

## Анализ этиопатогенетических и клинических особенностей течения хронического рецидивирующего афтозного стоматита у детей с ревматическими заболеваниями

А.А. Скакодуб, Н.А. Геппе, О.И. Адмакин, А.А. Мамедов, О.В. Шпитонкова

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

## Analysis of etiopathogenetic and clinical features for chronic recurrent aphthous stomatitis in children with rheumatic diseases

A.A. Skakodub, N.A. Geppe, O.I. Admakin, A.A. Mamedov, O.V. Shpionkova

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Цель исследования заключалась в повышении уровня диагностики и лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита у детей с ревматическими заболеваниями. Нами было проведено стоматологическое обследование и лечение 316 детей с ревматическими заболеваниями, у 67 из них выявили хронический рецидивирующий афтозный стоматит. В результате проведенного исследования определены и проанализированы этиологические, патогенетические и клинические особенности течения хронического рецидивирующего афтозного стоматита при ревматических заболеваниях у детей. Приведены примеры афтозного стоматита разной степени тяжести. Было показано, что хронический рецидивирующий афтозный стоматит – это неотъемлемый симптом соматического заболевания, его лечение требует взаимодействия многих специалистов: стоматолога, педиатра, ревматолога, гастроэнтеролога, отоларинголога и др.

**Ключевые слова:** дети, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, ревматические заболевания, степени тяжести, течение заболевания, лечение.

**Для цитирования:** Скакодуб А.А., Геппе Н.А., Адмакин О.И., Мамедов А.А., Шпитонкова О.В. Анализ этиопатогенетических и клинических особенностей течения хронического рецидивирующего афтозного стоматита у детей с ревматическими заболеваниями. Рос вестн перинатол и педиатр 2019; 64:(4): 76–82. DOI: 10.21508/1027–4065–2019–64–4–76–82

The aim of the study was to increase the level of diagnosis and treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis in children with rheumatic diseases. We carried out a dental examination and treatment of 316 children with rheumatic diseases, 67 of them had chronic recurrent aphthous stomatitis. In the course of the study the authors determined and analyzed the etiological, pathogenetic and clinical features of the course of chronic recurrent aphthous stomatitis in children with rheumatic diseases. The study describes the examples of aphthous stomatitis of varying severity. Chronic recurrent aphthous stomatitis is an integral symptom of a somatic disease, its treatment requires the interaction of many specialists: dentist, pediatrician, rheumatologist, gastroenterologist, otolaryngologist, etc.

**Key words:** children, chronic recurrent aphthous stomatitis, rheumatic diseases, severity, course of the disease, treatment.

**For citation:** Skakodub A.A., Geppe N.A., Admakin O.I., Mamedov A.A., Shpionkova O.V. Analysis of etiopathogenetic and clinical features for chronic recurrent aphthous stomatitis in children with rheumatic diseases. Ros Vestn Perinatol i PEDIATR 2019; 64:(4): 76–82 (in Russ). DOI: 10.21508/1027–4065–2019–64–4–76–82

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит – хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, характеризующееся появлением афт, протекающее с периодическими ремиссиями и частыми обострениями [1]. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит относится

к наиболее распространенным видам патологии слизистой оболочки рта у детей [2–4]. Частота заболевания колеблется от 10 до 40%, по данным ВОЗ поражается 20% населения. В настоящее время этиология и патогенез этого заболевания до конца не установлены и, несмотря на многообразие исследований, проводимых у нас в стране и за рубежом, остаются предметом многочисленных дискуссий.

Окончательно не установлено, какие факторы доминируют в патогенезе хронического рецидивирующего афтозного стоматита, а какие предрасполагают к заболеванию; перспективной теорией возникновения считается инфекционно-аллергическая. Часто дебют заболевания провоцируют хронические инфекции (бактериальные, вирусные), вызывая изменения неспецифической резистентности организма, что приводит к ослаблению активности антител. Антитела в силу своей компетентности атакуют эпителиальные клетки, которые по своей природе схожи с некоторыми бактериями. Слизистая оболочка становится органом-мишенью, возникает подслизистый

© Коллектив авторов, 2019

**Адрес для корреспонденции:** Скакодуб Алла Анатольевна – к.м.н., доц. кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии Института стоматологии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, ORCID: 0000-0003-0735-0583  
e-mail: skalla71@mail.ru

Геппе Наталья Анатольевна – д.м.н., проф., зав. кафедрой детских болезней лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, ORCID: 0000-0003-0547-3686

Адмакин Олег Иванович – д.м.н., проф., зав. кафедрой профилактики и коммунальной стоматологии Института стоматологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, ORCID: 0000-0002-5626-2961

Мамедов Адиль Аскерович – д.м.н., проф., зав. кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии Института стоматологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, ORCID: 0000-0001-7257-0991

Шпитонкова Ольга Викторовна – доц. кафедры детских болезней лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова  
119435 Москва, ул. Б. Пироговская, д. 19, стр. 1

некроз, разрушается поверхностный эпителий – формируется афта – основной патологический и диагностический элемент на слизистой оболочке [5, 6]. Кроме того, у пациентов, страдающих хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом более 5 лет, отмечается истинный иммунодефицит со снижением числа и функциональной активности Т-лимфоцитов, дизиммуноглобулинемией и угнетением фагоцитарной функции нейтрофилов, а также интерлейкинзависимый иммунодефицит [7], снижается естественная резистентность организма и слизистой оболочки, что служит причиной перехода легких форм болезни в более тяжелые и наиболее часто наблюдается у детей с ревматическими заболеваниями и болезнью Бехчета [8, 9]. В связи с этим перспективным явилось обследование слизистой оболочки полости рта у детей с ревматическими заболеваниями и усовершенствование методов лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита. Для достижения поставленной цели мы запланировали следующее:

- обследование слизистой оболочки рта у детей с различными ревматическими заболеваниями и выявление основных этиотропных факторов, способствующих появлению хронического рецидивирующего афтозного стоматита;
- определение частоты и особенностей клинического течения хронического рецидивирующего афтозного стоматита при каждом виде патологии для разработки и внедрения схемы лечения.

#### **Характеристика детей и методы исследования**

Нами проведено стоматологическое обследование и лечение 316 детей, находившихся на стационарном лечении в Университетской детской клинической больнице Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, в возрасте от 1 года до 17 лет с диагнозами: системный васкулит ( $n=11$ ), болезнь Бехчета ( $n=22$ ), ювенильный ревматоидный артрит ( $n=86$ ), системная красная волчанка ( $n=75$ ), ювенильная системная склеродермия ( $n=83$ ), ювенильный дерматомиозит ( $n=39$ ). Особое внимание уделяли исследованию слизистой оболочки полости рта, так как она вовлекается в общий системный патологический процесс организма и ее изменения являются важным диагностическим критерием основного заболевания, его тяжести и иммунологической активности. Обследование проводили согласно схеме (рис. 1).

#### **Результаты и обсуждение**

**Анализ поражения слизистой оболочки рта у детей с ревматическими заболеваниями.** На протяжении более 15 лет мы оказывали комплексную стоматологическую помощь детям с ревматическими заболеваниями и выявили, что заболевания слизистой оболочки полости рта присущи всем нозологическим формам и имеют разнообразную этиологию. Слизистая оболочка рта была поражена у 305 (96,5%) детей,

в 67 (21,96%) случае был диагностирован хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Характеристика поражения слизистой оболочки полости рта у обследованных детей и частота развития хронического рецидивирующего афтозного стоматита при разных нозологических формах ревматических заболеваний отражены в табл. 1. Согласно представленным данным афтозный стоматит наблюдался у всех детей с болезнью Бехчета ( $n=22$ ), частота развития при других нозологических формах была ниже.

Приведенные данные свидетельствуют, что нарушения слизистой оболочки рта проявляются как основные признаки, присущие каждой отдельной нозологической форме: язвенно-некротический стоматит; стоматиты, вызванные вирусом Кавасаки; «люпус»-стоматиты, хейлиты, палантиты, глосситы; кальцинозы слизистой оболочки рта; амилоидоз полости рта и др. Кроме того, часто наблюдаются поражения слизистой оболочки в виде осложнений базисной терапии, присоединения вторичной инфекции и нарушения иммунитета: острый и хронический герпетический стоматит; кандидозный или бактериальный стоматит, глоссит, ангулит и др. Можно предположить, что такое состояние слизистой оболочки полости рта служит фактором, провоцирующим возникновение и рецидив хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

**Анализ провоцирующих факторов хронического рецидивирующего афтозного стоматита у детей в преморбидном периоде ревматических заболеваний.** По нашим наблюдениям, хронический рецидивирующий афтозный стоматит проявляется обычно как наиболее ранний предшественник тяжелого аутоиммунного воспалительного процесса ревматических заболеваний. Нами выделены основные факторы, провоцирующие возникновение афтозного стоматита и дебюта основного заболевания. Наиболее часто встречались следующие:

- нарушения желудочно-кишечного тракта (частые обострения гастритов, кишечные дисбактериозы, нарушения функции печени, дискинезия желчевыводящих путей) – у 45 (67,2%) детей;
- инфекционные заболевания верхних дыхательных путей (частые ОРВИ, ангины и др.) – у 16 (23,89%);
- герпетическая инфекция (острый герпетический стоматит и рецидивы хронического герпетического стоматита, ветряная оспа, опоясывающая форма герпетической инфекции) – у 24 (35,8%);
- проведенная иммунизация – у 15 (22,4%).

Реже дебют заболевания связывали с инсоляцией и аллергическими состояниями – у 6 и 7 детей соответственно. У некоторых детей отмечали сочетание факторов.

**Анализ обращаемости к стоматологу детей с ревматическими заболеваниями при возникновении хронического рецидивирующего афтозного стоматита.** При сборе анамнеза мы установили, что при первых появле-



Рис. 1. Алгоритм обследования слизистой оболочки полости рта у детей с ревматическими заболеваниями.  
Fig. 1. Algorithm for examining the mucous membranes of the oral cavity in children with rheumatic diseases.

ниях афт в полости рта неактивно обращались к стоматологу по месту жительства 9 (13,4%) из 67 детей. При обращении не всегда диагностировался хронический афтозный стоматит. Чаще назначались противовирусная (для лечения хронического рецидивирующего герпетического стоматита), эпителизирующая (для лечения травмы слизистой оболочки), противогрибковая (для лечения кандидоза) терапия и т.д. Лечение назначалось неадекватно, полное обследование ребенка не предлагалось, афтозный стоматит не расценивался как первичный симптом хронического воспалительного процесса в организме ребенка. Поэтому большинство детей обращались к стоматологу только после неоднократных рецидивов и при утяжелении течения афтозного стоматита (при переходе от легкой степени к среднетяжелой или тяжелой).

При первичном обследовании в отделении педиатры-ревматологи 39 (58,3%) из 67 пациентов направили на консультацию к стоматологу в связи с наличием жалоб. При плановых ежемесячных профилактических стоматологических осмотрах в рев-

матологическом отделении афтозный стоматит был выявлен у 6 (8,9%) детей; кроме того, при опросе рецидивы афт в анамнезе были отмечены у 22 (32,8%) пациентов. Такое состояние вопроса свидетельствует, что упускается важнейший первичный предвестник ревматических заболеваний, показатель адекватности проводимого лечения или индикатор необходимости изменения его тактики, так как рецидив афтозного стоматита в состоянии ремиссии основного заболевания свидетельствует о его обострении.

**Анализ клинического течения хронического рецидивирующего афтозного стоматита у детей с ревматическими заболеваниями.** Мы наблюдали большое разнообразие клинических проявлений и течения хронического рецидивирующего афтозного стоматита при ревматических заболеваниях у детей. Были выявлены большие, малые и герпетиформные афты; они были одиночными и множественными; наблюдались глубокие эрозии и язвы с последующим грубым рубцеванием слизистой оболочки, частым инфицированием. Афты локализовались на слизи-

стных оболочках преддверия рта, верхней и нижней губы, боковых поверхностей языка, ретромолярной и щечной области по линии смыкания зубов.

Анализ периодичности и характера течения заболевания позволил выделить следующие степени тяжести течения стоматита:

- легкая степень – единичные эрозии размером 1–5 мм, рецидивирующие 2–4 раза в год, эпителизирующиеся в течение 4–5 дней без образования рубцов;
- среднетяжелая степень – множественные афты размером 0,5–1 см, рецидивирующие ежемесячно, эпителизирующиеся в течение 7–10 дней без грубой деформации;
- тяжелая степень – обширные афты и язвы размером 1–2,5 см, постоянно рецидивирующие, эпителизирующиеся в течение 10–14 дней с последующим грубым рубцеванием и деформацией слизистой оболочки.

В табл. 2 представлены данные по тяжести хронического рецидивирующего афтозного стоматита, встречающегося при разных нозологических формах ревматических заболеваний. Легкая степень тяжести течения диагностирована у 31 (46,26%) ребенка, в основном при легком и недлительном течении основного заболевания. Легкий афтозный стоматит при болезни Бехчета наблюдался как «неполный синдром» – с утяжелением течения стоматита присоединялись последующие признаки болезни: афты гениталий, поражения глаз, суставов и других внутренних органов. У детей с ювенильным ревматоидным артритом до дебюта заболевания в течение нескольких лет наблюдалось легкое течение стоматита, которое рассматривали как локальный процесс в полости рта и не уделяли внимание более полному обследованию, что привело к поздней диагностике основного заболевания и манифестации алергосептической формы. Кроме того, легкий афтозный стоматит наблюдался у детей с хроническим течением и слабовыраженной иммунологической активностью основного заболевания. Легкий афтозный стоматит встречался у больных с ювенильным дерматомиозитом, системной красной волчанкой и ювенильной склеродермией при изменении или нарушении схемы базисного лечения основного заболевания, что служило сигналом для лечащих врачей и указывало на необходимость коррекции терапии (рис. 2).

Среднетяжелый хронический рецидивирующий афтозный стоматит был диагностирован у 26 (38,8%) наблюдавшихся детей, у которых основное заболевание имело острое или подострое течение с иммунологической активностью II–III степени. Отсутствие положительного эффекта при адекватном лечении стоматита служило основным сигналом для коррекции базисной терапии (рис. 3).

Тяжелое течение хронического рецидивирующего афтозного стоматита встречалось у 10 (14,92%) детей с болезнью Бехчета, ювенильным ревматоидным артритом, ювенильным дерматомиозитом.



**Рис. 2.** Легкий хронический рецидивирующий афтозный стоматит у ребенка 10 лет с ювенильным ревматоидным артритом: поверхностные единичные эрозии размером 5 мм, рецидивирующие 2 раза в год. *Фото А.А. Скакодуб*  
**Fig. 2.** Mild chronic recurrent aphthous stomatitis in a 10-year-old child with juvenile rheumatoid arthritis: surface erosion 5 mm size single, recurrent 2 times a year. *Photo A. Skakodub*

Основное заболевание протекало остро или подостро с иммунологической активностью I степени, в патологический процесс были вовлечены и другие органы и системы. Присоединившаяся вторичная инфекция (кандидоз, стрептодермия и др.) усугубляла течение стоматита (рис. 4, а, б).

**Основная схема лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита у детей с ревматическими заболеваниями.** Комплексное лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита проводили совместно с педиатрами и назначали в зависимости от иммунологической активности основного заболевания, длительности течения, степени вовлечения в патологический процесс различных органов и систем и присоединившейся вторичной инфекции. Лечение тяжелого афтозного стоматита осуществляли по схеме:

- этиотропная терапия – антибактериальная (сульфасалазин и т.д.), противовирусная (ацикловир и т.д.);
- патогенетическое лечение, направленное на подавление аутоиммунного воспаления в стенках сосудов среднего и мелкого калибра (нестероидные противовоспалительные, глюкокортикостероидные, иммунодепрессивные препараты и т.д.);
- симптоматическая терапия – антиагреганты, вазодилататоры, антикоагулянты и др.;



**Рис. 3.** Среднетяжелый хронический рецидивирующий афтозный стоматит у ребенка 12 лет с алергосептической формой ювенильного ревматоидного артрита: множественные афты размером 0,5–1 см, рецидивирующие ежемесячно. *Фото А.А. Скакодуб*  
**Fig. 3.** Moderate chronic recurrent aphthous stomatitis in a 12-year-old child with an septic-allergic form of juvenile rheumatoid arthritis: multiple aphthas size 0.5–1 cm, recurrent monthly. *Photo A. Skakodub*

Таблица 1. Поражения слизистой оболочки рта у детей с ревматическими заболеваниями  
Table 1. Lesions of the oral mucosa in children with rheumatic diseases

Заболевания слизистой оболочки рта в анамнезе и по обращаемости <i>n</i> =305 (96,5%)	Ревматические заболевания у обследованных детей ( <i>n</i> =316; 100%)					
	болезнь Бехчета ( <i>n</i> =22)	ювенильный ревматоидный артрит ( <i>n</i> =86)	ювенильная системная склеродермия ( <i>n</i> =83)	ювенильный дерматомиозит ( <i>n</i> =39)	системная красная волчанка ( <i>n</i> =75)	системные васкулиты ( <i>n</i> =11)
Хронический рецидивирующий афтозный стоматит, <i>n</i> =67 (21,96%)	<i>n</i> =22 (100%)	<i>n</i> =27 (31,19%)	<i>n</i> =6 (7,228%)	<i>n</i> =7 (17,95%)	<i>n</i> =4 (5,3%)	<i>n</i> =1 (9,09%)
Кандидозный стоматит, глоссит, ангулит, хейлит <i>n</i> =107 (35,08%)	<i>n</i> =2 (9,09%)	<i>n</i> =31 (36,04%)	<i>n</i> =11 (13,23%)	<i>n</i> =29 (74,35%)	<i>n</i> =32 (42,61%)	<i>n</i> =2 (18,18%)
Острый и хронический герпетический стоматит <i>n</i> =101 (33,11%)	<i>n</i> =12 (54,54%)	<i>n</i> =24 (27,9%)	<i>n</i> =17 (20,4%)	<i>n</i> =20 (51,28%)	<i>n</i> =31 (41,3%)	<i>n</i> =8 (72,72%)
Язвенно-некротический стоматит (васкулитный некроз, синдром Рейно) <i>n</i> =70 (22,95%)	<i>n</i> =1 (4,5%)	<i>n</i> =5 (5,81%)	<i>n</i> =17 (20,4%)	<i>n</i> =12 (30,76%)	<i>n</i> =25 (33,33%)	<i>n</i> =10 (90,9%)
Стоматиты, вызванные вирусом Кавасаки <i>n</i> =6 (1,19%)	—	—	—	—	—	<i>n</i> =6 (54,5%)
«Люпус»-стоматиты, хейлиты, палантиты, глосситы <i>n</i> =75 (24,5%)	—	—	—	—	<i>n</i> =75 (100%)	—
Кальциноз слизистой оболочки рта <i>n</i> =7 (2,23%)	—	—	<i>n</i> =3 (3,61%)	<i>n</i> =4 (10,29%)	—	—
Амилоидоз полости рта <i>n</i> =2 (0,65%)	—	<i>n</i> =2 (2,3%)	—	—	—	—
Бактериальный стоматит, ангулит, хейлит (пиодермия, стрептодермия) <i>n</i> =50 (16,3%)	<i>n</i> =5 (2,27%)	<i>n</i> =14 (16,27%)	<i>n</i> =2 (2,4%)	<i>n</i> =9 (23,1%)	<i>n</i> =18 (24%)	<i>n</i> =2 (18,18%)
Очаговая и системная атрофия, индурация, склероз слизистой оболочки рта <i>n</i> =83 (26,26%)	—	—	<i>n</i> =83 (100%)	—	—	—

Таблица 2. Тяжесть течения хронического рецидивирующего афтозного стоматита при ревматических заболеваниях у детей  
Table 2. The severity of chronic recurrent aphthous in children stomatitis with rheumatic diseases

Степень тяжести течения стоматита	Ревматические заболевания у обследованных детей ( <i>n</i> =67)					
	болезнь Бехчета ( <i>n</i> =22)	ювенильный ревматоидный артрит ( <i>n</i> =27)	ювенильная системная склеродермия ( <i>n</i> =6)	ювенильный дерматомиозит ( <i>n</i> =7)	системная красная волчанка ( <i>n</i> =4)	системные васкулиты ( <i>n</i> =1)
Легкая <i>n</i> =31 (46,26%)	<i>n</i> =5	<i>n</i> =16	<i>n</i> =4	<i>n</i> =3	<i>n</i> =3	—
Средней тяжести <i>n</i> =26 (38,8%)	<i>n</i> =10	<i>n</i> =9	<i>n</i> =2	<i>n</i> =3	<i>n</i> =1	<i>n</i> =1
Тяжелая <i>n</i> =10 (14,92%)	<i>n</i> =7	<i>n</i> =2	—	<i>n</i> =1	—	—

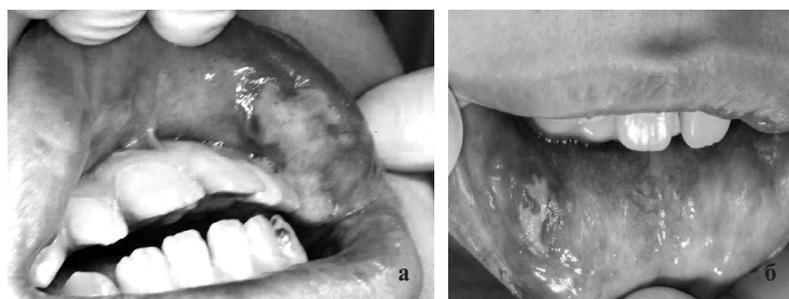


Рис. 4. Тяжелая форма хронического рецидивирующего афтозного стоматита с обширными афтами и язвами с последующим грубым рубцеванием у ребенка 15 лет с болезнью Бехчета:

а – обширная афта на слизистой оболочке верхней губы, покрытая некротической пленкой и инфильтрированная; б – обширная афта на слизистой оболочке нижней губы. Фото А.А. Скакодуб

Fig. 4. Severe chronic recurrent aphthous stomatitis with extensive aphthae and ulcers followed by severe scarring in a 15-year-old child with Behcet's disease: а – extensive aphtha on the mucous membrane of the upper lip, covered with a necrotic film and infiltrated; б – extensive aphtha on the mucous membrane of the lower lip. Photo A. Skakodub

– иммуномодулирующее, иммунозаместительное лечение (иммуноглобулины внутривенные) для профилактики рецидивов, инфекционных осложнений, усиления эффекта базисной терапии и пролонгирования ремиссии заболевания.

Для местной регенерации тканей слизистой оболочки мы использовали гидрогель Аргакол производства ООО «ВДС», Россия (патент №2354389 RU, регистрационное удостоверение № ФСР 2010/08285 от 9.03.16, авторы: Г.Е. Афиногенов и др.). Аргакол – средство мультинаправленного действия для лечения ожогов, язв, ран, стоматитов различной этиологии. Препарат дает противовоспалительный, антимикробный, ранозаживляющий и кровоостанавливающий эффекты, а также обеспечивает формирование мягкого и эластичного рубца, что особенно важно для лечения деформирующих язв (рис. 5). После нанесения Аргакола на поврежденные участки кожи или слизистой оболочки через 3–6 мин формировалась эластичная воздухо- и водопроницаемая пленка, которая эффективно защищала от проникновения микроорганизмов, загрязнения и внешних механических воздействий, что особенно важно при лечении афт у детей.

### Заключение

Тщательное обследование детей с ревматическими заболеваниями дало возможность утверждать, что слизистая оболочка полости рта в 96,5% случаев вовлекается в общий патологический процесс и имеет ряд диагностических признаков основного заболевания. Кроме того, наблюдаются поражения слизистой оболочки в виде осложнений базисной терапии



Рис. 5. Легкий хронический рецидивирующий афтозный стоматит у ребенка 11 лет с ювенильным ревматоидным артритом: нанесение «Аргакола» на афту.

Фото А.А. Скакодуб

Fig. 5. Mild chronic recurrent aphthous stomatitis in a 11-year-old child with juvenile rheumatoid arthritis: application of “Argacol” on the aphthous.

Photo A. Skakodub

и присоединения вторичной инфекции. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит выступает как первичный симптом аутоиммунного воспаления и последующих его рецидивов, а также служит признаком утяжеления его течения. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит не может считаться самостоятельным заболеванием – это неотъемлемый симптом соматического заболевания, что требует взаимодействия многих специалистов: стоматолога, педиатра, ревматолога, гастроэнтеролога, отоларинголога и т.д. Лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита должно проводиться комплексно (общее и местное), в зависимости от иммунологической активности основного заболевания, длительности течения, степени вовлечения в патологический процесс различных органов и систем и присоединившейся вторичной инфекции. При местном применении препарата Аргакол для эпителизации афт мы наблюдали сокращение количества рецидивов и отсутствие вторичного инфицирования.

### ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Банченко Г.В., Максимовский Ю.М., Гринин В.М. Группа афтозных заболеваний. В кн.: Язык – «зеркало» организма. М., 2000; 140–154. [Banchenko G.V. Maksimovskij Yu.M., Grinin V.M. Group aphthous diseases. In: Tongue is “Mirror” of the body. Moscow, 2000; 140–154. (in Russ.).]

movskij Yu.M., Grinin V.M. Group aphthous diseases. In: Tongue is “Mirror” of the body. Moscow, 2000; 140–154. (in Russ.).]

2. *Виноградова Т.Ф.* Стоматология для педиатров. М.: МЕДпресс-информ, 2014; 191. [Vinogradova T.F. Dentistry for pediatricians. Moscow: MEDpress-inform, 2014; 191. (in Russ.)].
3. *Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство. Под ред. Л.П. Кисельниковой, В.К. Леонтьева.* М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017; 714. [Children's dentistry. National handbook. L.P. Kiselnikova, V.K. Leontiev (eds). Moscow: geotar-Media, 2017; 714. (in Russ.)].
4. *Скакодуб А.А., Геппе Н.А., Адмакин О.И., Лыскина Г.А.* Хронический рецидивирующий афтозный стоматит при болезни Бехчета у детей. Клиническое наблюдение. Доктор.РУ. Педиатрия 2017; 15(144): 26–30. [Skakodub A.A., Geppe N.A., Admakin O.I., Lyskina G.A. Chronic recurrent aphthous stomatitis with Behcet's disease in children. Clinical observation. Doktor.RU. Pediatriya 2017; 15(144): 26–30. (in Russ.)].
5. *Рабинович О.Ф., Абрамова Е.С., Умарова К.В., Рабинович И.М.* Аспекты этиологии и патогенеза рецидивирующего афтозного стоматита. Клиническая стоматология 2015; 4: 8–13. [Rabinovich O.F., Abramova E.S., Umarov K.V., Rabinovich I.M. Aspects of etiology and pathogenesis of recurrent aphthous stomatitis. Klinicheskaya stomatologiya (Clinical dentistry) 2015; 4: 8–13. (in Russ.)].
6. *Успенская О.А., Казарина Л.Н., Шевченко Е.А.* Изменения местного иммунитета полости рта у пациенток с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом на фоне урогенитальной инфекции. Современные проблемы науки и образования 2015; 1: 35–36. [Uspeyskaya O.A., Kazarina L.N., Shevchenko E.A. Changes local immunity of the oral cavity in patients with chronic recurrent aphthous stomatitis amid urogenital infection. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya (Contemporary problems of science and education) 2015; 1: 35–36. (in Russ.)].
7. *Спицына В.И.* Аллергические заболевания. Учебное пособие «Терапевтическая стоматология» под ред. проф. Л.А. Дмитриевой. М.: МЕДпресс, 2002; 747. [Spitsyna V.I. Allergic disease. Tutorial "Therapeutic Dentistry" ed. prof. L.A. Dmitrieva. Moscow: MEDpress, 2002; 747. (in Russ.)].
8. *Алекберова З.С.* Болезнь Бехчета у детей. Вопросы современной педиатрии 2009; 8(6): 63–70. [Alekbberova Z.S. Behcet's disease in children. Voprosy sovremennoj pediatrii 2009; 8(6): 63–70. (in Russ.)].
9. *Руководство по детской ревматологии. Под ред. Н.А. Геппе, Н.С. Подчерняевой, Г.А. Лыскиной.* М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011; 595. [Handbook of pediatric Rheumatology. N.A. Geppe, Y.S. Podchernjaeva, G.A. Lyskina (eds). Moscow: geotar-Media, 2011; 595. (in Russ.)].

Поступила: 23.04.19

Received on: 2019.04.23

*Конфликт интересов:*

*Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов и финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.*

*Conflict of interest:*

*Conflict of interest: The authors of this article confirmed the lack of conflict of interest and financial support, which should be reported.*