortodonticheskikh pacientov // Parodontologiya. 2016. T. 21. №3 (80). S. 12-14.

9. Старикова И. В., Радышевская Т. Н., Пысларь Т. В., Дибцева Т. С. Комплексное лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита // Научный альманах. 2017. №4-3 (30). С. 268-271.

Starikova I. V., Radyshevskaya T. N., Pyslar' T. V., Dibceva T. S. Kompleksnoe lechenie hronicheskogo recidiviruyushchego aftoznogo stomatita // Nauchnyj al'manah. 2017. № 4-3 (30). S. 268-271.

10. Чернышева Н. Д. Роль гамма-интерферона в иммунопатогенезе хронического рецидивирующего стоматита // Пародонтология. 2011. №3 (60). С. 10-11.

Chernysheva N. D. Rol' gamma-interferona v immunopatogeneze hronicheskogo recidiviruyushchego stomatita // Parodontologiya. 2011. №3 (60). S. 10-11.

11. Cullough M. G., Abdel-Hafeth S., Scully C. Recurrent aphthous stomatitis revisited; clinical features, associations, and new association with infant feeding practices // J. Oral. Pathol. Med. 2007. Vol. 36. №10. P. 615-620.

12. Kato Y., Takoda N., Iwasaki K., Sugimoto M. Use of solcoseryl in aphthous stomatitis // Clin Dentist. 2004. Vol. 11. P. 17.

13. Koybasi S., Parlak A. H., Serin E. et al. Recurrent aphthous stomatitis: investigation of possible etiologic factors // Am J Otolaryngol. 2006. Vol. 27. №4. P. 229-232.

14. Reenen J. F. Microbiologic studies on denture stomatitis // J. Prosthet. Dent. 2013. Vol. 30. №4. P. 493-505.

15. Scully C., Porter S. Oral mucosal disease: recurrent aphthous stomatitis // Br. Oral. Maxillofac. Surg. 2008. Vol. 46. P. 198-206.

Поступила 05.06.2018

Координаты для связи с авторами:
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49
E-mail: svetlana.blashkova@kazangmu.ru



Болезни пародонта

(пособие для пациентов)

Авторы: О. В. Савич, А. Ю. Февралева

Наглядная информация
для работы врача с пациентом.
Объяснение причин возникновения
заболеваний пародонта.
Профилактика и этапы лечения.

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ПОЛИ МЕДИА ПРЕСС»

Тел./факс: (495) 781-28-30, 956-93-70,
(499) 678-21-61

e-mail: dostavka@stomgazeta.ru

www.dentoday.ru