





## ХРАС



Т.П. Кравец

ГЗ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

*Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС, РАС) – аутоаллергический процесс на фоне сенсibilизации организма к условно-патогенной микрофлоре (УПМ) пищеварительного тракта (ЖКТ), антигенов микробов, вирусов, паразитов, продуктов питания или аллергических заболеваний организма.*

Причинами заболевания служат:

- аллергические состояния, сопровождающиеся гиперчувствительностью к лекарственным, пищевым, вирусным, микробным и паразитарным антигенам;
- нарушения функции ЖКТ;
- респираторные инфекции;
- травма слизистой оболочки полости рта (СОПР).

Провоцирующими факторами являются погрешности в диете (пищевые аллергены), соматические заболевания (гастриты, энтероколиты, дискинезии желчных путей, дисбактериоз кишечника, диатезы, кандидоз, бронхиальная астма, крапивница), функциональные расстройства нервной системы (стресс, вегетососудистая дистония), гиповитаминоз В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>, очаги фокальной инфекции (болезни ЛОР-органов), глистные инвазии. Но при всем разнообразии причин, которые могут провоцировать появление афт в полости рта, все исследователи указывают на непреходящую аллергическую природу заболевания на фоне аутосенсibilизации организма к антигенам.

Заболевание носит хронический характер с периодическими ремиссиями и обострениями с афтозными высыпаниями.

В зависимости от частоты рецидивов, на протяжении года выделяют течение легкой, среднетяжелой и тяжелой степени тяжести ХРАС (Л.О. Хоменко і співавт., 2002):

- **легкая степень** характеризуется возникновением одиночных малоблезненных афт, которые возникают один раз в год или в несколько лет (рис.1);

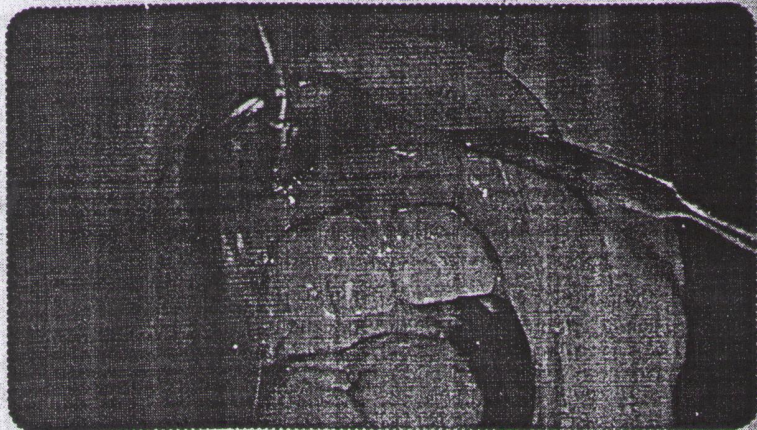


Рис. 1. ХРАС, одиночная афта на слизистой верхней губы слева.

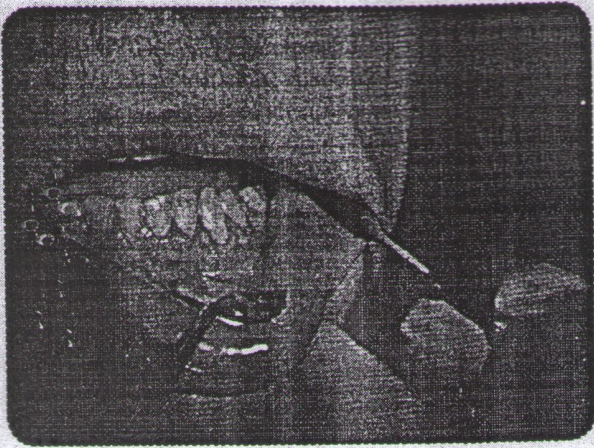


Рис. 2. ХРАС, две афты на слизистой нижней губы слева: одна в стадии эпителизации, вторая – рецидив.

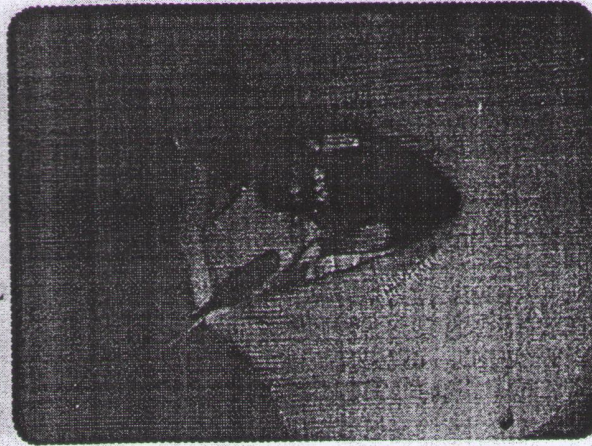


Рис. 3. ХРАС, афта Сеттона.

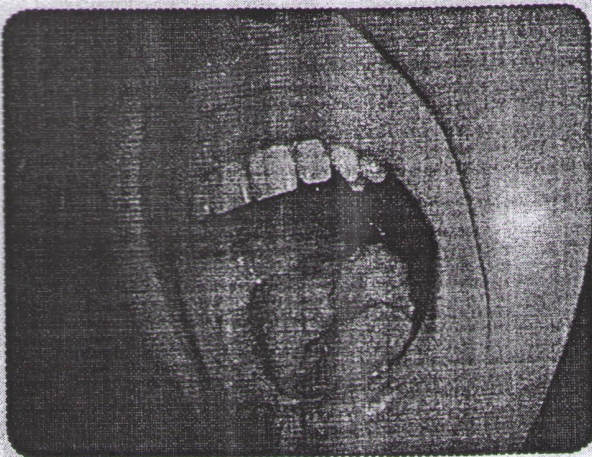


Рис. 4. ХРАС, афта Сеттона, начало заболевания, 2011 год.

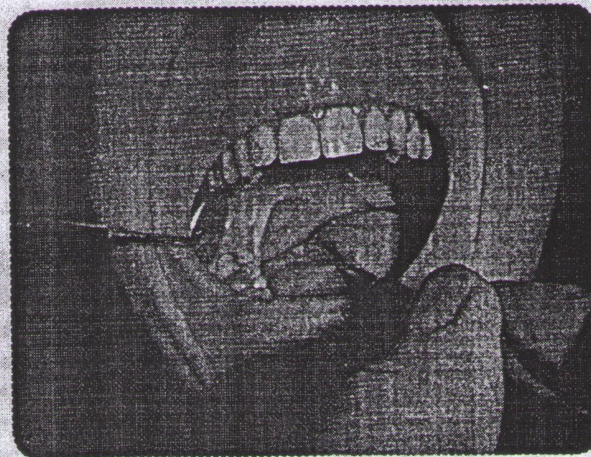


Рис. 5. ХРАС, афта Сеттона, рубцевание и деформация глоточного кольца с исчезновением язычка, 2013 год.

- при *среднетяжелой форме* отмечается наличие нескольких малоболезненных афт в разных участках СОПР, а количество рецидивов в течение года составляет 1–3 (рис. 2);
- *тяжелая форма* ХРАС характеризуется увеличением количества рецидивов от 4 и более в течение года или перманентным течением с наличием значительного количества болезненных элементов, поражением СОПР в различных участках или возникновением более глубоких поражений – афты Сеттона (рис. 3, 4, 5).

Основной элемент поражения – *афта*. Афта имеет вид небольшой эрозии округлой или овальной формы, покрытой желтоватым или серо-белым налетом (фибринозной пленкой), которая располагается на воспалительном основании с ярко-красным венчиком гиперемии по окружности элемента поражения. Размер афт – от мелких 2–3 мм до 0,5–0,7–1,0 см.

Афты резко болезненные в первые несколько дней своего появления, далее болезненность афты уменьшается. Срок заживления афты составляет 7–10 дней, в тяжелых случаях – до 2–4 недель и месяцев. Количество одновременно появляющихся афт зависит от степени сенсибилизации организма, снижения клеточного иммунитета и давности заболевания. Локализуются афты на языке, СО переходных складок, губ, щек, уздечки языка, реже на твердом и мягком небе.

Поскольку в патогенезе ХРАС лежит прогрессирующая депрессия клеточного иммунитета и под действием микрофлоры полости рта стимулируется дальнейшая выработка сенсибилизированных лимфоцитов и продуктов их жизнедеятельности, в результате происходит стимуляция В-звена иммунитета и таким образом подключается гуморальный тип реагирования, который ускоряет переход легкой формы заболевания в тяжелую.

Возникающий избыточный иммунный ответ на различные антигены приводит к развитию аутоиммунной реакции, перекрестно направленной против эпителия СОПР вследствие спонгиоза и формирования микрополостей в шиповатом слое, всегда заканчивающихся некрозом эпителия.

Среди форм проявления ХРАС выделяют: *фибринозную, некротическую, glandулярную, рубцующуюся, деформирующую*.

Поражение СОПР в виде афт или язв, рецидивирующее течение заболевания негативно отображается и на соматическом состоянии больных. С каждым новым рецидивом ХРАС у больных отмечается дальнейшее снижение местного и общего иммунитета и увеличение интоксикации организма. Установлено (Л.Н. Максимовская и соавт., 1995), что с длительностью заболевания возрастает депрессия клеточной специфической защиты, что отображается на абсолютном и процентном снижении

количества Т-лимфоцитов периферической крови с угнетением их функциональной активности (снижение Т-хелперов на 16,1%, увеличение Т-супрессоров на 14,9%,  $p < 0,001$  и, соответственно, уменьшение их соотношения в 5,3 раза, а гуморальное звено иммунитета характеризуется повышением IgG и снижением уровней IgM и секреторного и сывороточного IgA).

**Диагностика ХРАС** проводится на основе сбора жалоб, анамнеза, объективного обследования, лабораторных исследований (общий анализ крови, идентификация вирусов и антител к ним, бактериальных посевов, иммунологический статус пациента, компьютерной диагностики организма по гельминтной программе и проведения дифференциальной диагностики).

**Дифференциальная диагностика ХРАС** проводится с: острым герпетическим стоматитом, хроническим рецидивирующим герпесом, хронической травмой слизистой полости рта, афтами Беднара, Бехчета, афтоидом Поспишилла, афтозом Турена, язвенными поражениями СОПР.

Аутоаллергическая природа ХРАСа за счет многофакторных антигенов, имеющих общие антигенные детерминанты с эпителием СО, могут вызывать повреждение последних и характеризуются рецидивированием в зависимости от силы антигенной нагрузки и состояния иммунитета (В.В. Хазанова и соавт., 1980). Среди антигенов, имеющих отношение к ХРАСу рассматривались инфекционные (бактериальные, вирусные и др.). Исследования последних лет (В.А. Иванова, И.В. Чижевский, 2008) указывают на возможную причину возникновения ХРАС на фоне сенсибилизации организма к паразитарным заболеваниям кишечника.

**Гельминтозы** – наиболее древние заболевания человека: Никто из нас не застрахован от заражения глистами. Сегодня установлено, что в организме человека могут паразитировать 342 видов гельминтов. По массовости распространения паразитарные болезни занимают третье место в мире. В нашей стране практически каждый человек переносит паразитарные заболевания, особенно им подвержены дети. Большая часть людей в мире являются носителями тех или иных паразитов: от солитеров до мельчайших организмов. У 95% взрослых людей живет от 1 до 5 видов паразитов! И хорошо бы только своих, отечественных. Но сегодня условия жизни позволяют населению мигрировать, путешествовать в другие страны и привозить не только массу впечатлений, но и экзотических гельминтов, к которым наша иммунная система вообще не готова.

Наиболее распространенными гельминтами человека являются геогельминты. В последние годы отмечается тенденция к увеличению поражаемости энтеробиозом и аскаридозом а также биогельминтозами (описторхоз, тенидоз, эхинококкоз).

Пути заражения гельминтами разнообразны – от попадания с пищей, водой, почвой, через грязные руки, до передачи яиц и личинок при укусе насекомых или перкутанном путем, при котором личинки могут проникать через кожу и слизистые оболочки (СО) при контакте с зараженной водой, почвой, растениями и т.д.

Среди всех гельминтов наиболее часто встречается энтеробиоз (90–95%) и аскаридоз – 65,1% (Е. Бодня, 2006). Наибольшая заболеваемость регистрируется у детей до 14 лет – 74%, взрослое население составляет 26%.

Аскариды и острицы являются круглыми простейшими червями. Собачьи и кошачьи блохи могут также переносить яйца глистов. Заражение может происходить и при купании в пресноводных водоемах. Яйца остриц сохраняют свою жизнеспособность до 6 месяцев, и через игрушки и предметы быта попадают в рот. Яйца аскариды могут попадать через плохо вымытую клубнику, овощи, фрукты. Обсемененность яйцами глистов овощей и фруктов позволяет им легко проникать в организм человека. Из яиц выводятся личинки, которые перемещаются в легкие, потом проглатываются и вновь попадают в кишечник, где становятся взрослой особью, способной откладывать яйца в фекалии, образуя замкнутый круг, но при этом не забывая проявить все свои паразитические свойства.

Мигрирующие личинки, удовлетворяя свои потребности в белках, жирах, углеводах, витаминах и минералах, повреждают на своем пути органы и ткани: висцеральные оболочки, мозг (примерно 5–7% личиночных мигрантов), глаза, легкие (около 30 видов гельминтов повреждают легочную ткань), нервную систему, паренхиматозные органы. В основном питательным субстратом для аскарид является кровь, и практически все паразиты любят витамины, микроэлементы (особенно железо) и гормоны. Взамен организм человека получает метаболиты их жизнедеятельности, которые вызывают аллергические реакции немедленного и замедленного типа.

Научными исследованиями установлен феномен «молекулярной (антигенной) мимикрии», когда хозяин «не распознает» антигены гельминта как «чужие» и не вырабатывает к ним антитела, что ведет к супрессии иммунного ответа (И.Б. Ершова, Г.Г. Бондаренко, 2004). При этом образуется порочный круг: паразиты снижают иммунитет, а это, в свою очередь, приводит к их усиленному размножению.

К общим признакам наличия паразитов в организме относят: проблемную кожу, повышенное количество веснушек, различные пятна на коже, головные боли, трещины на пятках, слоение ногтей, скрежет зубов по ночам, иммунные нарушения, частые простуды, бронхальную астму, запоры, понос, боли в мышцах и суставах, анемия, аллергия, низкий гемоглобин, хронические заболевания легких и ЖКТ, хроническая усталость и нервозность.

Существует 3 механизма воздействия гельминтов на организм человека:

#### **Механическое воздействие гельминтов на органы и ткани человека**

Механическое воздействие просветных гельминтов заключается в неполном или полном перекрытии просвета кишечника и может приводить к непроходимости кишечника, а давление всей массой гельминта на стенку кишки может вызывать пролежни, разрывы стенки, воспаление брюшины, при этом происходит истощение организма человека.

крючьями может сопровождаться кровотечениями, раздражением нервных окончаний и появлением болей по ходу кишечника, а в запущенных случаях – развитием некроза кишки.

Гельминты, живущие в других органах, могут увеличивать свою популяцию и приводить к увеличению паренхиматозного органа (печени, головного мозга) или блокировать просвет желчевыводящих путей. Шистосомы поражают венозные сплетения и вызывают клональные энцефалопатии. Аскариды, попадая в легкие, вызывают пневмонию. Гельминты являются причиной развития

### Конкуренция за питательные вещества

Учитывая то, что основным питательным субстратом для большинства гельминтов является кровь, становится понятным происхождение анемии. Например, аскариды (при определенном их количестве) могут поглощать до 0,5 л крови в сутки, выделяя взамен соответствующее количество метаболитов! Другие гельминты с удовольствием поглощают витамины В<sub>12</sub>, А, С, микроэлементы (медь, железо), которые также участвуют в кроветворении и иммунных реакциях организма. Поглощаются питательные вещества гельминтами задолго до того, как они попадут к нам самим. Такое паразитирование сначала может проявиться недостатком, затем дефицитом веществ, что влечет за собой следовое снижение функции или возникновение заболевания (истощение органов, систем, организма).

Однако гельминты приспособились к современным условиям и объединяют свои паразитарные свойства с токсическими веществами или метаболитами самого хозяина. По данным Хильдебранда, если человек пьет спиртные напитки, то органы пораженные гельминтом подвержены раку. При возмездии метаболитов желчи и печени алкоголь оседает в печени, желчном пузыре, кишечнике, провоцируя развитие рака. Также алкоголь вызывает поражение печени, почек, желудка, кишечника, а также способствует развитию рака. Гельминты также выделяют токсические вещества, которые вызывают поражение органов и систем, а также способствуют развитию рака.

### Аллергическое воздействие

Аллергизация организма человека – есть результат токсико-аллергической реакции в ответ на выделяемые эндотоксины или токсины (сильнейшие яды). Наибольшей аллергенностью обладают продукты метаболизма личинок гельминтов аскарид, эхинококка, трихинелл (Г.Н. Дранник, 1999). Попадая в кровь, они разносятся по всему организму, повреждая прежде всего нервную и мышечную ткани. Токсины выделяются вследствие гибели или разрушения гельминта. Именно поэтому нецелесообразно убивать паразитов, поскольку метаболиты вызывают поражение органов и систем, а также способствуют развитию рака.

вать немедленную реакцию гиперчувствительности с общими (ангионевротический отек, эозинофилия в крови, нарастание уровня IgE, эозинофильные инфильтраты в легких) и местными проявлениями (поллиноз, астма, дерматит).

В настоящее время уже доказана связь между кишечными гельминтозами и алопецией, а аллергизация при лямблиозе и кишечных гельминтозах поддерживает и инициирует хронические аллергодерматозы – нейродермии, экземы, atopическую бронхиальную астму (Е. Бодня, 2006).

Как всякое заболевание, глистные инвазии могут развиваться остро в течение 2–3 недель, но чаще протекает хронически в течение многих месяцев и лет. При хроническом течении гельминтозов клиническая симптоматика проявляется нечетко выраженными проявлениями в виде нарастающей хронической интоксикации, слабости, отсутствии аппетита, похудания, анемии, диспепсических расстройств, непереносимости отдельных пищевых продуктов или в виде картины неясных периодических болей по ходу кишечника, заболеваний верхних дыхательных путей, зудящих дерматозов (И.Б. Ершова, Г.Г. Бондаренко, 2004).

Данные (В.А. Иванова, И.В. Чижевский, 2008) указывают, что среди обследованных детей 5–14 лет в 86,6% случаев был выделен возбудитель – лямблия. Характер течения ХРАС на фоне зараженности лямблиями авторы отмечают проявлением в виде триады симптомокомплекса:

- **афтозные поражения СОПР;**
- **гастроинтестинальный синдром** (боли в животе, нарушения стула, метеоризм, тошнота);
- **интоксикационный синдром** (раздражительность, плаксивость, эмоциональная неустойчивость).

Эффективная диагностика и проведенный курс антипаразитарной терапии позволили добиться стойкого исчезновения афт в полости рта в 94% случаев.

Проведенными нами исследованиями лямблиоз был диагностирован только у больной с тяжелым течением ХРАС – афтами Сеттона. У остальных пациентов диагностировался энтеробиоз и чаще всего аскаридоз. Для диагностики применяли **биорезонансное тестирование**, которое основано на регистрации специальными датчиками электромагнитных колебаний.

Все живые организмы имеют свой уникальный диапазон частот. Диапазон частот человека составляет от 1520 до 9460 килогерц (КГц). Патогенные организмы (грибки, вирусы, глисты, клещи) имеют диапазон от 77 до 900 КГц. При этом каждый паразит испускает электромагнитные колебания определенной частоты, которые фиксирует прибор «Лидомед-БИО» (ООО «Лидер-Групп», Харьков). Достоверность тестирования составляет 87–95%.

У человека основными источниками электрических и электромагнитных сигналов является мышечная (н-р, сокращение мышцы сердца), нервная (передача эл. сигналов от органов чувств в головной мозг), метаболическая активность (обмен веществ в организме).

У паразитов и простейших источником электромагнитного излучения является метаболическая активность. Движение любой заряженной частицы создает вокруг нее магнитное поле, скопление заряженных частиц создает электрический потенциал того или иного знака («+» и «-»). Это создает предпосылки для использования физических факторов в лечении. Зная частоты метаболической активности любого паразита или микроорганизма, можно воздействовать на них частотными колебаниями, которые будут нарушать их собственный ритм, и тем самым подавлять их нормальную метаболическую активность. Такие воздействия совершенно безвредны для человеческого организма, т.к. резонансная активность человека находится в пределах 1–10 МГц, а паразитов – 100–900 КГц. Вредные частоты для организма человека лежат за границей 1 МГц.

Биорезонансная терапия позволяет:

- сократить или полностью прекратить применение фармпрепаратов;
- сочетается со всеми методами традиционной и нетрадиционной медицины;
- лишена побочных воздействий;
- эффективнее в тех случаях, когда достижение терапевтического эффекта сопряжено с большими временными и материальными затратами.

Компьютерная диагностика позволяет выявить и подобрать эффективные медикаментозные средства, а также оценить эффективность различных методов лечения и провести анализ динамики изменений состояния организма в процессе лечения. На сегодняшний день эта методика считается приоритетной в диагностике и лечении в т.ч. и паразитарных заболеваний.

Традиционные методы лечения гельминтозов располагают значительным арсеналом лекарственных средств, которые избирательно эффективны для одного или сразу нескольких видов гельминтов. Учитывая это, антигельминтная программа должна основываться на следующих положениях (И.Б. Ершова, Г.Г. Бондаренко, 2004):

- антигельминтные препараты должны назначаться с учетом вида паразита;
- терапия должна быть комплексной, направленной на уничтожение гельминта и ликвидацию последствий его жизнедеятельности;
- лечение должно быть контролируемым на основе паразитологического исследования.

Наиболее широким спектром действия обладает синтетический антигельминтный препарат альбендазол, более известен на украинском рынке под названием «ВОРМИЛ». Препарат активен в отношении яиц, личинок и взрослых особей гельминтов и патогенных простейших, кишечных и тканевых паразитов.

Механизм действия препарата связан с ингибированием тубулинового белка и фумаратредуктазы (основного фермента цикла Кребса), в результате происходят биохимические нарушения в клетке связи мембраны с органеллами и нарушение цитоскелета, подавление метафазы деления клетки, вследствие чего нарушается яйцекладкость и развитие личинок паразита.

Показан при энтеробиозе, аскаридозе и др. детям с 2-х лет и взрослым по 400 мг, один раз в сутки, 3 дня подряд. При лямблиозе курс составляет 5 дней. Для других гельминтозов курс может составлять 10–14 дней. При необходимости курсы лечения повторяют.

«ВЕРМОКС» – мебендазол по 100 мг также эффективен в отношении многих видов гельминтов, может применяться у детей до 2-х лет. Трехдневные курсы рекомендуются повторять через 2–4 недели.

«ПИРАНТЕЛ» оказывает спастическое действие на мышцы гельминтов и способствует их выведению из организма хозяина, действует на зрелые и незрелые стадии гельминтов, однако, миграционные формы паразитов не чувствительны к препарату. Принимают 1 таблетку однократно, но доза составляет 10 мг/кг веса. Пирантел не принимают одновременно с пиперазином из-за антагонизма их действия.

Следует помнить, что все антигельминтные препараты метаболизируются в печени, поэтому следует принимать их с осторожностью при сопутствующих заболеваниях печени, желчевыводящих путей, а также лицам при повышенной чувствительности к компонентам препаратов.

Дегельминтизация современными синтетическими препаратами не требует дополнительного очищения кишечника, но для уменьшения токсичности выделяемых эндотоксинов или токсинов рекомендуется в течение нескольких дней принимать сорбенты, особенно эффективны кремнийсодержащие сорбенты (белый уголь, энтеросгель), поскольку гельминты истощают запасы кремния в организме хозяина.

Издревле известно, что гельминты не любят зеленый хлорофилл и красные овощи и фрукты. Среди растений противопаразитарной активностью обладают полынь горькая, красный и черный перец, гранат, семечки тыквы, арбуза, алоэ, хрен, лук, чеснок, гвоздика, корица, лист черного ореха, папайя. Однако, лечение фитопрепаратами требует длительного применения и дегельминтизации с применением слабительных препаратов.

Лечение ХРАС проводится в остром периоде с появлением афт (или рецидиве заболевания) и в межрецидивном периоде. Диспансерное наблюдение назначают в зависимости от формы и тяжести течения заболевания – 1, 2, 4 раза в год. При перманентном течении заболевания – ежемесячно или при каждом возникшем рецидиве.

Острый период лечения включает гипосенсибилизирующие, детоксикационные, сорбционные препараты. Специфическое лечение включает синтетические противоглистные препараты, стимуляторы общего и клеточного иммунитета, витаминно-минеральные комплексы. Местная терапия афт – топикальное обезболивание, противовоспалительные, кератопластические, ранозаживляющие препараты в виде полосканий, ванночек, аппликаций 3–4 раза в день.

В межрецидивный период следует проводить выявление и санацию хронических очагов инфекции со смежными специалистами, выявлять причины сенсибилизации и по возможности проводить специфическую гипосенсибилизацию.

У паразитов и простейших источником электромагнитного излучения является метаболическая активность. Движение любой заряженной частицы создает вокруг нее магнитное поле, скопление заряженных частиц создает электрический потенциал того или иного знака («+» и «-»). Это создает предпосылки для использования физических факторов в лечении. Зная частоты метаболической активности любого паразита или микроорганизма, можно воздействовать на них частотными колебаниями, которые будут нарушать их собственный ритм, и тем самым подавлять их нормальную метаболическую активность. Такие воздействия совершенно безвредны для человеческого организма, т.к. резонансная активность человека находится в пределах 1–10 МГц, а паразитов – 100–900 КГц. Вредные частоты для организма человека лежат за границей 1 МГц.

Биорезонансная терапия позволяет:

- ▶ сократить или полностью прекратить применение фармпрепаратов;
- ▶ сочетается со всеми методами традиционной и нетрадиционной медицины;
- ▶ лишена побочных воздействий;
- ▶ эффективнее в тех случаях, когда достижение терапевтического эффекта сопряжено с большими временными и материальными затратами.

Компьютерная диагностика позволяет выявить и подобрать эффективные медикаментозные средства, а также оценить эффективность различных методов лечения и провести анализ динамики изменений состояния организма в процессе лечения. На сегодняшний день эта методика считается приоритетной в диагностике и лечении в т.ч. и паразитарных заболеваний.

Традиционные методы лечения гельминтозов располагают значительным арсеналом лекарственных средств, которые избирательно эффективны для одного или сразу нескольких видов гельминтов. Учитывая это, антигельминтная программа должна основываться на следующих положениях (И.Б. Ершова, Г.Г. Бондаренко, 2004):

- ▶ антигельминтные препараты должны назначаться с учетом вида паразита;
- ▶ терапия должна быть комплексной, направленной на уничтожение гельминта и ликвидацию последствий его жизнедеятельности;
- ▶ лечение должно быть контролируемым на основе паразитологического исследования.

Наиболее широким спектром действия обладает синтетический антигельминтный препарат альбендазол, более известен на украинском рынке под названием «ВОРМИЛ». Препарат активен в отношении яиц, личинок и взрослых особей гельминтов и патогенных простейших, кишечных и тканевых паразитов.

Механизм действия препарата связан с ингибированием тубулинового белка и фумаратредуктазы (основного фермента цикла Кребса), в результате происходят биохимические нарушения в клетке связи мембраны с органеллами и нарушение цитоскелета, подавление метафазы деления клетки, вследствие чего нарушается яйцекладкость и развитие личинок паразита.

Показан при энтеробиозе, аскаридозе и др. детям с 2-х лет и взрослым по 400 мг, один раз в сутки, 3 дня подряд. При лямблиозе курс составляет 5 дней. Для других гельминтозов курс может составлять 10–14 дней. При необходимости курсы лечения повторяют.

«ВЕРМОКС» – мебендазол по 100 мг также эффективен в отношении многих видов гельминтов, может применяться у детей до 2-х лет. Трехдневные курсы рекомендуются повторять через 2–4 недели.

«ПИРАНТЕЛ» оказывает спастическое действие на мышцы гельминтов и способствует их выведению из организма хозяина, действует на зрелые и незрелые стадии гельминтов, однако, миграционные формы паразитов не чувствительны к препарату. Принимают 1 таблетку однократно, но доза составляет 10 мг/кг веса. Пирантел не принимают одновременно с пиперазином из-за антагонизма их действия.

Следует помнить, что все антигельминтные препараты метаболизируются в печени, поэтому следует принимать их с осторожностью при сопутствующих заболеваниях печени, желчевыводящих путей, а также лицам при повышенной чувствительности к компонентам препаратов.

Дегельминтизация современными синтетическими препаратами не требует дополнительного очищения кишечника, но для уменьшения токсичности выделяемых эндотоксинов или токсидов рекомендуется в течение нескольких дней принимать сорбенты, особенно эффективны кремнийсодержащие сорбенты (белый уголь, энтеросгель), поскольку гельминты истощают запасы кремния в организме хозяина.

Издревле известно, что гельминты не любят зеленый хлорофилл и красные овощи и фрукты. Среди растений противопаразитарной активностью обладают полынь горькая, красный и черный перец, гранат, семечки тыквы, арбуза, алоэ, хрен, лук, чеснок, гвоздика, корица, лист черного ореха, папайя. Однако, лечение фитопрепаратами требует длительного применения и дегельминтизации с применением слабительных препаратов.

Лечение ХРАС проводится в остром периоде с появлением афт (или рецидиве заболевания) и в межрецидивном периоде. Диспансерное наблюдение назначают в зависимости от формы и тяжести течения заболевания – 1, 2, 4 раза в год. При перманентном течении заболевания – ежемесячно или при каждом возникшем рецидиве.

Острый период лечения включает гипосенсибилизирующие, детоксикационные, сорбционные препараты. Специфическое лечение включает синтетические противоглистные препараты, стимуляторы общего и клеточного иммунитета, витаминно-минеральные комплексы. Местная терапия афт – топикальное обезбоживание, противовоспалительные, кератопластические, ранозаживляющие препараты в виде полосканий, ванночек, аппликаций 3–4 раза в день.

В межрецидивный период следует проводить выявление и санацию хронических очагов инфекции со смежными специалистами, выявлять причины сенсибилизации и по возможности проводить специфическую гипосенсибилизацию.

**Профилактика** для ХРАС включает вопросы воспитания высокой гигиенической культуры, когда чистые руки являются залогом здоровья. Особое значение принадлежит соблюдению технологии кулинарной обработки пищи. При обнаружении гельминтов у одного из членов семьи, обследование должны пройти все члены семьи или контактирующие лица.

Другой путь профилактики – превентивная профилактическая дегельминтизация антигельминтными препаратами широкого спектра действия 2 раза в год.

Кроме этого, следует по возможности избегать стрессовых ситуаций, поскольку последние способствуют рецидивированию ХРАС. К профилактическим мероприятиям следует отнести и выявление возможного антигена, вызывающего сенсibilизацию организма.

### Выводы.

Заболевание ХРАС встречается часто у детей и взрослых, одинаково часто у мужчин и женщин. В связи с рецидивирующим течением и утяжелением течения с каждым последующим обострением заболевания, является актуальной проблемой стоматологии.

Учитывая нарастающую алергизацию населения ко всевозможным алергенам, следует предположить, что проблема ХРАСа будет встречаться чаще.

Сегодня спектр сенсibilизации организма человека смещается в сторону накопления антител в результате глистной инвазии. Степень инвазивности гельминтами зависит от многих факторов, начиная от уровня соблюдения санитарно-гигиенических мероприятий, возраста, качества диагностики и своевременной качественной дегельминтизации.

Учитывая неспецифичность клинических проявлений, недостаточную информированность населения и врачей об опасности гельминтозов, трудности диагностики гельминтозов, – необходимо привлечь внимание к этой проблеме врачей-клиницистов, ветеринарную службу и СЭС для своевременного выявления источников гельминтозов и качественной дегельминтизации, а также информировать врачей-стоматологов и нацелить их внимание на актуальность проблемы и возможности ее проявления в полости рта в виде ХРАС.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Л.О.Хоменко Л.О., Савичук О.В., Нуриченко Н.Э. Оцінка ступеня тяжкості хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту // Укр. стом. альманах. – 2002. – № 4. – С.54–59.
2. Клинико-иммунологические особенности течения рецидивирующего афтозного стоматита /Л.Н. Максимовская, В.Н. Царев, М.М. Давыдова, В.М. Шищенко // Стоматология. – 1995. – Т.74. – № 1. – С.16–19.
3. К вопросу об алергической природе хронического рецидивирующего афтозного стоматита /В.В. Хазанова, Н.И. Портер, М.И. Лялина // Стоматология. – 1980. – № 5. – С.22–25.
4. Иванова В.А., Чижевский И.В. Значение лямблиозной инвазии в этиопатогенетических механизмах хронического рецидивирующего афтозного стоматита у детей /Матеріали ІІІ (Х) з'їзду АСУ «Інноваційні технології – в стоматологічну практику», 16–18 жовтня 2008 р. м. Полтава: Дивосвіт. – 2008. – С.85–86.
5. Бодня Е. Паразитарные инвазии (мифы и действительность) // Doctor. – 2006. – № 1. – С. 59–61.
6. Ершова И.Б., Бондаренко Г.Г. Проблема гельминтозов у детей // Здоровье женщины. – 2004. – № 2. – С.163–167.
7. Кларк Хильда. Неизлечимых болезней нет /Пер. с англ. Крамаренко И.М., Ксенофонтов А.Б. – СПб: Будущее Земли, 2003. – 200 с.
8. Кравец Т.П. Хозяева поневоле или как разорвать цепь //Стоматол. – 2009. – № 10. – С.12–18.