

УДК 116.31- 002.157.2 (575.141)

Д.М. Алимова, В.Р. Каюмова

Частота распространения рецидивирующего афтозного стоматита в общей структуре заболеваний СОПР в городе Ташкент, Республике Узбекистан

Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент

Контактная информация: Д.М. Алимова, e-mail: stom_81@bk.ru

Контактная информация: В.Р. Каюмова, e-mail: visola83@inbox.ru

Резюме

В статье рассматриваются и анализируется динамика частоты обращаемости по поводу РАС в общей структуре заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР), а также выявления клинических форм РАС в городе Ташкент. Приводятся данные о дебюте развития клиники у пациентов с различными клиническими формами, возрастные периоды возникновения, а также гендерные особенности заболевания. Регистрируется преимущественно фибринозная форма заболевания (афты Микулича) удельный вес которых в общей структуре заболевания составил $55,2 \pm 3,4 \%$; значительный удельный вес – $29,3 \pm 3,1 \%$ занимал тяжелый периаденит (афта Сеттона, рубцующиеся, глубокие афты, деформирующие афты, ползущие афты); $12,0 \pm 2,2 \%$ в общей структуре РАС приходилось на герпетиформные поражения и доля синдрома Бехчета была наименьшей – $3,3 \pm 1,2\%$. Проведен анализ длительности течения заболевания, полноты выполнения диагностики, качества лечения и профилактики РАС. Результаты исследования могут быть использованы в практической работе для прогнозирования риска возникновения и развития заболеваний СОПР у населения, а также для совершенствования лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, рецидивирующий афтозный стоматит, афты Микулича, герпетиформный афтозный стоматит, афта Сеттона, симптом при болезни Бехчета

D.M. Alimova, V.R.Kayumova

The frequency of recurrent aphthous stomatitis in the general structure of diseases of the oral mucosa in the city of Tashkent, the Republic of Uzbekistan

Tashkent State Dental Institute, Tashkent

Summary

The article considers and analyzes the dynamics of the incidence of RAS in the general structure of oral mucosa diseases (OMD), as well as the identification of clinical forms of RAS in the city of Tashkent. Data is provided on the debut of clinical development in patients with various clinical forms, age periods of onset, as well as gender characteristics of the disease. The predominantly fibrinous form of the disease (Mikulich's aphthae) was registered, the specific weight of which in the total structure of the disease amounted to $55,2 \pm 3,4 \%$; severe periadenitis (Setton's aphtha, scarring aphthae, deep aphthae, deforming aphthae,

creeping aphthae) had a significant share of $29,3 \pm 3,1\%$; $12,0 \pm 2,2\%$ of the total structure of RAS were herpetiform lesions and the share of Behcet's syndrome was the smallest – $3,3 \pm 1,2\%$. $29,3 \pm 3,1\%$; $12,0 \pm 2,2\%$ of the total structure of RAS were herpetiform lesions and the share of Behcet's syndrome was the smallest – $3,3 \pm 1,2\%$. An analysis was made of the duration of the disease, the completeness of diagnostics, the quality of treatment and prevention of RAS. The results of the study can be used in practical work to predict the risk of occurrence and development of oral mucose diseases in the population, as well as to improve treatment and preventive measures.

Key words: : oral mucosa, recurrent aphthous stomatitis, Mikulich's aphthae, herpetic aphthous stomatitis, Setton's aphtha, symptom of Behçet's disease

Введение

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит – одно из наиболее распространённых заболеваний слизистой оболочки полости рта, характеризующееся рецидивирующими высыпаниями афт и длительным течением с периодическими манифестациями. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (РАС) – расстройство, характерным признаком которого являются рецидивирующие язвы на слизистой оболочке полости рта при отсутствии иных симптомов. РАС представляет несколько патологических состояний со сходными клиническими проявлениями. По международной классификации болезней (МКБ – 10) РАС относится к МКБ-10: K12.0.

На основе анализа клинимоρφологических проявлений выделяют 6 клинических форм РАС: фибринозную, некротическую, glandулярную, рубцующую, деформирующую и лихеноидную. По данным зарубежных авторов, РАС характеризуется 3 основными про-

явлениями: — малые афты (афты Микулича), располагающиеся преимущественно на слизистой оболочке губ, щек, дна полости рта, большие афты (некротический периаденит СОР, или болезнь Сеттона) и герпетиформные язвы — множественные афты округлой формы [1, 3, 6, 10].

В целом установлено, что распространенность РАС имеет тенденцию к росту, что обусловлено глобальным старением населения, ростом патологии СОПР, увеличением соматической патологии, неконтролируемым применением иммуномодуляторов и медикаментов с антибактериальными свойствами. [8, 9, 11].

В повседневной клинической практике, пациенты, обратившиеся за стоматологической помощью с заболеваниями слизистой представляют одну из наиболее сложных проблем из-за трудностей в диагностике и лечении. В официальные отчёты стоматологической службы Республики Узбекистан показатели заболеваемости хроническим афтозным стоматитом не входят. Однако, существует острая необходимость в изучении распростра-

нённости, гендерных показателей заболеваемости, возрастных рамок дебюта патологий, относящихся к этой группе заболеваний. Сведения по эпидемиологии афтозных стоматитов в республике должны стимулировать разработку современных методов диагностики, терапии и реабилитации пациентов с подобной патологией [2, 4, 5, 7].

Информация о распространенности и особенностях клинического течения заболевания необходима для: планирования работы медицинской организации и её руководстве; планировании лечебно-профилактических мероприятий; установления показателей здоровья населения и прогноза заболеваемости. Знания о распространённости и интенсивности стоматологических заболеваний являются основой разработки потребности во врачебных кадрах и ресурсах.

Материалы и методы исследования. Исследования проведены за период с 2019 года по 2023 год на базе кафедры факультетской терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института.

Исследования проводились для изучения распространённости, особенностей клинического течения и качества лечения больных с РАС в возрасте 18 – 65 лет, проживающие в городе Ташкент (Узбекистан).

Изучены медицинские карты пациентов, обратившихся за стоматологической помощью по поводу лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта в стоматологические поликлинику кафедры терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института ТГСИ за пять лет работы (с 2019 по 2023 гг.). Изучалась карта стоматологического больного (форма №043/у) и записи журнала консультаций больных.

Для идентификации заболевания нами использована классификация РАС, предложенная ВОЗ. Клиническая диагностика РАС проводилась в соответствии с диагностическими критериями МКБ – 10.

1.Фибринозная форма ХРАС (афта Микулича); 2.Некротический периаденит (афта Сеттона) (рецидивирующие рубцующие глубокие афты, деформирующие афты, ползущие афты); 3.Герпетиформный афтозный стоматит; 4.Симптом при болезни Бехчета.

Методы исследования: клинические исследования изучение анамнеза амбулаторных карт и историй болезни, статистический.

При изучении истории развития заболевания, акцент делался на выявление доклинической стадии, время дебюта и длительность заболевания, стадия болезни на момент постановки диагноза, первые симптомы, динамику признаков заболевания, ранее проводимое лечение, его эффективность, назначенные при лечении лекарственные средства, их переносимость, наличие аллергических реакций.

Данные о пациентах регистрировались в «Унифицированной карте», разработанной специально для этих целей.

Всего за период исследований с 2019 по 2023 год за лечение заболеваний СОПР обратилось 5008 пациента, из них 325 пациентов с РАС, контрольную выборку на данном этапе работы составили 40 здоровых индивидов соответствующего пола, возраста и этнического состава, прошедших полное стоматологическое обследование и не имеющих патологии полости рта.

Обсуждение результатов

С 2019 по 2023 год за лечением афтозного стоматита обратилось 325 пациентов, таким образом частота РАС в общей частоте обращений по поводу лечения заболеваний СОПР составила $6,2 \pm 0,4$ %. Необходимо отметить, что в течении всего периода выборки частота РАС в общей структуре заболеваний СОПР не претерпевала существенных различий и колебалась в пределах от $5,3 \pm 0,4$ % (2019 г.) до $7,6 \pm 1,0$ % (2023 г.) (Табл.1).

Таким образом, по заболеваниям, составляющим группу афтозных поражений полости рта за последние 5 лет пик обращений приходился на 2019 – 2023 годы, что в целом можно охарактеризовать как негативную тенденцию к росту заболеваемости.

Таблица 1. Динамика частоты обращаемости по поводу РАС в общей структуре заболеваний СОПР

Заболевания	Годы					
	2019	2020	2021	2022	2023	всего
РАС	$\frac{32}{5,22 \pm 0,90}$	$\frac{38}{5,32 \pm 0,87}$	$\frac{94}{7,52 \pm 1,05}$	$\frac{98}{7,11 \pm 0,97}$	$\frac{63}{5,97 \pm 0,89}$	$\frac{325}{6,22 \pm 0,42}$
Всего с заболеваниями СОПР	$\frac{612}{100,0}$	$\frac{714}{100,0}$	$\frac{1250}{100,0}$	$\frac{1378}{100,0}$	$\frac{1054}{100,0}$	$\frac{5008}{100,0}$

Примечание: в числителе – число пациентов;

в знаменателе – в % от общего числа пациентов.

внутри группы афтозных поражений полости рта представлен в Табл. 2.

Удельный вес зарегистрированных клинических форм (в рамках МКБ-10)

Таблица 2. Структура клинических форм РАС в городе Ташкент (МКБ-10)

Клиническая форма	абс	%
Фибринозная форма, афты Микилича	171	$55,2 \pm 3,4$
Некротический периаденит (афта Сеттона) (рецидивирующие, глубокие афты, деформирующие афты, ползучие афты)	101	$29,3 \pm 3,1$
Герпетиформный афтозный стоматит	42	$12,0 \pm 2,2$
Симптом при болезни Бехчета	11	$3,3 \pm 1,2$
Всего	325/100,0	

Как видно из Табл. 2 регистрируется преимущественно фибринозная форма заболевания (афты Микулича) удельный вес которых в общей структуре заболевания составил $55,2 \pm 3,4$ %; значительный удельный вес – $29,3 \pm 3,1$ % занимал тяжелый периаденит (афта Сеттона, рубцующиеся, глубокие афты, деформирующие афты, ползущие афты); $12,0 \pm 2,2$ % в общей структуре РАС приходилось

на герпетиформные поражения и доля синдрома Бехчета была наименьшей – $3,3 \pm 1,2$ % (Табл. 2).

Необходимо отметить, что установленная тенденция к более высокой частоте фибринозной формы заболевания регистрировалась в течении всего периода изучения, также в течении всего периода исследований отмечался традиционно высокий удельный вес тяжелого периаденита (Табл. 3).

Таблица 3. Динамика частоты различных клинических форм РАС

Клиническое течение РАС	Годы				
	2019	2020	2021	2022	2023
Фибринозная форма	$\frac{20}{62,5 \pm 8,56}$	$\frac{26}{68,21 \pm 7,56}$	$\frac{40}{42,55 \pm 7,21}$	$\frac{46}{46,94 \pm 7,13}$	$\frac{39}{61,90 \pm 7,49}$
Афта Сеттона	$\frac{6}{18,75 \pm 6,90}$	$\frac{10}{26,32 \pm 7,14}$	$\frac{34}{36,17 \pm 7,13}$	$\frac{36}{36,73 \pm 6,88}$	$\frac{15}{23,81 \pm 6,579}$
Герпетиформный стоматит	$\frac{5}{15,62 \pm 6,42}$	$\frac{1}{2,63 \pm 2,60}$	$\frac{16}{17,02 \pm 5,48}$	$\frac{12}{12,24 \pm 4,64}$	$\frac{8}{11,90 \pm 5,01}$
Симптом при Бехчете	$\frac{1}{39,25 \pm 3,08}$	$\frac{1}{2,63 \pm 2,60}$	$\frac{4}{4,26 \pm 2,71}$	$\frac{3}{4,08 \pm 2,80}$	$\frac{2}{2,38 \pm 2,5}$
Всего	$\frac{32}{100,0}$	$\frac{38}{100,0}$	$\frac{94}{100,0}$	$\frac{97}{100,0}$	$\frac{64}{100,0}$

Примечание: в числителе – число пациентов;
 в знаменателе – в % от общего числа пациентов.

Дебют развития клиники у пациентов с различными клиническими формами отмечен в возрастные периоды с 18 по 24 года – $23,0 \pm 2,9$ %; с 25 по – 34 года – $39,4 \pm 3,3$ с 34 по 44 года – $23,5 \pm 2,9$ %; с 45 по 54 года – $9,6 \pm 2,0$ %. По архивным данным у $4,3\% \pm 1,4$ пациентов заболевание манифестировало в возрасте более 55 лет, что соответствует общемировым данным. Полученные результаты

свидетельствуют о негативной тенденции «омоложения» данной патологии. При этом у $62,5 \pm 2,3$ % пациентов клинические проявления заболевания сформировались в возрастной период 18 – 34 года.

При анализе гендерных различий установлено, что хронический рецидивирующий афтозный стоматит регистрируется преимущественно у женщин: за прошедшие 5 лет частота обращения женщин по поводу РАС соста-

вила $68,7 \pm 3,2$ % против соответствующей частоты у мужчин – $31,2 \pm 3,2$ %. Эта тенденция сохранялась в течении всего изученного периода.

Анализ длительности течения заболевания на момент обращения показал, что у большинства пациентов заболевание длилось 3—5 лет, максимальная длительность на момент обращения зарегистрирована у более тяжёлой формы (афты Сеттона, некротический периаденит, деформирующие афты) средняя длительность заболевания составила $6,8 \pm 0,2$ лет; при фибринозной форме заболевание продолжалось $3,4 \pm 0,1$ года и при герпетическом афтозном стоматите и симптоме болезни Бехчета соответственно $2,8 \pm 0,1$ и $4,4 \pm 0,2$ года.

Анализ полноты выполнения диагностики, качества лечения и профилактики РАС выявил следующее.

При сборе анамнеза жизни как правило игнорировались данные о профессии пациента и наличии профессиональных вредностей и вредных привычек (курение, употребление насвая, алкоголизм и т.д.); не учитывался характер питания и употребление продуктов, способных вызвать аллергические реакции); не учитывался аллергологический анамнез, не выяснялась наследственная отягощённость и наличие РАС у родственников первой и второй линии родства, игнори-

ровались сведения о перенесённых и сопутствующих заболеваниях.

При сборе анамнеза заболевания лишь у 67,3% пациентов было уточнено время появления первых симптомов, наличия патологии в прошлом, характере проводимого ранее лечения и его результатах. А данные о непереносимости лекарственных препаратов и материалов, стрессе, способном инициировать данное обострение, остром состоянии/заболевании или обострении хронического заболевания, развившихся менее чем за 6 мес до обращения за стоматологической помощью, а также работе, предполагающей контакт с производственными вредностями, были получены у 58,6% пациентов.

На этапе диагностики заболевания отмечается неполное выполнение диагностических манипуляций. Визуальное обследование с полным описанием элементов поражения выполнено у 51,9% пациентов, пальпация органов полости рта, внешний осмотр челюстно-лицевой области и пальпация челюстно-лицевой области не осуществлены ни у одного пациента, не осуществляется также и определение степени открывания рта и ограничение подвижности нижней челюсти.

Не проводится осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов. Не осуществляются исследования кариозных полостей с использованием стоматологического зонда и пародонтальных карманов с помощью пародонтального зонда. Не проводится определение прикуса и степени патологиче-

ской подвижности зубов, а также диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации. Ни в одном случае не осуществлено гистологическое исследование препарата тканей рта и биопсия слизистой оболочки рта. Определение индексов гигиены рта и пародонтальных проведено лишь у 25,9 % пациентов.

В настоящее время не подвергается сомнению важность иммунной системы и нарушений микробиоценоза важнейших биотопов организма в тяжести клинического течения заболеваний СОПР. В связи с чем особое внимание уделяли

При диагностике заболевания лишь у 21,6% пациентов осуществлён консультативный осмотр и назначено обследование и лечение у врача-терапевта (гастроэнтеролога, дерматолога, эндокринолога, профпатолога, невропатолога), несколько чаще у 30,2% пациентов назначена консультация у стоматолога-ортопеда.

Очевидно, что прогноз РАС и частота рецидивов в значительной степени зависят от своевременности и правильности постановки диагноза. В отобранной нами выборке по результатам архивных данных постановка диагноза хронического рецидивирующего афтозного стоматита осуществлялась на основании:

- только данных анамнеза и объективного осмотра - у 51,9% пациентов;

- данных анамнеза, объективного осмотра, оценки стоматологического статуса – у 25,9% пациентов;

- данных анамнеза, объективного осмотра, оценки стоматологического статуса, консультативного осмотра у врача – терапевта (гастроэнтеролога, дерматолога, эндокринолога, проф.патолога, невропатолога) – у 21,6% пациентов;

- данных анамнеза, объективного осмотра, оценки стоматологического статуса, оценки иммунного статуса, изучения микробиоценоза кишечника, консультативного осмотра у врача – терапевта (гастроэнтеролога, дерматолога, эндокринолога, профпатолога, невропатолога) – у 14,4% пациентов.

При изучении оказанной немедикаментозной помощи установлено, что санация полости рта с выполнением профессиональной гигиены полости рта осуществлена только у 28,3% пациентов; обучение пациентов гигиене полости рта с проведением контролируемой чистки зубов – у 38,9% пациента; удаление зубного камня, пришлифовывание острых краев зубов, замену металлических пломб и протезов из разнородных металлов, ортопедическую коррекцию, полировку зубных протезов и устранение гальваноза – у 21,6% пациентов.

Медикаментозная терапия подавляющем большинстве случаев 96,1% пациентов заключалась в аппликации обезболивающих препаратов - 1–2% раствора лидокаина, 1–2% тримекаина, очистке поверхности афт от фиб-

ринозного или некротического налета с помощью протеолитических ферментов: трипсина и химотрипсина, а также антисептической обработке растворами антисептиков: 0,05% раствором хлоргексидина, 1% раствором перекиси водорода, 0,01% раствором мирамистина и др. В дальнейшем назначалась эпителизирующая терапия мазями каротолин, солкосерил, актовегин и холисал-гель.

Назначение диетической терапии установлено 73,5% пациентов. При этом необходимо отметить, что в схемах лечения отсутствовали назначения, включающие седативные и антигистаминные препараты, неспецифическую гипосенсибилизирующую терапию, препараты метаболической коррекции (препараты кальция, витаминотерапия), препараты, корригирующие нарушения микроциркуляции и обменно-трофические процессы, нормализующие процессы липопероксидации, а также специфическую гипосенсибилизирующую терапию.

Достаточно редко – у 49,0 % пациентов зарегистрировано назначение иммуномодулирующей терапии.

Учет гендерных и возрастных характеристик пациентов с РАС на стоматологическом приеме по поводу заболеваний СОПР позволил определить реальную клиническую картину и распространенность данного заболевания, повысить возможности мониторинга,

диспансеризации и оказания своевременной специализированной помощи, позволяющей предупредить прогрессирование и сохранить трудоспособность пациентов с данной патологией СОПР.

Заключение

Полученные данные позволяют сделать следующие выводы:

1. Частота РАС на общем приеме по поводу заболеваний СОПР составляет $6,2 \pm 0,4$ %; в общей структуре заболевания преобладает фибринозная форма $55,29 \pm 3,46$ %; встречаемость некротического периаденита – $29,3 \pm 3,1$ %; у $12,0 \pm 2,2$ %; пациентов регистрируется петтиформный афтозный стоматит и у $3,3 \pm 1,2$ %- симптом при болезни Бехчета.

2. Дебют РАС приходится на возрастной период 18 – 34 года (62,5 %), что свидетельствует о негативной тенденции «омоложения» данной патологии. В общей структуре заболевания преобладает заболеваемость женщин – $68,7 \pm 3,2$ %.

3. Для адекватной терапии РАС необходимо внедрение современных стандартов обследования, лечения и профилактики заболевания.

Результаты исследования могут быть использованы в практической работе для прогнозирования риска возникновения и развития заболеваний СОПР у населения, а также для совершенствования лечебно-профилактических мероприятий. Для эффективного лечения и реабилитации больных,

страдающих РАС, комплексное обследование с привлечением врачей-интернистов, назначение средств иммуномодулирующей терапии и средств, эффективно корректирующих важнейшие гомеостатические механизмы организма.

Список литературы

1. Бекжанова О.Е., Алимова Д.М., Каюмова В.Р. Наследственная отягощенность больных с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом слизистой оболочки рта // Клиническая стоматология. – 2020. – № 2(94). – С. 56-60. https://doi.org/10.37988/1811-153X_2020_2_56
2. Бекжанова О.Е., Каюмова В.Р. Орофациальные проявления covid-19 / Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. Самарканд-2022, С. 313-316
3. Бекжанова, О., & Каюмова, В. (2021). Клинические проявления covid-19 в полости рта. Стоматология, 1(1 (82), 60–64. <https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-21>
4. Борисова Э.Г., Никитенко В.В. Хронические болевые синдромы полости рта - важная проблема современной стоматологии // Стоматолог-практик. - 2016. - № 2. - С. 21-23.
5. Вахрушина Е.В., Гусева А.В. Особенности микробиологического статуса у больных с рецидивирующим афтозным стоматитом // Инновационная наука эффективная практика: Материалы Первой научно-практической конференции молодых ученых. - М., 2010.- С. 30.
6. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ/ Под ред. проф. Е.В. Боровского, проф. А.Л. Машкиллейсона. - М.: МЕД-пресс. - 2001. - 320с.
7. Робакидзе Н. С. Анализ течения рецидивирующего афтозного стоматита у больных с воспалительными заболеваниями кишечника/Н. С. Робакидзе, А. Ю. Барановский // Институт стоматологии. - 2016. - № 1 (70). - С. 58-59.
8. Olga Bekjanova, Adizov Miraziz. Levels of pro-inflammatory cytokines and markers of oxidative stress in mixed saliva of Bukhara oil refinery workers // XVI International Scientific and Practical Conference “State and Prospects for the Development of Agribusiness - INTERAGROMASH 2023” E3S Web of Conf. Volume 413,03030, 2023. <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202341303030>
9. Edgar N.R., Saleh D., Miller R.A. Recurrent Aphthous Stomatitis: A Review // J. Clin. Aesth. Dermatol. – 2017. - N 10. – P.26-36.
10. Queiroz SIML, Silva MVAD, Medeiros AMC, Oliveira PT, Gurgel BCV, Silveira EJDD. Recurrent aphthous ulceration: an epidemiological study of etiological factors, treatment and differential diagnosis. An Bras

Dermatol. 2018;93(3):341-346.

doi:10.1590/abd1806-4841.20186228

11. Sanchez-Bernal J, Conejero C, Conejero

R. Recurrent Aphthous Stomatitis. Actas

Dermosifiliogr. 2020 Jul-

Aug;111(6):471-480. English, Spanish.

doi: 10.1016/j.ad.2019.09.004. Epub

2020 May 22. PMID: 32451064.