

Применение адгезивного крема «Афтофикс» для слизистой оболочки рта в стоматологии

А. И. Грудянов, д.м.н., проф., член-корр. Академии стоматологии Франции им. Пьера Фошара, заслуженный врач России, рук. отделения пародонтологии
Е. В. Фоменко, к.м.н., врач отделения пародонтологии

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России, г. Москва

Use of adhesive cream 'Aphthofix' for oral mucosa in dentistry

E. V. Fomenko, A. I. Grudyanov
 Central Research Institute of Dental and Maxillofacial Surgery, Moscow, Russia

Резюме

В статье рассматривается эффективность применения адгезивного средства Афтофикс в комплексном лечении заболеваний слизистой оболочки рта. Изучены положительное влияние адгезива Афтофикс на сроки эпителизации раневых поверхностей слизистой оболочки рта, уменьшение болевого синдрома, удобство нанесения лекарственного средства и безопасность его применения.

Ключевые слова: **слизистая оболочка рта, воспаление десен, лечение гингивита, афтозные заболевания слизистой оболочки.**

Summary

The article discusses the effectiveness of the use of the adhesive agent Aftofiks in the complex treatment of diseases of the oral mucosa. The positive effect of Aftofix adhesive on the timing of epithelization of wound surfaces of the oral mucosa, pain reduction, ease of application of the drug and its safety have been studied.

Key words: **oral mucosa, gum disease, treatment of gingivitis, aphthous diseases of the mucous membrane.**

Заккрытие раневых поверхностей в полости рта всегда было и остается очень серьезной и до настоящего времени фактически не решенной задачей. В этой связи любая новая разработка не только привлекает самое пристальное внимание специалистов, но и сразу применяется в текущей работе.

Почему такой большой и непреходящий интерес к данному вопросу? Ответ простой. Во-первых, любое повреждение слизистой оболочки во рту причиняет значительные боли пациенту, причем как самостоятельно, так и особенно при приеме пищи в течение всего времени, пока не наступит полное заживление участка повреждения, а это время бывает разным, к сожалению, иногда весьма длительным.

Что касается причин самих повреждений, то обычно их связывают с различными травмами, чаще всего механическими, такими как случайное повреждение твердыми предметами. Например, при пользовании зубочистками либо вообще острыми предметами для удаления застрявшей в межзубных промежутках пищи. Реже, но все же часто повреждения происходят при употреблении очень твердой пищи типа сухарей, твердых и вязких видов сладостей.

Травмы возникают иногда и как следствие случайных повреждений при установке кофердама или после хирургических вмешательств в полости рта.

Очень часто причиной повреждений являются острые края зубов, иногда пломб, а также травмы недостаточно хорошо обработанными металлическими краями кламмеров зубных протезов или самими протезами — в первую очередь съёмными, особенно в первое время после их изготовления и до полноценной коррекции.

Прикусывание языка или губ — этот вид повреждений обычно относят к разряду случайного повреждения и на это не обращают должного внимания, а зря. Почему? Потому что у людей пожилого возраста как раз такие повреждения происходят часто и сопровождаются особенно обширными ранами. Происходит это у лиц пожилого возраста еще и в связи с определенными заболеваниями нервной системы, при которых нарушается моторика щек, особенно языка, а повреждение боковых поверхностей языка всегда особенно болезненно. Это часто заставляет пациентов вообще отказываться от приема многих пищевых

продуктов, особенно овощей и фруктов, горячей и даже слегка подкисленной или сладкой пищи, в первую очередь меда, который пациенты как раз очень часто ошибочно пытаются применять в качестве замены лекарствам для ускорения заживления ран. Кстати, как раз у пожилых людей заживление происходит гораздо медленнее, чем у молодых, зато сами повреждения становятся очень частыми, в результате чего это перерастает в проблему для значительного количества лиц этой категории.

Однако перечисленные механические повреждения поверхностей слизистых покровов даже при всей их значимости все же не являются главной проблемой. Более серьезными являются повреждения разной глубины и длительности вследствие ряда патологических процессов в полости, таких как язвы вследствие стоматита, особенно хронического рецидивирующего афтозного и герпетического стоматита. Частое возникновение таких язв, их медленное заживление и крайне резкая болезненность доставляют серьезные страдания, что существенно снижают уровень жизни значительной по своим масштабам категории населения.

Что касается детей, которые не в состоянии осознать, что происходит, и не могут сами принять никаких мер защиты, то такие поражения приводят в первую очередь к отказу от приема пищи и резкой потере веса вплоть до истощения со всеми вытекающими из этого последствиями.

Вышесказанное убедительно показывает значимость разработки средств и методов видов защиты поврежденной слизистой оболочки рта. Причем главной проблемой является даже не поиск самих средств и так называемых покровных или барьерных материалов — нынешние технологии позволяют практически все либо очень многое. Главное в том, что многие предлагаемые для этих целей материалы хороши для наружного применения, то есть на кожных покровах. Что касается полости рта, то тут задача значительно усложняется. Первой причиной является мобильность, то есть постоянная подвижность слизистых оболочек во всех участках рта, исключая, пожалуй, только твердое небо. Вторая проблема — это слюна, причем именно при воспалении, особенно при афтозных поражениях, ток слюны усиливается настолько значительно, что в буквальном смысле сметает все лекарственное средство, нанесенное на слизистые оболочки.

Многочисленные попытки хоть на какое-то время продлить срок сохранения нанесенных средств до сих пор остаются малоуспешными в силу перечисленных выше причин. Чтобы усилить эффект нанесенных покровных барьеров, в их состав вводят лекарственные препараты, в первую очередь анальгетики и противовоспалительные компоненты. Дает ли это эффект? Безусловно, но только кратковременный, который напрямую зависит от срока сохранения барьера, а он, к сожалению, не превышает 30–40 минут, причем в редких случаях и в зависимости от поверхности. И это еще не все. Серьезным препятствием для применения материалов с лекарственными компонентами является то, что в настоящее время прогрессивно увеличивается количество многих пациентов, у которых стоматит имеет аллергическую природу! Поэтому защитные средства не должны содержать в своем составе лекарственных либо вообще



Рисунок 1. Крем «Афтофикс», образующий адгезивную пленку на поверхности слизистой оболочки рта.

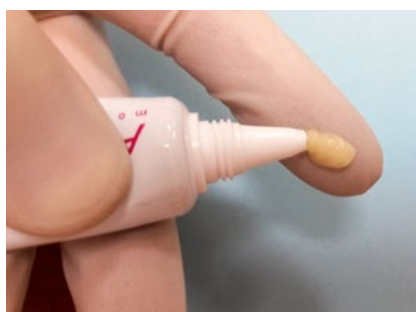


Рисунок 2. Нанесение крема на кончик пальца для аппликации.

агрессивных добавок, они должны быть максимально индифферентными, но при этом плотно приклеиваться к поврежденным поверхностям, причем в любом участке полости рта. Они должны сохраняться во влажной среде, отличаться высокой эластичностью, присущей всем слизистым, поскольку целиком немобильный покров имеется только на твердом небе.

Все вышесказанное объясняет интерес к средству «Афтофикс», которое во многом отвечает требованиям к барьерным материалам.

Специально проведенные клинические и лабораторные исследования позволили подробно изучить свойства нового материала и его соответствие предъявляемым материалам данной категории.

Целью исследования явилась оценка эффективности и безопасности применения адгезивного крема «Афтофикс» в комплексном лечении заболеваний слизистой оболочки рта.

Задачи исследования

1. Оценить удобство нанесения адгезивного крема на поверхность слизистой оболочки рта при эрозивных изменениях и травматических поражениях.
2. Определить возможность самостоятельного нанесения крема пациентами в домашних условиях.
3. Изучить длительность сохранения адгезивного крема «Афтофикс» на поверхности слизистой оболочки рта.
4. Оценить уменьшение болевого синдрома в зоне поражения после нанесения «Афтофикса».
5. Изучить, влияет ли нанесение адгезива «Афтофикс» на сроки эпителизации раневых поверхностей.
6. Оценить безопасность применения адгезивного крема.

Материал и методы

Оценку действия крема «Афтофикс» проводили у пациентов с травматическими и эрозивными поражениями слизистой оболочки рта.

Крем «Афтофикс» представляет собой желтоватую кремообразную субстанцию (рис. 2). Его наносили на слизистую оболочку рта, захватывая область поражения сухими чистыми руками или гладилкой.

При нанесении крем имеет суховатую консистенцию (рис. 3), однако после контакта со слюной становится гелеобразным и хорошо фиксируется к слизистой оболочке (рис. 4). Крем «Афтофикс» применяли у пациентов с ятрогенной травмой (порез краевой десны клампом коффердама или матрицедержателем) (6 человек), с хронической механической травмой, связанной с прикусыванием слизистой оболочки рта и языка (4 человека), с афтозным стоматитом и герпетическими эрозиями (9 человек). Всего 19 человек.

При хронической механической травме перед назначением аппликаций «Афтофикс» устраняли причину (острые края зубов и др.), пациентам с герпетическим стоматитом и хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом назначали местное применение «Афтофикса» в составе комплексной терапии.



Рисунок 3. Нанесение крема «Афтофикс» на слизистую оболочку нижней губы.

Результаты применения адгезивного крема

Врачи и пациенты оценили удобство нанесения крема «Афтофикс» на участки поражения. Если врачу это было удобно делать в медицинской перчатке и стоматологическим инструментом (гладилкой), то пациенты делали это успешно при помощи пальца, предварительно тщательно вымыв руки.

Длительность сохранения адгезивного крема на поверхности слизистой оболочки зависит от места его нанесения и варьирует от нескольких часов в зонах, подвергающихся механическому воздействию, до суток в зоне, не подвергающейся механическому воздействию (в ретромолярной области). Более длительное применение адгезивного крема нецелесообразно из-за риска создания под повязкой условий, комфортных для размножения анаэробов.

Сравнительная оценка сроков полной эпителизации представляла собой некоторые сложности, так как в основном мы могли судить о ней со слов пациентов. Так, полная эпителизация зоны острой травмы интактной десны клампом коффердама или металлической матрицей наблюдалась через сутки. Эпителизация поражений вследствие прикусывания слизистой оболочки щек острыми краями зуб наступала на 3–4-й, языка — на 4–5-й день.



Рисунок 5. Травматическая язва на боковой поверхности языка.



Рисунок 4. Образование адгезивной пленки после контакта крема «Афтофикс» со слюной.

При оценке выраженности болевого синдрома после нанесения адгезивного крема «Афтофикс» получены следующие данные: создание механического барьера в виде пленки уменьшает боль при контакте зоны поражения с зубами, протезами, пищевым комком. Это позволяет пациентам нормально принимать пищу и осуществлять гигиенический уход за полостью рта (рис. 5, 6, 7).

Скорость эпителизации элементов поражения при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите, со слов пациентов, практически не изменилась у 4х человек, у 2 сократилась на сутки. Применение адгезивного крема при герпетических поражениях слизистой оболочки рта на скорость эпителизации эрозий не повлияло, однако значительно улучшило качество жизни за счет снижения болевых ощущений.

Выводы

1. Крем «Афтофикс» представлен в виде тюбика, легко наносится на поверхность слизистой оболочки рта. При контакте со слюной крем преобразуется в адгезивную пленку.
2. Крем удобен и прост в применении как в лечебных учреждениях, так и самими пациентами в домашних условиях.



Рисунок 6. Крем «Афтофикс» нанесен на зону поражения.

3. Длительность сохранения адгезивной пленки крема «Афтофикс» на поверхности слизистой оболочки рта зависит от зоны аппликации и колеблется от нескольких часов до суток.
4. После закрытия поврежденных поверхностей кремом «Афтофикс» и формирования пленки пациенты отмечают значительное уменьшение болевых ощущений в зоне поражения.
5. При травматических поражениях и афтозном стоматите применение «Афтофикс» сокращает сроки эпителизации в среднем на сутки.
6. Нежелательных явлений не отмечено ни в одном случае.

Полученные результаты дают основание рекомендовать включение крема «Афтофикс», образующего защитную адгезивную пленку, в состав комплексного лечения заболеваний слизистой оболочки рта, сопровождающихся нарушением ее целостности и болевыми ощущениями.

Список литературы

1. Грудянов А. И., Овчинникова В. В. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта. М., МИА 2007: 80 с.
2. Васильева Л. И., Желтухина Н. Ю., Новгородский С. В. Этиология, патогенез и современные методы лечения воспалительных заболеваний пародонта // Валеология 2012. № 3. С. 12–8.
3. Kumar G, Jalaluddin M, Rout P, Mohanty R, Dileep CL. Emerging Trends of Herbal Care in Dentistry. J Clin Diagn Res 2013; 7 (8): 1827–29.
4. Плещановская Н. В. Обоснование и оценка эффективности местной комбинированной терапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) // Стоматология. — 2013. — е. 92. № 1. — С. 26–30.
5. Рабинович О. Ф., Рабинович И. М., Панфилова Е. Г., Вахрушина Е. В. Рецидивирующий афтозный стоматит — этиология, патогенез (часть II) // Стоматология. — 2010. — Т. 89, № 1. — С. 71–74.
6. Косюга С. Ю., Клемина В. Ю., Ашкинази В. И. Сравнение эффективности различных форм местного лечения рецидивирующего афтозного стоматита у пациентов с гинекологическими заболеваниями в анамнезе. // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 1–1.



Рисунок 7. После контакта со слюной образовалась хорошо фиксированная пленка.

АФТО ФИКС

ПОБЕДА НАД ЯЗВОЧКАМИ ВО РТУ!

-  Покрывает язвочку на слизистой полости рта защитной пленкой
-  Способствует устранению дискомфортных ощущений
-  Стимулирует естественные процессы восстановления

**Выраженный эффект
на 2-3 день
использования**

www.aphtofix.ru

Качество из Швейцарии



Производитель: Bonyf, Швейцария

Организация, уполномоченная примаь претензии потребителей:

ООО «КОСМОФАРМ», Россия. www.cosmopharm.ru

