



<http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2226-7425-2018-20-5-46-49>

УДК 616.31-002.2

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА НА ФОНЕ ГАЛЬВАНОЗА

*Борисова Э.Г., Никитина Е.А., Комова А.А.*

*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

**Аннотация.** Выявлены несоответствия в клиническом течении самостоятельно протекающего хронического рецидивирующего афтозного стоматита и хронического рецидивирующего афтозного стоматита на фоне гальваноза. Выявлено, что хронический рецидивирующий афтозный стоматит у пациентов на фоне гальваноза протекает тяжелее: образуется большее количество афт, ярче выражены признаки воспаления. Также обнаружена тенденция к расположению афт в непосредственной близости от металлических конструкций. Проанализированы результаты лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита с применением антисептиков (мирамистин спрей), обезболивающих и ингибиторов протеолиза (апликации смеси, состоящей из 2000 ЕД контрикала, растворенного в 1 мл изотонического раствора натрия хлорида, 500 ЕД гепарина, 2,5 мг гидрокортизона и 2% раствора лидокаина), кератопластических (каротолин), протеолитических средств (химотрипсин), витаминотерапии (аскорбиновая кислота, витамин В1 по 1мл внутримышечно ежедневно), иммунотерапии (имудон). В результате проведенных лечебных мероприятий выявлено, что, несмотря на более тяжелое состояние пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом на фоне повышения уровня гальванических токов в полости рта на момент начала исследования, прогноз лечения благоприятный и позволяет исключить появление рецидивов после устранения провоцирующего фактора – гальваноза.

**Ключевые слова:** хронический рецидивирующий афтозный стоматит, гальваноз, слизистая оболочка полости рта, визуально-аналоговая шкала боли, провоцирующий фактор.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) – хроническое заболевание слизистой оболочки полости рта, характеризующееся появлением специфических афт округлой формы с гиперемизированным венчиком, покрытых серовато-желтым налетом, на фоне воспаленной слизистой оболочки [1]. Ведущее значение в этиопатогенезе ХРАС отводится инфекционно-аллергическим факторам.

Данные образования на слизистой оболочке полости рта приносят человеку значительный дискомфорт, особенно, во время разговора либо приема пищи – чувство жжения, вплоть до резкой болезненности, увеличения региональных лимфатических узлов, а, в тяжелых случаях, возникает и повышение температуры тела [2]. Заболевание было описано еще в конце 19 века, предложено много методик лечения [3], но и в настоящее время специалисты ведут дискуссии по поводу этиологии и патогенеза данной нозологии, что не позволяет достигнуть стойкого терапевтического эффекта при лечении, а, значит, и снизить количество рецидивов. По данным Всемирной Организации Здравоохранения хронический рецидивирующий афтозный стоматит поражает до 20% населения.

Терапия ХРАС должна включать в себя как общее лечение (соблюдение диеты, десенсибилизирующая терапия, витаминотерапия, по показаниям седативные препараты), так и местное (санация хронических очагов инфекции в полости рта, аппликации анестетиков с протеолитическими ферментами, обработка слизистой оболочки полости рта антисептиками) [1, 3].

По статистическим данным непереносимость металлических конструкций в полости рта встречается у 15-35% пациентов. Одной из причин явлений непереносимости металлических конструкций является гальваноз [3].

Гальваноз полости рта – это заболевание, которое возникает при наличии в полости рта металлических конструкций, изменяющих электрохимические процессы и приводящих к развитию таких симптомов, как металлические привкус во рту, извращение вкуса, «жжение» языка, ксеростомия, а также к нарушению общего состояния организма (появление головных болей, повышенной утомляемости, тревожности, раздражительности) [4].

При диагностике гальваноза изучают характеристику электрохимических процессов между разнородными металлами. Помимо клинических методов об-



следования, проводят лабораторное исследование пациентов. Измеряют величину потенциалов металлических включений полости рта, силу тока между металлическими конструкциями, определяют pH слюны и ее состав [4].

Гальваноз может провоцировать отягощение клинической картины других заболеваний в полости рта [3, 5].

**Цель исследования:** определить эффективность лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита, осложненного и не осложненного гальванозом.

**Материалы и методы.** Подавляющее большинство обращений по поводу афтозного стоматита происходит в характерный для этого заболевания осенне-весенний период, но нами были зафиксированы случаи в нехарактерное для данной патологии время года. В ходе обследования этих пациентов выяснилось, что некоторые из них «считают себя больными» задолго до появления клинических проявлений на СОПР. Отмечался металлический привкус во рту, «извращение вкуса», чувство жжения. При осмотре полости рта были обнаружены ортопедические конструкции из разнородных металлов (сплавы золота, кобальтохромовый сплав, нержавеющая сталь). Мы предположили наличие гальваноза в полости рта. Для подтверждения данного диагноза нами было проведено измерение разности потенциалов между конструкциями и слизистой оболочки полости рта. Гальванические токи в полости рта измеряли при помощи микроамперметра М-24. В норме показатели микротоков у практически здоровых лиц в полости рта составляют до 50 мВ. У обследуемых пациентов уровень разности потенциалов превышал 75 мВ.

Помимо измерения гальванических токов полости рта, мы провели спектральный анализ слюны при помощи кварцевого спектрографа ИСП-28 с трехлинзовой системой освещения. За час до сбора ротовой жидкости исключались факторы, влияющие на секрецию слюнных желез. Полость рта полоскали дистиллированной водой. Забор ротовой жидкости осуществлялся утром или через 1-2 часа после приема пищи. После проведения анализа в сухом остатке ротовой жидкости были обнаружены металлы (железо, кобальт, хром, кадмий).

Таким образом, после проведения дополнительных методов обследования данной категории пациентов был поставлен диагноз «гальваноз полости рта».

ХРАС у таких пациентов протекал тяжелее: обнаружено большее количество афт, ярче выражены признаки воспаления, а проводимая ранее терапия не приносила явного облегчения. Также была выявлена тенденция к расположению афт в непосредственной близости от металлических конструкций. Такие осо-

бенности стали основанием к изучению течения хронического рецидивирующего афтозного стоматита, возникшего на фоне гальваноза [4].

Из всего контингента обратившихся лиц были отобраны пациенты без ярко выраженной сопутствующей соматической патологии, клиническое течение которой могло бы повлиять на результаты исследования. В итоге образовалось две группы пациентов. В первую (23 человека) входили лица, где ХРАС являлся ведущим заболеванием, т.е. сопутствующая соматическая патология (эндокринная патология, заболевания желудочно-кишечного тракта и крови, иммунодефициты) согласно анамнезу, наблюдалась не первый год и не подлежала полному излечению, согласно заключениям специалистов, ведущих данных пациентов. Во вторую (21 человек) - отнесли пациентов с ХРАС на фоне гальваноза.

В процессе исследования помимо стандартного алгоритма (сбор жалоб; анамнез заболевания, жизни; осмотр) использовались дополнительные методы исследования, такие как индекс Грин-Вермиллиона, визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ). Результаты обследования пациентов до и после лечения заносили в протоколы лечения, где фиксировались все полученные данные. Все пациенты, принявшие участие в исследовании, дали письменное добровольное согласие на обработку нами полученных данных, что позволило соблюсти все принципы этики и деонтологии. Статистическую обработку данных проводили с помощью компьютерной программы Microsoft Excel 2007, используя стандартные методы вариационной статистики. Результаты проведенной работы фиксировались в виде графиков и диаграмм, отражающих исчезновение морфологических элементов, скорость эпителизации и полного заживления афт, снижение болевого синдрома, улучшение сопутствующего психоэмоционального состояния.

**Результаты и обсуждения.** Пациентам первой группы проводилось традиционное лечение [5] с применением антисептиков (мирамистин спрей), обезболивающих и ингибиторов протеолиза (апликации смеси, состоящей из 2000 ЕД контрикала, растворенного в 1 мл изотонического раствора натрия хлорида, 500 ЕД гепарина, 2,5 мг гидрокортизона и 2% раствора лидокаина), кератопластических (картолин), протеолитических средств (химотрипсин), витаминотерапии (аскорбиновая кислота, витамин В1 по 1мл внутримышечно ежедневно), иммунотерапии (имудон). Для профилактики вторичной инфекции применялся препарат Метрогил-Дента. Так же применялся метод дарсонвализации, что позволило улучшить микроциркуляцию крови в области патологических изменений.





Лечение пациентов второй группы проводилось по аналогии с первой, но стойкого терапевтического эффекта не наблюдалось. По нашему мнению, причиной этого являлся гальваноз.

Поэтому нами составлен план лечения данных пациентов исходя из индивидуального подхода к каждому. Необходимо было заменить находящиеся в непосредственной близости друг от друга металлические конструкции, а в некоторых случаях проводилось повторное ортопедическое лечение.

По завершении всех лечебных мероприятий был достигнут положительный терапевтический эффект – полное устранение всех симптомов ХРАС. Первые признаки снижения уровня боли почувствовали пациенты первой группы – уже на 3-4 день после начала

лечения, что способствовало выравниванию психоэмоционального фона. Пациенты второй группы почувствовали уменьшение боли на 1-2 дня позже (Рисунок 1), поскольку клинические проявления ХРАС у них изначально были ярче. За исключением разницы в сроках снятия болевого синдрома, существенных различий в восприятии пациентами терапии отмечено не было – интегрированные показатели изменения болевого симптома (по ВАШ в баллах) в первой и второй группах совпадают на момент начала прохождения курса терапии и после окончания лечения (Рисунок 2). Значительно улучшились показатели гигиены полости рта, поскольку болезненные ощущения не позволяли пациентам адекватно поддерживать чистоту полости рта (Таблица 1).

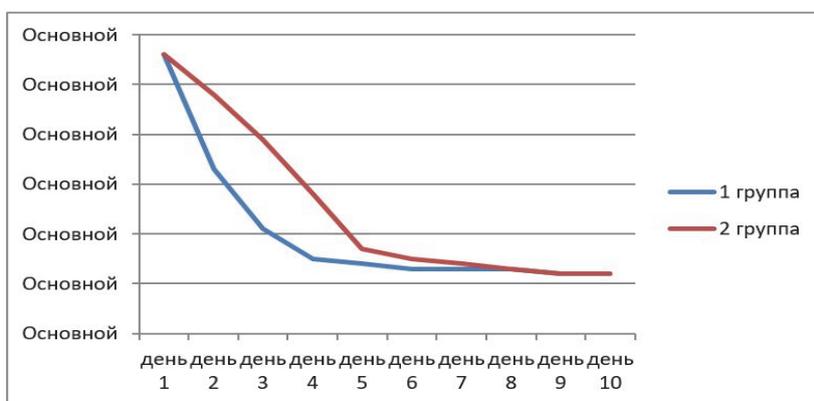


Рис. 1. Интегрированные показатели изменение болевого симптома (по ВАШ в баллах) в группах пациентов во время лечения

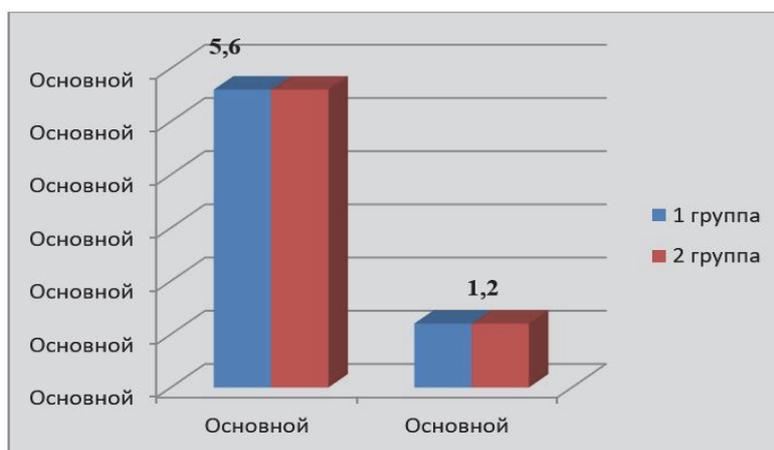


Рис. 2. Интегрированные показатели изменение болевого симптома (по ВАШ в баллах) в группах пациентов до (1) и после (2) лечения

Таблица 1

**Показатели изменения индексов гигиены в группах пациентов до и после лечения**

Индекс	До лечения	После лечения группа 1 n=23	После лечения группа 2 n=21
ОНИ-S	2,31±0,14	0,52±0,13	0,52±0,13
РНР	1,7±0,11	0,20±0,10	0,20±0,10





В период следующего сезонного обострения ХРАС в нашу клинику вернулось 21 представителей первой группы (91,30%) и 2 человека из второй группы (9,52%). Мы это объясняем тем, что в случае с первой группой проводилось традиционное лечение, фактически являющееся симптоматическим и никак не влияющее на этиологию развития заболевания. Устранить причину не представлялось возможным, поскольку она не была выявлена в ходе исследования, а те соматические патологии, что имелись в анамнезе, коррекции не поддавались. У пациентов второй группы после устранения провоцирующего фактора – гальваноза – нормализовался психоэмоциональный фон и состав слюны, исчезли пищевые расстройства – все то, что способствовало циклическому течению ХРАС у других пациентов.

#### Выводы:

1. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит, возникающий на фоне гальваноза, протекает тяжело: увеличивается площадь поражения слизистой оболочки полости рта, большее количество морфологических элементов; ярче выражены признаки воспаления.

2. Несмотря на тяжесть состояния пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом на фоне гальваноза, прогноз лечения весьма благоприятный после устранения причинного фактора.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- [1] Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. проф. Е.В. Боровского, проф. А.Л. Машкиллэйсона. – М.: МЕДпресс. - 2001. - 320с.
- [2] Борисова Э.Г., Никитенко В.В. Хронические болевые синдромы полости рта – важная проблема современной стоматологии // Стоматолог–практик. - 2016. - № 2. - С. 21–23.
- [3] Борисова Э.Г. Диагностика и лечение болевых синдромов лица и полости рта в амбулаторных условиях / Э.Г. Борисова. – Воронеж: Изд-во ВГУ. - 2011. – 128 с.
- [4] Лобановская А.А., Михайлова Е.С., Абрамов Д.В. Гальваноток в полости рта. Учебное пособие. – Человек, 2013. – 28 с.
- [5] Борисова Э.Г. Оказание специализированной помощи больным с болевыми синдромами лица и полости рта // Российский журнал боли, 2012, № 1 (34) С. 9–10.

## PECULARITIES OF THE CLINICAL COURSE OF THE CHRONIC RECURRENT APHTHOSIS STOMATITIS AFFECTED BY GALVANOSIS

*Borisova E.G., Nikitina E.A., Komova A.A.*

*Military medical academy named after S.M. Kirov, Saint-Petersburg, Russian Federation*

**Annotation.** The nonconformances are revealed in the clinical course of the chronic recurrent aphthosis stomatiti and in chronic recurrent aphthosis stomatititis affected by galvanosis. It was revealed that chronic recurrent aphthosis stomatititis affected by galvanosis had more severe course: there are more aphthas, the signs of inflammation are more pronounced. There is also a trend towards the location of aphthas in close proximity to metal structures. The results of chronic recurrent aphthosis stomatititis treatment by antiseptics (Miramistine spray), anesthetics and inhibitors of proteolysis (application of a mixture consisting of 2000 ED Contrykal dissolved in 1 ml isotonic sodium chloride solution, 500 units of heparin, 2,5 mg hydrocortisone and 2% lidocaine solution), keratoplastic (carotolin), proteolytic agents (chymotrypsin), vitamin therapy (ascorbic acid, vitamin B1 at 1 ml intramuscularly daily), immunotherapy (imudon) were analyzed. As a result of the treatment, it was found that despite the more severe condition of patients with chronic recurrent aphthous stomatititis against the background of increased galvanic currents in the oral cavity at the time of the beginning of the study, the treatment prognosis is favorable and allows the elimination of returns after elimination of the precipitating factor - galvanose.

**Key words:** chronic recurrent aphthous stomatititis, galvanosis, oral mucosa, visual analog scale of pain, precipitating factor.

#### REFERENCES

- [1] Borovsky E.V., Mashkillejson A.L. Zabolevaniya slizistoj obolochki polosti rta i губ. Moscow: MEDpress. - 2001.
- [2] Borisova E.G., Nikitenko V.V. Hronicheskie bolevye sindromy polosti rta – vazhnaya problema sovremennoj stomatologii. Stomatolog–praktik. – 2016. - № 2. - pp. 21–23.
- [3] Borisova E.G. Diagnostika i lechenie bolevyh sindromov lica i polosti rta v ambulatornyh uslovija. Voronezh: Izd-vo VGU. – 2011.
- [4] Lobanovskaya A.A., Mihajlova E.S., Abramov D.V. Gal'vanotoki v polosti rta. – Chelovek. - 2013.
- [5] Borisova E.G. Okazanie specializirovannoj pomoshchi bol'nym s bolevymi sindromami lica i polosti rta. - Rossijskij zhurnal boli. – 2012. - № 1 (34). - pp. 9–10.

