

О. А. УСПЕНСКАЯ

Нижегородская государственная медицинская академия
Кафедра терапевтической стоматологии

**КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ПРИМЕНЕНИЯ АТАРАКСА И ЭПЛАНА В КОМПЛЕКСНОМ
ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО
АФТОЗНОГО СТОМАТИТА, ОТЯГОЩЕННОГО
УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Научный консультант – профессор Л.Н. Казарина

Проведено обследование и лечение женщин с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом при наличии урогенитальной инфекции. Оценивали клинические проявления хронического рецидивирующего афтозного стоматита. Комплексное использование галавита, атаракса и местное использование эплана оказалось наиболее эффективным.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий афтозный стоматит, галавит, атаракс, эплан.

O. A. USPENSKAYA

**CLINICAL RATIONALE AND EFFECTIVENESS OF USING
ATARAX AND EPLAN IN COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC
RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS WITH UROGENITAL
PATHOLOGY**

The article presents the examination and treatment of women with chronic recurrent aphthous stomatitis in the presence of urogenital infection. Clinical manifestations of chronic recurrent aphthous stomatitis were evaluated. Integrated use of Galavit, Atarax and local use of Eplan were the most effective.

Keywords: chronic recurrent aphthous stomatitis, Galavit, Atarax, Eplan.

В стоматологической практике хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) встречается достаточно часто. Заболевание характеризуется длительным течением, склонностью к рецидивам и устойчивостью к различным видам терапии. Этиология и патогенез этого заболевания до сих пор остаются до конца

не изученными. Существует нейрогенная, иммунная, инфекционно-аллергическая, вирусная и другие теории происхождения

ХРАС^{1,2,3}. Существует множество различных методик и препаратов для лечения ХРАС. Однако проблема полного излечения остается актуальной, что связано с общесоматической патологией, которая усугубляет течение ХРАС^{4,5,6}. Для лечения ХРАС С.Т. Сохов с соавторами (2009) успешно применяли препарат галавит⁷. Однако до сих пор проблема лечения ХРАС не решена.

Цель исследования: оценка клинической эффективности применения атаракса и эплана в комплексном лечении ХРАС у пациенток с урогенитальной инфекцией.

Материалы и методы исследования. Данное исследование проводилось на базе кафедры терапевтической стоматологии Нижегородской государственной медицинской академии. Было проведено клиническое обследование и последующее лечение 300 женщин с ХРАС в возрасте от 25 до 35 лет (средний возраст

28,2±1,4 года) при наличии урогенитальной инфекции.

В зависимости от применяемых медикаментозных средств больные с ХРАС были разделены на три группы по 100 женщин в каждой:

- I группа пациенток (основная), где в комплекс лечебных препаратов были включены препарат галавит и атаракс, в местном лечении применяли аппликации эплана на афты.

- II группа, в которой медикаментозная терапия включала общее лечение с включением в комплекс лечебных препаратов галавит, атаракс и местное лечение – нанесение дентальной адгезивной пасты солкосерил на проблемные участки слизистой оболочки полости рта.

- III группа, где медикаментозная терапия включала общее лечение с назначением антигистаминных, поливитаминных препаратов и местное лечение – нанесение дентальной адгезивной пасты солкосерил на афты.

Все пациенты получали комплексное лечение, включающее устранение травматических факторов, назначение антисептических средств, местных обезболивающих, средств, стимулирующих эпителизацию.

Галавит назначали в виде сублингвальных таблеток по схеме: 10 дней – ежедневный прием по 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 те-

¹ Потемина Т.Е., Шевченко Е.А., Курылев В.В., Кондюров И.М., Успенская О.А., Бахметьев О.А. Современные особенности этиопатогенеза воспалительных заболеваний ротовой полости и вирусно-бактериальная биота урогенитального тракта // Медицинский альманах. – 2012. № 3. С. 70-72.

² Рабинович И. М., Банченко Г.В, Рабинович О.Ф. Клиническое изучение солкосерил-дентальной адгезивной пасты и мундизал-геля при лечении хронического рецидивирующего афтозного и герпетического стоматитов // Стоматология. – 1999. №6. С. 20-22.

³ Шевченко Е.А., Успенская О.А. Исследование взаимосвязей факторов, способствующих формированию персистенции при урогенитальных инфекциях // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2012. № 1. С. 57-59.

⁴ Шевченко Е.А., Успенская О.А., Кондюров И.М., Курылев В.В., Россохин В.Ф. Оценка вирусного компонента с целью диагностики и лечения воспалительных заболеваний ротовой полости // Современные технологии в медицине. – 2012. № 3. С. 96-99

⁵ Шевченко Е.А. Особенности изменения некоторых биохимических показателей крови при вирусных урогенитальных инфекциях // Вопросы вирусологии. – 2011. Т. 56, № 2. С. 39-41.

⁶ Шевченко Е.А. Анализ заболеваемости урогенитальными инфекциями в Приволжском федеральном округе // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2010. № 1. – С. 14-16.

⁷ Сохов С.Т., Цветкова А.А., Аксамит Л.А. Комплексное лечение ХРАС с применением сублингвальных таблеток иммуномодулирующего препарата галавит // Российский стоматологический журнал. – 2009. - №2. – С. 56-60.

рапии.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе клинического наблюдения отмечен выраженный лечебный эффект у всех пациенток с ХРАС, 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.

До лечения все пациентки жаловались на боль и дискомфорт в полости рта, уси-

Динамика предъявляемых пациентками жалоб связана с процессами эпителизации афт на слизистой оболочке полости рта. Так, в III группе обследуемых к $10,7 \pm 1,2$ дня наблюдения отмечалась полная эпителизация афт и выздоровление пациенток.

Во II группе сроки сокращались до $6,9 \pm 0,1$ дня. Тогда как в I группе эпителизация элементов наступала уже на $4,4 \pm 0,2$ дня наблюдения. При этом наблюдались статистически достоверные различия между группами сравнения ($p < 0,05$) (таблица 1).

Продолжающийся курс приема гала-

Таблица 1

Сроки эпителизации афт

Группы пациенток	I группа	II группа	III группа
Начало эпителизации, дни	$2,9 \pm 0,1$	$3,5 \pm 0,1^*$	$6,7 \pm 0,3^*$
Полная эпителизация, дни	$4,4 \pm 0,2$	$6,9 \pm 0,1^*$	$10,7 \pm 1,2^*$

** – статистически значимые отличия между I, II и III группой, $p < 0,05$*

ливающиеся при приеме раздражающей пищи, 87% отмечали жжение в слизистой оболочке, 85% – стянутость, 57% жаловались на повышенное слюноотделение. Уже на 3 день лечения у 50% пациенток I группы отмечались жалобы на боль, у 88% – на дискомфорт в полости рта, полное исчезновение жалоб наблюдалось к 5 дню проводимого лечения.

Лечение пациенток II группы приводило к исчезновению жалоб на 7 день у 100% пациенток. На 5 день жалобы на боль сохранялись у 26% пациенток, жалобы на дискомфорт – у 83%.

Значительное улучшение состояния пациенток III группы наблюдалось к 7-10 дню лечения, при этом на 10 день отсутствовали жалобы на боль и стянутость слизистой оболочки.

вита 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.

Вывод. В комплексном лечении ХРАС у пациенток с урогенитальной инфекцией наибольший эффект был достигнут при применении галавита, атаракса и местном использовании эплана на проблемные участки слизистой оболочки полости рта.