

О.В. Савичук¹, Є.М. Зайцева¹, Ю.П. Немирович¹, Г.П. Бекетова²

Лікування хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту

¹Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

²Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Резюме. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит є багатofакторним захворюванням, що пов'язано із хворобами травного тракту, ендокринними, аутоімунними, алергічними та неврологічними розладами.

Мета: представити схему лікування хворого з тяжкою формою хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту.

Методи. Загальноклінічні, цитологічні, імунологічні, мікробіологічні.

Результати. У процесі діагностики пацієнту із хронічним рецидивуючим афтозним стоматитом був установлений діагноз дисфункція жовчного міхура за гіпотонічно-гіпокінетичним типом. Розроблено алгоритм комплексної терапії.

Висновки. Індивідуалізований підхід до лікування хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту (афта Сеттона) дозволив значно зменшити строки епітелізації глибокого ураження слизової оболонки ротової порожнини та знизити частоту рецидивів захворювання.

Ключові слова: хронічний рецидивуючий афтозний стоматит, слизова оболонка, дисфункція жовчного міхура за гіпотонічно-гіпокінетичним типом.

У практичній стоматології діагностика та лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота (СОПР) у дітей пов'язані з певними труднощами. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит (ХРАС) – захворювання, яке характеризується тяжким і тривалим перебігом, частими рецидивами, резистентністю до загальноприйнятих методів лікування [1, 3, 7, 13]. З огляду на тісний зв'язок захворювання із соматичною патологією, його адекватне лікування потребує мультидисциплінарного підходу й участі педіатра, дитячого гастроентеролога та інших спеціалістів [8, 9, 10].

Метою роботи було представити схему лікування хворого з тяжкою формою хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту.

Під нашим наглядом знаходився пацієнт К. 17 років, який звернувся у Стоматологічний медичний центр Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця зі скаргами на відчуття печіння, болісності під час прийому їжі та розмові, наявності виразки на слизовій оболонці порожнини рота. Прояви в порожнині рота періодично турбують пацієнта впродовж останніх двох років. Рецидиви спостерігаються раз на квартал. Елемент ураження епітелізувався в порожнині рота протягом місяця. До лікаря-стоматолога по допомогу хлопчик не звертався. За словами матері, дитина часто (5–6 разів на рік) хворіє на гострі респіраторні захворювання. У 2005 році знаходився на обстеженні в міському гастроентерологічному центрі, де був установлений діагноз дисфункція жовчного міхура за гіпотонічно-гіпокінетичним типом. На теперішній час пацієнт знаходиться на диспансерному нагляді в дитячого стоматолога й дитячого гастроентеролога та проходить два рази на рік курс комплексного протирецидивного лікування. На даний момент ми не змогли виявити провокуючий фактор появи афти.

При об'єктивному огляді: обличчя симетричне, бліде, уражень шкірних покривів не виявлено. Червона облямівка губ без патологічних змін. Слизова оболонка порожнини рота набрякла, пастозна, без проявів гіперемії. На слизовій оболонці щік по лінії змикання наявні відбитки зубів.

На слизовій оболонці нижньої губи в ділянці кута рота праворуч виявлений м'який рубець. На внутрішній поверхні нижньої губи ліворуч знаходиться виразка овальної форми розміром 0,7 × 0,9 × 0,3 см, яка оточена гіперемованою облямівкою, поверхня вкрита фібринозним нальотом, при пальпації різко болісна. Краї виразки виступають над рівнем слизової оболонки. При огляді твердих тканин зубів виявлено: в 11-у зубі пляма на вестибулярній поверхні жовто-коричневого кольору, гладка та безболісна при зондуванні. Під час фарбування метиленовим синім – непроникна для барвника. У двох верхніх постійних перших молярах пломби з композиційного матеріалу з добрим крайовим приляганням і відповідністю кольору зуба, у 36 та 46-у зубах – каріозні порожнини. Інтенсивність карієсу становила 4.

Під час огляду пацієнта зі скаргами на появу афти на поверхні слизової оболонки слід провести диференційну діагностику рецидивуючого герпесу і хронічної травми. Для проведення диференційної діагностики вірусних уражень була досліджена ротова рідина методом полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР), що дозволило встановити відсутність ДНК вірусів герпесу I/II типу [1, 6]. При мікробіологічному дослідженні СОПР виявлено незначний ріст кількості грибів роду кандиди, *Str. mutans*, *Str. sanguis*, *Str. salivarius*, *Str. mitis*. При імунологічному дослідженні дитини (за даними витягу з історії хвороби) було виявлено низький титр імуноглобулінів G та M у сироватці крові. Для цитологічного дослідження використовували зішкряб з елемента ураження. Аналіз отриманих результатів здійснювали у відповідності з рекомендаціями Кимеле Е. (1984) [4]. При цитологічному дослідженні ділянки ураження було виявлено полігональні епітеліальні клітини зі світлою цитоплазмою та маленьким ядром, епітеліальні клітини округлої форми з темною зафарбованою цитоплазмою та великим ядром. Серед епітеліальних клітин значне скупчення фагоцитуючих нейтрофілів, лімфоцитів. Клітинно-епітеліальний індекс дорівнював 4,68.

Таким чином, результати клінічного та додаткових методів дослідження підтвердили діагноз хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту (афта Сеттона), тяжкий ступінь.

Протокол МОЗ України про лікування ХРАС передбачає обстеження хворої дитини у фахівців суміжних спеціальностей з обов'язковою санацією вогнищ хронічної інфекції.

Згідно із цим авторами розроблено індивідуалізований алгоритм комплексного лікування пацієнта з афтою Сеттона, який включав загальне та місцеве лікування.

Загальне лікування дисфункції жовчного міхура за гіпотонічно-гіпокінетичним типом (призначено дитячим гастроентерологом) включало:

1. Холеретик (для стимуляції синтезу жовчі) – суспензія урсодезоксихолевої кислоти 10 мг/кг на добу у два прийоми протягом трьох тижнів.
2. Холекінетик (для стимуляції скорочення жовчного міхура) – екстракт листя артишоку по ¼–½ чайної ложки три рази на добу протягом трьох тижнів.
3. Прокінетик домперидон (для відновлення моторної функції жовчовивідних шляхів) по 10 мг три рази на добу за 15–30 хв. до вживання їжі протягом десяти днів.
4. Тюбажі мінеральної води середньої мінералізації два рази на тиждень № 10 по 100–200 мл.
5. Синбіотик Лінекс форте (для відновлення мікробіоцинозу травного каналу) по одній капсулі під час їжі чотирнадцять днів.
6. Ентеросгель по одній столовій ложці три рази на день сім днів для зменшення ендогенної інтоксикації за 1,5–2 години до або дві години після їжі (прийому ліків).
7. Дотримання дієти № 5 протягом одного місяця.
8. Мінеральна вода Єсентуки № 17 по ½ склянки при температурі 24° тричі на добу за 20 хвилин до їжі через місяць після загоєння афти.

Для проведення місцевого лікування протягом строку загоєння афти під час відвідування стоматолога застосували таку схему:

1. Знеболення (аплікація Камістад-гелю).
2. Антисептична обробка слизової оболонки порожнини рота (полоскання 0,2 % розчином біглюконату хлоргексидину).
3. Протизапальна терапія (зрошення СОПР спреєм Тантум Верде).
4. Кератопластична терапія (з початку епітелізації, 5–6-й день, у вигляді фонофорезу гелю Солкосерил) тривалістю 5 хвилин, вісім сеансів.

Лікування пацієнт також продовжував удома, приймаючи:

1. Імуномодулятор бактеріального та грибкового походження «Імудон» (по одній таблетці після їжі 4–6 рази на добу розсмоктувати в порожнині рота, після чого не приймати їжу, не полоскати рот протягом однієї години) трьома курсами по десять днів із двома 20-денними перервами.
2. Полоскання та ротові ванночки з розчином Ротокану (одну чайну ложку на склянку теплої води 2–3 рази на день) упродовж клінічних проявів і 5-ти днів після епітелізації.
3. Зрошення СОПР спреєм Тантум Верде два рази на день під час клінічних проявів.

На період лікування для гігієнічного догляду за порожниною рота призначалась паста «Пародонтас» із фтором протягом двох місяців.

Пацієнт відвідував лікаря-стоматолога у клініці через день.

Під час другого відвідування хворий відмітив покращення самопочуття. Біль залишився тільки при прийомі їжі. Розміри ерозії не змінилися, вона була тієї ж форми, поверхня вкрита нальотом. На слизовій оболонці щік по лінії змикання – відбитки зубів.

Під час третього відвідування самопочуття пацієнта задовільне. Біль при прийомі їжі. Інфільтрація слизової оболонки в ділянці ерозії зменшилась, елемент ураження тієї ж форми та розмірів, його дно пласке, поверхня вкрита фібринозним нальотом. Лікування продовжили.

Четверте відвідування (через два дні): пацієнт скаржиться на наявність виразки. Слизова оболонка нижньої губи менш набрякла, гладка. Поверхня ерозії очистилась від нальоту, її глибина зменшилась, під час пальпації – незначна болісність. На слизовій оболонці щік не спостерігаються відбитки зубів.

П'яте відвідування. Скарги на біль при прийомі твердої їжі. Слизова оболонка нижньої губи бліда, без вираженої пастозності та набряку. Ерозія зменшилась у розмірах до 0,2 × 0,2 × 0,2 см. Дно рівне, яскраво-червоного кольору, чисте. Для покращення епітелізації у схему місцевого лікування було введено кератопластичний препарат гелю солкосерил, який вводився методом фонофорезу [12].

Шосте відвідування. Скарги на біль при механічному подразненні ерозії. Елемент ураження зменшився до 0,1 × 0,1 × 0,1 см. Дно елемента чисте, відмічаються ділянки епітелізації. Проведено повторне цитологічне дослідження.

Результати цитологічного дослідження показали, що кількість клітин епітелію, особливо з верхніх шарів, значно збільшилася. Серед нейтрофільних лейкоцитів переважали незмінені форми, зменшилась кількість макрофагів і фагоцитів. Клітинно-епітеліальний індекс дорівнював 2,824, що свідчило про хорошу епітелізацію елемента ураження. Лікування продовжили.

Через два тижні лікування слизова оболонка нижньої губи бліда, пружна, безболісна. На місці виразки на тлі незначної гіперемії визначається м'який рубець розміром 0,1 см.

Після епітелізації елемента ураження хлопчику були проліковані 36 та 46-й зуби із приводу хронічного середнього карієсу та відреставрований 11 зуб із приводу місцевої гіпоплазії емалі. Пацієнт був проконсультований в ортодонтичному відділенні Стоматологічного медичного центру НМУ ім. О.О. Богомольця. Строк спостереження за даним пацієнтом склав шість місяців. За цей час не спостерігалось жодного рецидиву хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту за наявності стійкої ремісії гастроентерологічної патології.

Висновок

У даному випадку захворювання маніфестувало на тлі лише функціонального біліарного розладу за гіпотонічно-гіпокінетичним типом, у той час як формуванню афти Сеттона переважно сприяє поєднана органічна гастроентерологічна та інша патологія. Розроблений авторами індивідуалізований удосконалений алгоритм лікування ХРАС (афти Сеттона), що включав місцеву та загальну терапію, дозволив суттєво зменшити строки епітелізації глибокого елемента ураження слизової оболонки ротової порожнини, досягти тривалої й повної клінічної ремісії захворювання та запобігти його подальшому рецидивуванню.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абашидзе Н.О. Иммуноморфологические аспекты диагностики стоматита Сеттона / Н.О. Абашидзе, О.М. Хардзейшвили, М.Б. Иверели и др. // Аллергология и иммунология, 2010. – Т. 2, № 2. – С. 195–198.

2. Зорян Е.В. Современные направления фармакотерапии заболеваний слизистой оболочки полости рта // Клиническая стоматология. – 2009. – № 3. – С. 22–25.

3. Ионов В.В. Состояние местного иммунитета, свободнорадикальных процессов и антиоксидантной защиты в слюне при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 25 с.

4. Кимеле Э. В. Цитологическая диагностика в стоматологии / Э.В. Кимеле. – Рига: Звайгзне, 1984. – 181 с.

5. Лечение больных с рецидивирующим афтозным стоматитом, осложненным дисбактериозом полости рта / О.Ф. Рабинович, И.М. Рабинович, А.В. Гусева, Е.С. Абрамова // Клиническая стоматология. – 2009. – № 3. – С. 18–20.

6. Лукиных Л.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта. – Н. Новгород: НГМА, 2000. – 367 с.

7. Морфологические и иммуногистохимические характеристики слизистой оболочки полости рта у больных воспалительными заболеваниями кишечника / И.М. Кветной, Н.С. Робакидзе, И.Н. Костючек, О.Б. Щукина // Клиническая медицина. – 2009. – Т. 87, № 11. – С. 49–51.

8. Рабинович О.Ф. Рецидивирующий афтозный стоматит: классификация, клинические формы и лечение / О.Ф. Рабинович, И. М. Рабинович // Стоматология. –

2010. – Т. 78, № 3. – С. 76–79.

9. Рабинович О.Ф. Рецидивирующий афтозный стоматит – этиология, патогенез (часть 1) / О.Ф. Рабинович, И. М. Рабинович, Е.Л. Вахрушина, Е.В. Панфилова // Стоматология, 2010. – № 1. – С. 71–74.

10. Савичук О.В. Клініко-анамнестичні фактори ризику хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту у дітей // Збірник наукових праць співробітників КМАПО. – 2003. – Вип. 12. – Книга 2. – С. 637–641.

11. Савичук О.В. Микробиология полости рта, дисбактериоз и пути его коррекции / О.В. Савичук, Н.О. Савичук // Современная стоматология. – 2002. – № 4. – С. 9–12.

12. Физические факторы в лечении и профилактике патологии челюстно-лицевой области: учебно-методические рекомендации / А.Г. Сафронов, В.В. Храмов, О.Г. Колесова, Е.М. Свищева, А.Г. Чиж, Е.А. Исламова. – Саратов, 2009. – 84 с.

13. Чернышева Н.Д. Состояние топического иммунитета при хроническом афтозном стоматите / Н.Д. Чернышева, Т.В. Бушуева, Г.И. Ронь, И.И. Сафиуллина // Стоматология. – 2009. – № 5 (59). – С. 71–73.

Лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита

А.В. Савичук, Е.М. Зайцева, Ю.П. Немирович, Г.П. Бекетова

Резюме. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит – это многофакторное заболевание, связанное с поражениями пищеварительного тракта, эндокринными, аутоиммунными, аллергическими и неврологическими расстройствами.

Цель: представить схему лечения больного с тяжелой формой хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

Методы. Общеклинические, цитологические, иммунологические, микробиологические.

Результаты. В процессе обследования пациенту с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом был поставлен диагноз дисфункция желчного пузыря по гипотонически-гипокинетическому типу. Разработан алгоритм комплексной терапии.

Выводы. Индивидуализированное комплексное лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита позволило значительно уменьшить сроки эпителизации глубокого поражения слизистой оболочки полости рта и снизить частоту рецидивов заболевания.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий афтозный стоматит, слизистая оболочка, дисфункция желчного пузыря по гипотонически-гипокинетическому типу.

Treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis

O. Savichuk, E. Zaitseva, Yu. Nemirovich, G. Beketova

Summary. The chronic recurrent aphthous stomatitis is a multiple factor disease associated with the lesions of the digestive tract, endocrine, autoimmune, allergic, and neurologic upsets.

Aim: to submit the healing scheme for the case with a heavy form the chronic recurrent aphthous stomatitis.

Techniques. General clinical, cytological, immunological, microbiological.

Results. A concomitant diagnosis was made to a patient in the process of investigations: the biliary duct dysfunction according to the hypotonic-hypokinetic type. An individual scheme was developed for the therapy, which envisaged both general and local healing.

Conclusions. The developed individual scheme for the healing of the chronic recurrent aphthous stomatitis made it possible to substantially reduce the term of epithelization of a deep element of the mucous membrane lesion and to decrease the frequency of relapses.

Key words: aphthous stomatitis, mucous membrane, the biliary duct dysfunction according to the hypotonic-hypokinetic type.

Савичук Олександр Васильович – д-р мед. наук, професор кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Адреса: м. Київ, вул. Зоологічна, 1.

Тел.: (044) 454-49-60.

Зайцева Євгенія Михайлівна – канд. мед. наук,

доцент кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Адреса: м. Київ, вул. Зоологічна, 1.

Тел.: (044) 454-49-60.

Немирович Юлія Петрівна – канд. мед. наук,

асистент кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Адреса: м. Київ, вул. Антонова 2/32, корп. 5, кв. 6.

Тел.: (044) 248-51-51, (050) 537-90-99.

Бекетова Галина Володимирівна – д-р мед. наук, професор,

завідувач кафедри дитячих та підліткових захворювань НМАПО ім. П. Л. Шупика.

Адреса: м. Київ, вул. Копилівського, 9.