

Международный казахско-турецкий университет им.К.А.Ясави  
Факультет Стоматологии  
Кафедра хирургической стоматологии и стоматологии детского возраста

**ТЕМА:**  
**ХРОНИЧЕСКИЙ**  
**РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ АФТОЗНЫЙ**  
**СТОМАТИТ У ДЕТЕЙ**

**ВЫПОЛНИЛА: ШАУЛИЕВА С.**  
**ПРИНЯЛА: МУСАЕВА А.А.**  
**ГРУППА: СТР-531**

# План

- ⦿ Введение
- ⦿ ХРАС
- ⦿ Этиология.Патогенез
- ⦿ Клиническая картина у детей
- ⦿ Диагностика,диф.диагностика ХРАС
- ⦿ Лечение и профилактика
- ⦿ Заключение
- ⦿ Список литературы

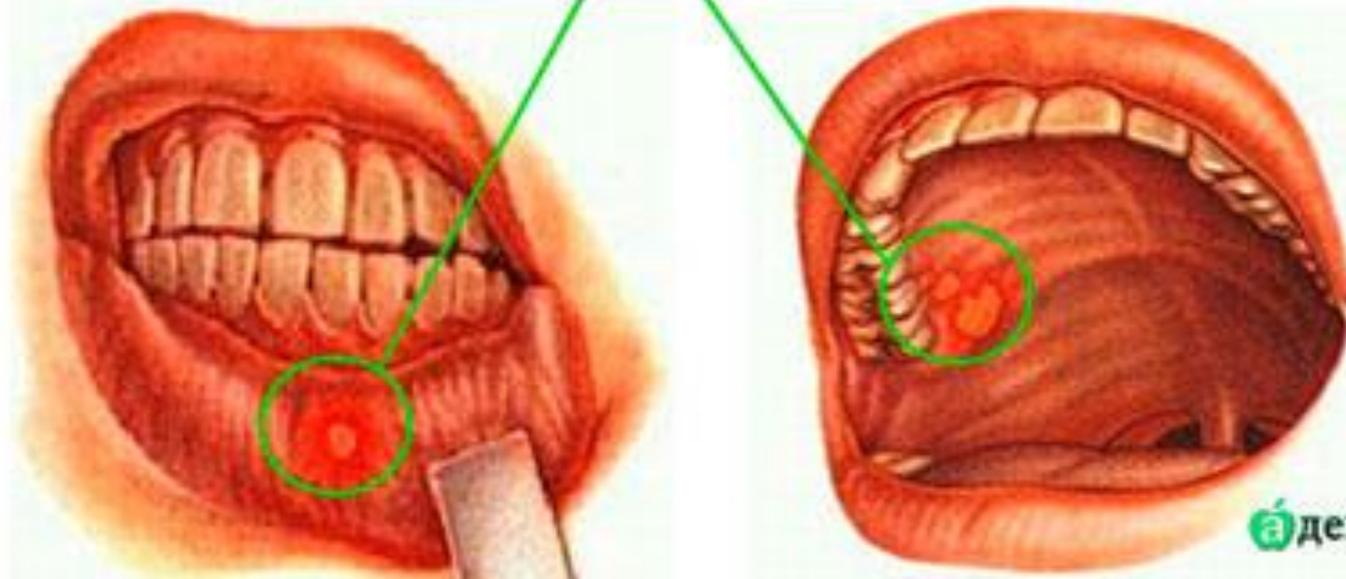
- ⦿ **Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС)** - хроническое воспалительное заболевание с различной длительности ремиссиями, характеризующееся периодическим высыпанием афт на слизистой оболочке полости рта. Чаще развивается у больных детей, страдающих желудочно-кишечными заболеваниями и с выраженной сенсibilизацией к микробным аллергенам на фоне нарушения клеточного иммунитета



- **Этиология и патогенез** окончательно не выяснены. Одни авторы считают причиной заболевания L-формы стрептококков, другие являются сторонниками вирусной природы болезни. Определенное значение в возникновении заболевания имеют наследственные факторы. Ранее обсуждалось возникновение **хронического рецидивирующего афтозного стоматита** как изменение трофоневротического характера, в этом смысле интересны исследования В. С. Куликова, подтвердившие роль рефлекторных реакций в патогенезе рецидивирующего афтозного стоматита, связанного с патологией печени.
- В настоящее время большинство ученых склоняются к ведущей роли иммунной системы в патогенезе заболевания.
- Так, выяснили, что **хронический рецидивирующий афтозный стоматит** характеризуется пониженной иммунологической реактивностью и нарушениями неспецифической защиты, причинами развития которых являются очаги хронической инфекции в организме (ангина, тонзиллит, фарингит, заболевания ЖКТ), влияние хронических стрессов, смены климата и др.
- Установлено, что с увеличением тяжести заболевания усиливается T-супрессия иммунитета, характеризующаяся снижением числа T-лимфоцитов и их функциональной активности. Увеличение числа T-супрессоров сопровождается снижением количества T-хелперов.



## афтозный стоматит



- Тяжесть и длительность заболевания соответствуют выраженности сенсибилизации организма этими антигенами. Изменяются показатели неспецифической гуморальной и клеточной защиты (снижение концентрации лизоцима, повышение В-лизинов в сыворотке крови, уменьшение содержания фракций комплемента  $C_3$ ,  $C_4$  и повышение фракций  $C_5$ ). На фоне ослабления фагоцитарной активности лейкоцитов к большинству микробных аллергенов отмечено ее усиление к *Str. salivarius* и *C. albicans*. Нарушение местных факторов защиты полости рта у детей, больных **хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом**, характеризуется снижением концентрации лизоцима, увеличением В-лизинов, уменьшением содержания секреторного и сывороточного IgA в ротовой жидкости. Вследствие этого нарушается защита слизистой оболочки рта от воздействия микроорганизмов, изменяется количество и видовой состав резидентной микрофлоры, увеличивается количество микробных ассоциаций в полости рта, повышается их вирулентность (кокки: коагулазанегативный стафилококк; анаэробные кокки: пептококки, пептострептококки, бактероиды). С увеличением вирулентности микроорганизмов усиливается бактериальная сенсибилизация организма больного ребенка: включается цепь иммунологических реакций немедленного и замедленного типа, обуславливающих частые рецидивы заболевания.

- Также в патогенезе **хронического рецидивирующего афтозного стоматита** важную роль играет перекрестная иммунная реакция: на поверхности слизистой оболочки рта детей, больных **хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом**, выявляют большое количество стрептококков (*Str. /nutans, sanguis, salivarius, mitis*), имеющих антигенное сходство с клетками слизистой оболочки рта. Установлено, что слизистая оболочка рта способна депонировать антигены. У детей, больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, генетически детерминировано нарушение распознавания клеток-мишеней Т-лимфоцитами, а также имеется разнообразный антигенный спектр на поверхности слизистой оболочки рта. В результате включается механизм антителозависимой цитотоксичности, которая и является причиной возникновения заболевания.

# 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

- L-форма  $\alpha$ -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.

## Клиническая картина

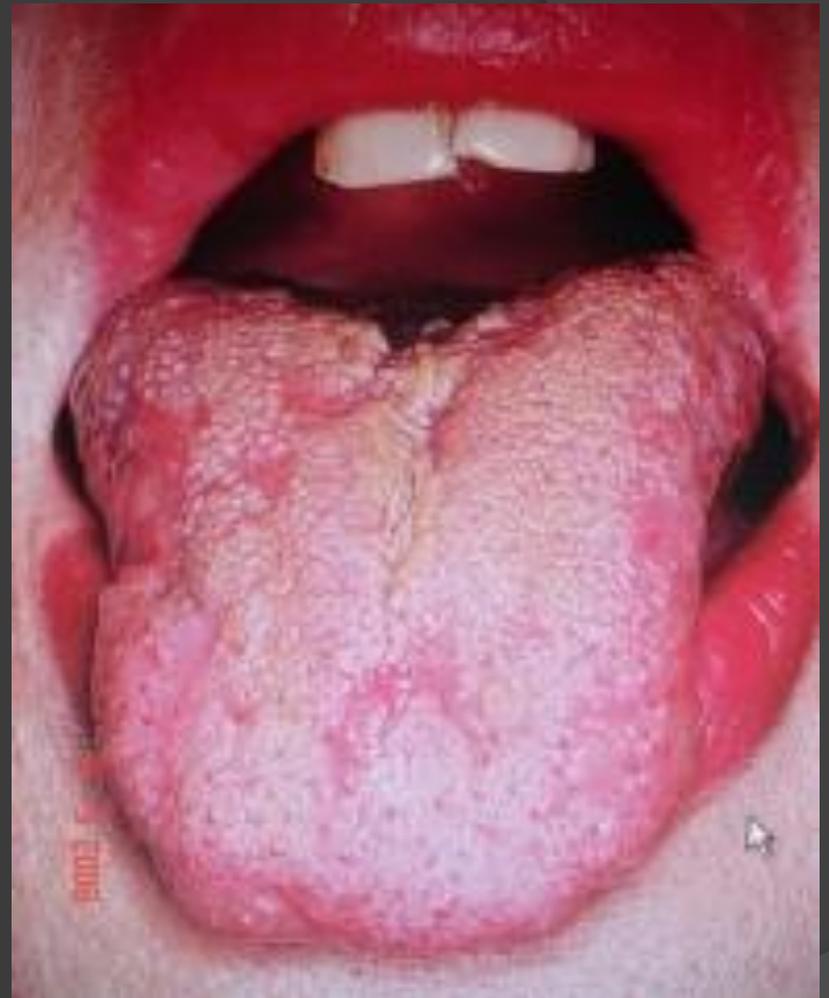
- ◎ **Симптомы хронического рецидивирующего афтозного стоматита.** Существует две клинические формы заболевания:
  - ◎ легкая;
  - ◎ тяжелая (рецидивирующие глубокие рубцующиеся афты - афтоз Сеттона).

- Процесс образования **афты** на слизистой оболочке рта начинается с появления гиперемированного, резко ограниченного пятна, круглой или овальной формы, болезненного, которое через 1-2 ч приподнимается над окружающей слизистую оболочку рта. Дети в данный период становятся капризными. Затем элемент эрозируется, покрывается фибринозным серовато-белым плотно сидящим налетом. Фибринозно-некротический очаг окружен тонким гиперемированным венчиком. **Афта** очень болезненна при дотрагивании. В основании ее возникает инфильтрация, афта приподнимается над окружающими тканями.

- **Высыпания афт** сопровождаются лимфаденитом, повышением температуры тела. Спустя 2-4 дня некротические массы отторгаются, а через еще 2-3 дня афта разрешается, на ее месте 1-2 дня держится застойная гиперемия.
- Часто за несколько дней до возникновения **афты** дети ощущают жжение или боль на месте будущих изменений.
- Периодичность появления афт при **хроническом рецидивирующем афтозном стоматите** варьирует от нескольких дней до месяцев. Высыпания локализуются на слизистой оболочке щек, губ, кончике и боковых поверхностях языка и др.
- Факторами, провоцирующими обострения, являются травма слизистой оболочки рта, стрессы, переутомление, вирусная инфекция и др.
- Клинические исследования показали, что на протяжении первых 3 лет **хронический рецидивирующий афтозный стоматит** протекает в легкой форме, под действием хронических заболеваний ЖКТ, печени, ЛОР-болезней и др.

# Афты Сеттона

- Разновидности клинического течения:
- элементом поражения является афта, срок ее эпителизации 14-20 дней. Течение заболевания характеризуется возникновением ежемесячных обострений;
- на слизистой оболочке рта образуются глубокие, кратерообразные резко болезненные язвы, имеющие длительный срок эпителизации (25-30 сут). Обострение заболевания возникает 5-6 раз в год;
- на слизистой оболочке рта обнаруживаются афты и язвы одновременно. Срок их эпителизации 25-35 сут.
- **Афтоз Сеттона** обостряется 5-6 раз или ежемесячно. Течение заболевания хроническое. У ряда больных детей афты появляются приступообразно в течение нескольких недель, сменяя друг друга или возникая одновременно в большом количестве.
- У больных детей ухудшается общее состояние: отмечается повышенная раздражительность, плохой сон, потеря аппетита, возникает регионарный лимфаденит.
- Влияние сезонных факторов на возникновение обострений незначительно, так как они возникают ежемесячно, заболевание приобретает перманентный характер, причем с увеличением давности заболевания усугубляется тяжесть его течения.
- Обострение заболевания начинается с появления ограниченного болезненного уплотнения слизистой оболочки рта, на котором образуется сначала поверхностная, покрытая фиброзным налетом, затем глубокая кратерообразная язва с гиперемией вокруг, постоянно увеличивающаяся.
- Вначале образуется подповерхностная язва, в основании которой через 6-7 дней формируется инфильтрат, в 2-3 раза превышающий размеры дефекта, сама афта трансформируется в глубокую язву, участок некроза увеличивается и углубляется. Язвы эпителизируются медленно - до 1,5-2 мес. После их заживления остаются грубые соединительнотканые рубцы, приводящие к деформации слизистой оболочки рта. При расположении афт в углах рта возникает деформация, впоследствии приводящие к микростомии. Длительность существования рубцующихся афт от 2 нед. до 2 мес. Высыпания чаще располагаются на боковых поверхностях языка, слизистой оболочке губ и щек, сопровождаются сильной болью.



# Методы обследования

- Для целенаправленного комплексного лечения больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом необходимо провести: 1) обследование желудочно-кишечного тракта на выявление воспалительных процессов в нем, дисбактериоза, гельминтозов;
- 2) исследование функционального состояния печени;
- 3) выявление очагов хронической инфекции, в том числе одонтогенных; 4) аллергологическое обследование;
- 5) иммунологическое обследование (после консультации иммунолога).

# Лечение

- *Общее* - начинается с обследования больного ребенка у других специалистов.
- *Комплексное* патогенетическое лечение включает использование иммунокорректирующих средств, препаратов метаболической коррекции с санацией очагов хронической инфекции:
- иммунокоррекция - тимоген, левамизол (декарис), гистоглобулин;
- метаболические средства - пантотенат кальция, рибофлавина мононуклеотид, липамид, кокарбоксилаза, оротат калия, витамин В<sub>12</sub>, фолиевая кислота, пиридоксальфосфат, пангамат кальция. Проводится 4-6 курсов метаболической коррекции с интервалом в 6 мес;
- рефлексотерапия, седативная терапия;
- лечение сопутствующих соматических заболеваний;
- соблюдение строгой диеты.



- В настоящее время у специалистов вызывают интерес лекарственные вещества, стимулирующие или подавляющие иммунные реакции организма. В связи с этим внимание привлекает препарат декарис (леваamisол), который повышает общую сопротивляемость организма и может быть использован как средство для иммунотерапии. Исследования показали, что декарис, избирательно стимулируя регуляторную функцию Т-лимфоцитов, может играть роль иммуномодулятора, способного усилить слабую реакцию клеточного иммунитета - ослаблять сильную и не действовать на нормальную.
- Эти свойства декариса позволили использовать его для лечения различных заболеваний, в патогенезе которых играют значение расстройства иммуногенеза: первичных и вторичных иммунодефицитных состояний, аутоиммунных болезней, хронических и рецидивирующих инфекций, опухолей. Декарис с успехом применяли в терапии некоторых дерматологических заболеваний, инфекционно-аллергической бронхиальной астмы и др.
- **Лечение рецидивирующего афтозного стоматита декарисом** у большинства больных детей дало положительные результаты: увеличивается период ремиссии, афты принимали abortивный характер. Лучший эффект получен при назначении комбинированного курса лечения противокоревым гамма-глобулином, декарисом и аскорбиновой кислотой. В ходе терапии у больных детей необходимо 1 раз в месяц проводить клинический анализ крови.

- ◎ *Местное лечение:*
- ◎ санация полости рта;
- ◎ обезболивающие препараты (лидокаин, тримекаин и др.);
- ◎ протеолитические ферменты (трипсин, химиотрипсин и др.);
- ◎ кератопластики (растворы А, Е, кератолин, линетол и др.).
- ◎

# Диф.диагностика

- *Общие признаки хронического рецидивирующего афтозного и герпетического стоматитов*
  1. Наличие на поверхности слизистой оболочки полости рта афтозных элементов поражения.
  2. Возможно поражение слизистой оболочки полости рта в сочетании с поражением слизистой оболочки носа, глаз, половых органов.

## *Различия хронического рецидивирующего афтозного и герпетического стоматитов*

1. При герпетическом стоматите определяется поражение слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и кожных покровов лица. Для хронического рецидивирующего стоматита поражения красной каймы губ и кожных покровов не характерны.
2. При хроническом герпетическом стоматите в период обострения всегда характерны изменения со стороны десны, которые носят характер гингивита. Десневой край отечен, гиперемирован, кровоточит при чистке зубов, дотрагивании, нанесении механического раздражения, а иногда и самопроизвольно. Форма десневых сосочков изменена, они имеют характерные бочкообразные очертания. Для хронического рецидивирующего афтозного стоматита гингивит не характерен.
3. При обострении хронического герпетического стоматита практически всегда определяется реакция на него ближайших лимфатических узлов. Для хронического афтозного стоматита реактивное воспаление в области лимфатических узлов не характерно, только при тяжелом течении процесса они могут определяться как увеличенные и болезненные.
4. Для хронического герпетического стоматита характерными являются такие элементы поражения слизистой оболочки полости рта, как пятна, пузыри, пузырьки, эрозии, язвы, трещины, корочки. При хроническом рецидивирующем афтозном стоматите отмечается наличие на слизистой оболочке только двух элементов поражения – пятна и афты.
5. При хроническом рецидивирующем афтозном стоматите афты не соединяются между собой в более крупные элементы поражения. Для обострения хронического герпетического стоматита характерно соединение эрозий в более крупные элементы поражения слизистой оболочки полости рта.

○ *Общие признаки многоформной экссудативной эритемы и хронического рецидивирующего афтозного стоматита*

1. Наличие дефектов на поверхности слизистой оболочки полости рта.
2. Симптомы интоксикации организма.
3. Затруднение в приеме пищи, особенно раздражающей.
4. Боль, ощущение жжения, саднения в слизистой оболочке полости рта.

*Отличия многоформной экссудативной эритемы от хронического рецидивирующего афтозного стоматита*

1. При многоформной экссудативной эритеме на поверхности слизистой оболочки полости рта определяется большое количество различных элементов поражения, в связи с чем говорят о полиморфизме элементов поражения. При хроническом рецидивирующем афтозном стоматите имеется только два элемента поражения слизистой оболочки полости рта – пятно и афта, полиморфизма высыпаний нет.
2. При многоформной экссудативной эритеме отмечается поражение слизистых оболочек, красной каймы губ, кожных покровов, при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите не отмечается поражения красной каймы губ, кожных покровов, отсутствуют кокардоформные элементы на поверхности кожных покровов, характерные для многоформной экссудативной эритемы.
3. Для многоформной экссудативной эритемы характерна тенденция к слиянию увеличивающихся в размере поражений слизистой оболочки полости рта с образованием более крупных, для хронического рецидивирующего афтозного стоматита это не характерно.
4. Для многоформной экссудативной эритемы в отличие от хронического рецидивирующего афтозного стоматита характерно наличие гингивита.

○ *Общие признаки вторичного сифилиса и хронического рецидивирующего афтозного стоматита*

1. Наличие эрозивных элементов поражений, вокруг которых определяется ободок гиперемии, на поверхности слизистой оболочки полости рта.
2. Началу высыпаний в полости рта при вторичном сифилисе предшествует период, когда определяются ухудшение общего состояния больного, повышение показателей температуры тела, слабость, озноб, разбитость, вялость, что также часто имеет место при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите.

*Отличия вторичного сифилиса и хронического рецидивирующего афтозного стоматита*

1. Эрозии при вторичном папулезном сифилисе образуются из папул – узелков на поверхности слизистой оболочки полости рта, при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите афты образуются на месте пятна.
2. При пальпации очагов поражения при сифилисе определяется инфильтрат в основании эрозии хрящеподобной плотности, болевые ощущения при проведении пальпации не характерны. При пальпации элемента поражения при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите определяется мягкая консистенция афты, она резко болезненна.
3. Регионарные лимфатические узлы при вторичном сифилисе определяются как уплотненные и увеличенные в размерах, безболезненные, при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите в случае реакции лимфатических узлов они определяются как увеличенные и болезненные.
4. При взятии соскоба с поверхности эрозии при вторичном сифилисе можно определить наличие бледных трепонем.
5. При вторичном сифилисе положительными являются специфические реакции – реакция Вассермана, РИФ, РИБТ.

- *Общим признаком* хронического рецидивирующего афтозного стоматита и медикаментозного стоматита является наличие эрозивных элементов поражения на слизистой оболочке полости рта.

*Отличия хронического рецидивирующего афтозного стоматита и медикаментозного стоматита*

1. Для аллергического медикаментозного стоматита характерно изменение всей поверхности слизистой оболочки полости рта, она гиперемирована и отечна. Для хронического рецидивирующего афтозного стоматита это не характерно.
2. При аллергическом медикаментозном стоматите на поверхности слизистой оболочки полости рта определяются различные элементы поражения: пятна, пузыри, пузырьки, эрозии, язвы. На поверхности слизистой оболочки полости рта при хроническом афтозном стоматите можно отметить наличие пятен и афт, другие элементы поражения не характерны.
3. На поверхности кожных покровов при аллергическом медикаментозном стоматите часто можно обнаружить аллергическую реакцию в виде крапивницы. Поражения кожных покровов при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите не характерны.
4. При опросе больного с аллергическим медикаментозным стоматитом в большинстве случаев возможны жалобы на аллергические реакции на различного рода аллергены. Также можно обнаружить контакт с аллергеном перед началом заболевания. Для хронического рецидивирующего афтозного стоматита это не характерно.
5. При аллергическом медикаментозном стоматите кожные или другие диагностические пробы и лабораторные анализы будут положительны, что не характерно для хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

○ *Общие признаки хронического рецидивирующего афтозного стоматита и пузырчатки*

1. Наличие на поверхности слизистой оболочки полости рта дефектов.
2. Резкая болезненность очагов поражения как при механическом раздражении, так и без него.
3. Наличие налета беловатого цвета на поверхности дефектов слизистой оболочки полости рта.

*Отличия хронического рецидивирующего афтозного стоматита и пузырчатки*

1. При пузырчатке достаточно часто определяется поражение кожных покровов и красной каймы губ, что не характерно для хронического рецидивирующего афтозного стоматита.
2. Для пузырчатки характерно образование пузырей в поверхностных слоях эпителия. Для хронического рецидивирующего афтозного стоматита образование пузырей не характерно, определяются два элемента поражения – пятно и афта.
3. Цитологическое исследование соскоба с поверхности эрозии при пузырчатке позволяет обнаружить характерные для данного заболевания клетки Тцанка, что не характерно для хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

⦿ *Общие признаки хронического рецидивирующего афтозного стоматита и красного плоского лишая*

1. Наличие дефектов на поверхности слизистой оболочки полости рта.
2. Наличие беловатого налета на поверхности дефектов слизистой оболочки полости рта.
3. Ощущение саднения, жжения, болевые ощущения в слизистой оболочке полости рта в области дефектов, которые становятся более выраженными при приеме пищи, особенно раздражающей.

*Отличия хронического рецидивирующего афтозного стоматита и красного плоского лишая*

1. Слизистая оболочка полости рта у лиц, страдающих красным плоским лишаем, содержит на своей поверхности специфические папулы, которые имеют беловатую окраску и формируются в узоры.
2. В случае нанесения механического раздражения на видимо не измененную слизистую оболочку в области него будут определяться новые папулы. Эта особенность получила название симптома Кебнера.
3. После удаления с поверхности дефектов слизистой оболочки беловатого налета при красном плоском лишае можно отметить характерные очаги измененной слизистой оболочки. Для хронического рецидивирующего афтозного стоматита это не характерно. В этом случае после насильственного удаления плотно прилегающего к дну очага поражения беловатого налета можно обнаружить кровоточащую поверхность.
4. Дефекты при красном плоском лишае окружены ободком беловатого цвета, что связано с изменением интенсивности процессов ороговения этих участков слизистой оболочки. При хроническом рецидивирующем афтозном стоматите можно обнаружить красноватый ободок вокруг дефекта слизистой оболочки.

# Список литературы

- ◎ Персин Л.С, Елизарова В.М., Дьякова СВ. Стоматология детского возраста. — Изд. 5-е, перераб. и доп. — М.:Медицина, 2003. — 640 с:
- ◎ Козловская Л.В., Белик Л.П., Шнип Е.В., Чичко М.В. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит у детей: многофакторность этиопатогенеза, особенности клинических проявлений, комплексная терапия // Экологическая антропология: Ежегодник Белорусского комитета «Дети Чернобыля». — Мн., 2011.- С.266-269.
- ◎ Курякина Н. В. /Терапевтическая стоматология детского возраста /2001 г., стр. 52-58
- ◎ <http://dentalworld.ru/articles/72616/>