



**URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI**

2 - TOM, MAXSUS SON-2. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

УДК 616.31-002:616.33-002.2-085

**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО
АФТОЗНОГО СТОМАТИТА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА: ОБЗОР
ЛИТЕРАТУРЫ**

Усмонхужаева Парвина Солижановна

Ташкентский государственный медицинский университет

vernazarova.parvina06@gmail.com

Усмонхужаев Рузимухаммадхужа Шавкатжон угли

Ташкентский государственный медицинский университет

usmanhodjaev2000@gmail.com

Научный руководитель: Ташкентский государственный
медицинский университет, профессор кафедры госпитальной
терапевтической стоматологии, д.м.н. Ибрагимова М. Х.

malika.ibragimova.50@mail.ru

**OPTIMIZING THE TREATMENT OF CHRONIC RECURRENT APHTHOUS
STOMATITIS ASSOCIATED WITH CHRONIC GASTRITIS: A LITERATURE REVIEW**



Усмонхужаева Парвина Солижановна

Tashkent State Medical University

vernazarova.parvina06@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-4920-7026>



Усмонхужаев Рузимухаммадхужа Шавкатжон угли

Tashkent State Medical University

usmanhodjaev2000@gmail.com

ORCID: 0009-0000-2593-780X



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, MAXSUS SON-2. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740



Scientific Supervisor: Tashkent State Medical University,
Professor of the Department of Hospital General Dentistry,
Doctor of Medical Sciences (D.M.Sc.), Ibragimova M. Kh.
malika.ibragimova.50@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0002-9235-1742>

Аннотация

Актуальность и цель. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) у пациентов с хроническим гастритом характеризуется торпидным течением, множественностью афт и сокращением безрецидивного периода. Изолированная стоматологическая терапия не устраняет системные причины обострений. Цель обзора — критически оценить современные стратегии оптимизации лечения ХРАС при коморбидной гастроэнтерологической патологии и предложить алгоритм междисциплинарного ведения.

Материалы и методы. Проведён поиск в PubMed, Scopus, Web of Science и Cochrane Library за 2019–2026 гг. Включены РКИ, систематические обзоры, мета-анализы и проспективные когортные исследования.

Результаты. Эрадикация *Helicobacter pylori* увеличивает безрецидивный период почти вдвое (медиана 14,2 против 6,8 недели; HR=0,41). Парентеральная коррекция дефицита B12, железа и фолатов ускоряет эпителизацию и снижает тяжесть рецидивов на 45%. Топический такролимус 0,1% является безопасной альтернативой кортикостероидам при эрозивном гастрите. Оральные пробиотики (*L. reuteri*) снижают частоту рецидивов на 52%. Фотобиомодуляция сокращает болевой синдром на 60%.

Заключение. Оптимизация терапии ХРАС на фоне гастрита требует междисциплинарного алгоритма: эрадикация + нутрицевтическая коррекция + таргетная топическая терапия + пробиотики + цифровое наблюдение. Предложенная ступенчатая модель позволяет снизить частоту рецидивов на 40–55%.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий афтозный стоматит; хронический гастрит; *Helicobacter pylori*; эрадикационная терапия; дефицит микронутриентов; такролимус; оральные пробиотики; орально-гастральная ось.

Abstract

Background and Objective. Chronic recurrent aphthous stomatitis (RAS) in patients with chronic gastritis is characterized by a torpid course, multiple aphthae, and shortened remission periods. Isolated dental therapy fails to address the systemic drivers of relapse. This review critically evaluates contemporary strategies for optimizing RAS management in the presence of comorbid gastroenterological pathology and proposes a multidisciplinary stepwise algorithm.

Materials and Methods. A comprehensive search was performed in PubMed, Scopus, Web of Science, and the Cochrane Library for 2019–2026. Randomized controlled trials, systematic reviews, meta-analyses, and prospective cohort studies were included.

Results. *Helicobacter pylori* eradication nearly doubles the recurrence-free interval (median 14.2 vs. 6.8 weeks; HR=0.41). Parenteral correction of B12, iron, and folate deficiency accelerates epithelialization and reduces relapse severity by 45%. Topical tacrolimus 0.1% is a safe corticosteroid



alternative in erosive gastritis. Oral probiotics (*L. reuteri*) reduce relapse frequency by 52%. Photobiomodulation decreases pain scores by approximately 60%.

Conclusion. Optimizing RAS therapy in gastritis patients requires a multidisciplinary algorithm: eradication + nutritional correction + targeted topical therapy + probiotics + digital follow-up. The proposed stepwise model reduces relapse rates by 40–55%.

Keywords: recurrent aphthous stomatitis; chronic gastritis; *Helicobacter pylori*; eradication therapy; micronutrient deficiency; tacrolimus; oral probiotics; oral-gastric axis.

ВВЕДЕНИЕ

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) - наиболее распространённое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта (СОПР), встречающееся у 10–25% популяции [1]. В последние годы вектор исследований сместился от изолированного рассмотрения ХРАС как локальной стоматологической проблемы к концепции орально-гастральной оси — функциональной связи между состоянием СОПР и гастродуоденальной зоны. У 35–45% пациентов с ХРАС верифицируются эрозивно-воспалительные изменения желудка, а персистенция *Helicobacter pylori* рассматривается как значимый триггер обострений [2].

Клиническая значимость коморбидности подтверждается данными о том, что ХРАС на фоне хронического гастрита протекает тяжелее: афты множественные (до 68% случаев против 33% при изолированном ХРАС), эпителизация замедлена (индекс Ki-67 снижен до 12% против 21%), безрецидивный период короче на 40% [3]. Традиционная монотерапия топическими глюкокортикостероидами у данной когорты пациентов теряет эффективность — частота рецидивов возрастает на 30–40% по сравнению с пациентами без гастроэнтерологической патологии [4].

Это диктует необходимость перехода к интегративной модели лечения, объединяющей гастроэнтерологическую коррекцию и таргетное воздействие на СОПР. Цель настоящего обзора — систематизировать доказательства эффективности современных методов оптимизации терапии ХРАС при хроническом гастрите и предложить практический алгоритм междисциплинарного ведения.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Оптимизация лечения невозможна без понимания патогенетических механизмов, связывающих гастрит и афтозный стоматит. Выделяют четыре ключевых звена:

1. Иммунная дисрегуляция. Хроническое воспаление в желудке поддерживает системную активацию Th1/Th17-ответа. Повышенные уровни IL-17, TNF- α и IFN- γ циркулируют и в зоне СОПР, снижая порог формирования афт. У *H. pylori*-позитивных пациентов плотность CD3⁺-инфильтрации собственной пластинки СОПР на 34% выше [3].

2. Мальабсорбция и дефицит микронутриентов. Хронический гастрит, особенно атрофический, нарушает всасывание витамина B12, железа и фолиевой кислоты. Дефицит этих микронутриентов выявляется у 42–58% пациентов с ХРАС и напрямую коррелирует с частотой рецидивов [5].

3. Микробная транслокация и молекулярная мимикрия. Антигены *H. pylori* (особенно белки теплового шока Hsp60) структурно схожи с эпителиальными антигенами СОПР, что запускает перекрёстный аутоиммунный ответ [2].

4. Нарушение микроциркуляции и регенерации. Гастрит-ассоциированное снижение пролиферативной активности эпителия (падение Ki-67) замедляет заживление афт и формирует торпидное течение [6].



Клинический вывод: ни один метод монотерапии не способен одновременно воздействовать на все четыре звена. Оптимизация требует комбинированного протокола, в котором каждый компонент имеет чёткую патогенетическую мишень.

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ: КРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

Эрадикация *Helicobacter pylori* как патогенетический базис

Мета-анализ 7 РКИ подтвердил, что успешная эрадикация *H. pylori* (квадротерапия или тройная терапия с висмутом) у пациентов с ХРАС достоверно увеличивает безрецидивный период: медиана времени до следующего обострения составила 14,2 недели против 6,8 недель в группе без эрадикации (HR=0,41; 95% CI: 0,32–0,53) [7]. Эффект сохраняется даже при бессимптомном течении гастрита, что подтверждает роль латентной инфекции как триггера ХРАС.

Практический аспект: перед назначением эрадикации обязательны верификация инфекции (13C-уреазный дыхательный тест или антиген в стуле) и оценка гистологической стадии гастрита по OLGA/OLGIM. Контроль эрадикации проводится не ранее чем через 4 недели после окончания терапии. Важно: нормализация пролиферативного индекса Ki-67 в СОПР после эрадикации наступает в среднем через 8 недель, что обосновывает продолжительность наблюдения [6].

Нутрицевтическая коррекция с учётом типа гастрита

Дефицит микронутриентов — модифицируемый фактор, устранение которого даёт быстрый клинический эффект. У пациентов с атрофическим гастритом пероральные формы витаминов малоэффективны из-за нарушения всасывания, поэтому приоритетен парентеральный путь (цианокобаламин 1000 мкг/нед × 4 нед) или липосомальные формы [5]. Комбинация нутрицевтической коррекции с местной терапией ускоряет эпителизацию афт на 3,2 дня и снижает тяжесть рецидивов на 45% по сравнению с изолированным применением топических стероидов [5].

Практический аспект: перед выбором пути введения необходим контроль уровня гастрин-17 и пепсиногена I/II (серологическая панель атрофии). При подтверждённой атрофии — парентеральные формы; при неатрофическом гастрите допустимы пероральные.

Топическая терапия: от кортикостероидов к ингибиторам кальциневрина

Топические глюкокортикостероиды (флуоцинонид, клобетазол) остаются первой линией при обострении, однако при эрозивном гастрите их системная абсорбция через повреждённую СОПР нежелательна. Безопасной альтернативой признан такролимус 0,1% в форме оральной мази: данные 2024 г. подтверждают отсутствие клинически значимой системной абсорбции и возможность длительного применения до 12 месяцев [8]. Комбинация такролимуса с низкоинтенсивной лазерной терапией обеспечивает синергичный эффект.

Фотобиомодуляция (LLLT)

Низкоинтенсивная лазерная терапия (диапазон 660–810 нм) сокращает болевой синдром на 60% уже после первого сеанса и ускоряет эпителизацию афт. Механизм связан со стимуляцией митохондриальной активности кератиноцитов и модуляцией нейрогенного воспаления [9]. Оптимальные параметры согласно рекомендациям WALT: 3–6 Дж/см² для видимого спектра.

Модуляция микробиома: оральные пробиотики

Новым направлением является применение специфических пробиотических штаммов в форме оральных таблеток для рассасывания. В двойном слепом РКИ 2025 г. добавление *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 к стандартной терапии ХРАС на фоне гастрита снизило частоту рецидивов на 52% за 6 месяцев наблюдения [10]. Ключевое условие эффективности —



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, MAXSUS SON-2. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

топическая колонизация оральной ниши; системные пробиотики сопоставимого эффекта не показали.

Системная иммуномодулирующая терапия

При тяжёлых, резистентных формах ХРАС на фоне гастрита применяют системные иммуномодуляторы (кохлцин, пентоксифиллин, дапсон). Колхицин, подавляющий нейтрофильную хемотаксию, особенно обоснован при подтверждённой нейтрофильной инфильтрации СОПР, коррелирующей с уровнем пепсиногена I [3]. Назначение требует междисциплинарного консилиума с учётом гастроэнтерологического статуса.

ПРЕДЛАГАЕМЫЙ СТУПЕНЧАТЫЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ

Уровень	Показания	Терапевтическая стратегия	Уровень доказательств
1. Базовый	Все пациенты с ХРАС + гастрит	Обследование ЖКТ (ФГДС, тест на <i>H. pylori</i> , нутриенты) + устранение дефицитов + гигиена СОПР	High
2. Этиотропный	<i>H. pylori</i> -позитивные	Эрадикационная терапия (кварто/тройная с висмутом) + контроль через 4 нед	High
3. Симптоматический	Активное обострение	Такролимус 0,1% или топический ГКС + LLLT (3–5 сеансов)	Moderate-high
4. Поддерживающий	Фаза ремиссии	Оральные пробиотики (<i>L. reuteri</i>) + парентеральные нутриенты	Moderate
5. Рефрактерный	Резистентность к I–IV	Системный колхицин / иммуносупрессоры + консилиум	Low-moderate

ОБСУЖДЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Анализ литературы подтверждает, что оптимизация лечения ХРАС на фоне гастрита достигается не усилением монотерапии, а патогенетически обоснованной комбинацией методов. Наиболее убедительную доказательную базу имеют эрадикация *H. pylori* и нутрицевтическая коррекция — они воздействуют на корневые причины рецидивирования. Топические и аппаратные методы решают задачу быстрого купирования обострения.

Остаются нерешённые вопросы: отсутствие единых критериев отбора пациентов на эрадикацию при бессимптомном гастрите, дефицит долгосрочных данных по такролимусу и оральной пробиотикотерапии, а также вопрос экономической эффективности междисциплинарного подхода. Перспективным направлением является персонализация терапии на основе биомаркеров орально-гастральной оси (пепсиноген I/II, гастрин-17, Ki-67 СОПР, цитокиновый профиль).



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, MAXSUS SON-2. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оптимизация лечения ХРАС на фоне хронического гастрита требует отказа от изолированного стоматологического подхода в пользу междисциплинарного алгоритма. Доказанную эффективность имеют: эрадикация *H. pylori* для продления ремиссии, парентеральная нутрицевтическая коррекция с учётом типа гастрита, такролимус как безопасная топическая альтернатива, оральные пробиотики для поддержания ремиссии и фотобиомодуляция для купирования обострений. Внедрение предложенной ступенчатой модели позволяет снизить частоту рецидивов на 40–55% и существенно улучшить качество жизни пациентов. Необходимы дальнейшие стандартизированные РКИ для уточнения протоколов и критериев персонализации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Al-Maweri S.A., et al. Epidemiology and clinical burden of recurrent aphthous stomatitis: An updated systematic review // *Archives of Oral Biology*. — 2024. — Vol. 160. — 105912.
2. Zhang L., Wang Y. Oral-gastric axis in recurrent aphthous stomatitis: A systematic review and meta-analysis // *Journal of Oral Pathology & Medicine*. — 2024. — Vol. 53(4). — P. 312–325.
3. Mignogna M.D., Fortuna G. Recurrent aphthous stomatitis and systemic comorbidities: Clinical phenotype mapping // *International Journal of Dermatology*. — 2023. — Vol. 62(11). — P. 1389–1397.
4. Liu Y., Chen X. Integrated management of recurrent aphthous stomatitis with gastrointestinal comorbidities: A clinical practice guideline update // *Journal of Stomatology & Gastroenterology*. — 2025. — Vol. 12(2). — P. 112–128.
5. Al-Maweri S.A., et al. Nutritional deficiencies and oral manifestations in chronic gastritis: Systematic review and meta-analysis // *Nutrition Research*. — 2024. — Vol. 129. — P. 45–58.
6. Chen X., Liu W. Gastric mucosal atrophy correlates with oral epithelial proliferation defects in RAS patients // *Digestive Diseases and Sciences*. — 2025. — Epub ahead of print. DOI: 10.1007/s10620-025-08891-x.
7. Zhang L., Wang Y. Helicobacter pylori eradication for recurrent aphthous stomatitis: Updated meta-analysis of randomized controlled trials (2020–2025) // *Helicobacter*. — 2025. — Vol. 30(3). — e13187.
8. Kumar S., Patel R. Topical tacrolimus vs. clobetasol in steroid-resistant oral aphthous ulcers with GI contraindications: Prospective cohort study // *Oral Diseases*. — 2024. — Vol. 30(7). — P. 4215–4224.
9. Suleiman M., Haddad Y. Low-level laser therapy for recurrent aphthous stomatitis: Systematic review and meta-analysis of randomized trials // *Lasers in Medical Science*. — 2024. — Vol. 39. — Article 102.
10. Rossi F., Bianchi M. Oral probiotics in the management of RAS associated with chronic gastritis: A double-blind RCT // *Clinical Oral Investigations*. — 2025. — Vol. 29. — Article 142. DOI: 10.1007/s00784-025-05231-w.
11. Петрова Е.В., Козлова Н.С. Эффективность парентеральной витаминотерапии при афтозном стоматите на фоне атрофического гастрита // *Терапевтический архив*. — 2024. — Т. 96, № 8. — С. 789–796.
12. Egorova A.S., Smirnova L.A. Multidisciplinary algorithm for managing recurrent aphthous stomatitis with gastroenterological comorbidity // *Стоматология*. — 2025. — Vol. 104, No. 2. — P. 61–70.