

О.Ф. Рабинович,
д.м.н., зав. отделением заболеваний
слизистой оболочки рта

И.М. Рабинович,
д.м.н., профессор, зав. отделом
терапевтической стоматологии

А.В. Гусева,
врач-ординатор

Е.С. Абрамова,
врач-ординатор

ФГУ ЦНИИС и ЧЛХ Росмедтехнологий

Лечение больных с рецидивирующим афтозным стоматитом, осложненным дисбактериозом полости рта

Рецидивирующий афтозный стоматит (РАС) — это хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, характеризующееся периодическими ремиссиями и обострениями с появлением афт.

АФТЫ (греч. aphtha — язвочка) — небольшие, круглой или овальной формы язвы, появляющиеся на слизистой оболочке рта (реже на слизистых оболочках других органов).

Этиология и патогенез РАС многообразны. Причины, вызывающие заболевание, делят на эндогенные и экзогенные. К эндогенным причинам можно отнести заболевания органов пищеварения, нервно-трофические нарушения и нарушения иммунной системы, а также бактериальные и вирусные инвазии организма. К экзогенным провоцирующим факторам относят травмирование слизистой оболочки полости рта при еде, плохо припасованные протезы, острые края зубов, некачественные пломбы и т.д. [6, 8].

Наши предварительные исследования доказывают наличие у больных РАС дисбактериоза слизистой оболочки полости рта различной степени, которые отмечались в 90% случаев. Частота дисбактериоза может быть связана как с формой РАС, так и с общим состоянием организма.

Целью нашего исследования являлось определение эффективности терапии РАС, с акцентом на нормализацию микробиологического статуса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования проводились у 80 пациентов с РАС слизистой оболочки полости рта, в возрасте от 20 до 65 лет. Диагноз РАС ставился на основании анамнестических, клинических и лабораторных данных. Все пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от формы заболевания.

1. Фибринозная — 28 пациентов, для которой характерны нарушения

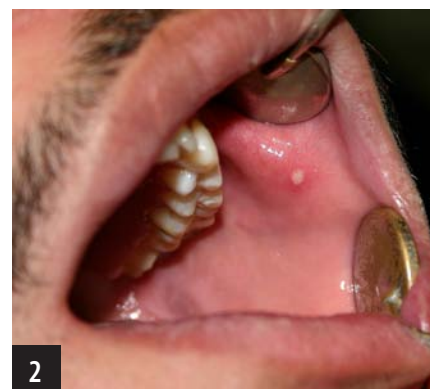
микроциркуляции в собственном слое слизистой оболочки, а в серозно-эксудативной фазе воспаление сопровождается выпотом фибрина на поверхности эпителия (рис. 1, 2).

2. Некротическая — 11 пациентов, для этой формы характерна первичная деструкция эпителия; под действием повреждения наступает спазм капилляров и вследствие этого — очаговый инфаркт слизистой оболочки. Дистрофические нарушения сопровождаются некробиозом и некрозом эпителия с последующим изъязвлением. Поверхность изъязвления покрывается некротическими массами. В основании и в окружности изъязвления воспалительная инфильтрация слабо выражена или отсутствует (рис. 3–5).

3. Гландулярная — 38 пациентов, данная форма характеризуется первич-



1



2

ными изменениями паренхимы малых слюнных желез и эпителия выводных протоков в различных участках слизистой оболочки полости рта. Отмечается наличие одиночных и слившихся элементов поражения. На поверхности слизистой оболочки видно зияние выводных протоков поврежденных желез, с последующим их изъязвлением (рис. 6, 7).

4. Рубцующаяся — 3 пациента, эта форма заболевания отличается скоротечными деструктивными изменениями соединительно-тканного слоя слизистой оболочки и расположенных здесь малых слюнных желез. Эпителий вовлекается в патологический процесс вторично. В процессе выздоровления длительно не заживающих изъязвлений происходит рубцевание (рис. 8, 9).

Все больные при первичном обращении в отделение заболеваний слизистой оболочки рта были обследованы лабораторно на состояние микробиологического статуса. Анализ микрофлоры полости рта включал в себя количественную оценку как сапрофитной, так и патогенной микрофлоры, а именно стрептококков, стафилококков, лактобактерий и дрожжеподобных грибов рода *Candida*, а также наличие кишечной палочки и прочих микроорганизмов.

Материал для исследования брали натошак: пациент тщательно полоскал рот стерильным физиологическим раствором (10 мл), смывную жидкость использовали для приготовления разведений и прямого посева в дифференциально-диагностические среды — кровяной и желточно-солевой агары, среды Эндо и Сабуро и специальную среду для выделения лактобактерий. Посев разведений испытуемой жидкости проводили в те же среды. Рост факультативных микроорганизмов учитывали через 24, 48 и 72 ч инкубации (37 и 30°C) с последующей идентификацией [2]. Также исследовался соскоб со всех участков слизистой оболочки полости рта.

У 10 пациентов проводилось выявление вирусных и прочих антигенов методом ПЦР-диагностики, для выявления вирусов герпеса 1, 2 и 6-го типов (соскобы со слизистой), а также у пациентов с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта на выявление *Helicobacter pylori*.

Эпителиальные соскобы для проведения ПЦР-диагностики осуществляли с помощью специальных одноразовых стерильных зондов типа Cervex brush или Voba-brush, имеющих вид ершика и обеспечивающих получение большого количества клеточного материала с исследуемого участка (ершик слегка вращают и проводят 1–2 раза по слизистой в местах предполагаемой локализации инфекционного агента). После забора материала зонд опускают в пластиковую пробирку, содержащую 0,100 мл стерильного физиологического раствора, тщательно перемешивают, остатки жидкости на зонде отжимают о стенки пробирки, зонд извлекают (выбрасывают в контейнер с дезинфицирующим раствором), а приготовленную таким образом пробу передают в лабораторию.

Еще проводили ПЦР-диагностику на выявление *Helicobacter pylori* с афтозных элементов.

Образцы могут находиться при комнатной температуре не более 2 ч. При необходимости более длительного хранения пробы могут быть помещены в холодильник с температурой 2–8°C на срок не более суток. Более

продолжительное хранение (до 2 нед) допустимо в замороженном виде в морозильной камере при температуре –20°C. Не допускается повторное замораживание и оттаивание проб. Если ПЦР-диагностическая лаборатория и процедурный кабинет для забора проб территориально разобщены, то транспортировка проб должна осуществляться в термосах или термоконтейнерах с соблюдением правил хранения образцов и правил транспортировки инфекционных материалов.



РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При микробиологическом исследовании материала со слизистой оболочки полости рта у больных РАС с фибринозной и glandулярной формами высеивались преимущественно факультативно аэробные грамположительные кокки: стрептококки (65%), стафилококки (59%), бактерии кишечной палочки (42%), а также грибы рода *Candida* (47%), что свидетельствует об иммунодепрессивных процессах в системе местного иммунитета. У больных с некротической и рубцующейся формами РАС определялись стрептококки (83%), стафилококки (78%), бактерии кишечной палочки (69%), грибы рода *Candida* (63%), лактобактерии полностью отсутствовали.

При ПЦР-диагностике у 6 пациентов был выявлен *Helicobacter pylori*, у 2 пациентов — вирусы герпеса 1, 2 и 6-го типов, у 2 пациентов не были выявлены вирусы герпеса 1, 2 и 6-го типов и *Helicobacter pylori*.

При фибринозной и glandулярной формах РАС преобладали дисбиотический сдвиг (50% пациентов) и дисбактериоз I—II степени (встречается у 30% пациентов). Для дисбиотического сдвига характерны незначительные превышения количества одного вида условно-патогенного микроорганизма при сохранении нормального видового состава микрофлоры полости рта. Эту форму сдвига можно назвать латентной или компенсированной, при ней могут отсутствовать выраженные клинические признаки заболевания. Дисбактериоз I—II степени характеризуется более выраженными изменениями состава микрофлоры; выявление 2—3 патогенных видов на фоне некоторого снижения титра лактобактерий. У больных с I—II степенью дисбактериоза, как правило, имеются и клинические симптомы заболевания. При некротической и рубцующейся формах отмечались наиболее выраженные нарушения микробиоценоза, преобладал дисбактериоз III—IV степени (10—20% пациентов), который характеризуется выявлением патогенной монокультуры при резком снижении количества или полном отсутствии представителей нормальной

(физиологической) микрофлоры: негемолитический стрептококк, лактобактерии, дрожжеподобные грибы [5].

Результаты микробиологических исследований выявили существенные изменения микробиоценоза полости рта у пациентов с РАС слизистой оболочки полости рта, которые выражались в изменении соотношения представителей нормальной и патогенной микрофлоры, что не всегда коррелировало с клиническими формами заболевания, особенно тяжелые проявления наблюдаются у пациентов с рубцующейся формой РАС. Клинически помимо язв в полости рта отмечались гиперпластические налеты, характерные для псевдомембранозной формы кандидоза. Все эти проявления свидетельствуют о нарушении общего и местного иммунитета [10].

Наши исследования дали возможность обоснования включения в комплексную терапию РАС препаратов, нормализующих дисбактериоз полости рта.

Дисбиотический сдвиг

- Обследование у гастроэнтеролога
- Санация полости рта
- Антисептические полоскания (0,12% раствор «Хлоргексидина», «Мексидол», «Президент», полоскание или туалет языка содовым раствором)
- Эубиотик местно: Ацелакт, Бифилиз

Эубиотики — биологически активные добавки к пище, в состав которых входят живые микроорганизмы и (или) их метаболиты, оказывающие нормализующее воздействие на состав и биологическую активность микрофлоры пищеварительного тракта. Пробиотики — синоним понятия *эубиотики*.

Дисбактериоз I—II степени

- Обследование у гастроэнтеролога
- Санация полости рта
- Антисептические полоскания полости рта (0,12% раствор «Хлоргексидина», «Мексидол», «Президент», полоскание или туалет языка содовым раствором)
- Витаминотерапия (преимущественно витамины группы В)
- Антимикробные или противогрибковые препараты в зависимости от до-

минирования микрофлоры полости рта после определения чувствительности (Флюкостат, Дифлюкан)

- Эубиотики местно: Ацелакт или Норммаза, а также общего действия: Хелакфорте, Лактобактерин, Бактисубтил, Бифидум-бактерин и др.
- Курс местной иммунокоррекции: Имудон, Лизобакт

Дисбактериоз III—IV степени

- Обследование и наблюдение у гастроэнтеролога
- Санация полости рта
- Антисептические полоскания (0,12% раствор «Хлоргексидина», «Мексидол», «Президент», полоскание или туалет языка содовым раствором)
- Витаминотерапия (витамины группы В)
- Антимикробные или противогрибковые препараты в зависимости от доминирования микрофлоры после определения чувствительности. Противокандидозная терапия — Флюкостат, Дифлюкан, а также Трихопол
- Эубиотики местного и общего действия
- Иммунокорректор общего и местного действия: Имудон, Ликопид, Полиоксидоний

Критерием эффективности проведенного лечения считалось: исчезновение жалоб у больных, неприятных субъективных ощущений, уменьшение или исчезновение клинических симптомов, ускорение эпителизации афтозных элементов, купирование болевого симптома, исчезновения неприятных субъективных ощущений, ощущение более «комфортного» состояния полости рта, а также удлинение сроков ремиссии. Эффективность микробиологической коррекции характеризовалась нормализацией количества колоний микроорганизмов, в том числе и грибов рода *Candida* при культуральном исследовании.

Таким образом, нормализация микробиологического статуса у больных РАС является необходимым составляющим компонентом в комплексной терапии данной категории пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ НАХОДИТСЯ В РЕДАКЦИИ.