

## СТАТЬЯ

УДК 616.311-001-053.9

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ МЕХАНИЧЕСКИХ ТРАВМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА В ГЕРОНТОСТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Коноводов В.А., Хван А.А., Урюпина В.С., Немкова Е.И.**

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»*

*Министерства здравоохранения Российской Федерации, Волгоград,*

*e-mail: fabulterra@yandex.ru, nemkova.liza@mail.ru*

Статья посвящена проблеме оптимизации лечения острой механической травмы слизистой оболочки полости рта у лиц пожилого возраста. В работе рассматривается проблема инволютивных изменений мягких тканей, а также влияния на них травматических поражений, которые (ввиду действующих факторов иммуностарения и др.) могут стать причиной более тяжелых последствий, нежели банальная травматическая эрозия. Именно поэтому авторы предлагают включить в схему лечения указанной патологии местные антисептические и противовоспалительные препараты, имеющие комфортную для пожилых пациентов лекарственную форму (пастилки и драже) – «Септолете» и «Тонзилгон Н». Под наблюдением находились 68 пожилых пациентов с травматическими эрозиями губ и щек, распределенные на 3 клинические группы (1-я – традиционное лечение, 2-я – «Септолете», 3-я – «Тонзилгон»). Результаты лечения оценивались по следующим критериям: динамика размеров дефектов и сроки их эпителизации. В процессе выполнения клинического обследования были сделаны следующие выводы: включение в схему лечения острой травмы СОПР у лиц пожилого возраста препаратов, обладающих антибактериальным и противовоспалительным эффектами статистически достоверно ускоряло сроки эпителизации эрозий, что выразилось в «превосходстве» 2-й и 3-й групп на всем протяжении наблюдений, как по динамике размера дефектов, так и по скорости их эпителизации. В то же время статистически достоверных различий между оцениваемыми препаратами обнаружено не было ( $p > 0,05$ ).

**Ключевые слова:** геронтостоматология, травмы слизистой оболочки полости рта, «Септолете», «Тонзилгон»

## TREATMENT CHARACTERISTICS OF ORAL MUCOSA MECHANICAL INJURIES IN GERONTODENTISTRY

**Konovodov V.A., Khvan A.A., Uryupina V.S., Nemkova E.I.**

*Volgograd State Medical University, Volgograd, e-mail: fabulterra@yandex.ru, nemkova.liza@mail.ru*

The article is devoted to the problem of optimizing the treatment of acute mechanical injury of the oral mucosa in the elderly patients. The paper deals with the problem of involutive changes in soft tissues, as well as the effects of traumatic lesions on them, which (due to the acting factors of immunosuppression and others) can cause more serious consequences than banal traumatic erosion. That is why the authors propose to include in the treatment regimen of the indicated pathology local antiseptic and anti-inflammatory drugs that have a dosage form that is comfortable for elderly patients (lozenges and dragees) – «Septolete» and «Tonzilgon N». Under observation were 68 elderly patients with traumatic erosion of the lips and cheeks, divided into 3 clinical groups (1st – traditional treatment, 2nd – «Septolete», 3rd – «Tonzilgon»). The results of treatment were evaluated by the following criteria: the dynamics of the size of the defects and the timing of their epithelialization. In the course of the clinical examination, the following conclusions were made: the inclusion in the treatment regimen of acute trauma to the SOPR in elderly people of drugs with antibacterial and anti-inflammatory effects statistically significantly accelerated the time of epithelialization of erosions, which was expressed in the «superiority» of the 2nd and 3rd groups in throughout the observations, both in terms of the size of the defects and the speed of their epithelialization. At the same time, there were no statistically significant differences between the evaluated drugs ( $p > 0.05$ ).

**Keywords:** gerontodentistry, oral mucosa injuries, «Septolete», «Tonzilgon»

Проблема старения населения диктует необходимость персонализированного подхода к лечению лиц пожилого возраста [1]. Не является исключением и геронтостоматология. На сегодняшний день известно, что инволютивные процессы, протекающие в организме стареющего человека, факторы полиморбидности, иммуностарения и, наконец, анатомо-физиологические особенности таких пациентов – требуют от врача привнесения дополнительных этапов в схему комплексного лечения любой патологии [2–4].

Особое место в структуре стоматологической заболеваемости лиц старших возрастных групп занимает патология слизистой оболочки полости рта (СОПР), а именно – ее травматические поражения [2, 5].

При старении происходит не только снижение резистентности мягких тканей к механическим воздействиям, но также – репаративных процессов. Кроме того, у лиц пожилого и старческого возраста наблюдается изменение иммунологической реактивности, что, на фоне имеющихся ортопедических конструкций (в том числе съемных),

влечет за собой изменение микробного пейзажа полости рта. Подобного рода изменения способны пролонгировать эпителизацию травматических ссадин и эрозий [2, 6].

Сами протетические конструкции также могут становиться причиной травматизации СОПР ввиду неправильных окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений, конструктивных элементов протеза (острые края искусственных зубов и базиса, элементы фиксации (кламмера, замковые системы и т.д.), армирующие компоненты), явлений гальванизма и др. [7].

Несмотря на кажущуюся безопасность острой механической травмы СОПР, а также простоту лечения (достаточно устранить травмирующий фактор и, при необходимости, местно назначить эпителизирующие препараты) – в пожилом возрасте она может иметь более серьезные последствия. К примеру, СОПР пожилого человека в большей мере склонна к ороговению, вероятность малигнизации в данном возрасте значительно более высокая, чем в молодом и среднем, кроме того – значительно выше здесь и вероятность присоединения вторичной инфекции, что, как было сказано выше, существенно пролонгирует время эпителизации и повышает риск промоции, инициации и дальнейшей малигнизации [8, 9].

Данные факты свидетельствуют о необходимости включения дополнительных этапов медикаментозной терапии в схему лечения травматических поражений СОПР у лиц пожилого и старческого возраста. Представляется, что наиболее оптимальной группой препаратов, способной повысить эффективность терапии, являются антисептики, которые также должны обладать противовоспалительным эффектом. При этом следует учитывать и социально-психологические особенности пациентов старшего возраста, уровень их комплаентности. Иными словами, препараты должны иметь комфортную лекарственную форму (таблетки для рассасывания, пастилки и др.), не требующую дополнительных навыков нанесения и чрезмерных усилий по их применению. Наилучшим образом данным требованиям соответствуют препараты «Септолете» и «Тонзилгон Н» [2, 8, 10].

«Септолете» (производитель KRKA) – лекарственный комбинированный препарат противовоспалительного и противомикробного действия для местного применения в стоматологической и оториноларингологической практике. Действующие вещества: левоментол, бензалкония хлорид, масло перечной мяты, тимол, масло эвкалиптовое – обладают антисептическим и дезодорирующим эффектами.

При лечении эрозий СОПР следует выбирать пастилки Септолете, не содержащие анестезирующие вещества, поскольку потеря чувствительности слизистой может привести к дополнительным ее травмам.

«Тонзилгон Н» (производитель «Бионорика») – это препарат растительного происхождения, выпускающийся в форме капели и драже и оказывающий противомикробное и противовоспалительное действие. Благодаря наличию в его составе активных растительных компонентов (корень алтеи, цветки ромашки, трава хвоща, листья грецкого ореха, трава тысячелистника, кора дуба, трава одуванчика), способен опосредованно повышать факторы местной иммунологической резистентности. Кроме того, за счет входящих в него флавоноидов, танинов и эфирных масел препарат оказывает противоотечный эффект, что имеет важное значение при терапии заболеваний, сопровождающихся нарушениями целостности эпителия.

Производители указывают, что «Тонзилгон Н» в форме драже можно рассасывать, что способствует не только пролонгации контакта лекарственного вещества со слизистой (времени экспозиции), но также – более эффективной местной терапии, воздействующей непосредственно на очаг поражения.

Указанные препараты показаны для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний лор-органов и ротовой полости.

Цель исследования: повысить эффективность лечения травматических поражений слизистой оболочки полости рта у лиц пожилого возраста путем применения наиболее комфортных лекарственных форм (пастилок и драже) местных антисептических и противовоспалительных препаратов.

#### Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 68 пациентов пожилого возраста (60–74 года, средний возраст составил  $64,6 \pm 0,82$  года) с травматическими эрозиями губ и щек (S 00.5 – «Поверхностная травма губы и полости рта»), вызванными острой механической травмой: случайным прикусыванием. Больные были распределены на три группы, в которых все обследованные лица были сопоставимы по полу, возрасту, а также величине дефекта и его локализации.

Всем пациентам проводилось традиционное лечение острой механической травмы, рекомендованное Национальным руководством по терапевтической стоматологии (устранение местных травмирующих факторов; полоскание антисептиками: калия перманганатом в разведении 1:5000, или 0,5% раствором перекиси водорода; аппликации эпителизирующих препаратов:

масляный раствор витаминов А, Е, каротин). Кроме того, пациентам 2-й (23 человека) и 3-й (24 человека) групп в качестве местных антисептических и противовоспалительных средств назначались: пастилки «Септолете» (по 1 пастилке 5 раз в день (каждые 2 часа)) и драже «Тонзилгон Н» (по 2 драже 3 раза в день) соответственно. К противопоказаниям к данным лекарственным средствам относится индивидуальная непереносимость их компонентов.

Оценка эффективности лечения осуществлялась по следующим критериям: динамика размеров дефектов эпителия (эрозий) – изучалась с применением стерильной эндодонтической линейки до начала лечения, через 1-е, 2-е и 3-и сутки (учитывалось максимальное значение, в мм); а также сроки эпителизации эрозий.

Для указанных выше параметров рассчитывались средние арифметические величины (M) и ошибки репрезентативности (m). Достоверность различий между группами (p) оценивали по критерию Стьюдента (t). Различия считали статистически достоверными при  $p < 0,05$  и  $t \geq 2$ .

Кроме того, с целью выяснения предпочтительных для геронтостоматологических больных лекарственных форм местных антисептиков (применяемых при лечении травматических эрозий слизистой оболочки полости рта), было проведено анонимное анкетирование 134 пациентов.

### Результаты исследования и их обсуждение

На момент первичного обследования у пациентов всех групп отмечались сопоставимые значения величины дефектов. Однако уже через сутки была диагностирована тенденция к уменьшению средних величин диаметра эрозий до значений, имеющих статистически достоверные различия с данными, полученными до лечения ( $p < 0,05$ ).

При этом во 2-й и 3-й группах указанные параметры оказались достоверно меньшими, чем в 1-й ( $p < 0,05$ ) (таблица).

Ко 2-м суткам наблюдений описанные выше тенденции сохранились. При этом средние значения размера эрозий у представителей 2-й и 3-й групп были статистически достоверно меньшими, чем в 1-й ( $p < 0,05$ ). Равно как и на 3-й день обследования. Стоит отметить, что достоверных различий между данными во 2-й и 3-й группах на всех этапах наблюдения отмечено не было ( $p > 0,05$ ) (рис. 1).

При оценке сроков эпителизации эрозий – были отмечены аналогичные тенденции. Так, в 1-й группе этот показатель составил  $3,2 \pm 0,26$  дня, что было достоверно больше, чем во 2-й ( $2,4 \pm 0,17$ ) и 3-й ( $2,0 \pm 0,22$ ) группах ( $p > 0,05$ ). Между 2-й и 3-й группами статистически достоверной разницы обнаружено не было ( $p > 0,05$ ).

В то же время в 1-й группе у 2 пациентов (9,5%) эпителизации эрозий по истечении 3 дней не наблюдалось, чего не было ни во 2-й, ни в 3-й группах, что свидетельствует о более низкой эффективности традиционной схемы лечения (рис. 2).

Проведенное анонимное анкетирование 134 геронтостоматологических больных с травматическими поражениями слизистой оболочки полости рта выявило следующие тенденции. В частности, 97 (72,4%) респондентов отметили, что лекарственные препараты в форме мазей, гелей, адгезивных бальзамов (т.е. аппликационные формы) для них наименее комфортны, поскольку требуют больших усилий по их нанесению, удержанию на слизистой, а также защите от вымывания ротовой жидкостью. Растворы для полоскания показали дискомфортными для 29 (21,6%) опрошенных. Наконец, только 8 (6%) лиц пожилого возраста высказали свой негативный отзыв в отношении таблеток для рассасывания, драже и пастилок (рис. 3).

Таблица 1

Динамика размеров травматических эрозий СОПР в процессе лечения и сроки их эпителизации (M ± m)

Группа	Динамика величины дефекта эпителия СОПР (мм)				Сроки эпителизации (дни)
	До лечения	1 день	2 день	3 день	
1 группа n = 21	$3,3 \pm 0,22$	$2,5 \pm 0,24$ *	$1,9 \pm 0,18$ *	$0,7 \pm 0,16$ *	$3,2 \pm 0,26$
2 группа n = 23	$3,2 \pm 0,21$	$1,6 \pm 0,23$ * ** (1)	$0,6 \pm 0,17$ * ** (1)	$0,2 \pm 0,14$ * ** (1)	$2,4 \pm 0,17$ ** (1)
3 группа n = 24	$3,4 \pm 0,18$	$1,7 \pm 0,16$ * ** (1)	$0,6 \pm 0,21$ * ** (1)	$0,1 \pm 0,16$ * ** (1)	$2,0 \pm 0,22$ ** (1)

Примечание. \* – достоверность различий со значениями до лечения ( $p < 0,05$ ); \*\* – достоверность различий между группами (в скобках указан номер группы) ( $p < 0,05$ ).

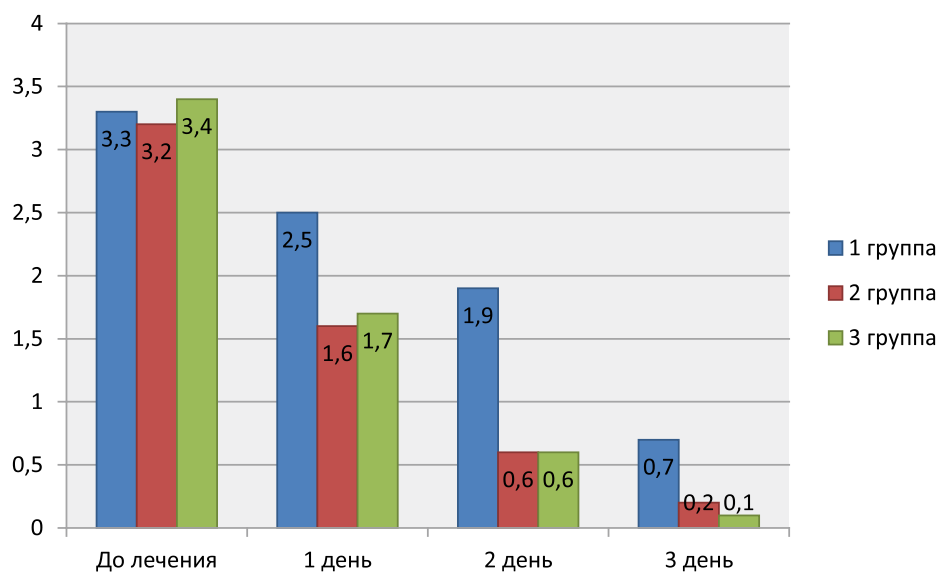


Рис. 1. Динамика размеров травматических эрозий СОПР в процессе лечения (в мм)

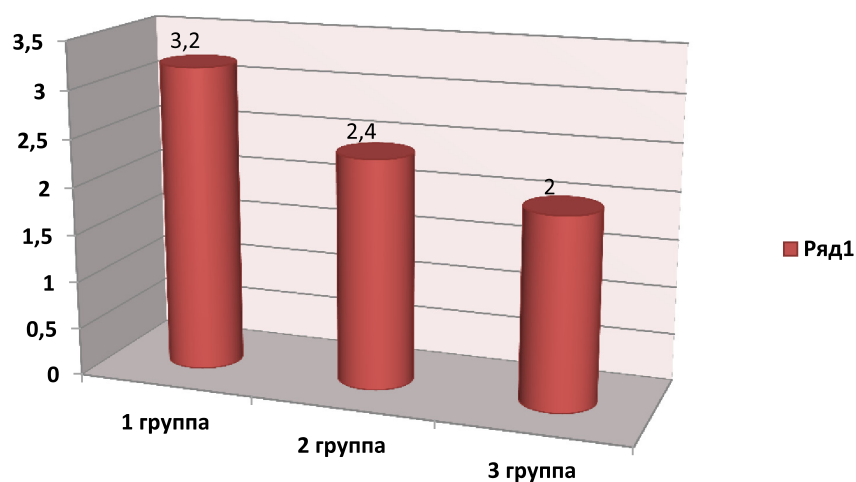


Рис. 2. Сроки эпителизации травматических эрозий СОПР (сутки)

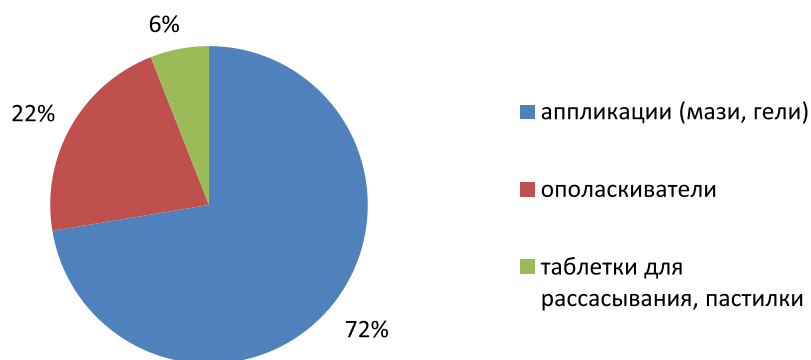


Рис. 3. Результаты анонимного анкетирования геронтостоматологических больных на предмет их негативного отношения (в %) к различным лекарственным формам местных препаратов, применяемых при лечении травм СОПР

### Выводы

Включение в схему лечения острой травмы СОПР у лиц пожилого возраста препаратов, обладающих антибактериальным (снижение риска присоединения вторичной инфекции, что особенно актуально в условиях иммуностарения) и противовоспалительным (в т.ч. противоотечным) эффектами статистически достоверно ускорило сроки эпителизации эрозий, что выразилось в «превосходстве» 2-й и 3-й групп на всем протяжении наблюдений, как по динамике размера дефектов, так и по скорости их эпителизации.

В то же время статистически достоверных различий между оцениваемыми препаратами обнаружено не было ( $p > 0,05$ ).

Следует отметить, что стоимость препарата «Тонзилгон Н» (50 драже в упаковке) оказалась в среднем в 1,7 раза дороже, чем стоимость «Септолете» (30 пастилок). Данный факт имеет важное значение для геронтостоматологических больных ввиду ограниченных финансовых возможностей. В то же время, пациенты пожилого возраста чаще предпочитают и в большей степени «доверяют» препаратам растительного происхождения.

При назначении названных препаратов следует объяснить пациентам, что и «Септолете» (срок годности 2 года) и «Тонзилгон Н» (срок годности 3 года) имеют довольно высокий спектр применения и, при необходимости, будут полезны и востребованы при лечении инфекционно-воспалительных заболеваний лор-органов. В противном случае пациенты не будут достаточно мотивированы к покупке препарата для лечения дефекта слизистой полости рта.

Таким образом, при сопоставимой эффективности обоих препаратов – в основе выбора должны лежать финансовые возможности (Тонзилгон в 1,7 раза дороже), а также приверженность пациента к фитотерапии (Тонзилгон является препаратом растительного происхождения и имеет более богатый спектр компонентов).

Кроме того, данные анонимного анкетирования продемонстрировали, что наиболее комфортная лекарственная форма для лиц пожилого возраста – это таблетки для рассасывания, в то время как аппликации и полоскания традиционно вызывают ряд затруднений, снижающих мотивацию пациентов к лечению, показатели их комплаентности,

и, как результат – снижение эффективности терапии.

Следовательно, удобная лекарственная форма препаратов (пастилки и драже) не вызывает затруднений у лиц пожилого возраста и не требует от них дополнительных усилий для нанесения лекарственного вещества и дальнейшего его удержания на слизистой. При рассасывании указанных форм – увеличивается время экспозиции препарата, что пролонгирует его терапевтический эффект и повышает эффективность лечения, не нарушая качество жизни пациента.

### Список литературы

1. Крайнов С.В., Михальченко В.Ф., Попова А.Н., Фирсова И.В., Чаплиева Е.М. О демографических предпосылках геронтостоматологии // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 2. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=12310> (дата обращения: 17.04.2019).
2. Страхова С.Ю., Дроботко Л.Н., Смирнова Т.А. Поражения слизистой оболочки полости рта травматического происхождения // Медицинский совет. 2011. № 7–8. С. 104–106.
3. Крайнов С.В., Михальченко В.Ф., Яковлев А.Т., Попова А.Н., Алеханова И.Ф. «Глубина пародонтального кармана» или «величина потери прикрепления», какой параметр выбрать в геронтостоматологии? // Проблемы стоматологии. 2017. Т. 13. № 4. С. 9–14.
4. Крайнов С.В., Михальченко В.Ф., Яковлев А.Т., Попова А.Н., Фирсова И.В., Михальченко А.В., Старикова И.В., Алешина Н.Ф. О месте иммуномодулирующей терапии в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита у лиц пожилого возраста // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 6. С. 252.
5. Чаплиева Е.М., Попова А.Н., Крайнов С.В., Старикова И.В., Попова К.А. Роль вегетативного статуса в формировании прогностического стоматологического настроения пациентов // Фундаментальные исследования. 2014. № 4–1. С. 186–189.
6. Старикова И.В., Попова А.Н., Чаплиева Е.М. Биохимические и иммунологические показатели крови у больных хроническим генерализованным пародонтитом на фоне метаболического синдрома // Фундаментальные исследования. 2014. № 10–5. С. 973–977.
7. Алешина Н.Ф., Алеханова И.Ф., Васенев Е.Е., Михальченко В.Ф. Опыт работы с фотокомпозитами в клинике терапевтической стоматологии // Вестник Волгоградской медицинской академии: Сборник научных трудов. 1997. Т. 52. № 3. С. 155–157.
8. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В. Лечение травматического протезного стоматита у людей пожилого и старческого возраста при синдроме «сухого рта» // Стоматология. 2018. Т. 97. № 3. С. 30–34.
9. Михальченко В.Ф., Рукавишников Л.И., Тригилос Н.Н., Попова А.Н. Диагностика и дифференциальная диагностика кариеса зубов и его осложнений: учеб. пособие. М.: Изд-во Джангар, 2006. 104 с.
10. Крайнов С.В., Попова А.Н., Алешина Н.Ф., Старикова И.В. Современные подходы к преподаванию стоматологических дисциплин // Информационные технологии в науке нового времени: сборник статей Международной научно-практической конференции (г. Курган, 20 июня 2016 г.). В 2 ч. Ч. 2. Уфа: АЭТЕРНА, 2016. С. 160–163.