

**Федір Юрочко**, керівник Клініки дитячої оториноларингології Львівської ОДКЛ «ОХМАТДИТ», віцепрезидент Асоціації дитячих оториноларингологів України, представник України в Раді European Society of Pediatric Otorhinolaryngology (ESPO), співзасновник Академії оториноларингології «ЄВРОЛОПР»,  
**Дзвенислава Копанська**, лікар Клініки дитячої оториноларингології Львівської ОДКЛ «ОХМАТДИТ», член ESPO, співзасновниця Академії оториноларингології «ЄВРОЛОПР»

# Сучасна діагностика та комплексна терапія рецидивуючого афтозного стоматиту



Ф. Юрочко



Д. Копанська

**Афтозний стоматит (АС)** – це найпоширеніше хронічне захворювання ротової порожнини, з яким стикаються лікарі первинної ланки, стоматологи та лікарі-оториноларингологи. Головним його проявом є раптова поява болючих афтозних виразок на неороговілих слизових оболонках рота; якщо афти з'являються частіше 2 разів на рік, то такий стоматит вважають рецидивуючим афтозним стоматитом (РАС). Для встановлення правильного діагнозу важливо диференціювати виразки за виглядом та врахувати усі супутні скарги пацієнта.

Більше 30 системних захворювань супроводжуються утворенням афт. Такі стани потребують ретельного лікування основного захворювання. Типовий АС чи РАС у більшості випадків потребує лише місцевої терапії.

## Епідеміологія

Поширеність АС становить 10-25% у загальній популяції. Частота рецидивів АС становить більше 50% впродовж 3 місяців [1]. Поширеність РАС серед дітей та підлітків вища, ніж серед дорослих. РАС виникає переважно у віці 10-40 років. Частіше хворіють жінки [2].

## Етіологія

Етіологія захворювання невідома. Існує багато факторів ризику, що підвищують схильність до появи афт у порожнині рота (табл. 1). Серед них – гормональні зміни, харчова гіперчутливість, генетичні фактори, травми, стрес, куріння, наркотики [3].

Важкі випадки РАС можуть бути пов'язані з основними системними станами, зокрема з системним червоним вовчаком, синдромом Бехчета, ВІЛ-інфекцією, запальними захворюваннями шлунково-кишкового тракту (целиакія) та гематологічними хворобами.

Досить часто афти супроводжують перебіг фарингитонзилітів. Наприклад, вони є одним із симптомів синдрому Маршала (PFAPA), проявами якого є поєднання рецидивуючого афтозного фарингитонзиліту з періодичними епізодами гарячки [4]. При АС слизова глотки та мигдаликів змінена (спостерігається гіперемія), на поверхні мигдаликів можуть з'являтися афти.

**У сімейному анамнезі схильність до виникнення виразок виявляють приблизно у 40% пацієнтів. Діти, в яких обоє батьків мали кілька епізодів АС, мають високий ризик захворіти на РАС.**

У пацієнтів із РАС часто підтверджують дисбаланс мікробіому порожнини рота, проте він не впливає на розвиток РАС. Також численні дослідження не змогли надати вагомих доказів, що підтверджують роль вірусу простого герпесу, вірусу вітряної віспи або цитомегаловірусу в розвитку афтозних виразок.

Сучасні дослідження вказують на зв'язок розвитку афтозних виразок із дефіцитом гематину (заліза, фолієвої

кислоти, вітамінів В<sub>6</sub> та В<sub>12</sub>). У 20% пацієнтів із рецидивуючими афтами ротової порожнини діагностують дефіцит гематину.

Таблиця 1. Фактори ризику розвитку РАС

1	Сімейна схильність
2	Дефіцит гематину
3	Стрес
4	Місцеві травми
5	Супутні системні стани
6	Гормональний дисбаланс
7	Харчова алергія

## Патогенез

Патогенез РАС вивчений недостатньо. Гістологічно основою афтозної виразки є запальний інфільтрат, що спочатку складається переважно з лімфоцитів, які пізніше змішуються з нейтрофілами та кератиноцитами.

Важливе місце у патогенезі займає зміна місцевого клітинно-опосередкованого імунітету. Системні відповіді Т-та В-клітин змінені у пацієнтів із рецидивуючими афтами порожнини рота.

## Клінічні прояви

Діагноз РАС ґрунтується на детально зібраному анамнезі пацієнта, клінічних проявах та ретельному огляді виразок порожнини рота. Особливого специфічного діагностичного тесту для підтвердження РАС немає, проте особливо важливо виключити можливі основні системні причини (герпетичну ангіну, синдром Бехчета, системний червоний вовчак тощо).

За день-два до появи виразок у пацієнтів можуть з'явитися продромальні симптоми: печіння та дискомфорт у ротовій порожнині, загальна нездужання. Головний біль, гарячка або лімфаденопатія зазвичай відсутні. Досить часто наявність виразок поєднана з болем у горлі та утрудненим споживанням їжі. У таких випадках виявляється гіперемія задньої стінки глотки та/або мигдаликів.

При огляді ротової порожнини виявляють множинні дрібні овальні некротичні виразки з жовтувато-білим дном, чітко визначеними межами, оточені еритематозним вінцем. При легкому дотику дуже болять. Місце розташування різне: на слизовій губ та щік, м'якому піднебінні, піднебінних дужках, дні ротової порожнини та нижньо-боковій поверхні язика.

## Класифікація і діагностика

Відповідно до величини, кількості та тривалості епізодів встановлено три клінічні підтипи РАС [5].

**I. Малі афтозні виразки** (виразки Мікуліча) – найпоширеніша форма захворювання, на неї припадає 80-85% усіх випадків. Перебіг різний. Деякі пацієнти мають тривалі періоди ремісії, а дехто ніколи не має безсимптомного періоду. Афти зазвичай зосереджені у передній частині рота. Форма афт залежить від місця ураження – вони більш округлі на слизовій губ і видовжені на слизовій шок. Мають вигляд невеликих округлих або овальних неглибоких вогнищ, вкритих сіривато-білою плівкою і оточених еритематозним вінцем. При кожному епізоді рецидиву з'являються 1-5 виразок діаметром менше 1 см. Вони обмежені і минають впродовж 5-14 днів, не залишаючи рубців.

**II. Великі афтозні виразки** (виразки Сатона). Їх частка становить 5-10% усіх випадків. Зазвичай представлені у вигляді однієї виразки, але можуть виникати й множинні. Мають вигляд круглих або овальних виразок, розмір яких становить від 2 до 3 см у діаметрі. Можуть бути глибокими з рівними або неправильними краями і навіть зливатися. Викликають значний біль, утруднюють прийом їди. Частіше розташовані на м'якому піднебінні, губах та язичку. Загоєння триває більше 6 тижнів, навіть кілька місяців, після загоєння залишаються рубці та сильно спотворена слизова оболонка ротової порожнини. Частіше виникають у пацієнтів із ВІЛ-інфекцією.

**III. Герпетичформні афтозні виразки** становлять від 1 до 10% усіх випадків. Одночасно може розвиватися від 10 до 100 дрібних глибоких болючих афт розміром 1-3 мм, які зливаються, утворюючи більші виразки з неправильним контуром. Скупчення можуть бути невеликими та локалізованими або розподілятися по усій слизовій оболонці ротової порожнини. На відміну від двох попередніх типів, частіше виникає у пацієнтів старшого віку та у жінок. Важливо диференціювати ці виразки від вірусу простого герпесу (ВПГ), який має дуже схожий вигляд.

Залучення до ураження статевих органів або очей (увеїт) дозволяє припустити інші діагнози, серед яких синдром Бехчета та синдром MAGIC (mouth and genital ulcers with inflamed cartilage syndrome).

**Нерідко стоматити поєднуються із суб'єктивними і об'єктивними симптомами з боку глотки (біль у горлі, порушення ковтання, набряк, гіперемія задньої стінки глотки та/або мигдаликів), тому при виборі лікування ці супутні симптоми також слід врахувати.**

Під час огляду пацієнта для правильного встановлення діагнозу лікар має врахувати елементи, що наведені в таблиці 2, серед яких головними є розміри афт, їх кількість та ретельно зібраний сімейний анамнез [6].

Таблиця 2. Діагностика РАС

1	Сімейний анамнез
2	Частота виникнення виразок
3	Тривалість останніх епізодів
4	Кількість виразок
5	Розмір та форма виразок
6	Місце розміщення виразок
7	Наявність виразок статевих органів
8	Наявність шкірних проявів
9	Шлунково-кишкові проблеми
10	Прийом медикаментів

**Специфічних діагностичних досліджень для пацієнтів із РАС немає.**

Проте у випадку стійких рецидивуючих афт обов'язково має бути виконаний загальний аналіз крові з визначенням рівня ШОЕ та гемоглобіну, С-реактивного білка, сироваткового В<sub>12</sub>, антигліадинових та антиендомізіальних аутоантитіл.

Диференційну діагностику РАС проводять із захворюваннями, наведеними у таблиці 3.

Таблиця 3. Диференційна діагностика РАС

1	Системний червоний вовчак
2	Плоский лишай
3	Рак ротової порожнини
4	Вірус простого герпесу
5	Виразки, викликані прийомом медикаментів
6	Алергічний контактний дерматит

## Комплексна терапія

Через відсутність чіткої етіології РАС його терапія, в основному, є емпіричною та спрямована на зменшення симптомів.

У 2012 році Кокранівським оглядом було підтверджено, що чітко встановленого протоколу лікування РАС немає, та було зроблено висновки, що не можна рекомендувати єдину терапію. Основними цілями лікування РАС є пришвидшення загоєння, зменшення болю у горлі та дискомфорту при ковтанні, а також запобігання рецидивам [7]. Лікування РАС слід розпочинати з місцевих засобів. До засобів 1-ї лінії входять антисептики та протизапальні препарати, серед яких найчастіше призначають октенідин і лоргексидин. Як анестетик часто використовують 2% лідокаїн місцево (у вигляді спрею або гелю) чи бензокаїн [8].

**Найширший спектр дії має октенідин, який входить до складу засобу Стоматофіт А МІНІ (спрей) [9] який може використовуватися як допоміжний засіб при комплексній терапії РАС. Октенідин є одним із найсучасніших антисептичних засобів і має тривалий та широкий спектр дії, не подразнює слизові, володіє високим профілем безпеки у застосуванні. Активний проти грамполозитивних і грамнегативних бактерій, дріжджів, вірусів, найпростіших. Не всмоктується зі слизових, тому не має жодної системної дії. Є безпечним та ефективним антимікробним засобом із низьким ризиком розвитку резистентності.**

Стоматофіт А МІНІ у формі спрею зі зручним аплікатором-розпилювачем забезпечує рівномірне зрошення ротової порожнини та можливість дістатися важкодоступних місць. Точне дозування дозволяє застосовувати спрей Стоматофіт А МІНІ у дітей до 1 року, яким, відповідно до інструкції, рекомендовано вводити 1 дозу (1 доза = 1 розпилення) з обох боків ясен до 3 разів на добу, для дітей від 4 до 12 років – 2 дози до 3-4 разів на добу, а дітям старше 12 років – по 3 дози до 5 разів на добу. Препарат розпилюють чітко на місце ураження, у дітей віком до 2,5 років слід уникати прямого розпилення у глотку.

Також для місцевого лікування РАС застосовують антибактеріальні засоби. Виявлено, що такі антибіотики, як тетрациклін та його похідні (доксциклін та міноциклін) у формі гелю або розчину для полоскання зменшують біль та частоту виникнення епізодів РАС. На додаток до антибіотичної дії, вони місцево інгібують колагеназу та металопротеїназу, які сприяють руйнуванню тканин та утворенню виразок, а також мають імуномодулювальну і протизапальну дію.

Високоєфективним є місцево використання кортикостероїдів (дексаметазону, клобетазолу, триамцинолону тощо). Вони значно зменшують біль та скорочують час загоєння афт, дозволяючи пацієнту їсти та дотримуватися звичної гігієни порожнини рота. Щоб полегшити загоєння, бажано наносити препарат безпосередньо на вогнища ураження і намагатися зробити так, щоб він знаходився там якнайдовше. Після нанесення 20-30 хвилин заборонено вживати їду та напої. Кортикостероїди також використовують для полоскання ротової порожнини.

Інші місцеві методи лікування включають використання препаратів цинку, гіалуронової кислоти у формі гелю. Цинк є важливим компонентом у лікуванні РАС,

оскільки впливає на реепіталізацію та загоєння виразок. Цинк входить до складу засобу Стоматофіт А МІНІ (спрей) у вигляді цитрату цинку. Саме таку форму – у вигляді спрею – діти сприймають дуже легко. Також корисним вважається локальне застосування вітамінів групи В для прискорення процесів епітелізації.

Якщо у пацієнта тяжкий перебіг захворювання, стійкий до місцевого лікування, призначають системні ліки – кортикостероїди (дексаметазон, преднізолон), імуномодулятори (колхіцин, азатіопрін, амлексанокс), антибіотики (наприклад пеніцилін G у таблетках).

#### Висновки

РАС залишається найпоширенішим захворюванням ротової порожнини

без чітко підтвердженого етіопатогенезу. У світі немає затверджених протоколів лікування цієї хвороби. Досить часто стоматити поєднуються із суб'єктивними та об'єктивними симптомами з боку глотки (гіперемією, набряком, болем у горлі, порушеннями ковтання), тому при виборі лікування це слід врахувати. Найбільшу доказову базу у лікуванні РАС мають антисептичні засоби. Оптимальним є місцево лікування, яке включає антисептики, препарати цинку, вітаміни.

#### Література

1. Wang H., He F., Xu C., Fang C., Peng J. Clinical analysis for oral mucosal disease in 21 972 cases. Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2018 Jul 28; 43 (7): 779-783.
2. Shulman J.D. An exploration of point, annual, and lifetime prevalence in characterizing recurrent aphthous

3. stomatitis in USA children and youths. J Oral Pathol Med. 2004 Oct. 33 (9): 558-66.
4. Liang M.W., Neoh C.Y. Oral aphthosis: management gaps and recent advances. Ann Acad Med Singap. 2012 Oct; 41 (10): 463-70.
5. Baccaglioni L., Lalla R.V., Bruce A.J., Sartori-Valinotti J.C., Latortue M.C., Carozzo M., Rogers R.S. Urban legends: recurrent aphthous stomatitis. 3rd Oral Dis. 2011 Nov; 17 (8): 755-70.
6. Chavan M., Jain H., Diwan N., Khedkar S., Shete A., Durkar S. Recurrent aphthous stomatitis: a review. J Oral Pathol Med. 2012; 41: 577-83.
7. Preeti L., Magesh K.T., Rajkumar K., Karthik R. Recurrent aphthous stomatitis. J Oral Maxillofac Pathol. 2011; 15: 252-6.
8. Brocklehurst P., Tickle M., Glennly A.M., Lewis M.A., Pemberton M.N., Taylor J. et al. Systemic interventions for recurrent aphthous stomatitis (mouth ulcers). Cochrane Database Syst Rev. 2012 Sep 12. 9: CD005411.
9. Scully C., Porter S. Oral mucosal disease: recurrent aphthous stomatitis. Br J Oral Maxillofac Surg. 2008; 46: 198-206.
10. Інструкція-вкладиш для косметичного засобу Стоматофіт А міні. Стоматофіт А міні, спрей у флаконі з аплікатором-розпилювачем. Висновок державної санітарно-епідеміологічної експертизи № 602-123-20-3/35793 від 20.11.2017 р.

# Стоматофіт А міні

Октенідин • Цитрат цинку • Пантенол  
Вітаміни В2, В3 • Гліцерин • Олія м'яти  
Екстракт евкаліпту



## Спрей-антисептик\* для дітей до 1 року і старше під час запальних захворювань ротової порожнини

\* Містить інноваційний, сучасний антисептик – Октенідин, який чинить протимікробну та протигрибкову дію, не подразнює слизову, не всмоктується через слизову та не чинить системної дії, таким чином, мінімізуючи ризик побічних ефектів.

- Сприяє знищенню бактерій та грибків
- Прискорює загоєння
- Сприяє знеболенню
- Зручний флакон з аплікатором

#### Спосіб застосування

	1	x3
до 1 року	1 доза**	до 3 разів на день
	1	x4
від 1 до 3 років	1 доза**	до 4 разів на день
	2	x4
від 4 до 12 років	2 дози**	до 4 разів на день
	3	x5
старше 12 років	3 дози**	до 5 разів на день

\*\* 1 доза = 1 розпилення по обидва боки ясен

Реклама косметичного засобу Стоматофіт А міні, спрей у флаконі з аплікатором-розпилювачем. Перед використанням ознайомтеся з інструкцією. Висновок державної санітарно-епідеміологічної експертизи №602-123-20-3/35793 від 20.11.2017 р. Інформація призначена для фахівців сфери охорони здоров'я. Виробник/заявник: «Фітофарм Ілєна С.А.», Ілєнка 1, 63-040 Нове М'ясто над Вартою, Польща, тел.: (+48) 61-28 68 000, факс: (+48) 61-28 68 529. Імпортер: ПрАТ «Ліктрави», Україна, 10001, Житомирська обл., м. Житомир, шосе Нївїсьєне, буд. 21, тел.: (0412) 42-72-81, факс: (0412) 42-89-64. Затверджено до друку – грудень 2020.

ЛІКТРАВИ