Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника стоматологии ИПО

Рецидивирующие афты, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

Выполнил ординатор
кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности «стоматология терапевтическая»
Клемец Светлана Андреевна
рецензент к.м.н. Соколова Ольга Романовна

Красноярск, 2019

Оглавление

Актуальность 3
Введение 4
Этиология и патогенез……..5
Классификация……6
Клиника……8
Диагностика……9
Дифференциальная диагностика……..10
Лечение……...14

Заключение 18
Список литературы 19

Актуальность

Афтозные высыпания на слизистой оболочке полости рта обнаруживаются при многих заболеваниях, являясь либо ведущим элементом данного заболевания, либо симптомом общей патологии. Афта в переводе с греческого означает «язва». Однако в клинической практике афта представляет собой эрозию, которая иногда в силу местных и общих причин (травма, влияние микрофлоры, иммунодефицита и др.) превращается в язву. И если заживление эрозии происходит без рубца, то эпителизация язвы - с рубцеванием.

Тоже самое можно наблюдать при некоторых вирусных и инфекционных заболеваниях, лекарственной аллергии, травматических поражениях, иммунодефицитных состояниях. Афты являются основными проявлениями хронического рецидивирующего афтозного стоматита, стоматита Сеттона, большого афтоза Турена и других заболеваниях.

Введение

В развитии заболеваний слизистой оболочки полости рта и всего желудочно-кишечного тракта определенная роль принадлежит инфекционному фактору. Наиболее распространенной патологией слизистой оболочки полости рта при заболеваниях пищеварительной системы является хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Нередки случаи появления афт в полости рта задолго до возникновения симптомов со стороны желудочно-кишечного 5 тракта. В других случаях, особенно у больных молодого возраста, перенесенная в детстве дизентерия или пищевая интоксикация приводит к поражению слизистой оболочки полости рта.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит у большинства больных характеризуется появлением единичных (от 1 до 3) болезненных элементов — афт округлой или овальной формы, диаметром от 0,1 до 0,8 мм, покрытых фибринозным налетом желтоватого или желтовато-белого цвета. По периферии афт либо может просматриваться четкий венчик гиперемии, либо наблюдается инфильтрация (фибринозная форма рецидивирующего афтозного стоматита). Срок их существования не превышает 10-14 дней, периоды ремиссии различные и варьируют от 2-3 до 6-8 мес. В первые дни после заживления афт остается белесоватый, опалесцирующий участок, исчезающий бесследно спустя 7-10 дней. Такая форма течения хронического рецидивирующего афтозного стоматита наиболее часто наблюдается у больных хроническим гастритом с различным состоянием секреторной функции желудка.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС)

Воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, характеризующееся рецидивирующими высыпаниями афт и длительным течением с периодическими обострениями, 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.

Заболевание описано в 1888 г. Miculicz и Kummel, а затем в 1894 г. Я. И. Трусевичем. До полового созревания болеют одинаково часто лица обоего пола, но среди взрослых преобладают женщины (Pindborg, 1972).

Этиология и патогенез

Этиология хронического рецидивирующего афтозного стоматита окончательно не выяснена. Уже в 1956 году И.Г. Лукомский и И.О. Новик смогли предположить аллергическую природу возникновения ХРАС. В качестве аллергена могут быть пищевые продукты, зубные пасты, пыль, глисты и продукты их жизнедеятельности, лекарственные вещества. К причинам возникновения заболевания относят также нарушения функции желудочно–кишечного тракта, респираторные инфекции, функциональные расстройства центральной и вегетативной нервной системы, гиповитаминоз B1, B12, C, Fe, хронические воспалительные заболевания носоглотки. И.М. Рабинович в соавторстве (1998) считают, что в основе этиологии и патогенеза лежит аутоиммунная теория, позволяющая связать возникновение патологических элементов с нарушением клеточного и гуморального иммунитета, как местного, так и общего.

Патогенез хронического рецидивирующего афтозного стоматита значительная роль отводится нарушениям в иммунном статусе. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит возникает в результате нарушения адаптационных механизмов на фоне конституциональных нарушений биологических систем. При тяжёлой форме хронического рецидивирующего афтозного стоматита происходит снижение общего количества IgA, IgG, наблюдается формирование вторичного иммунодефицита [1,2,3]. Значительную роль в патогенезе рецидивирующего афтозного стоматита отводят иммунологическим реакциям. Установлена взаимосвязь состояния общего и местного иммунитета, что подтверждается изменением ряда показателей естественной защиты, а именно, снижением комплементарной и бактериальной активности сыворотки крови, нарушением баланса Т- и В-лимфоцитов, иногда с выраженным дефицитом клеточного иммунитета, угнетением фагоцитарной и переваривающей функции нейтрофилов.

Классификация

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит можно разделить на несколько форм:

- фибринозную - проявляется на слизистой оболочке в виде желтоватого пятна с признаками гиперемии, на поверхности которого выпадает фибрин, плотно спаянный с окружающими тканями. При прогрессировании процесса фибрин отторгается, и образуется афта, которая эпителизируется на 6-8 дней. При окрашивании фибрина метиленовым синим (1%-ным раствором) последний не смывается физиологическим раствором или слюной. Эта форма развивается в тех участках слизистой, где отсутствуют малые слюнные железы;

- некротическую – при которой кратковременный спазм сосудов приводит к некрозу эпителия с последующим изъязвлением. Некротизированный налет неплотно спаян с подлежащей тканью и легко

снимается при поскабливании. Раствор метиленового синего легко фиксируется на фибринозном налете, но легко смывается физиологическим раствором. Эпителизация данной формы наблюдается на 12-20-й день. Локализуется некротическая форма на обильно васкуляризированных участках слизистой;

- гландулярную - в воспалительный процесс, кроме слизистой оболочки полости рта, вовлекаются и малые слюнные железы в области губ, языка, лимфоглоточного кольца. Появляются участки гиперемии, на фоне которых слюнные железы кажутся приподнятыми за счет отека. Раствор метиленового синего фиксируется только в области нефункционирующих малых слюнных желез. Затем появляется эрозия, которая быстро переходит в язву, на дне которой видны концевые отделы малых слюнных желез. Основание эрозий и язв инфильтрировано. Стадия эпителизации длится до 30 суток;

- рубцующуюся - сопровождается повреждением ацинозных структур и соединительной ткани. Функция слюнных желез заметно снижена. Заживление идет с образованием грубого рубца; Рецидивирующие афты 19

- деформирующую - отличается более глубокой деструкцией соединительной ткани, вплоть до мышечного слоя. Язва при этой форме резко болезненная, носит мигрирующий характер, по периферии ее часто появляются мелкие эрозии и афты;

- лихеноидную - появляются ограниченные участки гиперемии на слизистой оболочке полости рта, окаймленные беловатым валиком гиперплазированного эпителия. Чаще всего данная форма встречается на языке.

Факторами, провоцирующими обострения, являются травма слизистой оболочки рта, стрессы, переутомление, вирусная инфекция и др.

По степени тяжести выделяют три формы: лёгкую, среднетяжёлую, тяжёлую. При лёгкой форме заболевания рецидивы возникают редко - один раз в несколько лет, афты одиночные, быстро эпителизируются. При среднетяжёлой форме рецидивы возникают несколько раз в год, эволюция афт в течение 9-14 сут. Тяжёлая форма протекает с повышением температуры тела, рецидивы афт не менее 4 раз в год или непрерывно, полное развитие элемента от 9 до 20 сут.

Клиника

Клиническая картина рецидивирующих афт на слизистой оболочке полости рта весьма характерна. Процесс начинается с появления небольшого, диаметром до 1 см, гиперемированного, резко ограниченного, круглой или овальной формы болезненного пятна, которое через несколько часов слегка приподнимается над окружающей слизистой оболочкой. Спустя еще несколько часов элемент эрозируется и покрывается фибринозным серовато-белым плотно сидящим налетом. Такой фиброзно-некротический очаг часто окружен тонким гиперемированным ободком.

Афта очень болезненна при дотрагивании, мягкая на ощупь. При более выраженном некрозе в основании афты возникает четкая инфильтрация, из-за чего афта слегка выступает над окружающими тканями, некротические массы на ее поверхности образуют довольно мощный серовато-белый круглой или овальной формы пласт, который обычно имеет ворсинчатую, как бы истыканную поверхность. Такая афта окружена резко отграниченным ярко гиперемированным, слегка отечным ободком. Она резко болезненна и нередко сопровождается лимфаденитом, редко – повышением температуры тела. Спустя 2-4 дня некротические массы отторгаются, а еще через 2-3 дня афта обычно разрешается, несколько дней на ее месте держится застойная гиперемия.

Иногда афта начинается с анемичного пятна. Часто за несколько дней до возникновения афты больные ощущают жжение или боль на слизистой оболочке. Одновременно возникают одна или две афты. Особенностью заболевания является рецидивирующий характер высыпаний. Периодичность появления афт при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите варьирует от нескольких дней до месяцев.

Отмечено, что при первоначальном высыпании афты локализуются преимущественно в области вестибулярного отдела ротовой полости, а при последующих рецидивах они обычно возникают в местах первоначального их появления. Нередко афтозные элементы мигрируют, вовлекая в патологический процесс любую область или участок со склонностью охвата задних отделов полости рта. При локализации афт в области дна полости рта, на уздечке языка, деснах, ретромолярной области и небных дужках афты имеют удлиненную форму подковы, в виде трещин или даже геометрических фигур с не совсем ровными краями.

Большинство больных в момент обращения жалуется на умеренную боль, которая резко усиливается при приеме пищи, разговоре. Причем чем короче промежуток между рецидивами, тем болезненнее протекает процесс. Довольно часто ухудшается общее состояние больного, появляются головные боли, головокружение, бессонница, тошнота, возможно присоединение субфебрильной температуры и диспептических явлений.

Диагностика

Рецидивирующий афтозный стоматит диагностируют, учитывая анамнез, клиническую картину, результаты лабораторных исследований.

При гистологическом исследовании обычной афты выявляют глубокое фибринозно-некротическое воспаление слизистой оболочки. Процесс начинается с изменений в соединительнотканном слое; вслед за расширением сосудов, небольшой периваскулярной инфильтрацией происходит отек

шиповатого слоя эпителия, затем спонгиоз и формирование микрополостей. Альтеративные изменения заканчиваются некрозом эпителия и эрозированием слизистой оболочки. Дефект эпителия заполняется фибрином, который прочно спаивается с подлежащими тканями.

Цитоморфологическая картина клеточных элементов при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите характеризуется определенными особенностями: цитологический состав мазков у больных с поверхности афт представлен клетками мало измененного эпителия и небольшим количеством лейкоцитов, с формированием язв эпителиоциты встречаются реже, количество лейкоцитов с заметными дистрофическими изменениями резко возрастает.

Дифференциальная диагностика

- *с герпетическим стоматитом*: клинические различия между этими двумя нозологическими формами нечеткие, трудно уловимые. Начало воспалительных явлений при хроническом герпетическом стоматите характеризовалось возникновением маленьких пузырьков, заполненных прозрачным или желтоватым содержанием. У больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом отмечаются элементы поражения в виде пятен опалового или мутно-молочного цвета, едва выступающих над уровнем слизистой оболочки полости рта. Обрывки эпителия в таких местах вследствие мацерирования слюной покрывали очаг поражения в виде ложноперепончатого налета. В последующем очаги поражения у больных приобретали вид эрозии желтовато-серого цвета, округлой или овальной формы. Для герпетических стоматитов (Рисунок 1) более характерны мелкие (от 1 до 3 мм в диаметре) участки поражения, которые расположились в основном сгруппированно, в большом количестве. При хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (Рисунок 2) наблюдаются крупные афты (от 3 до 6 мм в диаметре) с мягким основанием, конусовидной формы, возвышающиеся над слизистой, разбросанные и единичные. При

герпетической инфекции поражения чаще локализуются на губах. При афтозных стоматитах наиболее частая локализация афт отмечена на слизистой щек, языке. Обострения хронического герпетического стоматита чаще всего сочетаются с острыми респираторными заболеваниями. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит чаще всего возникает при обострении заболеваний желудочно-кишечного тракта;

Рисунок 1

Рисунок 2

- *с многоформной экссудативной эритемой* (Рисунок *3):* для данного заболевания характерен полиморфизм высыпаний, при тотальной эритеме на слизистой оболочке полости рта можно обнаружить пузыри, пузырьки, папулы, эрозии, язвы, на губах – корки, трещины. На теле – кокардоформные элементы. При хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (Рисунок 4) никогда не бывает полиморфизма высыпаний, не поражается красная кайма губ и кожа лица, афты не сливаются, нет гингивита;

Рисунок 3

Рисунок 4

- *с хроническими травматическими эрозиями и язвами*: природа заболевания — вредная привычка прикусывать слизистую губ, щек, языка, что выявляется при сборе анамнеза и осмотре полости рта. Эрозия при травме чаще неправильных очертаний, гиперемия выражена незначительно или отсутствует, болезненность незначительная;

- *с вторичным сифилисом* (Рисунок 5)*:* для данного заболевания характерно появление 1-2 папул, безболезненных на ощупь, расположенных на инфильтрованном, уплотненном хрящеподобном основании. Решающим фактором при диагностике в сомнительных случаях является серологическое и бактериологическое исследование на наличие или отсутствие бледной трепонемы;

Рисунок 5

- *с медикаментозным стоматитом:* для данного заболевания характерными признаками являются катаральное воспаление всей слизистой оболочки полости рта, множественные эрозии и язвы, пузыри и пузырьки. Из анамнеза выясняется прием лекарственных препаратов, чаще антибиотиков, сульфаниламидов, которые обладают выраженным антигенным свойством. Кроме изменений в полости рта, возможны боли в мышцах, в суставах, диспептические расстройства, крапивница;

- *с язвенно-некротическим гингиво-стоматитом Венсана* (Рисунок 6)*:* это инфекционное заболевание, вызываемое веретенообразной палочкой и спирохетой Венсана. В обычных условиях веретенообразные бациллы и спирохеты являются сапрофитами полости рта, их обнаруживают преимущественно в криптах нёбных миндалин, в фиссурах зубов, десневых карманах. При определенных условиях (стресс, переохлаждение, хронические соматические заболевания) эти бациллы и спирохеты могут привести к возникновению данного заболевания. Клинически при стоматите Венсана образуются кратерообразные язвы, покрытые обильным некротическим налетом грязно-серого цвета. Налет легко удаляется, и обнажается слегка кровоточащее дно. Края язвы неровные, слизистая вокруг отечна, гиперемирована. При переходе воспалительного процесса на слизистую оболочку альвеолярного отростка десневой край отекает, по краю образуются обильные некротические массы, при снятии которых обнажается эрозивно-язвенная поверхность, легко кровоточащая. При хроническом рецидивирующем афтозном стоматите афты не сливаются, нет воспаления десневого края, не поражается ретромолярная область, не страдает общее состояние;

Рисунок 6

- *с афтозом Беднара:* для данного заболевания характерны небольшие эрозии, легко переходящие в язвы, которые локализуются только на границе твердого и мягкого нёба. Типична симметричность расположения эрозий. Заболеванием страдают только дети в первые недели жизни, когда

травмируется слизистая оболочка полости рта в области твердого нёба при протирании данного участка. Это заболевание никогда не рецидивирует;

- *с синдромом Бехчета:* для данной патологии характерен тройной симптомокомплекс, определяющийся триадой поражения – слизистой оболочки полости рта, половых органов и конъюнктивы глаза. Течение заболевания хроническое, от рецидива к рецидиву симптомы заболевания нарастают. Афты на слизистых не отличаются от обычных афтозных элементов, но могут иметь характер глубоких рубцующих афт. Поражение глаз выражается первоначально в светобоязни, затем появляются ирит, циклит, геморрагии в стекловидном теле и в области глазного дна.

Лечение

МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ:

1. Санация полости рта. Особое внимание обращают на устранение травмирующих факторов и очагов хронической инфекции. Профессиональная гигиена включает: определение гигиенического состояния полости рта, удаление мягких и минерализованных зубных отложений, обучение правилам ухода за зубами, пародонтом, языком, выбор средств и предметов гигиены, полирование поверхности зубов и реминерализующую терапию.
2. Санация хронических очагов инфекции. Устранение предрасполагающих факторов и лечение выявленной органной патологии.
3. Обезболивание слизистой оболочки полости рта. Лидоксор гель и Лидоксор спрей – в состав материала входит лидокаин, оказывающий глубокое и быстрое анестезирующее воздействие на обрабатываемую поверхность, тем самым исключая болевые и неприятные ощущения.
4. Аппликации протеолитических ферментов с целью удаления некротического налета (трипсин, химотрипсин, лидаза и др.).

5. Обработка антисептическими и противовоспалительными препаратами.

Камистад – комбинированный препарат. Лидокаин оказывает местноанестезирующее действие, которое способствует быстрому и продолжительному уменьшению боли при воспалении и повреждении слизистой оболочки полости рта и десен. Экстракт цветков ромашки обладает противовоспалительными, антисептическими и регенерирующими свойствами.

Метрогил дента – противомикробное средство. Эффективность препарата обусловлена наличием в его составе двух антибактериальных компонентов: а) метронидазол обладает антибактериальным действием против анаэробных бактерий, вызывающих заболевания пародонта, б) хлоргексидин – антисептическое и противомикробное средство, эффективен в отношении грамотрицательных и грамположительных аэробных и анаэробных бактерий. При афтозном стоматите Метрогил Дента наносится на пораженную область слизистой оболочки полости рта 2 раза в день в течение 7–10 дней.

6. Нанесение кератопластических средств. Средства, способствующие эпителизации, 1% масляный раствор цитраля, масло шиповника, мазь алоэ, каротолин, масляный раствор витамина А, солкосерил, а также аэрозоли алазоль, триметазол и инозоль. Все препараты применяются в виде аппликаций 3-4 раза в день.

Солкосерил – комбинированный препарат, действие мази основано на способности активировать фибринолизин, ускорять рост фибробластов, повышать энергообмен в тканях и уменьшать отечность. Выпускается в виде мази и желе для смазывания слизистой оболочки. Масло шиповника, облепиховое масло, каротолин и масляный раствор витамина А - используют для аппликаций и смазывания слизистой оболочки.

7. Десенсибилизирующая терапия.

8.Витаминотерапия.

9. Иммуномодулирующая терапия. Имудон – комбинированный иммуномодулирующий препарат для местного применения. Способ применения: взрослым назначают по 48 таблеток в день для рассасывания в Местная терапия 49 полости рта. Таблетку не разжевывают. После использования препарата рекомендуют не полоскать рот в течение 1 ч. Продолжительность курса лечения – 6-20 дней.

10. Средства, нормализующие микрофлору кишечника.

11. Физиотерапевтическое лечение (излучение гелий–неонового лазера, 5 сеансов).

ОБЩАЯ ТЕРАПИЯ:

1. Применение адреноблокаторов. В практике чаще всего применяются анаприлин, обзидин, тразикор. Назначают данные медикаменты в малых дозах по 1/2-1/3 таблетки 1-2 раза в день. Для блокирования ацетилхолина применяют М-холиноблокаторы: атропин, платифиллин, аэрон, беллатаминал.
2. Специфическая и неспецифическая десенсибилизация. Тиосульфат натрия оказывает противопаразитарное, противочесоточное, дезинтоксикационное и противовоспалительное действие, выводит токсины, тормозит аллергические реакции. Препарат назначают внутривенно (по10 мл 30% раствора ежедневно) или внутрь в виде 10% водного раствора по 1,5-3 г на прием.
3. Применение витаминов. При рецидивирующих афтах показано применение витаминов, главным образом, аскорбиновой кислоты, дефицит которой отмечается у больных. Витамин С назначают до 1 г в день, пиридоксин – по 0,05г, рибофлавин – по 0,005-0,01г и никотиновую кислоту – по 0,03-0,05г 3 раза в день после еды. Ряд

авторов отмечает положительное действие при рецидивирующих афтах, особенно при наличии желудочной и печеночной патологии, витамина В с фолиевой кислотой.

4. Седативная терапия. В последнее время широко применяются настойки валерианы, пиона, экстракт пассифлоры. На фоне выраженных невротических состояний с нарушением сна назначают транквилизаторы и нейролептические препараты: хлозепид (по 0,01 г 2-3 раза в день), нозепам (0,01 г 3 раза в день) и др.
5. Гормональная терапия. При глубоких рубцующихся афтах, сопровождающихся сильными болями, целесообразно принимать преднизолон по 15-20 мг вдень в течение 2 нед. Преднизолон по 10-20 мг через день (альтернирующая схема) показан больным при отсутствии терапевтического эффекта от применения других методов лечения и при тяжелом течении заболевания.

Заключение

Комплексное и местное лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита назначается в зависимости от иммунологической активности заболевания, длительности его течения, степени вовлечения в патологический процесс различных органов и систем и с учетом присоединившейся вторичной инфекции.

Список литературы:

1. Абрамова Е.И. Лечение и профилактика хронического рецидивирующего афтозного стоматита / Е.И. Абрамова, Г.И. Василенко // Профилактика стоматологических заболеваний: тез. V Всерос. съезда стоматологов.-Москва, 2018. – С. 73-74.
2. Борисенко А.В. Афтозные и вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта. Учебное пособие / А.В. Борисенко, А.Ф. Несин К.: Здоров’я, 2016.-64 с.
3. Данилевский Н.Ф. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Н.Ф. Данилевский, В.К. Леонтьев, Д.Ф. Несин. М.: ОАО «Стоматология», 2011. – 340 с.
4. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Л.А. Цветкова и др.. – М.: МЕДпресс-информ, 2016.-208 с.
5. Лукиных Л.М. Болезни полости рта / Л.М. Лукиных. Н.Новгород: НГМА, 2014.-510 с.
6. Недосеко В.Б. Алгоритм обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта / В.Б. Недосеко, И.В. Анисимова // Институт стоматологии. – 2013. № 2 (19). – С. 32-34.
7. Рабинович И.М. Рецидивирующий афтозный стоматит. Клиника, диагностика и лечение / И.М. Рабинович, Г.В. Банченко // Клиническая стоматология. 2018. - № 3. – С. 26-28.