

ления, а его увеличение на фоне исходно низких значений служит неблагоприятным диагностическим параметром течения воспалительного процесса ЧЛЮ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Шаргородский А. Г. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей). – М., 2002.
2. Шулаков В. В., Царев В. Н., Бирюлев А. А. // Институт стоматол. – 2007. – № 4. – С. 68.
3. Дурново Е. А. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области: диагностика и лечение с учетом иммунореактивности организма. – Н. Новгород, 2007.
4. Богатов В. В., Бурова Н. М. // Технологии XXI века в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: Материалы Научно-практической конф. стоматологов и челюстно-лицевых хирургов Центрального федерального округа Российской Федерации с международным участием. – Тверь, 2008. – С. 22–23.
5. Губин М. А., Чевардов Н. И., Лазутиков О. В. Внутрочерепные осложнения гнойных заболеваний лица и шеи. – Воронеж, 2000.
6. Фурман И. В. Экспериментально-клиническое обоснование применения перфторана в комплексном лечении больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004.
7. Латюшина Л. С. Клинико-иммунологическая оценка эффективности локальной иммунокоррекции в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Челябинск, 2009.
8. Тер-Асатуров Г. П., Геворкян О. В., Сиушкина Т. С. // Материалы XXI и XXII Всероссийских науч.-практ. конф. – М., 2009. – С. 211–212.
9. Дурново Е. А., Высельцева Ю. В., Мишина Н. В. и др. // Стоматология. – 2010. – № 2. – С. 36–38.
10. Воложин А. И., Маянский Д. Н. Воспаление (этиология, патогенез, принципы лечения): Учеб.-метод. пособие для студентов лечебного, стоматологического факультетов и врачей. – М., 1996.
11. Дурново Е. А. Обоснование использования озона в комплексном лечении флегмон лица и шеи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1998.
12. Виксман М. Е., Маянский А. Н. Способ оценки функциональной активности нейтрофилов человека по реакции восстановления нитросинего тетразолия: Метод. рекомендации. – Казань, 1979.
13. Дурново Е. А., Рунова Н. Б., Нагорнова Е. В. Способ диагностики острых одонтогенных воспалительных заболеваний полости рта. Пат. № 2286572 Рос. Федерации от 27.12.2006 г.
14. Shenstone F. S. Spectrometric Identification of Organic Compounds. Ultraviolet and Visible Spectroscopy of Lipid. – New York, 1971.
15. Fletcher D. L., Dillard C. J., Tappel A. Y. // Analyt. Biochem. – 1973. – Vol. 52. – P. 497–499.
16. Маянский Д. Н., Цырендоржиев Д. Д., Макарова О. П. Диагностическая ценность лейкоцитарных тестов. Ч. 2: Определение биохимии лейкоцитов: Метод. рекомендации. – Новосибирск, 1996.

Поступила 23.01.12

© Е. В. ЗОРЯН, М. В. МАТАВКИНА, 2012

УДК 615.454.1.03:616.317.254

Е. В. Зорян, М. В. Матавкина

## ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА «ТРАУМЕЛЬ С» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТРЕЩИНЫ ГУБЫ

Кафедра терапевтической стоматологии; стоматологический факультет Первого МГМУ им. И. М. Сеченова (119992, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2); кафедра стоматологии общей практики и анестезиологии МГМСУ (127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20/1)

*В работе приведена сравнительная характеристика клинических результатов местного лечения хронической рецидивирующей трещины губы с применением гомеопатического препарата Траумель С. Освещены основные аспекты этиологии и патогенеза хронической рецидивирующей трещины губы, выявлены основные причины частых рецидивов при лечении данного заболевания.*

Ключевые слова: трещина губы, Траумель С, гомеопатия

THE APPLICATION OF THE COMPOSITE HOMEOPATHIC MEDICINE TRAUMEEL S FOR THE TREATMENT OF CHRONIC RECURRENT LABIAL FISSURE

Zoryan E.V., Matavkina M.V.

*The present paper reports the comparative analysis of the clinical results of the local treatment of chronic recurrent labial fissure with the use of the homeopathic preparation Traumeel S. Also highlighted are the main aspects of etiology and pathogenesis of the pathology being considered with the special emphasis laid on the causes of frequent relapses following the management of chronic recurrent labial fissure.*

Key words: chronic recurrent labial fissure, Traumeel S, homeopathic medicine

Лечение заболеваний слизистой оболочки рта, в частности хронических рецидивирующих трещин губы (ХРТГ), является одной из актуальных проблем современной стоматологии.

Зорян Елена Васильевна – канд. мед. наук, проф., тел. 8 (495) 611-12-23

Высокая степень рецидивов после лечения данного заболевания сохраняется до сих пор, в связи с чем повышение эффективности лечения пациентов с ХРТГ является не только медицинской, но и социально-психологической проблемой. ХРТГ – довольно распространенная патология на сегодняшний день [9]. Это обусловлено многими факторами. Результаты клинических исследований показали, что слизистая оболочка

рта и красная кайма губ, находящиеся под постоянным воздействием внешних и внутренних факторов, часто являются местом проявления не только местных и общесоматических, но и инфекционных и аллергических заболеваний [8, 14, 22]. Изменения слизистой оболочки рта часто являются первыми симптомами системных заболеваний, например, желудочно-кишечного тракта, системы крови, почек, эндокринных органов и др. Экзогенными факторами, вызывающими трещины губ, являются химические, биологические, фармакологические вещества и физические воздействия, неблагоприятные метеорологические условия, которые определяют развитие, характер осложнений и исход этих патологических процессов [14, 15]. Важное значение имеет иммунный статус пациента и неврогенный фактор. Учитывая то, что стрессовые атаки, депрессивные и тревожно-фобические расстройства в современных условиях – частые явления (особенно в среде мегаполиса), развитие ХРТГ и хейлитов прогрессирует [24].

На сегодняшний день существует несколько методов лечения ХРТГ. Наиболее распространенным является консервативный метод с использованием различных лекарственных препаратов на область трещины, реже применяют хирургический метод, криотерапию, воздействие гелий-неоновым лазером [9, 15, 21]. Для местных аппликаций используют препараты различных фармакологических групп: стимуляторы эпителизации, глюкокортикоиды, нестероидные противовоспалительные, антибактериальные и противовирусные препараты. Инвазивные методы применяют намного реже, поскольку последствиями таких вмешательств часто бывают нарушение эстетики, появление дискомфорта в процессе приема пищи, разговора и т. д. [21].

Развитие фундаментальных исследований, способствующих углублению знаний об этиологии и патогенезе заболеваний челюстно-лицевой области, продемонстрировало их взаимосвязь с соматическим и психоэмоциональным состоянием пациента [24]. Осуществление выбора индивидуальной фармакотерапии с учетом имеющейся патологии, тяжести и особенностей ее клинического течения, а также наличия у пациента сопутствующих заболеваний, позволило добиться определенных успехов в лечении большинства заболеваний челюстно-лицевой области.

Несмотря на разнообразие предложенных средств и методов лечения рецидивы ХРТГ наблюдаются практически в 100% случаев независимо от способа лечения. Часто проводится только местное лечение ХРТГ, при выборе фармакотерапии не рассматривается полиэтиологичность заболевания. В связи с тем, что до сих пор продолжает сохраняться высокий процент рецидивов и хронизации процесса, поиск новых методов и средств лечения этого заболевания продолжается.

Увеличение количества хронических заболеваний и рост осложнений от лекарственной терапии заставляет уделять больше внимания не только эффективности, но и безопасности применяемой терапии, что побуждает искать альтернативные методы лечения, особенно при хронических заболеваниях. Одним из подобных методов является гомеопатия, применение которой в практическом здравоохранении официально разрешено в 1995 г. Однако широкое внедрение этого метода в практику затрудняет дефицит высококвалифицированных кадров врачей-гомеопатов.

Интеграция гомеопатии в медицинскую практику способствует созданию комплексных гомеопатических препаратов, подбираемых не по принятому в гомеопатии принципу подобия, а по общепринятому в медицине и привычному для врача этиопатогенетическому принципу [11]. За последние годы внимание врачей привлекает антигомотоксическая терапия, созданная на основе теории гомотоксикоза, разработанной немецким ученым Х. Х. Реккевегом. Данная терапия направлена на активацию и повышение иммунологической реактивности организма.

Комплексные антигомотоксические препараты оказывают многоцелевое физиологическое воздействие на компенсатор-

ные звенья организма и подбираются в соответствии с уровнем перегрузки организма токсинами [3, 11, 13]. Сегодня антигомотоксическую терапию рассматривают как связующее звено между аллопатической терапией и гомеопатией [1, 11, 13]. В отличие от классической гомеопатии, использующей для терапии монопрепараты, выбираемые по принципу подобия, при антигомотоксической терапии применяют комплексные гомеопатические препараты, содержащие несколько лекарственных компонентов растительного, минерального и/или животного происхождения, и их выбор определяется по привычному для врача этиопатогенетическому принципу [11, 24]. Действие антигомотоксических препаратов направлено на коррекцию состояния межклеточного матрикса, как на базовое патогенетическое звено развития всех хронических заболеваний [1, 5]. Эти препараты способствуют активации собственных защитных сил организма, оказывают ряд других лечебных эффектов, которые можно использовать при лечении воспалительных заболеваний слизистой оболочки рта и красной каймы губ (И. В. Радыш и соавт., 2010).

Целью нашей работы явилось повышение эффективности и безопасности лечения ХРТГ, в связи с чем была поставлена задача оценить лечебное действие комплексного антигомотоксического гомеопатического препарата «Траумель С» в составе местного лечения хронической рецидивирующей трещины губы.

Комплексные гомеопатические препараты фирмы «Heel» нашли применение в клинике стоматологии для лечения пациентов, особенно в комплексной терапии инфекционно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Наиболее часто используются такие препараты как Траумель С, Мукоза композитум, Остеохель С, Калькохель, Лимфомиозат и др. Лечение с помощью этих препаратов основано на выведении из организма гомотоксинов, повышении иммунологической активности организма, что приводит к стойкому положительному результату [1, 2, 4, 12, 18].

## Материалы и методы

Были обследовано 20 человек (12 мужчин и 8 женщин) 20–40 лет. У всех больных хроническая трещина локализовалась в типичных участках губ: на нижней губе в центральной ее части, комиссуральные трещины, в одном случае – парацентральная. Клиническое обследование больных ХРТГ проводили по общепринятой методике, оно состояло из опроса и осмотра пациентов. Собирали анамнез жизни и заболевания. Выявляли наличие перенесенных и сопутствующих заболеваний, вредных привычек, профессиональных вредностей. При наличии сопутствующих общесоматических заболеваний собирали их анамнез, определяли характер и тактику ранее проводимого лечения. Обращали внимание на аллергологический статус и наследственность [6, 17, 22]. При наличии у пациента аллергии неясной этиологии проводили дополнительное обследование в специализированном учреждении под контролем врача-аллерголога, которое включало постановку кожных тестов и определение специфического иммуноглобулина Е в сыворотке крови. Обследование челюстно-лицевой области включало внешний осмотр, осмотр полости рта. При внешнем осмотре определяли симметрию лица, отмечали цвет кожных покровов, консистенцию тканей, наличие рубцов, шрамов, изъязвлений и других патологических образований. При пальпации регионарных лимфатических узлов оценивали их размеры, консистенцию, подвижность и болезненность. Исследовали подчелюстные, подподбородочные и шейные лимфоузлы.

Осмотр слизистой оболочки рта начинали с осмотра красной каймы губ и углов рта. Отмечали цвет, величину, наличие дополнительных элементов поражения (помимо хронической трещины губы), симметричность углов рта. Также обращали внимание на архитектуру, цвет, наличие сухости, корочек, трещин, эрозий, лихенизации и пигментации кожи в обла-

сти комиссур, состояние углов рта. Определяли тип дыхания (ротовой или носовой). Из анамнеза выявляли длительность существования трещины. Несколько больных отмечали наличие трещины губы в течение очень длительного периода и даже не могли указать хотя бы примерное время первоначального возникновения клинических проявлений заболеваний. Устанавливали характер жалоб, сухость красной каймы губ, болезненность губ и комиссур при широком открывании рта, улыбке, приеме пищи, эстетические недостатки, время появления первых симптомов; учитывали проводилось ли ранее лечение по поводу данного заболевания, его характер и эффективность. При длительно существующих и упорно протекающих трещинах красной каймы губ и углов рта делали лабораторное бактериоскопическое исследование мазков с поверхности трещин. Забор материала осуществляли с поверхности трещины в виде отпечатка на предметном стекле.

Обследовали трещины, эрозии красной каймы губ, комиссур, оценивая их болезненность и плотность краев. Пальпацию проводили по методу бимануальной пальпации.

Общее состояние больного оценивали по объективным и субъективным критериям, результатам дополнительных лабораторных исследований, данным обследования у терапевта и других специалистов.

Оценивали гигиеническое состояние полости рта, наличие патологии пародонта, цвет и увлажненность слизистой оболочки рта. Определяли вид прикуса, выявляли травматические факторы. При определении гигиенического состояния использовали основные индексы гигиены (Федорова–Володкиной, Грин–Вермиллиона, проба Шиллера–Писарева). Патологию пародонта определяли довольно часто как сопутствующее заболевание полости рта. При фиксации пародонтологического статуса определяли наличие пародонтальных карманов, их глубину, выраженность воспалительной реакции. При наличии заболеваний пародонта проводили дополнительную рентгенодиагностику (ортопантомограмма) с последующим ее анализом.

При опросе больные предъявляли жалобы на наличие болезненных трещин, которые полностью или частично заживали летом и рецидивировали в осенне-весенний период, а также после сильных стрессовых атак [24]. 16 пациентов отмечали большую или меньшую сухость красной каймы губ в течение всего периода возникновения заболевания, особенно усиливающуюся в осенне-весенний период. Распределение пациентов по давности возникновения заболевания представлено в табл. 1.

При осмотре красной каймы губ и углов рта определяли хронические трещины центральные (15), парацентральные (1), комиссуральные (4). Красная кайма губ сухая или с явлениями эксфолиации, комиссуральные трещины на фоне гиперемии эпителия углов рта, лихенизации и пигментации кожи. Интенсивность изменений красной каймы и периоральной кожи находилась в прямой зависимости от длительности заболевания. В ходе обследования выявилось, что у 10 пациентов ХРТГ сочетается с сухой формой эксфолиативного хейлита, у 3 пациентов – с атопической формой хейлита, у 3 пациентов – с метеорологической формой хейлита. Пациенты, у которых не был выявлен хейлит как сопутствующее заболевание, составили группу из 4 человек (табл. 2).

10 человек ранее обращались к стоматологу и лечились в основном консервативным методом с применением различных мазей (синтомициновой, метилурациловой, гидрокортизоновой), 1 пациенту проводили лечение с помощью гелий-неонового лазера, 1 пациенту выполняли иссечение центральной трещины нижней губы. После лечения все больные отмечали кратковременный эффект. Наблюдалось частичное заживление трещины, уменьшались неприятные ощущения при приеме пищи, улыбке, разговоре. У пациентов, которые ранее лечились с использованием различных мазей, рецидив заболевания проявлялся в среднем через 3–4 мес. Пациент, которому лечение осуществляли с применением гелий-

Таблица 1. Длительность заболевания у больных контрольной группы

Длительность заболевания, годы	Число больных	
	абс.	%
1–3	5	25
4–10	12	60
Более 7 лет	3	15
Всего ...	20	100

Таблица 2. Распределение больных ХРТГ в зависимости от наличия сопутствующих хейлитов

Сопутствующие хейлиты	Число больных	
	абс.	%
Нет	4	20
Эксфолиативный	10	50
Атопический	3	15
Метеорологический	3	15
Всего ...	20	100

Таблица 3. Распределение пациентов исследуемой группы по характеру выявленного психопатологического нарушения

Психо-вегетативное расстройство	Число больных	
	абс.	%
Депрессия	9	45
Тревожно-фобические состояния	6	30
Нарушений психоэмоциональной сферы не выявлено	5	25
Всего ...	20	100

неонового лазера, отмечал кратковременное улучшение процесса, частичное уменьшение поражения, редукцию неприятных ощущений и нарушения эстетического вида. Пациент, которому выполняли иссечение трещины, в дальнейшем отмечал стянутость шрама, эстетический дефект, в связи с этим он постоянно испытывал некоторую психологическую напряженность, впоследствии проявляющуюся постоянным прикусыванием губы. Как следствие, через некоторое время был отмечен рецидив; несмотря на временное улучшение состояния все пациенты единогласно отмечали через некоторое время возвращение всех клинических проявлений в полном объеме. Причиной рецидива, как правило, оказывались наступление неблагоприятных метеорологических условий, стрессовые атаки, повлекшие за собой нестабильность психоэмоциональной сферы, и т. д. Таким образом, независимо от метода лечения рецидив заболевания наблюдался у всех пациентов.

При осмотре пациентов выявлена следующая клиническая картина: регионарные лимфатические узлы не увеличены, на красной кайме нижней губы дефект эпителия в виде трещины, протяженность которой варьировала от 0,5 до 1,0 см. При длительно существующей глубокой трещине поверхность ее покрыта кровянистыми корочками, а по краям отмечалась тусклость эпителия. Клинические признаки озлокачествления трещин были исключены. У 50% пациентов (10 человек) проведено бактериоскопическое исследование, которое выявило обычную смешанную микрофлору полости рта. У всех 20 пациентов исследовали состояние микроциркуляции, проводили общий клинический анализ крови, определяли уровень глюкозы в крови; проводился анализ крови на ВИЧ-инфекцию. Была проведена визуальная оценка ро-

товой жидкости (количество, вязкость, пенность); у лиц с ортопедическими и ортодонтическими конструкциями определяли наличие гальванических токов в полости рта. Всем больным, страдающим соматической патологией, проведена консультация специалистов. Также осуществляли детальный анализ психо-вегетативной сферы пациентов для выявления наличия психопатологических расстройств [20, 21, 25]. Обследование велось совместно с врачом-психиатром. Для оценки психоэмоционального состояния пациентов использовали общепринятые тесты:

Шкала самооценки Спилбергера. Данный тест является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека).

Шкала Цунга для самооценки депрессии (The Zung W. W. K. self-rating depression scale).

Шкала депрессий Бека (Beck depression inventory – DBI).

В ходе исследований основными расстройствами психоэмоциональной сферы были депрессия и тревожно-фобические состояния. У 15 из 20 пациентов выявлено наличие того или иного психопатологического нарушения. Распределение пациентов по характеру выявленного расстройства представлено в табл. 3.

На основе верифицированного диагноза врача-психиатра в комплексное лечение дополнительно вводили терапию, направленную на коррекцию выявленного психопатологического нарушения. Терапия включала применение индивидуально подобранного психотропного препарата. Для коррекции психопатологических нарушений использовали анксиолитики (препараты алпрозолама – ламоз, ксанакс, кассадан), нейролептики (препараты тиоридазина – соннапакс, сульпирида – эглонил, алименазина – терален), антидепрессанты (препараты флуоксетина – прозак, флувоксамина – феварин, мirtaлина – ремерон).

Лечение больных с ХРТГ проводили комплексно. Местное лечение начинали спустя 3 нед после начала лечения психотропными препаратами. После определения улучшения состояния пациента (определялось совместно с врачом-психиатром) начинали проводить местную терапию. Таким образом, риск постоянного травмирования красной каймы посредством прикусывания губ или раздражения инородными предметами (ручка, карандаш и т. д.) сводился практически к нулю. Это позволило получить стойкие результаты ремиссии в дальнейшем.

Общее лечение проводили по схеме:

Витаминотерапия: основу составляли витамины группы В, А, Е, С. Период приема 4–5 нед в виде таблетированных форм: аевит по 1 таблетке 3 раза в день; аскорутиг по 1 таблетке 3 раза в день. Витамины группы В применяли в виде инъекций. Препарат Мильгамма – на курс 10 инъекций. Витаминотерапию назначали всем пациентам.

При наличии сопутствующей патологии после консультации у профильного специалиста проводилось лечение общесоматического расстройства.

Совместно с врачом-психоневрологом назначали препараты для коррективовки выявленного расстройства психоэмоциональной сферы.

Физиолечение (магнитолазер). Назначено всем пациентам. На курс 5 процедур.

При необходимости проводили коррективку иммунного статуса после консультации с соответствующим специалистом. В нашем исследовании в качестве иммуномодулятора использовали препараты: циклоферон (10 инъекций через день); виферон (1 000 000 Ед) в виде свечей ректальных, ежедневно, в течение 20 дней.

Всем пациентам рекомендовали с целью предупреждения сухости губ применять гигиеническую помаду с содержанием экстракта алоэ при выходе на улицу.

В первое посещение больных обучали гигиене полости

рта; устраняли травмирующие факторы; составляли план санации полости рта; проводили беседы, направленные на мотивирование отказа от вредных привычек. В последующие посещения больным проводили ежедневно комплексную местную терапию:

- Обработка теплыми растворами ферментов (трипсин, химотрипсин) красной каймы губ с целью размягчения чешуек и корочек. После ферментативной обработки – их удаление.

- Обработка красной каймы губ теплыми антисептическими растворами (1% пероксида водорода и 0,06% хлоргексидина биглюконата).

- Аппликация мазями Траумель С или Солкосерил дентальная адгезивная паста. Время экспозиции – 20 мин.

В зависимости от применяемой мази все пациенты разделены на 2 группы.

1. У пациентов 1-й группы применяли мазь Траумель С.

2. У пациентов 2-й группы применяли мазь Солкосерил дентальная адгезивная паста.

Траумель С – комплексное антигематоксическое средство. Траумель С быстро и эффективно останавливает развитие гематом и увеличение отечности мягких тканей в месте повреждения, повышает тонус сосудов и уменьшает их проницаемость, стабилизирует реологические показатели крови, активизирует иммунитет и противовоспалительную защиту (эхинацея, гепар сульфур, меркуриус солюбилис, аконит); влияет на процессы микроциркуляции (арника, аконит, гаммелис); стимулирует регенерацию (арника, календула, эхинацея), уменьшает болевой симптом (аконит, арника, хамомила, гаммелис) [7, 22].

Мазь Солкосерил дентальная адгезивная паста была взята как один из наиболее часто используемых препаратов при заболеваниях слизистой полости рта и красной каймы губ.

## Результаты исследования

У всех 20 больных (100%) отмечалась хорошая переносимость препаратов, входящих в состав мази, никаких побочных эффектов отмечено не было. Дома пациентам рекомендовали наносить мазь на 20 мин 3–4 раза в день. Клиническое улучшение наступало после 2–4 дней использования, окончательное заживление трещины происходило через 7–10 дней, в зависимости от вида применяемой мази и общего состояния пациента (табл. 4).

Отдельно стоит отметить различие сроков заживления ХРТГ в зависимости от сопутствующей патологии (как общей, так и местной). У пациентов без сопутствующей местной и общей патологии заживление происходило в 2 раза быстрее, чем при наличии сопутствующего хейлита либо общесоматического заболевания. В отдельных случаях, даже если 1 или 2 аппликации в день пропускались (со слов пациента, когда не было возможности выполнить аппликацию), то в группе без сопутствующей местной и общей патологии заживление все равно проходило более быстрыми темпами. Таким образом, у больных ХРТГ без сопутствующей местной и общесоматической патологии лечение было наиболее эффективно, и в отдаленные сроки рецидивы не наблюдались. Лечение пациентов, у которых выявлен хейлит различной этиологии, было более продолжительным [19]. В зависимости от

Таблица 4. Скорость наступления клинического улучшения у пациентов в зависимости от применяемой мази

Подгруппа	Количество дней применения мази, после которых отмечено клиническое улучшение
1-я группа (применение мази Траумель С)	2–3
2-я группа (применение мази Солкосерил дентальная адгезивная паста)	4–5

Таблица 5. Характеристика местных клинических признаков у пациентов 1-й группы

Симптомы заболевания	До лечения	После 2–3 дней лечения
Болезненность	Присутствует	Отсутствует
Кровоточивость	Присутствует	Отсутствует
Чешуйки	Присутствует	Частично
Сухость губ	Присутствует	Отсутствует

Таблица 6. Характеристика местных клинических признаков у пациентов 2-й группы

Симптомы заболевания	До лечения	После 5–6 дней лечения
Болезненность	Присутствует	Частично
Кровоточивость	Присутствует	Отсутствует
Чешуйки	Присутствует	Частично
Сухость губ	Присутствует	Присутствует

применения вида мази, первые клинические улучшения наступали в различные сроки. Наиболее быстрые клинические проявления были диагностированы у пациентов, которые использовали мазь Траумель С (на 40% быстрее, чем у пациентов, использующих мазь Солкосерил дентальная адгезивная паста). Наиболее длительное заживление было у пациентов с наличием сопутствующей общесоматической патологии. В нашем исследовании выявлены такие общие заболевания как аллергия, заболевания ЖКТ, сахарный диабет, патология кроветворной системы (анемии). Наиболее длительный период лечения до появления первых клинических признаков улучшения наблюдали у пациентов с сахарным диабетом и заболеваниями кроветворной системы.

Результаты местного лечения оценивали по следующим основным параметрам:

- болезненность,
- наличие чешуек, корочек,
- сухость красной каймы губ,
- нарушение целостности эпителия.

У пациентов с диагностированными сопутствующими заболеваниями, которые требовали дополнительного лечения, полное заживление наступало через 7 дней. Если у пациента не было диагностировано сопутствующих общесоматических заболеваний и расстройств психоэмоциональной сферы, то полное заживление наступало через 5 дней.

У пациентов 2-й группы, использующих мазь Солкосерил дентальная адгезивная паста клиническое улучшение диагностировали через 4–5 дней после начала применения. У пациентов с диагностированными сопутствующими заболеваниями и расстройствами психоэмоциональной сферы полное заживление наступало через 14–16 дней. В случае, если у пациента не было выявлено никаких сопутствующих заболеваний, то полное заживление наступало через 10–12 дней.

Характеристики местных клинических признаков в процессе лечения приведены в табл. 5, 6.

Длительность наблюдения за больными составила 2 года. Осмотр проводили 1 раз в 4 мес. В течение динамического наблюдения за указанный период пациенты, применявшие мазь Траумель С, не предъявляли жалоб, красная кайма губ была без патологии. Пациенты строго выполняли все рекомендации. Также при необходимости осуществлялось динамическое наблюдение по диагностированному сопутствующему заболеванию. Рецидивы в течение 2 лет не отмечались. Из 10 пациентов, использовавших мазь Солкосерил дентальная адгезивная паста, у 5 спустя 8 мес появились жалобы

на появление дефекта эпителия в виде трещины на красной кайме губы. Пациенты этой группы также придерживались рекомендаций, велось наблюдение по диагностированным заболеваниям.

## Заключение

На основании проведенного клинического исследования можно сделать вывод, что использование комбинированного лечения, а именно: антисептическая обработка, аппликации мази Траумель С, а также общеукрепляющая терапия (витамины группы В, А, Е, С в течение 3–4 нед); коррекция выявленных психопатологических нарушений, иммунокорректирующая терапия – может быть рекомендована как эффективное средство в комплексном лечении больных с хронической рецидивирующей трещиной губы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александровская И. Ю. Клинико-лабораторное обоснование использования гомеопатических препаратов в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с отягощенным аллергологическим статусом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005.
2. Аллик Е. Л., Барер Г. М., Зорян Е. В., Лемецкая Т. И. // Биол. мед. – 2000. – № 1. – С. 42–46.
3. Аллик Е. Л. Совершенствование лечения различных форм красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта с учетом психологического статуса больных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001.
4. Атрушкевич В. Г. Диагностика и лечение заболеваний пародонта при нарушении минерального обмена: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2010.
5. Барберо С. // Med. Biol.: Riv. Ital. Omotossicolog. – 1998. – Vol. 43. – С. 35–64.
6. Барер Г. М. Терапевтическая стоматология. Заболевания слизистой оболочки полости рта. – М., 2010.
7. Безруков С. Г., Салиева З. С. // Биол. тер. – 1999. – № 2. – С. 20–22.
8. Брусенина Н. Д. Хронические рецидивирующие трещины губ. Клиника, диагностика, лечение. – М., 2002.
9. Варфоломеева И. А. // Биол. тер. – 1999. – № 1. – С. 40–41.
10. Веригин Г. И. // Биол. тер. – 1998. – № 2. – С. 35–36.
11. Зорян Е. В., Зорян А. В. // Клини. стоматол. – 2002. – № 3. – С. 48–52.
12. Зорян Е. В. // Клини. стоматол. – 2010. – № 4. – С. 60–67.
13. Кутин С. А. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. – М., 1987. – С. 284–322.
14. Лемецкая Т. И., Аллик Е. Л., Зорян Е. В. // Стоматол. для всех. – 2002. – № 4. – С. 22–23.
15. Лукиных Л. М. Заболевания слизистой оболочки полости рта. – Н. Новгород, 2000.
16. Луцкая И. К. Заболевания слизистой оболочки полости рта. – М., 2007.
17. Мороз Б. Т., Кубась В. Г. // Биол. мед. – 2004. – № 1. – С. 47–48.
18. Папков Б. М., Стоянов Б. Г., Машикеллейсон А. Л. Поражения слизистой оболочки полости рта и губ при некоторых дерматозах. – М., 1970.
19. Рыбалкина Е. А. Значение нейрососудистых нарушений в развитии хронических рецидивирующих трещин губ: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001.
20. Dias A. P. et al. // Oral Dis. – 1995. – Vol. 1, N 1. – P. 43–48.
21. Genso R. J., Ho A. W., Kopman J. et al. // Ann. Periodontol. – 1998. – Vol. 3. – P. 288–302.
22. Mayou R., Hawton K. // Br. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 149. – P. 117–190.
23. Pogoda J. M., Preston-Martin S. // Cancer Causes Control. – 2005. – Vol. 7, N 4. – P. 458–463.
24. Porozov S., Cahalon L., Weiser M. et al. // Clin. Dev. Immunol. – 2004. – Vol. 11, N 2. – P. 143–149.

Поступила 21.02.12