

УДК: 616.314

DOI: 10.33295/1992-576X-2020-4-34

Ю.Г. Коленко¹, О.Б. Ткач¹, Л.И. Тивоненко¹, О.Р. Мялковский²

Эффективность применения медикаментозной терапии у пациентов с поражениями слизистой оболочки полости рта при язвенном колите

¹Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

²КНП «Районная стоматологическая поликлиника Киево-Святошинского районного совета», Украина

Цель: на основании клинических данных проанализировать и оценить эффективность применения Тантум Верде® по сравнению с традиционной схемой.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 30 человек, выбранные рандомизированным методом случайной выборки в две равные группы согласно проводимой терапии. Средний возраст обследованных пациентов составил 43,2±5,4 года.

Результаты исследования. Площадь эрозивно-язвенных поражений у пациентов, лечение которых происходило с помощью традиционной терапии, на 3-й день наблюдения уменьшилась в 1,3 раза относительно 1-го дня наблюдения и составила 84,05 мм², что было в 1,2 раза больше площади язвенного поражения во второй группе – 68,4 мм² (при $p < 0,05$).

Выводы. Достоверно доказано, что репаративная регенерация у больных, заживление очага поражения которых происходило на фоне применения Тантум Верде®, наступала более интенсивно и в более короткие сроки по сравнению с традиционной терапией.

Ключевые слова: эрозивно-язвенные поражения, Тантум Верде®, язвенный колит.

Клинические проявления язвенного колита обусловлены не только поражением слизистой оболочки толстой кишки и, как следствие, кишечной симптоматикой, но и системными (внекишечными) проявлениями. Одним из наиболее частых внекишечных проявлений при язвенном колите являются поражения слизистой оболочки полости рта, которые встречаются у 15–20 % больных с данным заболеванием [1, 2]. По данным литературы, основная причина, определяющая возникновение язв на слизистой оболочке полости рта, – это наличие системного воспалительного процесса в организме [4, 6]. К дополнительным факторам относят дефицит железа, фолиевой кислоты и витамина В₁₂, недостаточную выработку иммуноглобулина А. Местным фактором, предрасполагающим к заболеванию и создающим условия для инвазии микробов, может служить нарушение целостности эпителия слизистой оболочки полости рта острыми краями зубов, некачественными пломбами, ортопедическими и ортодонтическими конструкциями [3, 5]. Токсико-аллергический компонент развития местных проявлений на слизистой оболочке ротовой полости при язвенном колите не доказан.

Пациенты с эрозивно-язвенными поражениями не могут принимать пищу, разговаривать, ощущая болезненное образование в полости рта и дискомфорт. В связи с этим в первую очередь устраняют травматический фактор (острые края зубов, некачественные плом-

бы, ортопедические конструкции и т. д.) [9]. При соблюдении плана лечения (устранение травмирующего агента, применение кератопластиков) целостность эпителия слизистой полости рта восстанавливается за десять дней [7, 10]. Однако в настоящее время одной из актуальных задач современной стоматологии являются оптимизация и ускорение регенерации ткани.

Учитывая предполагаемый генез изменений в ротовой полости при язвенном колите, терапия, направленная на купирование активности воспаления в слизистой оболочке толстой кишки, способствует заживлению афт на слизистой оболочке ротовой полости, а наличие эффективной поддерживающей терапии – профилактике стоматита и гингивита [8, 11].

Цель работы – на основании клинических данных проанализировать и оценить эффективность применения Тантум Верде® по сравнению с традиционной схемой.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 30 человек, выбранные рандомизированным методом случайной выборки в две равные группы, согласно проводимой терапии. Средний возраст обследованных пациентов составил 43,2±5,4 года. После тщательного обследования был выявлен и устранен травматический фактор, проведены: замена некачественных пломб, шлифовывание острых краев зубов, удаление разрушенных зубов

и корней, коррекция или замена ортопедических и ортодонтических конструкций. С целью профилактики вторичного микробного инфицирования проведена антисептическая обработка участка поражения и всей слизистой полости рта. При выраженной болевой реакции выполнены аппликации 1 % раствором лидокаина. При наличии некротического распада на поверхности поврежденных тканей проведена аппликация протеолитическим ферментом – 1 % раствором трипсина; с целью ускорения регенерации назначена кератопластика. Далее в зависимости от терапии с целью антисептической обработки раневой поверхности пациентам первой группы назначали орошение 0,02 % раствором фурацилина, во 2-й группе – использование препарата «Тантум Верде®». Наблюдение и контроль терапии осуществляли на 3, 7 и 10-е сутки в зависимости от клинической ситуации в полости рта. Для оценки сроков исчезновения боли использовался показатель индекса боли (ПИБ) по шкале Хоссли-Бергмана. Отмечали выраженность фибринозного налета, некротических изменений, гиперемии, десквамации и т. д.

Результаты исследования

У пациентов обеих групп до начала медикаментозного лечения отмечали трудно снимающийся фибриновый налет, выраженные некротические изменения, кровоточивость при зондировании, выраженную гиперемию. Площадь язвенных поражений составила в среднем 110,5 мм². У всех больных с эрозивно-язвенными поражениями отмечена положительная тенденция в заживлении раневого процесса слизистой полости рта. Однако динамика репаративных процессов была различной в зависимости от типа применявшейся терапии.

Так, у больных 1-й группы на третий день наблюдения показатель индекса боли составил $3,46 \pm 0,13$ балла, что в 1,5 раза превышало аналогичный показатель во 2-й группе – $2,33 \pm 0,12$ балла. Данная разница была статистически достоверной при $p < 0,05$. Полуколичественная оценка макроскопической картины поверхности язвы показала, что у пациентов первой группы отмечался трудно снимающийся фибриновый налет, присутствовали некротические изменения, признаки гиперемии в большей степени относительно группы сравнения. Площадь эрозивно-язвенных поражений у пациентов, лечение которых происходило с помощью традиционной терапии, на 3-й день наблюдения уменьшилась в 1,3 раза относительно 1-го дня наблюдения и составила 84,05 мм², что было в 1,2 раза больше площади язвенного поражения во второй группе – 68,4 мм² (при $p < 0,05$). Определение индекса регенерации слизистой полости рта, который базируется на данных о площади язвенного поражения до лечения и в последующей динамике и зависит от длительности лечения (выражается в процентах), показало преимущество регенерации эрозивно-язвенных поражений у пациентов 2-й группы. Индекс регенерации слизистой полости рта во второй группе составил 12,6 %, что соответствует II степени интенсивности регенерации. Аналогичный показа-

тель в 1-й группе равнялся 7,9 % (I степень интенсивности регенерации слизистой оболочки полости рта).

Спустя семь дней у пациентов, заживление язвенных процессов которых происходило на фоне традиционного лечения, отмечалось улучшение качественных и количественных показателей. Так, показатель индекса боли составил $1,13 \pm 0,19$ баллов, пациенты отмечали наличие слабой боли. В полости рта гиперемия, кровоточивость, некротические изменения практически отсутствовали. Однако площадь эрозивно-язвенных поражений составляла 48,05 мм², что в 1,7 раза меньше аналогичного показателя, полученного на 3-й день наблюдения. Индекс регенерации слизистой полости рта равнялся 8,01 %, что соответствовало I степени регенерации слизистой оболочки полости рта. У пациентов 2-й группы практически не отмечались эрозивно-язвенные поражения в полости рта, однако процедура была выполнена согласно схеме лечения. Только у двух человек отмечались афты, вероятнее всего, из-за того, что они не выполняли рекомендации врача. Болевых ощущений они не отмечали. Площадь язвы равнялась 7,2 мм², что в 6,6 раза меньше аналогичного показателя 1-й группы (при $p < 0,05$). Индекс регенерации слизистой полости рта – 13,3 %, что соответствует II степени интенсивности регенераторных процессов.

Через десять дней афты у пациентов второй группы не наблюдались. У пациентов 1-й группы отмечена положительная динамика в заживлении. Признаки воспаления, некротического фибринозного налета отсутствовали. Жалобы на боль пациенты не предъявляли. Полученные количественные показатели свидетельствовали о I степени интенсивности регенерации, площадь эрозивно-язвенных поражений существенно уменьшилась и составила 28,8 мм². Дальнейшее наблюдение за пациентами не проводилось, так как полученные данные качественной и полуколичественной оценки, отсутствие у больных клинических симптомов свидетельствовали об успешности терапии и консервативного лечения.

Заключение

У пациентов обеих групп на фоне лечения лечебные мероприятия, направленные на ликвидацию эрозивно-язвенных поражений, были достаточно эффективными. Ухудшения клинической картины, озлокачествления, уплотнения дна язвы, помутнения эпителия и каких-либо других осложнений не выявлено. Однако достоверно доказано, что репаративная регенерация у больных, заживление очага поражения которых происходило на фоне применения Тантум Верде®, наступала более интенсивно и в более короткие сроки по сравнению с традиционной терапией.

Таким образом, назначение и включение Тантум Верде® в схему лечения эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта у пациентов с язвенным колитом является обоснованным и эффективным методом лечения с целью ускорения репаративных свойств слизистой оболочки полости рта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коленко Ю.Г. Применение нестероидных противовоспалительных средств в комплексном лечении эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта / Коленко Ю.Г., Сидельникова Л.Ф. – Современная стоматология. – № 1, 2013. – С. 54–58.
2. Коленко Ю.Г. Місце застосування нестероїдних протизапальних засобів у комплексному лікуванні ерозивно-виразкових уражень слизової оболонки порожнини рота / Коленко Ю.Г., Ткачук Н.М. Вороніна І.Є. // Современная стоматология. – № 1, 2016. – С. 46–50.
3. Мацукатова Б.О. Системные проявления хронических воспалительных заболеваний кишечника у детей / Мацукатова Б.О., Эрлес С.И., Ратникова М.А. // РЖГТК. – 2009. – № 19. – С. 65–69.
4. Daley T.D. Oral manifestations of gastrointestinal diseases / T.D. Daley, J.E. Armstrong // Can. J. Gastroenterol. – 2007. – № 21 (4). – P. 241–244.
5. Danese S., Focchi C. Etiopathogenesis of inflammatory bowel diseases // World J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 12, N 30. – P. 4807–4812.
6. Dignass A., Van Assche G., Lindsay J.O., Lémann M., Söderholm J., Colombel J.F., Danese S., D'Hoore A., Gassull M., Gomollon F., Hommes D.W., Michetti P., O'Morain C., Oresland T., Windsor A., Stange E.F., Travis S.P. European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management // J. Crohn's Colitis. – 2010. – Vol. 4, N 1. – P. 28–62.
7. Karthik R. Oral adverse effects of gastrointestinal drugs and considerations for dental management in patients with gastrointestinal disorders / R. Karthik // Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences. – 2012. – № 4 (2). – P. 239–241.
8. Lankarani K. Oral manifestation in inflammatory bowel disease / K.B. Lankarani, G.R. Sivandzaden, S. Hassanpour // A review World Journal of Gastroenterology. – 2013. – № 19 (46). – P. 8571–8579.
9. Larsen S., Bendtzen K., Nielsen O.H. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease: epidemiology, diagnosis, and management // Ann. Med. – 2010. – Vol. 42, N 2. – P. 97–114.
10. Orosz M., Sonkodi I. Oral manifestations in Crohn's disease and dental management // Fogorv. Sz. – 2004. – Vol. 97, N 3. – P. 113–117.
11. Su C.G., Judge T.A., Lichtenstein G.R. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease // Gastroenterol. Clin. North. Am. – 2002. – Vol. 31, N 1. – P. 307–327.
12. Preeti L. Recurrent aphthous stomatitis / L. Preeti, K. Rajkumar, R. Karthik // J. Oral. Maxillofac. Pathol. – 2011. – № 15 (3). – P. 252–256.

Ефективність використання медикаментозної терапії у пацієнтів з ураженнями слизової оболонки порожнини рота при виразковому коліті

Ю.Г. Коленко, О.Б. Ткач, Л.І. Тивоненко, О.Р. Мялковський

Мета: на підставі клінічних даних проаналізувати й оцінити ефективність застосування Тантум Верде® в порівнянні із традиційною схемою.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 30 осіб, вибраних рандомізованим методом випадкової вибірки у дві рівні групи, згідно із проведеною терапією. Середній вік обстежених пацієнтів склав 43,2±5,4 року.

Результати дослідження. Площа ерозивно-виразкових уражень у пацієнтів, лікування яких відбувалося за допомогою традиційної терапії, на 3-й день спостереження зменшилась в 1,3 разу відносно 1-го дня спостереження і склала 84,05 мм², що було в 1,2 разу більше площі виразкового ураження у другій групі – 68,4 мм² (при p < 0,05).

Висновки. Достовірно доведено, що репаративна регенерація у хворих, загоєння вогнища ураження яких відбувалось на тлі застосування Тантум Верде®, наступала більш інтенсивно й у більш короткі строки в порівнянні із традиційною терапією.

Ключові слова: ерозивно-виразкові ураження, Тантум Верде®, виразковий коліт.

Efficacy of using medicinal therapy in patients with lipal muscle injuries in ulcer colitis

Yu. Kolenko, O. Tkach, L. Tivonenko, O. Myalkovsky

Objective. Based on clinical data to analyze and evaluate the effectiveness of Tantum Verde® in comparison with the traditional scheme.

Materials and methods. The study involved 30 people, randomized by random sampling into two equal groups, according to the therapy. The mean age of the examined patients was 43.2±5.4 years.

Results. The area of erosive ulcers in patients treated with traditional therapy on the 3rd day of observation decreased by 1.3 times compared to the 1st day of observation and amounted to 84.05 mm², which was 1.2 times more than the area of the ulcer in the second group – 68.4 mm² (p < 0,05).

Conclusions. It is reliably proven that reparative regeneration in patients whose healing of the lesion occurred on the background of the use of Tantum Verde® occurred more intensively and in a shorter time compared to traditional therapy.

Key words: erosive-ulcerative lesions, Tantum Verde®, ulcerative colitis.

Коленко Ю.Г. – Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца.

Ткач О.Б. – Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца.

Тивоненко Л.И. – Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца.

Мялковский О.Р. – врач-стоматолог КНП «Районная стоматологическая поликлиника Киево-Святошинского районного совета».

ТАНТУМ ВЕРДЕ®



ШВИДКЕ ПОЗБАВЛЕННЯ
ВІД БОЛЮ ТА ЗАПАЛЕННЯ
В ПОРОЖНИНІ РОТА
ТА ГОРЛА¹



**НЕВІД'ЄМНИЙ КОМПОНЕНТ ЛІКУВАННЯ БОЛЮ
ТА ЗАПАЛЕННЯ В РОТОВІЙ ПОРОЖНИНІ
У 60-ТИ КРАЇНАХ СВІТУ!³**



РП UA/3920/01/01



Dileo
FARMA

ANGELINI

04119, м. Київ, вул. Ю. Ілленка, 83-Д, оф. 404.
тел.: (044) 538-0126, факс: (044) 538-0127

✓ Перевершує лідокаїн по силі та швидкості знеболення⁷

✓ Не має рівних по усуненню запалення в м'яких тканинах ротоглотки!⁸

✓ Відмінна переносимість⁹

Скорочена характеристика лікарського засобу Тантум Верде®.

Склад: 100 мл розчину для ротової порожнини містить 0,15 г бензидаміну гідрохлориду; 100 мл спрею для ротової порожнини містить 0,15 г бензидаміну гідрохлориду; 1 льодяник містить 3 мг бензидаміну гідрохлориду. Бензидамін є нестероїдним протизапальним препаратом (НПЗП) зі знеболювальними та протиекзудативними властивостями. При місцевому застосуванні досягається накопичення ефективної концентрації бензидаміну в запалених тканинах завдяки його здатності проникати крізь слизову оболонку. Застосовується для симптоматичного лікування подразнень та запалень ротоглотки; болю, зумовленого гінгівітом, стоматитом, фарингітом; у стоматології після екстракції зуба або з профілактичною метою. Протипоказання: підвищена чутливість до діючої речовини або до інших компонентів препарату. Не було повідомлень щодо передозування бензидаміном при місцевому застосуванні. Повний перелік можливих побічних ефектів та дози вказані в інструкції для медичного застосування препарату.

Інформація про лікарський засіб. Інформація для спеціалістів охорони здоров'я для застосування в професійній діяльності.

1. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Тантум Верде®, розчин для ротової порожнини, РП № UA/3920/01/01, затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 636 від 01.10.2015.
2. <https://www.favor.com.ua/vote/products/throat-diseases/?results=2016U>
3. <http://www.angelinipharma.com/wps/wcm/connect/com/home/Angelini-Pharma-in+the+world/>
4. Simard-Savoie S. et al. Topical anesthetic activity of benzydamine. *Curr. Ther. Res.* 1978; 23:734-45.
5. Тимофеев А.А. и др. Особенности гигиены полости рта для профилактики воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти. *Современная стоматология* 2015;1(75):52-8.
6. Tymofeiev O.O. et al. Prevention of inflammatory complications upon surgeries in maxillofacial region. *J Diagn Treat Oral Maxillofac Pathol.* 2017;1:105-12.
7. Nan-Kai Hung et al. Effect on Postoperative Sore Throat of Spraying the Endotracheal Tube Cuff with Benzzydamine Hydrochloride, 10% Lidocaine, and 2% Lidocaine. *Anesthesia&Analgesia*, October 2010, volume 111, number 4.
8. Sironi M. et al. Different-bial effect of benzydamine on pro- versus anti-inflammatory cytokine production: lack of inhibition of interleukin-10 and interleukin-1 receptor antagonists. *Int J Clin Lab Res.* 2000; 30(1): 17-9.
9. Kazdan N. Benzzydamine HCl oral rinse and gargle in the treatment of acute pharyngitis. *Inter Canada Pharmaceuticals, Ltd., Montreal, Canada, 1977.*