

ХРОНІЧНИЙ РЕЦИДИВУЮЧИЙ АФТОЗНИЙ СТОМАТИТ. ВИКОРИСТАННЯ АРГОДЕРМУ ПІД ЧАС МІСЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ

Хору́жа Р.Ю., Татаренко Л.Л., Циганкова К.С.

Резюме. Стаття присвячена одному з поширених захворювань порожнини рота – хронічному рецидивуючому афтозному стоматиту (ХРАС). Передбачити виникнення чергового рецидиву не представляється можливим, також як спрогнозувати ті обставини, що обтяжують процес, тобто трансформацію афт Мікуліча в більш важкий ступінь – висипання, що рубцюються, – афти Сеттона, герпетиформне ушкодження Куке, не говорячи вже про синдром Бехчета. Для купірування елементів ураження апробовано нові лікарські засоби – «Холісал», «Аргодерм».

Ключові слова: хронічний рецидивуючий афтозний стоматит, афти Сеттона, герпетиформне ушкодження Куке, синдром Бехчета, місцеве консервативне лікування, «Холісал», «Аргодерм»

CHRONIC RECURRENT AFHTOUS STOMATITIS. THE USE «ARGODERM» DURING LOCAL THERAPY

Khoruzha R., Tatarenko L., Tsygankova K.

Summary. The article is devoted to one of widespread diseases of mouth cavity – to suffering recurrent afhthous stomatitis (SRAS) showing up the sudden origin of sickly afhthae, hampering eating and cleaning of teeth, sometimes talk, existing during 7-10-14 days, spontaneously or as a result of local conservative medical treatment of healing without scar formation. Guessing the origin of a next relapse is not possible, also how prognosis burdening of process, that is transformation Mikulich`s afhthae in more heavy degree – Setton`s afhthae, herpetiformes afhthae of Kuke, not to mention about the Behchet`s syndrome.

Key words: suffering recurrent afhthous stomatitis (SRAS), Setton`s aphthae, herpetiformes aphthae of Kuke, the Behchet`s syndrome, local conservative medical treatment, «Holisal», «Argoderm»

Отримано до редакції 26.02.13

УДК 616.31–002.157–036.12–036.87:616.3

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ЛЕЙКОПЛАКИЕЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Педорец А.П., Хору́жая Р.Е., Татаренко Л.Л.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Стаття посвящена одному из достаточно часто встречаемых кератозов, развивающихся только на слизистой оболочке, в том числе в полости рта – лейкоплакии. Патология в ряде случаев (при развитии определенных форм) рассматривается как преканцерозное состояние, что обуславливает

возможность развития серьезных осложнений, которые гипотетически могут отразиться не только на качестве жизни пациента, но и на ее продолжительности.

Ключевые слова: лейкоплакия, диагностика, тактика ведения

К одной из патологий, проявляющихся на слизистой оболочке полости рта очаговым ороговением покровной ткани и вызывающей неподдельный интерес врачей и исследователей, относится лейкоплакия [1, 4]. Давно не обсуждается вопрос, что по своей сути лейкоплакия – не клинический диагноз, а пятно или бляшка белого цвета, покрытое мягкими чешуйками, не снимающееся при поскабливании. Обозначая в карточке состояние *locus morbi* «лейкоплакией», врач лишь констатирует наличие пятна и/или бляшки. Однако случается, что при постановке диагноза «лейкоплакия» речь может идти не только исключительно об изменении цвета покрова, но и более неблагоприятных обстоятельствах – эпителиальной дисплазии, или ранних, *in situ*, анапластических изменениях [2]. Наш интерес, как авторов статьи связан с несколькими обстоятельствами. Первое – на практическом приеме в стоматологических поликлиниках врачи, как правило, не узнают данную патологию. Вторая причина тесно связана с первой неузнанная лейкоплакия – коварна, так как рассматривается в качестве факультативного предрака. Третья по значимости позиция зачастую связана с обнаружением внешнего раздражителя, приводящего к чрезмерному ороговению слизистой оболочки полости рта. Также существует предположение о генетической детерминированности относительно готовности слизистой оболочки полости рта при наличии травмирующего фактора кератинизироваться, защищая внутренние (интимные) структуры, а затем, к сожалению, и перерождаться, обретая определенную агрессию и нанося существенный вред здоровью и жизни пациента. Среди эндогенных факторов, приводящих к чрезмерному ороговению СОПР, выделяют системные поражения органов желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы и др. [1, 3]. Лейкоплакия нередко выявляется у больных сахарным диабетом, анемиями, гиповитаминозами. Даже прекратив перечисление причин, побуждающих изучать лейкоплакию, пристрастие к рассматриваемой теме понятно и объяснимо. Обратимся непосредственно к фактам [4].

Целью предпринятого исследования является анализ работы сотрудников кафедры терапевтической стоматологии ДонНМУ,

осуществлявших консультативный прием пациентов; изучение показателя встречаемости лейкоплакии слизистой оболочки полости рта в структуре стоматологической заболеваемости у жителей Донецка и области; на конкретном примере пациента с лейкоплакией обозначить тактику ведения данной группы больных.

Материал и методы

За последние пять лет работы (с 1.09.06 по 31.08.11) было принято 1759 пациентов с сомнительными или ошибочными диагнозами. На каждого обследуемого заполнялась стандартная амбулаторная карточка стоматологического больного. Соответствующая запись появлялась и в журнале консультативного приема больных (общем на кафедре и индивидуальном у конкретного врача-консультанта). Паспортная часть была представлена обычными данными. В разделе клинических данных фиксировалось общее состояние здоровья, подробно характеризовались перенесенные заболевания, болезни внутренних органов и пр.

Следующий раздел – описание стоматологического статуса, включавший детальную характеристику стоматологического здоровья, результаты основных и дополнительных методов исследования.

Результаты и их обсуждение

Возраст пациентов, обратившихся за медицинской помощью к сотрудникам кафедры терапевтической стоматологии, варьировал от 14 до 84 лет. В среднем достоверных отличий по полу не выявлено. У незначительной части больных первоначальные диагнозы подтверждались более квалифицированными специалистами (27,10%). У преобладающего числа нуждающихся диагнозы не соответствовали *status morbi* (53,70%); вообще не был указан диагноз в 19,2% случаев, что, безусловно, потребовало углубленного обследования, консультаций смежных специалистов и т.д. Случалось, что диагноз болезни указан верный, а лечение проводилось по старым, не оправдавшим себя схемам, или назначаемые препараты не приводили к сколько-нибудь значимому эффекту.

Стоматологическая патология была разнообразной и распределялась следующим образом. Одонтологических больных оказалось 63 человека (3,58%). Это относительно малочисленная группа не являлась предметом пристального и подробного изучения с последующим изложением причин неудовлетворенности пациентов. Однако следует отметить, что речь шла не столько об ошибках в диагностике заболеваний зубов (хотя и они случались), сколько о погрешностях в техническом исполнении четко прописанных в

протоколах действий врачей-одонтологов при лечении осложненного кариеса, об устранении ошибок, допущенных в процессе лечения.

Вторая, достаточно репрезентативная группа, – пациенты пародонтологического профиля (117 пациентов – 6,65%). Причин, приведших больных на консультацию, было несколько. Во-первых, неправильно указывался диагноз (в ряде случаев практически не распознавались гипертрофические гингивиты, генерализованный пародонтит и т.д.). Во-вторых, несмотря на наличие удовлетворительного качества рентгенограмм, неправильно указывалась степень тяжести пародонтальной патологии. В-третьих, практически не выявлялась фоновая соматическая патология, которая, несомненно, влияла на течение стоматологического заболевания, т.е. возникала так называемая ситуация взаимоотношения. В-четвертых, неадекватно избирались схемы терапии, что приводило к отягощению течения болезни, учащению обострений пародонтальной патологии, ухудшению общего состояния и т.д.

Все же наибольшие проблемы у врачей-стоматологов, работающих на первичном поликлиническом приеме, возникали при диагностировании заболеваний, проявляющихся на слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ.

В прежних наших работах мы описывали возникшие у практических врачей проблемы, касающиеся диагностики и лечения неврогенной патологии, кератозов с аутоиммунным механизмом развития, кандидозного поражения слизистой оболочки полости рта, указывали способы недопущения подобных «проколов», методы устранения ошибок и т.д.

В данной статье анализируются заболевания слизистой оболочки полости рта с акцентом внимания читателей к лейкоплакии, обнаруженной у 71 человека (4,50%). Следует заметить, что лейкоплакия диагностировалась преимущественно у лиц старше 30 лет и мужчин (78%), нежели у молодых и женщин (22%). Относительно форм лейкоплакии получены следующие данные: в 43,66% случаев (у 31 особы) речь шла о плоской лейкоплакии, в 33,80% – ее веррукозной форме (24 человека). Мягкую форму распознали у 11-х пациентов, что составило 15,49%, а бородавчатая встретилась у 5 (7,04%) человек.

Опишем случай из практики. К нам обратилась пациентка М., около полугода наблюдавшаяся у врача-пародонтолога по месту жительства. В городской поликлинике М. лечили вначале по поводу кандидоза полости рта, затем *status morbi* расценили как неврогенную патологию и, наконец, отправили на консультацию в область. После

опроса выяснилось, что жалобы М. сводились к появлению беловатых пятен, ощущению стянутости и шершавости покровной ткани во рту и «поселившемуся в душе» страху: «Не рак ли это?». Пациентка 40 лет курит папиросы, всю жизнь проработала агрохимиком (вредные условия работы).

Осмотр полости рта позволил обнаружить белое пятно, охватившее не только слизистую оболочку вентральной поверхности языка и дна полости рта от премоляров справа до премоляров слева, но и вовлекшее слизистую маргинального края десен с язычной поверхности. При покабливании *locus morbi* «налет» не исчезал. Пальпация исследуемого очага не сопровождалась болевыми ощущениями. Регионарные лимфоузлы – без особенностей. В связи с тем, что адекватного лечения пациентке М. не назначалось, мы, несмотря настораживающую локализацию кератоза, решились на традиционное консервативное лечение, изложенное во всех учебных пособиях. С пациенткой была проведена беседа по поводу необходимости бросить курить.

Через три недели на контрольном осмотре М. указала, что избавилась от вредной, 40-летней привычки и бросила курить. Все рекомендации и назначения строго выполняла. Повторно осматривая М., зафиксировали, что очаг поражения несколько уменьшился в размерах и как бы «утратил плотность» белой окраски, став несколько прозрачнее, но полностью не исчез. Считая, что локализация обнаруженного кератоза – неблагоприятный фактор, мы направили М. на биопсию, после которой предложили хирургическое иссечение очага методом криодеструкции. М. «взяла тайм-аут» для размышления и в конце концов согласилась с предложенным планом оказания помощи. На сегодняшний момент хирургами-стоматологами произведена криодеструкция. Далее предполагается осуществлять диспансерное наблюдение за состоянием слизистой оболочки полости рта у данной больной согласно утвержденным в протоколах оказания помощи срокам.

Выводы

Таким образом, подытоживая вышесказанное, можно заключить, во-первых, врачи-стоматологи, работающие на первичном приеме, нередко ошибаются в постановке диагноза «лейкоплакия». Во-вторых, для лейкоплакии характерно «три облика, три ипостаси»: лейкоплакия-симптом (возникает при системных заболеваниях, приеме некоторых медикаментозных препаратов); лейкоплакия-болезнь (истинная лейкоплакия), проявляющаяся ороговением слизистой оболочки без

признаков воспаления; и, наконец, ложная лейкоплакия (при красной волчанке, красном плоском лишае и заболеваниях слизистой оболочки, сопровождающихся появлением очагов гиперкератоза). В-третьих, клиническая ситуация под названием «лейкоплакия» может прогрессировать в рак (кстати, количественный показатель ее озлокачествления варьируется в пределах 7-13%). В-четвертых, суммируя предыдущие пункты, незамедлительно и на постоянной основе следует организовать обучение практических врачей безошибочной диагностике и лечению адекватному развитию клинической ситуации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисенко Л. Г. Обоснование долгосрочной целеориентированной комплексной программы лечебно-профилактической стоматологической помощи населению старших возрастных групп / Л. Г. Борисенко // Стоматологический журнал. – 2003. – № 3. – С. 9–11.
2. Кузьмина Э. М. Профилактика стоматологических заболеваний / Э. М. Кузьмина. – Москва : Поли-Медиа Пресс РФ, 2001. – 216 с.
3. Хоружая Р. Е. Анализ работы консультативного кабинета кафедры терапевтической стоматологии ДонНМУ / Р. Е. Хоружая, А. П. Педорец // Питання експериментальної та клінічної медицини. – 2007. – Вип. 11, Т. 1. – С. 214–219.
4. Хоружа Р. Ю. Вивчення поширеності деяких захворювань слизової оболонки ротової порожнини й червоної облямівки губ у пацієнтів літнього та похилого віку / Р. Ю. Хоружа, О. П. Педорець, Г. К. Северин // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 3. – С. 24–27.

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ЛЕЙКОПЛАКІЄЮ ДНА ПОРОЖНИНИ РОТА (ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ)

Педорець О.П., Хоружа Р.Ю., Татаренко Л.Л.

Резюме. Стаття присвячена одному з досить частих кератозів, що розвиваються лише на слизовій оболонці, у тому числі в порожнині рота – лейкоплакії. Патологія у ряді випадків (при розвитку певних форм) розглядається як преканцерозний стан, що обумовлює можливість розвитку серйозних ускладнень, які гіпотетично можуть відбитися не лише на якості життя пацієнта, але і на його тривалості.

Ключові слова: лейкоплакія, діагностика, тактика ведення

TACTIC OF CONDUCT OF PATIENT WITH LEYKOPLAKIEY OF BOTTOM OF CAVITY OF MOUTH (CASE FROM PRACTICE)

Pedorec A.P., Khoruzha R.Ye., Tatarenko L.L.

Summary. The article is devoted one of sufficiently frequent the met keratosiss, developing only on a mucous membrane, including in the cavity of mouth –

leykoplakiya. Pathology is in a number of cases (at development of certain forms) examined as the prekanceroznoe state, that stipulates possibility of development of serious complications, which hypothetically can affect not only quality of life of patient but also on its duration.

Key words: leykoplakiya, diagnostics, tactic of conduct

Отримано до редакції 28.02.13

УДК 616.314.18-002.4-031.81+615.37+615.242

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИЧЕСКИХ И ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННЫХ СРЕДСТВ В ДИНАМИКЕ НА ЭТАПАХ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Чайковская И.В., Яворская Л.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Проведено ретроспективное исследование 80 пациентов с генерализованным пародонтитом II степени тяжести, хроническое течение. Установлена эффективность разработанного лечения и доказано, что применение сорбентотерапии и фитокомпозиции, позволяет сочленам восстановленного биоценоза «не допускать» персистенции и сукцессии пародонтопатогенных микроорганизмов в пародонтальном кармане. Использование мультипробиотика Апибакт под денто-альвеолярные каппы на ночь является более эффективным, о чем свидетельствует торможение развития оксидативного стресса в полости рта через полгода после лечения.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, микрофлора пародонтальных карманов, биохимические показатели

Среди актуальных проблем современной стоматологии, воспалительные заболевания пародонта занимают одно из ведущих мест, т.к. сопровождаются выраженными морфо-функциональными нарушениями зубо-челюстной системы и характеризуются сложной этиопатогенетической картиной различных нарушений (метаболических, микробиологических, патофизиологических, биохимических, иммунологических), что говорит об актуальности проблемы и поиске новых звеньев патогенеза и соответствующих методов лечебных мероприятий, имевших пролонгированный лечебный эффект [8].