

ХРАС У ДЕТЕЙ. АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Савичук О.В.¹, Бекетова Г.В.², Зайцева Е.М.¹, Шаповалова А.И.¹

¹Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,

²Национальный университет охраны здоровья Украины

имени П.Л. Шупика

Киев, Украина

Выявленные предикторы ХРАС указывают на наличие причинно-следственных связей между появлением афт и наличием морфофункциональных изменений в организме. Целью работы явилось совершенствование лечения ХРАС у детей на фоне патологии желудочно-кишечного тракта с целью сокращения времени эпителизации афт и достижения длительной ремиссии. Объекты и методы. Общее лечение ХРАС основано на лечении основного заболевания (дисфункции желчного пузыря по гипотоническо-гипокинетическому типу) в период обострения ХРАС и в межрецидивный период. Местное лечение направлено на уменьшение воспаления слизистой оболочки полости рта и стимуляцию процессов эпителизации с помощью фонофореза геля Солкосерила. Результаты клинических наблюдений показали более высокую эффективность предложенного способа лечения, что вызывает быстрое уменьшение дискомфорта в полости рта, сокращение периода эпителизации афт до $6,91 \pm 0,18$ (дней) в основной группе по сравнению с контролем ($8,75 \pm 0,92$), увеличение межрецидивного периода. Заключение. Эффективное лечение ХРАС у детей предполагает комплексное лечение. Общее лечение коморбидной патологии снижает влияние предикторов и, таким образом, уменьшает тяжесть ХРАС (увеличивая период рецидива). Местное лечение сокращает период рецидива ХРАС за счет уменьшения воспалительного процесса в слизистой оболочке полости рта и стимуляции эпителизации афт.

Ключевые слова: ХРАС, слизистая оболочка полости рта; дети; коморбидная патология; комплексное лечение

RAS IN CHILDREN. ASPECTS OF PATHOGENESIS AND WAYS TO SOLVE THE PROBLEM

Savychuk O.V.¹, Beketova G.V.², Zaitseva E.M.¹, Shapovalova H.I.¹

¹Bogomolets National Medical University,

²Shupik's National University of Health Care of Ukraine

Kyiv, Ukraine

The revealed predictors of RAS indicate the presence of causal relationships between the appearance of aphthae and the presence of morphofunctional changes in the body. The aim of the work was to improve the treatment for RAS in children against the background of gastrointestinal tract pathology in order to reduce the time of epithelialisation of aphthae and achieve a long remission. Objects and methods. The general treatment of RAS is based on the treatment of the underlying disease (dysfunction of the gallbladder according to the hypotonic-hypokinetic type) during the period of exacerbation of RAS and in the inter-recurrent period. Local treatment is aimed at reducing inflammation of the oral mucosa and stimulating the processes

of epithelialisation using phonophoresis of the Solcoseryl gel. The results of clinical observations showed a higher efficiency of the proposed method of treatment, which causes a rapid decrease in oral discomfort, a reduction in the period of epithelialisation of aphthae up to 6.91 ± 0.18 (days) in the main group compared to the control (8.75 ± 0.92), an increase in the inter-recurrent period. Conclusion. Effective treatment of RAS in children involves complex treatment. General treatment of comorbid pathology reduces the influence of predictors and thus reduces the severity of RAS (increasing the recurrent period). Local treatment is shorted period of RAS relapse due to the reduce inflammatory process in the oral mucosa and stimulation of the epithelialisation of the aphthae.

Keywords: RAS; oral mucosa; children; comorbid pathology; complex treatment.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) часто возникает у детей на фоне коморбидной патологии, поэтому появление в полости рта (ПР) афт является маркером общесоматического заболевания, а частота рецидивов говорит о его прогрессировании. Отсутствие единого этиологического фактора и сложность выявления базовых предикторов ХРАС усложняет проведения эффективного лечения афтозного поражения СОПР [1].

Были определены предикторы ХРАС у пациентов детского возраста:

- хронические болезни верхнего отдела ЖКТ (100%) и лимфоузлов (67,7%) у детей; нейроциркуляторная астеня (60,4%), гестозы (46,3%), аллергии (41,5%), гормональная терапия у беременных (23%);
- снижение защитных механизмов СОПР вследствие нарушения колонизационной резистентности СО на фоне дисбактериоза ЖКТ;
- снижение в тканях активности каталазы (10-16%) пропорционально тяжести ХРАС; накоплению свободных радикалов вызывает деструкцию клеток;
- образования афты происходит на фоне увеличения в тканях (в 1,5 раза) полиненасыщенных жирных кислот (**провоспалительные** процессы);
- снижение функциональной активности нейтрофильных лейкоцитов, лимфоцитов крови и эпителиальных клеток СОПР вследствие дисбаланса активности ферментов энергообеспечения и транспорта [патент на изобретение №38149 А, Украины, Способ моделирования ХРАС / Хоменко ЛО., Савичук А.В., Костюк А.В. - Оpubл. 15.05. В 2001 г.].

Цель работы – усовершенствование схемы лечения детей больных ХРАС на фоне патологии ЖКТ с целью сокращения сроков эпителизации элементов поражения и увеличения межрецидивного периода.

Объекты и методы. Проведено комплексное обследование 25 детей в возрасте 12-15 лет (в анамнезе ХРАС 2-3 года; рецидивы 4 раза в год – тяжелая степень ХРАС). Общее обследование детей происходило на кафедре детских и подростковых болезней Национального университета охраны здоровья Украины имени П. Л. Шупика (зав. каф. проф. Бекетова Г.В.). У 20 пациентов была диагностирована дисфункция жёлчного пузыря. Стоматологическое лечение проводили на кафедре детской терапевтической стоматологии и профилактики стоматологических заболеваний НМУ (зав. каф. проф.

Савичук А.В.); лабораторные исследования и физиотерапевтические процедуры – в клинической лаборатории и физиотерапевтическом отделении Стоматологического медицинского центра НМУ имени А.А. Богомольца. Для цитологии производили соскоб с поверхности афты на 2-й и 6-й день терапии.

Индивидуальный алгоритм комплексного лечения пациента включал общее и местное лечение. **Общее лечение (дисфункции желчного пузыря по гипотонически-гипокинетическому типу)** : - суспензия урсодезоксихолевой кислоты (*стимуляция синтеза желчи*): 10 мг/кг в день в 2 приема в течение 3-х недель; - экстракт листьев артишока (*стимуляция сокращения желчного пузыря*): по 1/4-1/2 чайной ложки 3 раза в сутки в течение 3 недель; - «Домперидон» (*восстановления моторной функции желчевыводящих путей*): по 10 мг 3 раза в день за 15 - 30 мин. до еды (10 дней); - *Тюбажи водой* средней минерализации: 100-200 мл / 2 р. в неделю №10; - «Линекс форте» (*восстановления микробиотоза ЖКТ*): по 1 капсуле 14 дней; - «Энтеросгель» (*для уменьшения эндогенной интоксикации*) по 1 столовой ложке 3 раза в день 7 дней за 1,5-2 часа до или 2 ч после еды (приема лекарств). Общее лечение включало рекомендации по питанию – диета №5 1 месяц; прием минеральной воды средней минерализации (t+24) по 1-му стакану 3 раза в день за 20 минут до еды (в течение месяца после заживления афты).

В зависимости от местного лечения было сформировано две группы – *основная* (15 пациентов) и *контрольная* (10 пациентов). **Местное лечение ХРАС в основной группе**: - обезболивания афт (гель «Камистад»); - антисептическая обработка ПР водным хлоргексидином (0,2%); - противовоспалительная терапия (орошение ПР препаратом «Сандрин»); - кератопластическая – фонофорез геля «Солкосерил» (на этапе эпителизации афты; с 5-го дня лечения). Время процедуры фонофореза – 5 минут (интенсивность 0,3 Вт/см³ в постоянном режиме генерации); количество процедур – 5-8. Пациенты *основной* группы продолжали лечение дома («Ротокан»; «Сандрин» 2 раза в день до завершения эпителизации). **Местное лечение (контроль)**: обезболивания, антисептик, кератопластик вит. А. Всем рекомендовали противовоспалительную зубную пасту на основе лек. растений комбинированного действия, в межрецидивный период был рекомендован местно иммуномодулятор «Имудон» (3 курса по 10 дней). Анализ цитогаммы осуществляли в соответствии с рекомендациями Кимеле Е. (1984) [2]. Критерий эффективности местной терапии: период эпителизации. Использовались клинические, цитологический, статистические методы исследования.

Результаты. В *основной* группе после 2-3-х сеансов лечения: отек СОПР уменьшился. После 4-х сеансов: болезненность только при приеме раздражающей пищи, отёк сохранен в области афты, налета нет, дно афты – ярко-красное. После 6-ти сеансов жалобы отсутствовали, размер эрозии значительно уменьшился. Эпителизации афты – 6,91±0,18 суток. На 6-й день лечения проведено повторное цитологическое исследование: количество клеток эпителия значительно увеличилось, особенно верхних слоев. Преобладают неизмененные нейтрофильные гранулоциты, уменьшение числа макрофагов и фагоцитов. Клеточно-эпителиальный индекс – 2,82 (хорошая эпителизация).

Контрольная группа через 3 дня: афты болезненные, покрытые налетом, размер не уменьшился. Улучшения наступило после 5-го дня терапии. Период эпителизации $8,75 \pm 0,92$ суток. Цитология (6-й день): лимфоциты, гранулоциты нейтрофильные -много фагоцитирующих; клеточно-эпителиальный индекс 4,68.

Срок наблюдения за пациентами составил 6 месяцев. За это время рецидивы ХРАС в основной группе не наблюдалось, в контрольной у 5-ти пациентов (50%) был диагностирован один случай рецидива.

Заключение. Разработанный метод лечения ХРАС включает местную и общую терапию, позволил в более короткие сроки уменьшить дискомфорт в ПР, существенно сократить сроки эпителизации афт, достичь более длительной ремиссии.

Список литературы

1. Savychuk, O., Beketova, G., Zaitseva, E., & Shapovalova G. (2019). Method of complex Treatment of Chronic Recurrent Aphthous Stomatitis. *Педиатрия. Восточная Европа*, (7(1)), 8-16.
2. Кимеле Э. В. Цитологическая диагностика в стоматологии / Э. В. Кимелие. – Рига: Звайгзне, 1984. – 181 с.