

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит при болезни Бехчета у детей. Клиническое наблюдение

А. А. Скакодуб, Н. А. Геппе, О. И. Адмакин, Г. А. Лыскина

Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Минздрава России

Цель статьи: ознакомить врачей-педиатров, ревматологов и стоматологов с особенностями течения и лечения болезни Бехчета (ББ) у детей.

Основные положения. ББ — системный васкулит неизвестной этиологии, характеризующийся рецидивирующим эрозивно-язвенным поражением слизистых оболочек полости рта, половых органов, частым поражением глаз, кожи с возможным вовлечением в патологический процесс суставов, нервной системы, внутренних органов. Болезнь может длительно проявляться только в виде хронического рецидивирующего афтозного стоматита. В статье представлено клиническое наблюдение ББ у девочки 15 лет, на примере которого рассмотрены особенности течения и комплексной терапии этого заболевания у детей.

Заключение. Комплексное и местное лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита при ББ у детей назначается в зависимости от иммунологической активности заболевания, длительности его течения, степени вовлечения в патологический процесс различных органов и систем и с учетом присоединившейся вторичной инфекции.

Ключевые слова: дети, болезнь Бехчета, хронический рецидивирующий афтозный стоматит.

Clinical Observation of Chronic Relapsing Aphthous Stomatitis with Behcet's Disease in Children

A. A. Skakodub, N. A. Geppe, O. I. Admakin, G. A. Lyskina

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University Russian Ministry of Health

Objective of the Paper: To inform pediatricians, rheumatologists and dentists with the features of Behçet's disease in children and with treatment of this disease.

Key Points: Behcet's disease is systemic vasculitis with unknown aetiology characterized by recurrent mucosa erosions and ulcers of oral cavity and genitalia, frequent involvement of eyes, skin, with possible involvement of joints, internals, and central nervous system. For a long time the disease can manifest itself as chronic relapsing aphthous stomatitis. The paper includes a clinical case of a 15-year girl with Behcet's disease, where features and comprehensive therapy were described.

Conclusion: System and local treatment of chronic relapsing aphthous stomatitis in children with Behcet's disease is prescribed depending on the immunological activity and duration of the disease, degree of involvement of different organs and systems into the pathological process, and taking into account a secondary infection.

Keywords: children, Behcet's disease, chronic recurrent aphthous stomatitis.

Спектр патологических состояний слизистой оболочки полости рта широк — от изолированных мелких поражений до тяжелых нарушений. Последние характерны для болезни Бехчета (ББ), относящейся к системным поражениям соединительной ткани. Пациент с ББ наблюдается и получает базисную терапию у ревматолога и педиатра, ему оказывается также обязательная стоматологическая помощь. У большинства больных заболевание начинается с рецидивирующего поражения слизистой оболочки ротовой полости — афтозного стоматита.

ББ является своеобразной клинической формой системного васкулита, характеризующейся рецидивирующим эрозивно-язвенным поражением слизистых оболочек полости рта, половых органов, частым поражением глаз, кожи с возможным вовлечением в патологический процесс суставов, нервной системы, внутренних органов [1–6]. В большинстве случаев заболевание возникает между 15 и 40 годами,

мужчины поражаются в 2–3 раза чаще, чем женщины. По имеющимся данным, ББ наиболее часто встречается в Турции (2–42 : 10 000) и Японии (1 : 10 000), сведений о ее распространенности в России нет [1, 2, 7, 8]. У детей ББ — редкая патология, среди всех пациентов с ББ дети составляют 2–3% [1, 9–11].

Этиология ББ неизвестна. Предполагается, но не доказана окончательно роль вирусной инфекции (в частности, вируса простого герпеса и стрептококковой инфекции), а также токсических агентов, которые служат провокаторами включения аутоиммунного механизма при наличии генетической предрасположенности. Известно, что иммуногенетическими маркерами ББ являются антигены HLA-B5, HLA-B51 и HLA-DRw52, риск развития болезни особенно велик при одновременном наличии антигенов HLA-B51 и HLA-DRw52. Полагают, что нефиксированные антитела и антигены встречаются в кровяном русле и, связываясь между собой,

Адмакин Олег Иванович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой профилактики и коммунальной стоматологии стоматологического факультета ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России. 119435, г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 19, стр. 1. E-mail: admakin1966@mail.ru

Геппе Наталья Анатольевна — д. м. н., профессор, заведующая кафедрой детских болезней лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России. 119435, г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 19, стр. 1. E-mail: geppe@mail.ru

Лыскина Галина Афанасьевна — профессор кафедры детских болезней лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России, д. м. н., профессор. 119435, г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 19, стр. 1. E-mail: liskina@mtma.ru

Скакодуб Алла Анатольевна — доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии стоматологического факультета ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России, к. м. н., доцент. 119435, г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 19, стр. 1. E-mail: skalla71@mail.ru

образуют иммунные комплексы; последние, оседая на стенках сосудов, вызывают повреждение их эндотелия [1, 3, 9, 12, 13].

Клиническая картина ББ проявляется прежде всего язвенным поражением слизистых оболочек полости рта и гениталий. В литературе встречаются различные обозначения язвенного процесса. Так, наряду с широко распространенным названием «язвенное поражение слизистой оболочки рта» употребляются термины «афтозный стоматит», «афты ротовой полости» [1, 14]. Афты представляют собой эрозии различной формы, покрытые фибриновым налетом и окруженные гиперемизированным ободком воспаления. Различают большие, малые и герпетические афты, они могут быть одиночными или множественными [3, 9, 15–17].

На кафедре стоматологии детского возраста и ортодонтии Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова нами на протяжении 15 лет оказывается стоматологическая помощь детям с ББ, находящимся на лечении в детском ревматологическом отделении Университетской детской клинической больницы (УДКБ) Первого МГМУ им. И. М. Сеченова.

Под наблюдение и на лечение мы взяли 11 детей с ББ: 4 девочек и 7 мальчиков в возрасте от 8 до 16 лет (средний возраст — $12,5 \pm 4,5$ года). При тщательном анализе анамнеза были выявлены основные патологические состояния, предшествовавшие первым проявлениям ББ. Возможно, они являлись провоцирующими факторами основного заболевания. Чаще всего это были ангины ($n = 9$), хронические заболевания ЖКТ ($n = 7$), ветряная оспа ($n = 6$), рецидивирующий герпес ($n = 5$), бронхолегочная инфекция ($n = 5$).

Начало ББ у всех детей длительно проявлялось первичным диагностическим синдромом — хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (ХРАС). Другие диагностические симптомы заболевания присоединялись гораздо позже (по нашим данным, по прошествии 2–5 лет), что приводило к запоздалой диагностике и позднему назначению необходимой базисной терапии врачами-педиатрами и ревматологами.

Клиническая картина ХРАС в полости рта разнообразна. Основным элементом поражения являются афты — эрозии различной формы размером от 1–5 мм до 1–2,5 см, покрытые фибриновым налетом и окруженные гиперемизированным ободком воспаления. Мы наблюдали большие, малые и герпетические афты, как одиночные, так и множественные, глубокие эрозии в виде язв с последующим грубым рубцеванием слизистой; эрозии часто инфицировались. Афты локализовались на слизистых преддверия рта, верхней и нижней губы, боковых поверхностей языка, ретромолярной области и щечной области по линии смыкания зубов.

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

- легкий ХРАС — единичные эрозии размером 1–5 мм, рецидивирующие с частотой 2–4 раза в год, эпителизирующиеся в течение 4–5 дней без образования рубцов (рис. 1);
- среднетяжелый ХРАС — множественные афты размером 0,5–1 см, рецидивирующие ежемесячно, эпителизирующиеся в течение 7–10 дней без грубой деформации (рис. 2);
- тяжелый ХРАС — обширные афты и язвы размером 1–2,5 см, постоянно рецидивирующие, эпителизиру-

ющиеся в течение 10–14 дней с последующим грубым рубцеванием и деформацией слизистой (рис. 3).

Среди наблюдавшихся нами детей с ББ ХРАС в легком варианте протекал у 2 пациентов, в среднетяжелом — у пяти и в тяжелом — у 4 больных.

Рис. 1. Ребенок 14 лет, болезнь Бехчета. Легкий хронический рецидивирующий афтозный стоматит: единичные эрозии размером 1–5 мм, рецидивирующие 2 раза в год. Фото авторов



Рис. 2. Ребенок 8 лет, болезнь Бехчета. Среднетяжелый хронический рецидивирующий афтозный стоматит: множественные афты размером 0,5–1 см, рецидивирующие ежемесячно. Фото авторов



Рис. 3. Ребенок 14 лет, болезнь Бехчета. Тяжелый хронический рецидивирующий афтозный стоматит: обширные афты и язвы с последующим грубым рубцеванием и деформацией слизистой. Фото авторов



Диагноз ББ устанавливается на основании следующих критериев: наличие рецидивирующих афт в полости рта, на гениталиях; поражения глаз, кожи и других органов.

У всех наших пациентов (n = 11) в процессе наблюдения и обследования был выявлен ХРАС, кроме того, отмечались такие клинические признаки ББ, как поражения глаз (n = 10), органов пищеварения (n = 10), половых органов (n = 8), суставов (n = 5), кожи (n = 4), сердца (n = 3), легких (n = 2), нервной системы (n = 1) и т. д. Лабораторные показатели активности патологического процесса включали увеличение СОЭ, повышение уровня IgA, снижение в слюне концентрации секреторного IgA.

Картина многоорганной редкой ревматической патологии требует лечения и наблюдения у ревматолога и многих других специалистов, в том числе у стоматолога, что представляется непростой задачей.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РЕБЕНКА С БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА

Девочка 15 лет, поступила в ревматологическое отделение УДКБ Первого МГМУ им. И. М. Сеченова с жалобами на рецидивирующие афты на слизистой оболочке ротовой полости в течение 8 лет (на протяжении последнего года — практически без ремиссии) и появление афт на слизистой гениталий, боли в коленных суставах, периодические боли в животе.

Анамнез заболевания: ребенок — якутка по национальности, проживает в Республике Саха (Якутия). В 4 года перенесла геморрагический васкулит (кожная форма), в 5 лет — ветрянку оспу, часто болела ангиной. В 6 лет появились рецидивирующие афты слизистой оболочки полости рта, вначале в легкой форме, с рецидивом 2 раза в год. Афты ежегодно увеличивались в размере, патологический процесс утяжелялся, со временем рецидивы приобрели ежемесячный характер. Редко и без особого эффекта проводилось местное лечение: противогрибковое, антисептическое и противовирусное. С 14 лет течение ХРАС стало тяжелым: отмечались множественные афты, сильно болезненные, с последующим грубым рубцеванием слизистой оболочки полости рта, практически постоянного характера (одни афты заживали, другие появлялись). Аналогичные афты возникали и на слизистой наружных половых органов. Общее состояние ухудшилось, стали беспокоить периодические боли в животе. На фоне тяжелого стоматита: СОЭ — 50 мм/ч, повышение уровня IgA в 2 раза. Предположительный диагноз: болезнь Бехчета.

Проведенные наблюдение и обследование позволили выявить особенности, присущие ББ:

- в анамнезе — геморрагический васкулит, ветряная оспа, частые ангины;
- ХРАС;
- по данным УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС и ректороманоскопии: функциональные нарушения желчевыводящих путей, вторичные изменения поджелудочной железы, язвенные изменения антрального отдела желудка, катаральный проктит;
- генетическая предрасположенность: при скрининге на наличие иммуногенетических маркеров ББ обнаружены статистически значимые ассоциации ББ с антигенами гистосовместимости HLA-B5, HLA-B51 и HLA-DRw52;
- по результатам морфологического исследования биоптатов пораженных тканей слизистой оболочки ротовой полости: васкулиты, в стенках капилляров инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками, моноцитами и нейтрофилами, внутрисосудистые конгломераты из

нейтрофилов, пролиферация эндотелия, сужение или облитерация сосуда, фибриноидный некроз стенки.

Первым ведущим диагностическим симптомом у больной было поражение слизистой оболочки, оцененное как тяжелая форма ХРАС. Клинически это проявлялось наличием множественных (шести) афт и язв диаметром от 0,5 до 2,5 см, которые постоянно рецидивировали и в последующем эпителизировались с грубым рубцеванием слизистой; некоторые из них были покрыты гнилостной пленкой и инфильтрированы (рис. 4А, Б). Были выявлены также обильный мягкий и плотный зубной налет, гиперемия и кровоточивость десен, что свидетельствовало о плохой гигиене и хроническом катаральном воспалении десен. При гинекологическом обследовании обнаружено поражение слизистой гениталий рубцующимися афтами, явившееся вторым ведущим диагностическим симптомом у больной.

На основании выявленных ведущих симптомов заболевания был выставлен окончательный *клинический диагноз*: Болезнь Бехчета, непрерывно-рецидивирующее течение, с поражением слизистых оболочек полости рта и гениталий (хронический рецидивирующий афтозный стоматит, тяжелая форма), с поражением желудочно-кишечного тракта (эрозивный гастрит, катаральный проктит), иммунологическая активность I–II степени. Функциональные нарушения желчевыводящих путей. Вторичные изменения поджелудочной железы. Малые аномалии сердца.

Было назначено *базисное и симптоматическое лечение*: преднизолон 15 мг/сут. (табл.) и метилпреднизолон 250 мг № 2 (в/в капельно), сульфасалазин 1500 мг/сут. (табл.), иммуноглобулин 2,5 г 50 мл № 4 (в/в); дипиридамол 0,075 мг/сут. (табл.), калия и магния аспарагинат, Кальций-Д₃ Никомед, алгелдрат + магния гидроксид, артишока листьев экстракт, панкреатин.

Местное лечение слизистой оболочки полости рта (ежедневная обработка пораженной слизистой в течение 10 дней) проводилось в условиях стоматологического кабинета и включало:

- симптоматическую терапию: обезболивание пораженных участков (10–15%-й лидокаин — только гель, так как он не раздражает рану);
- этиотропное лечение: обработку пораженных участков антисептическими растворами (0,05%-й раствор хлоргексидина, 0,5-1%-й раствор перекиси водорода);
- патогенетическое лечение: нанесение на пораженные участки стероидной противовоспалительной мази (0,5–1%-я гидрокортизоновая глазная мазь);

Рис. 4. Ребенок 15 лет, болезнь Бехчета, полный синдром, тяжелое соматическое течение. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит, тяжелая форма, обширные афты и язвы с последующим грубым рубцеванием (до лечения). А — обширная афта на слизистой верхней губы, покрытая гнилостной пленкой и инфильтрированная. Б — обширная афта на слизистой нижней губы. Фото авторов



- эпителизирующее воздействие: нанесение на пораженные участки кератопластических препаратов (Солкосерил — гель и дентальная паста, поливинокс, холина салицилат — гель, Актовегин — гель).

После исчезновения болевого синдрома (на 4-й день лечения) произвели профессиональную гигиеническую обработку полости рта (ультразвуковое и механическое снятие твердого и мягкого налета с зубов) для профилактики вторичного инфицирования афт и язв и лечения хронического катарального гингивита. Обязательным этапом местного лечения было обучение больной правилам гигиены полости рта и самостоятельному лечению афт. Мероприятия в рамках самостоятельного лечения выполнялись пациенткой в палате 2–3 раза в день поэтапно:

– 1-й этап (3–4 дня): за 30 минут до еды больная проводила местное обезболивание мазью (5%-й лидокаин + прилокаин), антисептическую обработку пораженных участков 0,05%-м раствором хлоргексидина или Мирамистином (раствором), затем наносила противовоспалительную мазь (1%-ю гидрокортизоновую) и обрабатывала афты препаратом, улучшающим трофику слизистой (Солкосерил — гель);

– 2-й этап (7–10 дней): за 30 минут до еды пациентка осуществляла антисептическую обработку пораженных участков 0,05%-м раствором хлоргексидина или Мирамистином (раствором) и наносила препараты, улучшающие трофику слизистой (Солкосерил — гель и дентальная паста).

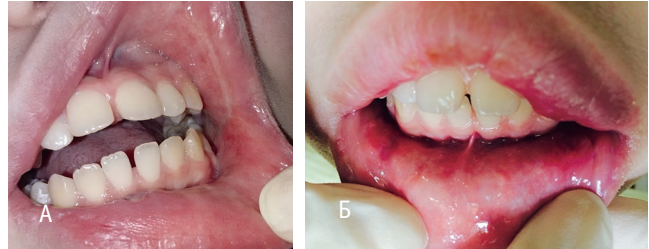
Проведенное комплексное лечение ББ у ребенка 15 лет дало положительные результаты: купировались язвы на половых органах и язвы желудка, нормализовался уровень С-реактивного белка, снизилась СОЭ, эпителизовались малые афты и стали рубцеваться язвы на слизистой оболочке полости рта (рис. 5А, Б).

После выписки больной были назначены препараты, повышающие местный иммунитет (3–4 курса в год, в периоды ремиссии стоматита), по схеме: лизоцим + пиридоксин по 2 табл. 3–4 раза/сут. через 30 минут после еды, курс лечения — 8–10 дней; интерферон альфа — гель (иммуномодулирующий препарат) с нанесением на всю слизистую полость рта по 2 раза в день в течение 8–10 дней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алекберова З. С. Болезнь Бехчета у детей. *Вопр. соврем. педиатрии.* 2009; 8 (6): 63–70. [Alekberova Z.S. Bolezn' Bekhcheta u detei. *Vopr. sovrem. pediatrii.* 2009; 8(6): 63–70. (in Russian)]
2. Лыскина Г. А. Системный васкулит у детей. *Клиника, диагностика, лечение. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1994. 5 с.* [Lyskina G.A. Sistemnyi vaskulit u detei. *Klinika, diagnostika, lechenie. Avtoref. diss. ... dokt. med. nauk. M., 1994. 5 s.* (in Russian)]
3. Рабинович О. Ф., Рабинович И. М., Абрамова Е. С., Бахрушина Е. В. Лечение рецидивирующего афтозного стоматита с применением иммунокорректирующих препаратов. *Клин. стоматология.* 2013; 3: 52–4. [Rabinovich O.F., Rabinovich I.M., Abramova E.S., Bakhrushina E.V. Lechenie retsidiviruyushchego aftoznogo stomatita s primeneniem immunokorrigiruyushchikh preparatov. *Klin. stomatologiya.* 2013; 3: 52–4. (in Russian)]
4. Насонов Е. Л., Насонова В. А., ред. *Ревматология: национальное руководство.* М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008: 25. [Nasonov E.L., Nasonova V.A., red. *Revmatologiya: natsional'noe rukovodstvo.* M.: GEOTAR-Media; 2008: 25. (in Russian)]
5. Робакидзе Н. С., Барановский А. Ю. Анализ течения рецидивирующего афтозного стоматита у больных с воспалительными заболеваниями кишечника. *Институт стоматологии.* 2016; 1: 58–9. [Robakidze N.S., Baranovskii A.Yu. Analiz techeniya retsidiviruyushchego aftoznogo stomatita u bol'nykh s vospalitel'nymi zabolevaniyami kishechnika. *Institut stomatologii.* 2016; 1: 58–9. (in Russian)]

Рис. 5. Ребенок 15 лет, болезнь Бехчета. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит, тяжелая форма (после комплексного лечения). А — рубцевание обширной афты на слизистой верхней губы. Б — эпителизация афты на слизистой нижней губы. Фото авторов



ЗАКЛЮЧЕНИЕ


Болезнь Бехчета (ББ) у детей может длительно протекать как неполный синдром, проявляясь только хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (ХРАС), который служит первым диагностическим симптомом заболевания.

Комплексное лечение ББ назначается ревматологом в зависимости от иммунологической активности заболевания, длительности его течения и степени вовлечения различных органов и систем в этот патологический процесс.

Выбор схемы местного лечения слизистой оболочки полости рта, проводимый стоматологом, зависит от частоты рецидивов, тяжести, длительности течения ХРАС и от характера присоединившейся вторичной инфекции. Местному лечению ХРАС должно уделяться большое внимание, так как рецидив ББ начинается с поражения слизистой рта, которое влечет за собой развитие обострений со стороны других органов и систем.

Только при грамотном мультидисциплинарном взаимодействии разных специалистов возможен подбор адекватного лечения и профилактики рецидивов ББ, что позволяет добиться длительной ремиссии этого тяжелого заболевания у детей.

6. Шамов И. А., Абдулпатахов Д. Д., Гитинова З. Х, Абдулпатахова Э. Э., Дадаева Б. Н., Алигаджиев Ш. С. *Болезнь Бехчета в Дагестане. Науч.-практ. ревматология.* 2004; 4: 39. [Shamov I.A., Abdulpatakhov D.D., Gitinova Z.Kh, Abdulpatakhova E.E., Dadaeva B.N., Aligadzhiev Sh.S. Bolezn' Bekhcheta v Dagestane. *Nauch.-prakt. revmatologiya.* 2004; 4: 39. (in Russian)]
7. Геппе Н. А., Подчерняева Н. С., Лыскина Г. А., ред. *Руководство по детской ревматологии.* М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011: 13–22, 587–95. [Geppe N.A., Podchernyaeva N.S., Lyskina G.A., red. *Rukovodstvo po detskoj revmatologii.* M.: GEOTAR-Media; 2011: 13–22, 587–95. (in Russian)]
8. Чернышева Н. Д. Применение препарата «Виферон» в комплексной терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита. *Уральский мед. журн.* 2010; 8: 11–3. [Chernysheva N.D. Primenenie preparata "Viferon" v kompleksnoi terapii khronicheskogo retsidiviruyushchego aftoznogo stomatita. *Ural'skii med. zhurn.* 2010; 8: 11–3. (in Russian)]
9. Рабинович О. Ф., Абрамова Е. С., Умарова К. В., Рабинович И. М. Аспекты этиологии и патогенеза рецидивирующего афтозного стоматита. *Клин. стоматология.* 2015; 4: 8–13. [Rabinovich O.F., Abramova E.S., Umarova K.V., Rabinovich I.M. Aspekty etiologii i patogenezu retsidiviruyushchego aftoznogo stomatita. *Klin. stomatologiya.* 2015; 4: 8–13. (in Russian)]
10. Шахбазян И. Е., Гражданская Е. Б., Улыбина О. В., Лыскина Г. А. *Болезнь Бехчета. Педиатрия.* 1993; 1: 93–7. [Shakhbazyan I.E., Grazhdanskaya E.B., Ulybina O.V., Lyskina G.A. Bolezn' Bekhcheta. *Pediatriya.* 1993; 1: 93–7. (in Russian)]

11. Tugal-Tutkin J., Urgancioglu M. Childhood-onset uveitis in Behcet's disease: a descriptive study of 36 cases. *J. Ophthalmol.* 2003; 136(6): 1114–9.
12. Скакодуб А. А. Состояние органов полости рта у детей с диффузными болезнями соединительной ткани. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2000. 24 с. [Skakodub A.A. Sostoyanie organov polosti rta u detei s diffuznymi boleznyami soedinitel'noi tkani. Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. M., 2000. 24 s. (in Russian)]
13. Шилкина Н. П., Рудиметова А. В., Баранов А. А. Факторы риска при системных васкулитах. *Терапевт. арх.* 1990; 7: 20–5. [Shilkina N.P., Rudimetova A.V., Baranov A.A. Faktory riska pri sistemnykh vaskulitakh. *Terapevt. arkh.* 1990; 7: 20–5. (in Russian)]
14. Виноградова Т. Ф. Стоматология для педиатров. М.: МЕДпресс-информ; 2014: 187–91. [Vinogradova T.F. Stomatologiya dlya pediatrov. M.: MEDpress-inform; 2014: 187–91. (in Russian)]
15. Ланге Р. П., Миллер К. С. Атлас заболеваний полости рта. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008: 182–3. [Lange R.P., Miller K.S. Atlas zabolevanii polosti rta. M.: GEOTAR-Media; 2008: 182–3. (in Russian)]
16. Laskaris G. *Treatment of Oral diseases. A concise textbook.* Thiema Stuttgart. New York; 2006: 47–9.
17. Stratiagos A., Laskaris G., Laskaris J. Behcet's disease. *Semin. Neurol.* 2002; 12: 346–57. 

Библиографическая ссылка:

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. 2017. № 15 (144). С. 26–30.

Citation format for this article:

Skakodub A. A., Geppe N. A., Admakin O. I., Lyskina G. A. Clinical Observation of Chronic Relapsing Aphthous Stomatitis with Behcet's Disease in Children. *Doctor.Ru.* 2017; 15(144): 26–30.



Обзор

Синдром Сандифера

О. А. Рогова, В. К. Таточенко, М. Д. Бакрадзе

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Минздрава России, г. Москва

Цель обзора: проанализировать литературу, посвященную синдрому Сандифера (СС), рассмотреть клинические проявления, особенности диагностики и лечения СС.

Основные положения. СС — редкое заболевание, проявляющееся пароксизмальными дистоническими движениями головы, шеи, глаз и туловища во время срыгивания. В генезе СС основная роль отводится гастроэзофагеальному рефлюксу (ГЭР). Приведенные в статье четыре собственных наблюдения СС у детей 2–6 месяцев жизни позволяют связать его проявления не столько с ГЭР, сколько с нарушениями глотания (дисфагией), поскольку характерные двигательные паттерны развивались у детей во время кормления и сопровождались поперхиванием пищей. Терапия, направленная на минимизацию дисфагии, в комплексе с противорефлюксными мерами привела к купированию указанных проявлений при условии отсутствия грубых неврологических нарушений.

Заключение. Анализ научной литературы, посвященной изучению СС, и собственные наблюдения свидетельствуют о высокой актуальности этой проблемы и о необходимости проведения ранней диагностики и лечения данного заболевания.

Ключевые слова: синдром Сандифера, гастроэзофагеальный рефлюкс, микроаспирация, дисфагия.



Review

Sandifer Syndrome

O. A. Rogova, V. K. Tatochenko, M. D. Bakradze

National Medical Research Centre of Children's Health of the Ministry of Public Health of the Russian Federation, Moscow

Objective of the Review: Analysis of published scientific data about Sandifer syndrome (SS), description of clinical manifestations, features of diagnosis and treatment of SS.

Key Points: SS is a rare disease manifested by paroxysmal dystonic movements of the neck, limbs and trunk during regurgitation. SS is caused by gastroesophageal reflux (GER). The 4 clinical cases of SS in children of 2–6 months presented in the article make it possible to bind its manifestations not only with GER but swallowing disorders (dysphagia), because the movement patterns took place in children during feeding, and were accompanied by choking food. Minimizing dysphagia therapy together with antireflux regime was successful in arresting the described manifestations without any gross neurological disorders.

Conclusion: The analysis of scientific literature on the SS and our observations show the high relevance of this problem and the need for early diagnosis and treatment of this disease.

Keywords: Sandifer syndrome, gastroesophageal reflux, microaspiration, dysphagia.

Синдром Сандифера (СС) можно коротко описать как аномальные дистонические движения головы, шеи, глаз и туловища во время срыгивания. Первоначально такое явление наблюдал Поль Сандифер у больного с наличием грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, но М. Kinsbourne и D. Охон первыми сообщили об этом наблюдении [1]. Синдром подробно и многократно описан в литературе, преимущественно зарубежной, однако он все еще остается

Бакрадзе Майя Джемаловна — д. м. н., заведующая отделением диагностики и восстановительного лечения НИИ педиатрии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. 119991, г. Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 1. E-mail: bakradze.md@yandex.ru

Рогова Ольга Александровна — врач-педиатр отделения диагностики и восстановительного лечения НИИ педиатрии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. 119991, г. Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 1. E-mail: rogova.med@gmail.com

Таточенко Владимир Кириллович — д. м. н., профессор, советник директора медицинского центра по внебюджетной деятельности НИИ педиатрии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. 119991, г. Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 1. E-mail: tatovk@yandex.ru