

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОЙ АНТИСТРЕССОВОЙ АКТИВАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
О. Р. КОНТЛОКОВА, В. В. РЫЖКОВ

SYSTEMIC ANTISTRESS ACTIVATION THERAPY IN PREVENTION OF PREMATURE DELIVERY
KONTLOKOVA O. R., RYZHKOV V. V.

Представлены результаты применения и эффективность системной антистрессовой активационной терапии (СААТ) у беременных женщин с риском невынашивания беременности. Всего наблюдались 170 пациенток. В основную группу вошли беременные в количестве 73 человек, в комплексную терапию которым была включена СААТ с использованием адаптогенов и санаторно-курортных факторов. В контрольную – 97 пациенток, получавших лечение по общепринятым стандартам. В результате исследования было выявлено, что общей закономерностью в патогенезе невынашивания беременности у пациенток является стресс и его разновидности. Проведенная работа показала, что использование СААТ в комплексном лечении беременных из группы риска по невынашиванию способствует уменьшению патологических адаптационных реакций вплоть до полного их исчезновения, достоверному снижению количества преждевременных родов, гестозов, аномалий родовой деятельности, рождению более здоровых детей.

Ключевые слова: невынашивание беременности, стресс, системная антистрессовая активационная терапия, адаптогены, санаторно-курортный фактор

170 pregnant women were observed. The main group consisted of 73 patients receiving antistress activation therapy (AAT) (adaptogens and treatment at health-resort). Comparative group consisted of 97 patients treated according to the working standard. The data obtained have demonstrated SAAT efficacy in treatment of pregnant women with high risk of premature delivery. SAAT promoted reduction of stress-reactions, reliable decrease of premature delivery rates, gestosis, abnormal delivery processes and finally contribute to the birth of healthy newborns.

Key words: premature delivery, stress, systemic antistress activation therapy, adaptogens, health-resort factors

© Коллектив авторов, 2013
УДК 616.735.8.002.61:34.47.12

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕСТНЫХ РАНОЗАЖИВЛЯЮЩИХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА И ГУБАХ

С. В. Сирак, В. В. Чеботарев, А. Г. Сирак, А. А. Григорьян
Ставропольский государственный медицинский университет

Пузырчатка представляет собой злокачественное заболевание, клинически проявляющееся образованием на невоспаленной коже и слизистых оболочках пузырей, развивающихся в результате акантолиза. Без лечения дан-

ное заболевание приводит к смерти больного. Болеют чаще женщины, чем мужчины, обычно после 40 лет.

Основные проявления данного заболевания характеризуют четыре клинические формы: вульгарная, вегетирующая, листовидная и себорейная (синдром Сенира – Ашера). Слизистая оболочка полости рта, по данным А.Л. Машкиллейсона, поражается при всех формах пузырчатки, кроме листовидной [3]. По данным Combes и Canisares (1950), Lever (1965), вульгарная пузырчатка у 62 % больных начинается с высыпаний на слизистой оболочке полости рта. По Н.Д. Шеклакову (1961), число таких больных составляет 67 %, по данным А.Л. Машкиллейсона – почти 85 % [2]. Общим для всех разновидностей пузырчатки признаком является акантолиз с образованием интраэпителиальных пузырей на слизистой оболочке полости рта и коже. Клинически акантолиз можно выявить путем легкого трения пальцем здоровой на вид кожи [1]. Вблизи пузырей, а иногда и в отдалении от них происходит при этом отслойка поверхностных слоев эпителия с образованием эрозии (симптом Никольского). При потягивании за обрывки покрывки пузыря обнаруживается отслойка эпителия далеко за пределы видимой эрозии («крае-

Сирак Сергей Владимирович,
доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии ИПДО
Ставропольского государственного медицинского университета;
тел.: 8917869; 8(8652) 350551; e-mail: sergejsirak@yandex.ru

Чеботарев Вячеслав Владимирович,
доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии
Ставропольского государственного медицинского университета;
тел.: (8652)287922, 89624475355; e-mail: sgmakvd@mail.ru

Сирак Алла Григорьевна,
кандидат медицинских наук,
доцент кафедры стоматологии ИПДО
Ставропольского государственного медицинского университета;
тел.: 465986, (8652) 355536; e-mail: ddt11@yandex.ru.

Григорьян Анна Арменовна,
аспирант кафедры стоматологии ИПДО
Ставропольского государственного медицинского университета;
тел.: (8652)350551

вой» симптом Никольского). С акантолизом связаны также увеличение пузыря по площади при надавливании на него пальцем (симптом Асбо – Хансена), приобретение пузыряем формы груши под тяжестью экссудата, периферический рост эрозии. Данные симптомы обусловлены не только акантолизом, но и перифокальной отслойкой всего эпителия – эпидермолизом. Поэтому с целью подтверждения наличия акантолиза используют цитодиагностику – исследование поверхностного слоя клеток (метод Тцанка) [7].

Пузырчатка начинается, как правило, с поражения слизистых оболочек полости рта и зева. Пузыри, быстро вскрываясь, превращаются в болезненные, ярко-красные или покрытые белесоватым налетом эрозии, окаймленные обрывками эпителия – остатками покрывшей пузыря [4]. Эрозии легко кровоточат при приеме пищи и при прикосновении инструментом. Язык отечен. Отмечается резкая болезненность эрозий и неприятный запах изо рта. Гиперсаливация ухудшает самочувствие больных [2]. Увеличение частоты встречаемости данной патологии на приеме у врачей-стоматологов привело к необходимости совершенствования местного лечения пузырчатки.

В настоящее время больных обыкновенной пузырчаткой лечат кортикостероидами, которые принимают в средних (80–120 мг в сутки) или в ударных дозах (120–200 мг в сутки). Препарат в высокой суточной дозе принимают до прекращения высыпаний и почти полной эпителизации эрозий. Эпителизация кожных поражений в различных отделах туловища наступает обычно в течение нескольких недель (рис. 1). Эрозии на слизистой оболочке полости рта заживают гораздо медленнее, течение заболевания осложняется за счет присоединения инфекции, особенно при низком уровне гигиены, интенсивном кариозном процессе.



Рис. 1. Клинические проявления пузырчатки с локализацией на спине и боковых отделах туловища

Следует отметить, что методы и средства лечения пузырчатки с локализацией на слизистой оболочке полости рта дерматовенерологами не изменялись на протяжении последних пятидесяти лет.

Сегодня местная терапия сводится к назначению частых полосканий растворами антисептиков, 0,5 % раствора новокаина, смазыванию раствором метиленового синего 1 %, краской Кастеллани, обработ-

ке эрозий облепиховым маслом [5]. Необходимо отметить, что эти средства быстро смываются слюной и не имеют длительного лечебного действия. В этой связи для повышения эффективности лечения обыкновенной пузырчатки целесообразно использовать средства, обладающие высоким адгезивным, обезболивающим, кератопластическим, противовоспалительным и сорбционным эффектом.

Цель исследования: повышение эффективности комплексной терапии пузырчатки за счет использования разработанной адгезивной поликомпонентной мази.

Материал и методы. Всего под наблюдением находились 67 пациентов в возрасте от 32 до 75 лет, среди которых было 27 мужчин и 40 женщин. Обследуемые были разделены на 3 группы, в зависимости от проводимого местного лечения. Общее лечение во всех группах заключалось в приеме ударных доз (80–120 мг в сутки) преднизолона. Первую группу составили 23 пациента, которым проводили следующее местное лечение: частые полоскания растворами 0,05 % перманганата калия, 2 % соды, 0,5 % новокаина, настоем чая; смазывание эрозий раствором 1 % метиленового синего, краской Кастеллани, облепиховым маслом. Во вторую группу вошли 24 пациента, в которой местную терапию проводили с использованием разработанной мази (положительное решение о выдаче патента РФ на изобретение по заявке № 2011145561 (068218) от 01.11.2011). Состав мази: «Солкосерил дентальная адгезивная паста», Полисорб-МП, облепиховое масло. В третьей группе у 20 пациентов проводилось лечение разработанной мазью в сочетании со стоматологическим гелем «Лидоксор».

Облепиховое масло обеспечивает кератопластическое действие за счет содержания необходимых макро- и микроэлементов, включая витамины Е, С, В1, В2, В6, F, P, фолиевую кислоту, флавоноиды (рутин), дубильные вещества, нормализует местный обмен веществ. Солкосерил дентальная адгезивная паста (Рег. № 015194/01-2003) обеспечивает ускорение заживления, обезболивание и защиту раневой поверхности. Кроме этого, паста обеспечивает высокую адгезию лекарственных компонентов, введенных в состав композиции к влажной слизистой оболочке, и, как следствие, гарантирует длительное депонирование всех лекарственных компонентов мази в слизистой. Стоматологический гель «Лидоксор» представляет собой высокоэффективное местно-обезболивающее средство, содержащее 2 % лидокаина гидрохлорид, экстракты ромашки, тысячелистника, ксилитол, ароматизатор. Оценку клинической эффективности проводимых методов лечения проводили путем ежедневного измерения площади эрозий с использованием миллиметровой сетки по формуле $S = m_1 + m_2 + m_3 + m_4 / n$, где m_1, m_2, m_3, m_4 – площадь каждой эрозии на внутренней поверхности щек, неба, десен и губ, n – количество измерений. Пациенты находились на лечении в ГБУЗ «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер» г. Ставрополя.

Результаты и обсуждение. Контроль процессов заживления эрозий проводили на 7-е, 14-е, 21-е и 28-е сутки. Было отмечено, что эффект проводимого местного лечения в первой группе был значительно ниже, чем во второй и третьей. Основным недостатком местного лечения первой группы являлось то, что применяемые средства легко смывались слюной и пищей, поэтому противовоспалительное и керато-

пластическое действие не имело стойкого терапевтического эффекта, ускорения заживления эрозивных поражений слизистой оболочки не происходило. Кроме того, не было достигнуто обезболивающего действия, пациенты постоянно жаловались на боли при приеме пищи и разговоре.

На 7-е сутки на слизистой оболочке полости рта у всех пациентов первой группы сохранялись болезненные эрозии, отмечалась эпителизация 15,4 % образований. На 14-е сутки наблюдалась эпителизация 23,2 % эрозий, на 21-е сутки – 45,4 %, на фоне заживления старых эрозий у 8 пациентов первой группы (33,3 %) появлялись новые. На 28-е сутки отмечалась эпителизация 56,4 % образований, у 4 пациентов (16,6 %) появились единичные пузыри. Окончательное заживление эрозий к концу второго месяца наблюдения отмечено лишь у 3 больных (13,1 %), у 20 больных данной группы (86,9 %) полная эпителизация эрозий слизистой оболочки полости рта наступила в сроки от 2 до 3 месяцев после начала лечения.

Во второй группе процессы эпителизации проходили быстрее, чем в первой, в том числе и за счет хорошей адгезии мази к влажной слизистой оболочке полости рта. Введение в состав мази геля «Лидоксор» обеспечивало местное обезболивание, приносящее облегчение при приеме пищи.

Наблюдение за пациентами второй группы на 7-е сутки показало, что у всех пациентов наступила эпителизация 40,6 % эрозий, на 14-е отмечено заживление 54,5 % образований и на 21-е сутки – 65,5 % эрозий. У 2 пациентов (8,3 %) на фоне старых эрозий появились новые очаги. На 28-е сутки наблюдалось заживление 72,9 % эрозий. У 6 пациентов (25 %) этой группы полное заживление эрозий слизистой оболочки отмечено к концу второго месяца лечения. В третьей группе на 7-е сутки у всех пациентов наблюдалась эпителизация 45,4 % образований, на 14-е сутки – 74,3 % эрозий, на 21-е сутки – 90,2 %, у 1 пациента (4,2 %) появились новые образования. На 28-е сутки у 97,5 % больных отмечалось полное заживление эрозий слизистой оболочки полости рта. Аллергических реакций и осложнений при проведении лечения не отмечалось.

Клинический случай. Пациентка М., 59 лет, амб. карта № 7620.

Жалобы: боли при приеме пищи, разговоре, на появление пузырей, эрозий на слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ. Неприятный запах изо рта. Объективно: на слизистой оболочке щек, неба, красной кайме губ – круглые и овальные эрозии, кровоточащие при приеме пищи, пузыри, которые моментально вскрываются при прикосновении (рис. 2). Эрозии ярко-красного цвета, некоторые покрыты серовато-белым налетом и располагаются на фоне неизменной слизистой оболочки полости рта. По периферии образований видны обрывки покрышек пузырей, при потягивании за которые вызывается «краевой» симптом Никольского.

Отмечается увеличение пузырей по площади при надавливании пальцем (симптом Асбо – Хансена), приобретение пузырем формы груши под тяжестью экссудата, периферический рост эрозий.

Проведена дифференцированная диагностика с заболеваниями, сопровождающимися появлением пузырей, включая пузырьные дерматозы. Исключены: фиксированная медикаментозная эритема и некантолитическая пузырчатка. При проведении цитологи-

ческого исследования в мазках-отпечатках обнаружены клетки Тцанка (круглые акантолитические клетки с крупным рыхлым ядром, цитоплазма двуслойная). Иммунофлуоресцентный метод: в сыворотке крови обнаружены антитела типа IgG. Отмечается субфебрильная температура.

Диагноз: вульгарная пузырчатка слизистой оболочки полости рта.

Лечение. Назначен курс общей терапии с использованием кортикостероидов (120 мг в сутки).



а)



б)

Рис. 2. Больная М., 59 лет:
а) эрозии на внутренних поверхностях щек и неба;
б) проявления пузырчатки на красной кайме губ

Местное лечение: применение разработанной мази 2–3 раза в день в сочетании с аппликациями стоматологического геля «Лидоксор». Уже на 14-е сутки отмечено заживление более половины эрозий на слизистой оболочке полости рта и губ, новых образований не отмечено. На 28-е сутки – отмечено полное заживление и эпителизация эрозий.

Заключение. Использование разработанной мази, особенно в сочетании с «Лидоксором» позволило

ускорить заживление эрозий, предотвратить развитие воспалительных осложнений и сократить период полной эпителизации пораженной слизистой оболочки при пузырчатке.

Литература

1. Боровский, Е.В. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта / Е.В. Боровский, Н.Ф. Данилевский. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1991. – С. 49.
2. Боровский, Е.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. Практическое руководство / Е.В. Боровский, А.Л. Машкилейсона. – М.: МЕДпресс, 2001. – С. 182–183.
3. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний / В.И. Яковлева, Е.К. Трофимова, Т.П. Давидович, Г.П. Просвирак. – Минск: Высшая школа, 1994. – С. 280.
4. Лукиных, Л.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Л.М. Лукиных. – Нижний Новгород, 2000. – С. 367.
5. Чеботарев, В.В. Руководство для врачей общей практики (семейных врачей) по дерматовенерологии / В.В. Чеботарев, А.П. Байда. – Ставрополь, 2009. – С. 164.
6. Самцов, В.И. Пемфигус и пемфигоиды / В.И. Самцов, И.И. Подвысоцкая. – СПб., 2000. – С. 17.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕСТНЫХ РАНОЗАЖИВЛЯЮЩИХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА И ГУБАХ

С. В. СИРАК, В. В. ЧЕБОТАРЕВ,
А. Г. СИРАК, А. А. ГРИГОРЬЯН

В статье представлена сравнительная оценка различных методов местной терапии при проявлениях пузырчатки на слизистой оболочке полости рта и губах. Отмечены наиболее эффективные средства для ускорения эпителизации эрозий при данной патологии.

Ключевые слова: пузырчатка, пузырь, эрозия, эпителизация, слизистая оболочка полости рта, клетки Тцанка

THE USE EXPERIENCE OF LOCAL WOUND HEALING AGENTS IN THE TREATMENT OF PEMPHIGUS VULGARIS WITH LOCALIZATION ON THE ORAL MUCOSA AND LIPS

SIRAK S. V., CHEBOTAREV V. V.,
SIRAK A. G., GRIGORIAN A. A.

The article presents a comparative evaluation of different methods of local therapy for pemphigus manifestations on the mucous membranes of the mouth and lips. The most effective means for acceleration of epithelialization of erosions in this pathology are marked.

Keywords: pemphigus, bubble, erosion, epithelialization, oral mucosa, Tzanck cells

© Коллектив авторов, 2013
УДК 616.516.5:615.322

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ПЕННЫХ ИНТРАГАСТРАЛЬНЫХ КОКТЕЙЛЕЙ РАЗНОГО ГАЗОВОГО СОСТАВА У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Л. Е. Старокожко, И. И. Гайдамака, А. В. Тишаева
Ставропольский государственный медицинский университет
Санаторий им. М. Ю. Лермонтова, Пятигорск

Большинство отечественных и зарубежных ученых ведущее место в патогенезе атопического дерматоза отводят нарушениям

Старокожко Леонид Евгеньевич,
доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой физиотерапии, восстановительной медицины и курортной реабилитации ИПДО Ставропольского государственного медицинского университета;
тел.: 89283518794; e-mail: efaem@rambler.ru

Гайдамака Иван Иванович,
доктор медицинских наук, профессор кафедры физиотерапии, восстановительной медицины и курортной реабилитации ИПДО Ставропольского государственного медицинского университета;
директор-главный врач ЛПУП «Пятигорский санаторий им. М. Ю. Лермонтова»;
тел.: 8(87933)39562; e-mail: lermont07@inbox.ru

Тишаева Анна Викторовна,
врач-дерматовенеролог ЛПУ
«Кисловодская бальнеогрязелечебница»;
тел.: 8(87933)39562; e-mail: lermont07@inbox.ru

иммунного статуса. Причем эти изменения варьируют в значительных пределах, затрагивая различные звенья иммунной системы [1]. Поэтому не случайно предпринимается поиск универсальных подходов к иммуномодуляции при данном дерматозе [3]. Нами ранее в условиях эксперимента на крысах линии Вистар с моделью радиационного иммунодефицита и адьювантно-го артрита были получены убедительные данные об иммуноактивных свойствах пенных интрагастральных коктейлей с густым экстрактом корня солодки разного газового состава (кислород, углерода диоксид, азот и закись азота), зарегистрированные как новое направление – газоиммуномодуляция [2, 4, 5, 6]. Поэтому не случаен наш интерес к оценке указанного эффекта в клинических условиях у больных атопическим дерматитом (АД).

Цель исследования заключалась в сравнительной оценке иммуномодулирующего действия пенных ин-