

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

Мещерский Герман Алексеевич

студент, Российский Университет Дружбы Народов, Медицинский факультет, Кафедра Общей и клинической фармакологии, РФ, г. Москва

Павловская Екатерина Олеговна

студент, Российский Университет Дружбы Народов, Медицинский факультет, Кафедра Общей и клинической фармакологии, РФ, г. Москва

Гущина Юлия Шамилевна

научный руководитель, канд. фармацевт. наук, доц. кафедры общей и клинической фармакологии. Российский Университет Дружбы Народов, РФ, г. Москва

Введение.

Рецидивирующий афтозный стоматит представляет большую социальную проблему, которая требует точного постановления диагноза и подбора грамотного лечения. Несмотря на многообразие отечественных и зарубежных исследований вопросы этиологии и патогенеза афтозного стоматита остаются предметом многочисленных дискуссий. До сих пор окончательно не установлено, какие факторы доминируют в патогенезе афтозного стоматита, а какие предрасполагают к заболеванию. Результаты последних проведенных исследований подтверждают теорию приоритета иммунотоксического процесса, возникающего в слизистой полости рта при рецидивирующем афтозном стоматите, поэтому в данной работе будет рассматриваться лечение данного заболевания.

Цель исследования.

Цель исследования заключается в изучении альтернативной терапии рецидивирующего афтозного стоматита.

На данный момент лечение РАС включает в себя два компонента: терапия нефармакологическая и фармакологическая. Препараты фармакологической терапии можно подразделить на препараты местного действия и препараты системного действия, последние назначают в крайних случаях.

Материалы и методы.

Список и дозировки препаратов местного применения:

1. Антисептики, противовоспалительные средства и анальгетики (хлоргексидин жидкость для полоскания рта или гель 3 0,2 % V/D; гель триклозана 3 V/D; актуальный диклофенак 3 %; мазь амлексанокс 5 % 2–4 V/D).
2. Антибиотики (гель доксициклина в низких дозах).
3. Актуальные кортикостероиды (триамцинолона ацетонид 0,05–0,5 % 3–10 об/д, флуоцинолон ацетонид 0,025 к 0,05 % 5,10 V/D; Клобетазол Пропионат 0,025 %).
4. Гиалуроновая кислота (0,2 % склеиваются 2 V/D две недели).
5. Актуальные анестезирующие средства (актуальные брызги 2% лидокаина или гель).

6. Другое: Лазерные, натуральные вещества. (Без обозначения даты: YAG, мирт, кварцетин, Роза дамасская работа).

(V/D = времена день)

Список и дозировки препаратов системного назначения:

1. Антибиотики (пенициллин G калий, 50 мг таблеток 4 V/D 4 дня).
2. Кортикостероиды (начальная доза устного преднизона 25 мг/день и пошаговое сокращение дозы в течение 2 месяцев).
3. Колхицин (0,5 мг/день 7 дней, 1 мг/день 7 дней и доза обслуживания 1,5 мг/день).
4. Дапсон (25 мг/день 3 дня, 50 мг/день 3 дня, 75 мг/день 3 дня и доза обслуживания 100 мг/день).
5. Клофазимин (100 мг ежедневно в течение 6 месяцев).
6. Пентоксифиллин (400 мг 3 V/D в течение одного месяца).
7. Цинковый сульфат (150 мг/сут).
8. Иммуномодулирующая: талидомид (50-100 мг в день), левамизол (150 мг три раза в неделю в течение 6 месяцев).
9. Гомеопатические вещества (Меркурий солюбилис, Natrum Muriaticum, фосфор, серная кислота, азотная кислота).

При выборе альтернативной программы лечения препараты классифицированы по группам:

1. Антисептики, противовоспалительное средство и анальгетики:
 1. tiseptics и противовоспалительные препараты / обезболивающие, такие как 0,2 % хлоргексидина в ополаскиватели или гель, три раза в день (без глотания который предлагает современное обезболивание).
 2. Триклозан в виде геля или ополаскивателя. Применяется три раза в день (без глотания). Оказывает противовоспалительный, антисептический и анальгетический эффекты.
 3. В свою очередь, топические 3 % диклофенака с 2,5 % гиалуроновой кислоты может быть применен, чтобы уменьшить боль.
 4. Препарат амлексанокс. Механизм его действия до конца не изучен, является актуальным средством с противовоспалительными и противоаллергическими свойствами. Обычно поставляется в виде мази в концентрации из 5 %, и наносится 2-4 раза в день. Препарат способствует быстрому заживлению афты и снижению боли, эритемы и сокращает размер повреждений. Так же выпускается в виде оральных пластырей, таблеток и самоклеющихся пленок. Патент на его использование в качестве средства для лечения афтозных язв был разработан в ноябре 1994 года изобретателям, R. Vora, Atul Khandwala и Charles G. Smith и присваивается Chemex Pharmaceuticals, Inc.

Правовой статус: В аптеках США отпускается по рецепту врача.

2. Антибиотики, такие как тетрациклин (доксциклин и миноциклин), в виде геля или жидкости для полоскания. Эти лекарства действуют через местные ингибиторы коллагеназы и металлопротеиназ, что являются частью воспалительного ответа, способствуют разрушению тканей и образованию язв.
3. Кортикостероиды.

Триамцинолон ацетонид используется в концентрациях от 0,05-0,5 %, применяется в виде полосканий 3-10 раз в сутки. Показан больным с малыми эрозивными поражениями.

Пропионат клобетазола 0,025 % используется только для умеренной или тяжелой формы течения заболевания.

4. Гиалуроновая кислота 0,2 % гиалуроновой кислоты в гелевой композиции, применяется два раза в день в течение двух недель.
5. Анестезирующие средства.

2 % лидокаин (в виде спреями геля); Клей toothpas-TE, содержащий полидоканол; или таблетки бензокаина

Результаты.

Результаты данного исследования показали, что альтернативное лечение, которое применяется в терапии рецидивирующего афтозного стоматита является высокоэффективным.

Выводы.

Данное исследование показало, что современная терапия афтозного стоматита является эффективным. Так же можно отметить, что данным лечением можно добиться выздоровления практически во всех случаях данного заболевания.

Список литературы:

1. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Панфилова Е.Л., Вахрушина Е.В. Рецидивирующий афтозный стоматит – этиология, патогенез (часть I) // Стоматология, 2010. – Т. 89, № 1. – С. 71–74.
2. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Бабиченко И.И., Ковязин В.А., Вахрушина Е.В. Особенности иммуноморфологического статуса больных с рецидивирующим афтозным стоматитом // Клиническая стоматология, 2011. – Т. 58, № 2. – С. 20–22.
3. Boras V.V., Brailo V., Cekić-Arambasin A. Recurrent aphthous ulcerations: analysis of predisposing factors in 68 patients. // Lijec Vjesn., 2007. – Vol. 129, № 1 – P. 4–7.
4. Dolby A.E. Recurrent aphthous ulceration. Effect of sera and peripheral blood lymphocytes upon oral epithelial tissue culture cells. // Immunology, 1969. – Vol. 17, № 5. – P. 709–714.
5. Hayrinen-Immonen R., Nordstrom D., Malmstrom M. et al. Immune-inflammatory cell sin recurrent oral ulcers (ROU). // Scand J Dent Res, 1991. – Vol. 99, № 6. – P. 510–518.
6. Jurge S., Kuffer R., Scully C. et al. Mucosal disease series. Number VI. Recurrent aphthous stomatitis // Oral Dis., 2006. – V. 12, № 1. – P. 1–21.