

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
МИНИСТРЛІГІ

С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Терапиялық стоматология кафедрасы

Презентация

Тақырыбы:

Созылмалы Қайталамалы афтозды стоматит

Қабылдаған: Бақбаев Б.Б.

Орындаған: Бермуханова С.Е.

Факультет: Стоматология

Тобы: 12-001-02

Алматы 2017 ж

Содержание:

- Этиология хронического рецидивирующего афтозного стоматита
- Патогенез хронического рецидивирующего афтозного стоматита
- Гистология фибринозной формы ХРАС
- Классификация ХРАС
- Фибринозная форма ХРАС
- Афта Сеттона
- Герпетиформная форма ХРАС
- Болезнь Бехчета
- Дифференциальная диагностика ХРАС
- Лечение ХРАС

- Хронический рецидивирующий афтозный стоматит относится к распространенным заболеваниям слизистой оболочки полости рта и характеризуется развитием болезненных рецидивирующих одиночных или множественных изъязвлений слизистой оболочки полости рта. Заболевание впервые описано в 1884 году Miculicz Kummel, а затем в 1888 году Я.И.Трусевичем.
- ***Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС):***



ХРАС, фибринозная форма. Третий день после возникновения.

Этиология хронического рецидивирующего афтозного стоматита

- ⦿ **Бактериальная инфекция** (*L-форма α-гемолитического стрептококка Streptococcus Sangvis*)
- ⦿ Этот микроорганизм всегда выделяется с элементов поражения у пациентов с типичными афтозными поражениями. Его введение экспериментальным животным вызывает появление элементов поражения. Отмечается повышение кожной чувствительности на введение стрептококкового антигена.
- ⦿ **Аутоиммунная реакция**
- ⦿ Рассматривается как проявление аутоиммунной реакции ротового эпителия. Однако нормальный уровень антиядерных антител и комплемента не позволяет рассматривать ХРАС как аутоиммунное заболевание, связанное с центральными иммунными механизмами. При ХРАСе возникает локальный иммунный ответ на антигенно измененную слизистую оболочку полости рта.
- ⦿ **Предрасполагающие факторы:**
 - ⦿ *Язвенный колит*
 - ⦿ *Болезнь Крона*
 - ⦿ *Синдром Рейтера*
 - ⦿ *Циклическая нейтропения*
 - ⦿ *Мегалобластная анемия*
 - ⦿ *Железодефицитная анемия*
 - ⦿ *T-иммунодефицит*
 - ⦿ *Локальная травма*
 - ⦿ *Гормональные расстройства*
 - ⦿ *Психогенные факторы*
 - ⦿ *Аллергические реакции*

Патогенез хронического рецидивирующего афтозного стоматита

- L-форма α -гемолитического стрептококка *StreptococcusSangvis* инфицирует эпителий протоков мелких слюнных желез, приводя к развитию хронического воспаления. При размножении микроорганизмов накапливается избыточное количество антигенов и стимулируется гуморальное звено иммунитета. В избытке антигена образуется комплекс антиген-антитело, который преципитирует на стенках сосудов, активирует систему комплемента, свертывающую систему крови, что приводит к образованию тромбоза, ишемии и некроза (реакция Артюса – иммунокомплексный тип повреждения, возникающий в избытке антигена, с образованием растворимых иммунных комплексов, которые могут распространяться с током крови, приводя к возникновению васкулитов и поражению различных органов и систем).
- Процесс осложняется присоединением аутоиммунных реакций на освобождающиеся в результате некроза тканей антигены. Образующиеся аутоантитела приклеиваются эпителиальными клетками шиповатого слоя и стимулируют аутоиммунокомплексное поражение.

Классификация ХРАС

- Существует много классификаций ХРАС. Выделяют большие и малые формы ХРАС; по тяжести – легкую, среднюю и тяжелую формы.
- *И.М. Рабинович (1998) выделяет следующие формы:*
- *Фибринозная*
- *Некротическая*
- *Гландулярная*
- *Деформирующая*
- Недостатком этих классификаций является выделение не самостоятельных форм, которые клинически не отличаются друг от друга.
- **Мы рекомендуем классификацию ХРАС, предложенную ВОЗ:**
- *Фибринозная форма ХРАС (афта Микулеча);*
- *Некротический периаденит (афта Сеттона) (рецидивирующие рубцующие глубокие афты, деформирующие афты, ползущие афты);*
- *Герпетиформный афтозный стоматит;*
- *Симптом при болезни Бехчета.*

Фибринозная форма ХРАС

Чаще у женщин.

- **Возраст начала первичной атаки** – 10-30 лет.
- **Частота рецидивов** – от 1-2 атак в год, до нескольких рецидивов в течение месяца, вплоть до перманентного течения.
- **Предвестники** – чаще парестезия слизистой оболочки, иногда субфебрильная температура, локализованная лимфаденопатия, отек слизистой, чаще языка.
- **Клиническое течение** – одиночные или множественные изъязвления (афты), резко болезненные. Появлению могут предшествовать узелки, воспаление мелких слюнных желез.
- **Количество элементов** – от 1 до 100. В большинстве случаев 1-6 элементов.
- **Размер** – от 2-3 мм до 1 см.
- **Локализация** – слизистая оболочка полости рта, покрытая многослойным плоским неороговевающим эпителием.
- **Течение** – заживление происходит в течение 7-14 дней. Заживление происходит с образованием нежного рубца или без видимого рубцевания.



- **Афта Сеттона**
- **Чаще у женщин.**
- **Возраст начала первичной атаки** – 10-30 лет. Заболевание может начинаться как глубокая язва, но чаще ей предшествует фибринозная форма ХРАС.
- **Частота рецидивов** – постоянно; нет периода, когда во рту нет хотя бы одной язвы.
- **Предвестники** – чаще парестезия слизистой оболочки, иногда субфебрильная температура, локализованная лимфаденопатия, отек слизистой, чаще языка.
- **Клиническое течение** – волнообразное, длительное течение, приводит к существенной деформации слизистой оболочки.
- **Количество элементов** – от 2 до 10, редко больше. Ползущая язва характеризуется заживлением на одном полюсе, с ростом на другом.
- **Размер** – от 1 см вплоть до поражения значительных участков слизистой оболочки.
- **Локализация** – слизистая оболочка, покрытая многослойным плоским неороговевающим эпителием, однако при росте язва может распространяться и на зоны с ороговевающим эпителием.
- **Течение** – до полутора месяцев. Заживление происходит с образованием деформирующего рубца.



- **Герпетиформная форма ХРАС**
- **Чаще у женщин.**
- **Возраст начала первичной атаки – 10-30 лет.**
- **Частота рецидивов** – поражения находятся почти постоянно в течение 1-3 лет с относительно короткими ремиссиями.
- **Клиническое течение** – множественные мелкие неглубокие изъязвления (афты), резко болезненные. Начинается как маленькие эрозии (1-2 мм), которые затем увеличиваются и сливаются с образованием обширных эрозивных поверхностей.
- **Локализация** – элементы поражения могут располагаться на любом участке полости рта.

- **Болезнь Бехчета**
- **В основе заболевания лежит** системное поражение сосудов – васкулиты.
- **Главные симптомы:**
- *Рецидивирующий афтозный стоматит;*
- *Поражение гениталий;*
- *Поражение глаз (светобоязнь, ирит, конъюнктивит, гипопион)*
- *Глазное дно поражается значительно чаще, чем диагностируется.*
- **Второстепенные симптомы**
- *Кожные поражения (пиодермия, пустулезные высыпания, папулезные высыпания, узловатая эритема, многоформная экссудативная эритема);*
- *Арталгии, моноартриты крупных суставов;*
- *Поражение ЦНС;*
- *Поражение почек;*
- *Поражение ССС.*
- **Второстепенные симптомы**, имеющие решающее значение для прогноза, однако, в силу отсутствия специфичности для постановки диагноза носят второстепенный характер
- **Лабораторная диагностика** – гипергаммаглобулинемия, увеличение СОЭ, лейкоцитоз, эозинофилия.

- ⦿ **Дифференциальная диагностика ХРАС**

- ⦿ **Дифференциальная диагностика фибринозной формы ХРАС**

- ⦿ *С травматической эрозией* (наличие травмирующего фактора, неправильные очертания эрозии, незначительная болезненность);

- ⦿ *С вторичным сифилисом* (папулы располагаются на любых участках СО, в том числе с ороговевающим эпителием, безболезненные, имеют инфильтрированное основание, при поскабливании налет легко снимается с образованием мясо-красной эрозии, регионарный склераденит, в очагах поражения всегда обнаруживаются возбудители, серологическая реакция положительная).

- ⦿ *С герпетическим стоматитом* (сопровождается гингивитом, поражением красной каймы губ; поражается преимущественно слизистая, покрытая ороговевающим эпителием, первичный элемент поражения – пузырек, с герпетиформным расположением, с тенденцией к слиянию с образованием полициклические очертаний)

- ⦿ *С многоформной экссудативной эритемой* (полиморфизм высыпаний, общая интоксикация)

- ⦿ **Дифференциальная диагностика афт Сеттона:**

- ⦿ *С язвенно-некротическим стоматитом Венсана* (кратерообразные язвы, покрытые обильным некротическим налетом, язва сильно кровоточит, зловонный запах, возникает на фоне интоксикации, в очаге определяются возбудители).

- ⦿ *Со слизисто-синехиальным буллезным дерматитом Лорта-Жакоба* (первичный элемент – пузырек, вторичный – эрозия, отсутствует инфильтрация, часто имеется поражение глаз).

- ⦿ *С травматической язвой*

- ⦿ *С раковой язвой*

- ⦿ *Со специфическими язвами*

Лечение ХРАС

Местное лечение:

Устранение травматических факторов;

Полоскание раствором тетрациклина (250 мг на 5 мл воды 4 раза в день 5-7 дней);

Аппликации кортикостероидов и антибиотиков;

Обезболивающие по показаниям.

При глубоких язвах – применение протеолитических ферментов.

Общее лечение:

Антибиотики внутрь

Тетрациклин

Рифампицин (по 2 капс. 2 р/с)

Таривид (по 1 табл. 2 р/с 20 дней)

Тиосульфат натрия (10 мл 30% р-ра в/в 1 р/д или 1,5-3 г внутрь)

Продигиозан (по схеме начиная с 15 мкг 1раз в 5 дней, увеличивая дозу до 100 мкг).

Пирогенал по схеме

Левамизол (по 50мг×3 р/с 2 дня подряд в неделю или 150 мг однократно)

Делагил (по 1 табл. 1 р/д)

Колхицин (по 1 табл×2 р/д 2 мес.)

Аевит (по 1 мл 1 р/д в/м 20 дней)

Гистаглобулин (2,0 мл п/к 1 раз в 3 дня)

Вакцинация