

МЕДИЦИНА ИЛИМДЕРИМЕДИЦИНСКИЕ НАУКИMEDICAL SCIENCES

Билалов Ю.А.

ООЗЕКИ КӨНДӨЙҮНҮН ГЕРПЕС ИНФЕКЦИЯСЫН ДИАГНОСТИКАЛОО,  
КЛИНИКА ЖАНА ДАРЫЛОО БОЮНЧА ЗАМАНБАП ТҮШҮНҮК

Билалов Ю.А.

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ДИАГНОСТИКЕ, КЛИНИКЕ  
И ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПОЛОСТИ РТА

Yu. Bilalov

THE MODERN REPRESENTATION OF THE DIAGNOSIS, CLINIC AND  
TREATMENT OF ORAL CAVITY HERPETIC INFECTION

УДК: 616.31-002:152:616.523:616.9/075.9

Герпес стоматит – бул I жана II типтеги герпес вирусу козгогон ооздун былжыр челинин сезгенүү оорусу. Негизги симптом бул иммунитеттин начарлашынын фонунда мүнөздүү ооруткан ыйлаакчалардын жана жаралардын пайда болушу. Жетиштүү дарылоо болбосо, герпес инфекциясы өнөкөткө айланып, оор түрүнө өтүшү мүмкүн. Вирустун жайылышы теринин гана эмес, мурундун же жыныс органдарынын былжыр челинин да жабыркашына алып келет. Тез-тез кайталануу нерв жана жүрөк-кан тамыр системасынын ишине терс таасирин тийгизет. Макалада герпес инфекция жөнүндө маалымат берилген, герпес вирусунун ар кандай түрлөрү сүрөттөлгөн, бул вирустун патогенези сүрөттөлгөн, вирустун классификациясы, адам денесиндеги вирустун өнүгүү фазалары, оорунун жүзү жолдору көрсөтүлгөн. Ар кандай курактык топтордо герпес стоматитинин таралышы чагылдырылган. Герпес стоматиттин клиникалык классификациясы, оорунун оордугуна жараша курч кайталануучу герпес стоматитинин клиникасы келтирилген. Герпес стоматиттин дарылоонун негизги принциптери жана герпетикалык стоматиттин жергиликтүү жана жалпы терапиясы үчүн каражаттарды колдонуу менен бул ооруну эң рационалдуу дарылоо баяндалган. Бул оорунун пайда болушуна жана кайталанууна тоскоол болгон алдын алуу иш-чаралары жөнүндө сунуштар берилет. Ошондой эле, бул макалада этиопатогенез, клиника жана курч жана өнөкөт герпес инфекциясын дарылоо боюнча адабий маалыматтар келтирилген.

**Негизги сөздөр:** ооз, инфекция, герпес, герпес стоматити, диагностика, дарылоо, клиникалык өзгөчөлүктөр, комплекс-түү дарылоо, алдын алуу, оорунун божомолу.

Герпетический стоматит – это воспалительное заболевание слизистой оболочки рта, вызванное вирусом герпеса I или II типа. Основным симптомом является появление характерных болезненных пузырьков и язвочек на фоне ослабления иммунитета. Без адекватного лечения герпесная инфекция становится хронической и может перейти в более тяжелую форму. Распространение вируса приводит к поражению не только кожи, но также слизистой носа или половых органов. Частые рецидивы негативно сказываются на работе нервной и сердечно-сосудистой системы. В статье даны сведения о герпетической инфекции, охарактеризованы различные представители вируса герпеса, описан патогенез данного вируса, указана классификация

вируса, фазы развития вируса в организме человека, пути передачи заболевания. Отражена распространенность герпетического стоматита в различных возрастных группах. Представлена клиническая классификация герпетического стоматита, клиника остро рецидивирующего герпетического стоматита в зависимости от степени тяжести заболевания. Описаны основные принципы лечения герпетического стоматита и наиболее рациональные лечения данного заболевания с использованием средств для местной и общей терапии герпетического стоматита. Приводятся рекомендации о профилактических мероприятиях, препятствующих возникновению и рецидиву данного заболевания. Также в данной статье приводятся литературные данные об этиопатогенезе, клинике и лечении острой и хронической герпетической инфекции.

**Ключевые слова:** ротовая полость, инфекция, герпес, герпетический стоматит, диагностика, лечение, клинические особенности, комплексное лечение, профилактика, прогноз заболевания.

Herpetic stomatitis is an inflammatory disease of the oral mucosa caused by the herpes virus type I or II. The main symptom is the appearance of characteristic painful bubbles and ulcers against the background of weakened immunity. Without adequate treatment, herpes infection becomes chronic and can flow into a more severe form. The spread of the virus leads to damage not only to the skin, but also to the nasal mucosa or genitals. Frequent relapses negatively affect the work of the nervous and cardiovascular system. The article provides information about herpes infection, characterizes various representatives of the herpes virus, describes the pathogenesis of this virus, indicates the classification of the virus, the phases of development of the virus in the human body, the ways of transmission of the disease. The prevalence of herpetic stomatitis in various age groups is reflected. The clinical classification of herpetic stomatitis, the clinic of acute recurrent herpetic stomatitis depending on the severity of the disease is presented. The basic principles of treatment of herpetic stomatitis and the most rational treatment of this disease with the use of funds for local and general therapy of herpetic stomatitis are described. Recommendations on preventive measures preventing the occurrence and recurrence of this disease are given. This article also provides literature data on the etiopathogenesis, clinic and treatment of acute and chronic herpetic infection.

**Key words:** oral cavity, infection, herpes, herpetic stomatitis, diagnosis, treatment, clinical features, comprehensive treatment, prevention, prognosis of the disease.

**Актуальность:** Заболевания слизистой оболочки полости рта занимают хоть и не главенствующее место среди основных стоматологических заболеваний, но по праву могут считаться одними из самых сложных в диагностике и лечении [1]. Это связано, по мнению многих авторов, со многими факторами: прежде всего особенностями строения слизистой оболочки полости рта, возрастными, половыми аспектами, характером питания, проживания, наличием сопутствующей патологии и многие другие [2, 3]. Существование тесной взаимосвязи между проявлениями на слизистой оболочке с наличием соматической патологии, является основной работой не только стоматологов, но и общих и узких специалистов [1, 3, 7].

Анализируя статистические данные литературы, стоматологические заболевания слизистой полости рта занимают 3-5% от числа основных стоматологических заболеваний. Наибольшую распространенность имеют острый герпетический стоматит, хронический рецидивирующий стоматит. В нашей стране подобные исследования по изучению заболеваний СОПР проводились отечественными учеными: Цепелевой А.С. Кыдыкбаевой Н.Ж., Суеркуловым Э.К. [6, 7]

**По распространенности можно выделить следующие цифры.** В возрастном аспекте пик заболеваемости приходится на возраст от 1 до 3-х лет. Это связано, в первую очередь, с исчезновением пассивного иммунитета, полученного от матери к ребенку. Среди детей старшей возрастной группы заболеваемость ниже из-за приобретенного (активного) иммунитета, инфицированность детей этим вирусом в возрасте от 6 месяцев до 5 лет составляет 60%, а к 15 годам – уже 90% [10, 15]. По данным многочисленных авторов вирус герпеса может находиться в любом секрете человека: крови, слюне, выделениях и др. Входными воротами для инфекции являются поврежденные слизистые глаз, полости рта и гениталий [4, 7].

Разнообразие клинических проявлений заболеваний слизистой оболочки вызывает для многих врачей затруднения. Интерес к проявлениям на слизистой оболочке заболеваний объясняется еще и нарастающей распространенностью, повсеместной аллержизацией общества и наличием общей патологии [2, 4]. Также имеются определенные трудности и в дифференциальной диагностике с другими заболеваниями и их проявлениями, а также в лечении.

Все это является основанием искать новые эффективные методы терапии и диагностики. Кроме того, важным остается вопрос о разработке и внедрении противовирусных, иммунокорректирующих, противоаллергических средств, а также использование

современных физиотерапевтических методов лечения [9, 13].

**Клинические особенности острого герпетического стоматита.** В клинике герпетической инфекции выделяют легкую, среднюю и тяжелую формы. А также 5 периодов: *инкубационный, катаральный, период высыпаний (разгара болезни), период реконвалесценции*. В зависимости от выраженности клинических проявлений и выраженности интоксикации герпетическая инфекция может протекать с различными степенями тяжести: *легкая, средняя и тяжелая*.

*Легкая форма герпетического стоматита* протекает почти бессимптомно. Температура тела повышается до 37-37,5 °С. Общее состояние организма удовлетворительное со стороны полости рта имеется небольшая гиперемия и отечность десневого края в местах прорезавшихся зубов. На гиперемизированной поверхности слизистой оболочки выделяются единичные высыпания в виде везикул и мелких эрозий в количестве 3-5. В некоторых случаях наблюдается только катаральный гингивит. Симптомы интоксикации не выражены, это является причиной позднего обращения за помощью в стоматологическое учреждение и причиной распространения инфекции в детских учреждениях.

*Среднетяжелая степень* тяжести герпетического стоматита проявляется выраженными симптомами интоксикации на всем протяжении заболевания, а в продромальный период резкое повышение температуры до 37,5-39 °С. Температура держится несколько дней (2-3 дня), очень тяжело снижается. Ребенок отказывается от приема пищи, капризничает, отмечают в полости рта острые респираторные явления, а также признаки ангины. Морфологические элементы в полости рта проходят следующие стадии развития: пятно – пузырек с прозрачным серозным содержимым – пузырек с мутным (фибринозным) содержимым – участок некроза эпителия по типу папулы, бляшки – эрозия – афта – пятно. Элементы сгруппированы, одновременно при осмотре определяются как первичные, так и вторичные морфологические элементы. Излюбленной локализацией при герпетическом стоматите является язык, губы, щеки, переходные складки, дужки мягкого неба. На скачок подъема температуры появляются новые высыпания. Иногда высыпания появляются вокруг губ, глаз, носа [6, 10].

*Тяжелая форма герпетического стоматита.* В продромальный период у ребенка появляются все признаки острого инфекционного заболевания: высокая температура до 39-40 °С, рвота, диарея, тошнота, головная боль, слабость, носовые кровотечения. Температура ничем не сбивается и держится от 3 до 5 дней.

В полости рта отмечается катаральный гингивит, морфологические элементы сливаются между собой, образуя обширные язвы и эрозии, катаральный гингивит переходит в язвенно-некротический. Отмечается на начальных стадиях повышенное слюноотделение, которое затем сменяется ксеростомией. Слюна выделяется с примесью крови, на губах обширные кровавые корки, напоминающие картину многоформной экссудативной эритемы. Гуморальный иммунитет резко снижен, отмечаются изменения со стороны многих органов и систем. В таком состоянии дети нуждаются в активном наблюдении педиатра и стоматолога и им рекомендуется госпитализация в изолятор инфекционной больницы. Реакция слюны кислая (6, 5), однако, через некоторое время она сменяется на щелочную (8,1-8,5). Период угасания зависит от своевременно проведенного лечения и наличия у ребенка сопутствующих заболеваний, а также наличия в полости рта кариозных зубов, нерационального питания ребенка. Эпителизация элементов поражения наблюдается через 4-5 дней. Длительнее всего сохраняются катаральный гингивит, кровоточивость десен и лимфаденит [13, 15, 16].

*Хронический рецидивирующий герпетический стоматит* (РГС). К основным причинам возникновения этого заболевания относятся местная травма, солнечное облучение, эмоциональные стрессовые факторы, респираторные заболевания, перенесенные накануне, перегревание, переохлаждение. Рецидивы заболевания наблюдаются при бронхите, тонзиллите, заболевании верхних и нижних дыхательных путей. Герпетические высыпания при пневмонии свидетельствуют о тяжести основных заболеваний. По тяжести заболевания делится на легкое, среднетяжелое и тяжелое течение. Поражение герпесвирусной инфекцией СОПР многими учеными считается одним из тяжелых заболеваний в связи с постоянными рецидивами.

Интересным остается факт, что периодические обострения герпесинфекции могут стать предвестниками онкологических заболеваний, сбоя в иммунной системе и могут стать причиной вторичного иммунодефицита. На фоне частых рецидивов развиваются расстройства нервной системы. До настоящего времени остается актуальным вопрос о протекании и осложнениях герпесвирусной инфекции у беременных женщин, которая может привести к рождению недоношенных, мертворождению, выкидышам [8, 13].

Легкая форма РГС характеризуется сравнительно редкими (1-2 раза в 3-4 года) появлениями на СОПР единичных элементов, которые локализуются на излюбленных для каждого пациента местах: сли-

зистая оболочка языка, губ, щек, переходных складках. Общее состояние не страдает. Перед появлением высыпаний ощущается чувство жжения, иногда покраснение. При среднетяжелой форме стоматита рецидивы заболевания наблюдаются обычно 1-2 раза в год. Тяжелая форма РГС характеризуется частыми (4-5 раз в год) рецидивами заболевания. Встречается непрерывно-рецидивирующее течение (перманентная форма), когда на смену эпителизовавшихся или находящихся в стадии эпителизации элементов появлялись новые очаги поражения. При этой форме РГС страдает общее состояние организма: повышение температуры, головная боль, боль в суставах, мышцах, плохой сон и аппетит, чувство разбитости. Количество элементов поражения на СОПР может быть множественным. При этом в мазках, приготовленных из жидкости и клеток основания пузырька, после обработки флуоресцирующей антисывороткой обнаруживают многоядерные гигантские клетки с внутриядерными включениями вируса и его антигена [5, 10]. Дифференциация ВПГ от других морфологически неотличимых вирусов семейства герпеса может быть проведена путем использования метода иммунной электронной микроскопии, который позволяет обнаружить характерные по строению частицы. В ряде случаев данные исследования иногда крайне важны для быстрой дифференциальной диагностики с другими вирусными заболеваниями, сопровождающимися высыпаниями на коже в виде везикул. Из серологических методов идентификации вируса наиболее часто используют реакцию связывания комплемента (РСК).

**Методы диагностики герпетического стоматита.** Диагноз острого герпетического стоматита и хронического рецидивирующего стоматита ставится на основании анамнестических данных, данных клинической картины, течения болезни и данных лабораторных исследований.

Дополнительные методы исследования, в виде лабораторных методов, могут помочь при затруднении в постановке диагноза, наличии затяжного течения и генерализованных нетипичных форм.

Использование вирусологических и серологических методов диагностики затруднено.

Для таких целей используются следующие методы диагностики:

- Вирусологическое исследование;
- Иммунофлуоресцентный анализ;
- Молекулярно-генетический (ПЦР);
- Микроскопический анализ;
- Серологический;
- Исследования цереброспинальной жидкости;
- Инструментальная диагностика;

- Иммуноцитохимия;
- Клинический анализ крови и мочи [12].

**Микроскопический анализ** – проводится не раньше второго дня болезни. Под микроскопом исследуются мазки, взятые с поражённой слизистой, чтобы определить причину заболевания. Кроме того, этот метод позволяет идентифицировать возбудителей патологического процесса и определить чувствительность микроорганизмов к антибактериальным средствам. Это методы, которые широко применяются в бактериологических, гистологических, цитологических и других исследованиях. Микроскопические методы исследования включают в себя приготовление мазков и препаратов для микропирования. В большинстве случаев результаты микроскопических исследований носят ориентировочный характер, так как многие микроорганизмы лишены явных морфологических внешних и внутренних особенностей.

**Иммунофлюоресцентный анализ (ИФА)** – проводится в период появления высыпаний, он позволяет определить количество антигенов в крови. Этот метод имеет большой процент совпадений поданным иммунофлюоресценции с результатами вирусологических и серологических исследований. Материалом для исследования служат суспензии вирусов и поражённых ими клеток. Также исследуют образцы крови, костного мозга, тонкие тканевые срезы смывы. Прямой ИФА с добавлением антител, помеченных флюоресцентным красителем, непосредственно в исследуемый образец. Непрямой ИФА – в исследуемый образец добавляются антитела первого порядка, а затем второго, которые позволяют проявлять активность первых. Именно добавление вторых антител даёт флуоресцентное свечение. Результаты описываются в так называемых «крестах» (от одного до четырёх) – субъективная градация исследователем степени выраженности реакции. Недостатками всех видов ИФА является ограниченная чувствительность из-за наличия возможных перекрёстных реакций.

**Молекулярно-генетический метод (ПЦР)** – проводится в острый период, метод помогает определить генотип вируса и верно подобрать способ лечения. Метод позволяет добиться значительного увеличения малых концентраций определенных фрагментов нуклеиновой кислоты (ДНК и РНК) в биологическом материале. ПЦР даёт возможность существенно ускорить и облегчить диагностику наследственных и вирусных заболеваний. Нужный ген амплифицирует с помощью ПЦР с использованием соответствующих праймеров, а затем секвенирует. Вирусные инфекции можно сразу обнаружить после заражения, за недели или месяцы (в зависимости от величины инкубационного периода) до того, как проявятся симптомы

заболевания. В последнее время ПЦР все чаще используется для исследования различных свойств патогенных микроорганизмов, в том числе и вирусов, для выявления устойчивости отдельных видов возбудителей к определенным лекарственным препаратам. Для подобного анализа обычно используют ДНК и РНК выделенного вируса.

**Вирусологическое исследование** – проводится в острый период болезни, метод используется для обнаружения клетки вируса и антигенов в крови. Вирусологические методики основаны на чистом выделении вирусных микроорганизмов и их конкретных штаммов, за чем следует их прикрепление к клеточным структурам в лабораторных условиях. Далее идет определение вируса с помощью ПЦР или других реакций. Метод требует значительных ресурсов, довольно длительный и трудоемкий. Его ценность заключается в получении эпидемиологических данных и основе научных работ, т.е. детальное изучение вируса, частоты его распространения позволяет прогнозировать эпидемическую картину, создавать вакцины.

**Серологический тест** – проводится на 7-10 день болезни, чтобы выяснить срок заболевания. Это ретроспективное исследование, которое даёт точные данные относительно стадии процесса, степени активности и типа возбудителя. Используется для эпидемиологических целей. Исследования Серопревалентности проводятся в целях определения масштабов распространения инфекции в изучаемой популяции путем оценки уровня антител.

**Исследование цереброспинальной жидкости** – может потребоваться при осложнениях, чтобы подтвердить поражение центральной нервной системы. Показаниями к исследованию ЦСЖ являются подозрения на наличие патологического процесса в ЦНС (нейроинфекция, кровоизлияние, инфаркт, воспалительные, дегенеративные, демиелинизирующие заболевания и др.) Наиболее часто для этих целей используют люмбальную пункцию, для выполнения которой должны быть строго обоснованные показания, такие как острая головная боль или лихорадка, положительные менингеальные симптомы, гиперестезия, тошнота, рвота, интоксикационный синдром, остро развивающаяся очаговая неврологическая симптоматика, судороги или острое нарушение уровня сознания, поведения.

**Инструментальная диагностика** – УЗИ, КТ, МРТ, электроэнцефалография (ЭЭГ), рентгенография, электрокардиография (ЭКГ), офтальмоскопия. Все инструментальные методы, которые используются на практике, можно поделить на две большие группы: инвазивные и неинвазивные. Неинвазивные – это те, которые не сопровождаются нарушением целостности покровных тканей и подразделяются на

Рентгенологические (рентгенография, рентгеноскопия, ангиография, флюорография), эндоскопические, ультразвуковые, радиоизотопные, магниторезонансные, функциональные (ЭКГ, электроэнцефалография, спирография и др.). Инвазивными называются методы, сопровождающиеся нарушением целостности кровеносных тканей: пункции, биопсии, полостные вмешательства, а также контрастные рентгеновские методы с введением контраста в сосудистое русло.

**Клинический анализ крови и мочи** – проводится для определения осложнений. Для оценки функции кроветворения определяют количество эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов и других клеток крови. Анализ дополняется более детальным подсчетом характеристик различных видов лейкоцитов – лейкоцитарной формулой – она имеет большое значение в диагностике инфекционно-воспалительных заболеваний. Еще одним важным клинико-лабораторным маркером, отражающим воспалительный процесс в организме, является скорость оседания эритроцитов (СОЭ). Показатели взаимосвязаны и непостоянны, они должны быть оценены в динамике.

**Биохимический анализ крови** – проводится в острый период для определения, поражены ли внутренние органы. Позволяет оценить работу внутренних органов (печени, почек, поджелудочной железы, желчного пузыря), выявить активный воспалительный процесс, отражает ряд показателей белкового, углеводного, липидного и минерального обмена.

**Иммунохимические анализы** – методы исследования, среди которых непрямой иммуноферментный анализ. С его помощью определяют титры специфических антител к вирусу. С помощью данного морфологического метода выявляются элементарные тельца, внутриклеточные включения. Кроме того, с помощью данного метода возможно определить видовую и группоспецифическую идентификацию вируса и антител в сыворотках людей, переболевшими вирусом герпеса. С этой целью используют реакцию нейтрализации, РСК, реакцию гемагглютинации, задержки гемагглютинации, диффузионной преципитации, торможения гемадсорбции. При иммуноферментном методе происходит присоединение фермента к антителам с последующим образованием комплекса фермент – антитело – антиген, который выявляют в клетке с помощью цитохимической реакции на фермент (пероксидазу, щелочную и кислую фосфатазу, глюкозооксидазу). Метод используют с диагностической целью для выявления вирусных антигенов в культурах клеток, мазках-отпечатках, криостатных срезах, а также для изучения тонкой структуры антигенов вируса, патогенеза вирусных болезней и др.

**Лечение герпетического стоматита.** По мнению многочисленных литературных данных [1,3,5,6, 7] при лечении герпетического стоматита важно распознать тяжесть заболевания.

Лечение пациентов с легкими и среднетяжелыми степенями тяжести герпетического стоматита проводится амбулаторно, но под контролем специалиста. Тяжелое течение, особенно с поражением органов и систем, подвергается госпитализации. В целом лечение герпетического стоматита включает местную, общую терапию, соблюдение диеты, режима труда и отдыха.

Режим должен быть щадящим, в некоторых случаях постельный. На момент болезни исключить посещение дошкольных и школьных учреждений, торговых точек и др. Герпетический стоматит – заболевание с повышенной контагиозностью, поэтому прогулки на свежем воздухе должны быть вдали от других детей.

Пища должна быть высокоусваиваемой, при отказе от еды из-за резкой болезненности афт и эрозий, не нужно настаивать, главное обеспечить прием обильного питья в целях профилактики обезвоживания. Количество выпитой жидкости должно быть не менее 1,5-2 л в сутки.

Помещение, где находится больной герпетическим стоматитом, должно хорошо проветриваться, необходима ежедневная влажная уборка. А также необходимо отрегулировать полноценный сон ребенка.

При высоком подъеме температуры, свыше 38,5 °С необходимо применить жаропонижающие и болеутоляющие средства (парацетамол, ибупрофен с учетом возрастной дозировки). Лихорадка свыше 39,5 °С сбивается у всех с применением всех доступных методов [8, 9, 10].

Местная терапия герпетического стоматита осуществляется при выполнении следующих задач:

- Снять боль в полости рта;
- Предупредить реинфекцию;
- Ускорить эпителизацию.

С первых дней заболевания герпетического стоматита, учитывая этиологию заболевания, необходимо начать противовирусное лечение. Противовирусная терапия должна быть общей и местной. С этой целью применяют *бонафтоновую мазь, теброфеновую мазь, мази ацикловир, виферон, герпферон, алпизарин* и другие противовирусные средства. Применять эти препараты надо многократно (5-6 раз в сутки). Обрабатывают как элементы поражения, так и здоровые близлежащие ткани. В период угасания заболевания противовирусные препараты заменяют на противовоспалительные и регенерирующие, кератопластические средства. Самым важным в этот период является назначение антисеп-

тиков, обладающих слабым действием, кератопластических средств. К ним можно отнести: *раствор витамина А, облепиховое масло, масло семян шиповника, мазь с метилурацилом, солкосерил, актовегин и др.*

По данным литературы патогенетически обоснованным считается назначение иммуномодулирующих препаратов, таких как имудон, полиоксидоний, лизобакт и др. [3,5].

В зависимости от тяжести заболевания, характера течения заболевания герпетическая инфекция может протекать по различным сценариям: *стрепто-стафилококковые поражения (пиодермии), язвенный гингивостоматит Венсана.* В этой связи, комплексное лечение герпетического стоматита будет иметь особенности. Лечение пиодермий включает удаление гнойных, сукровичных корок и комплексную обработку слизистой оболочки. Вначале корки размягчают, затем промывают антисептиками, накладывают ферменты и уже на очищенную поверхность воздействуют антибактериальными средствами: линкомициновая мазь, неомициновая, эритромициновая, дерматоловая мазь. При наличии аллергии или непереносимости к какому-нибудь препарату или компоненту, антибактериальные мази используют в сочетании с глюкокортикоидными мазями (фторокорт, глюкоксизон, лоринден, флуцинар) [7, 9]. В схему лечения язвенного стоматита включается симптоматическая терапия.

**Схема лечения острого герпетического стоматита (местная и общая терапия).** Местное лечение направлено на обезболивание перед приемом пищи перед обработкой слизистой оболочки полости рта. Используют *5-10% взвесь анестезина на персиковом масле, гель камистад.* Хороший эффект дает обработка растворами ферментов: *трипсин, химотрипсин, химопсин, рибонуклеаза, лизоамидаза.* Для антисептической обработки используют *раствор калия перманганата, 1% перекись водорода, 0,02% раствор хлоргексидина, раствор фурацилина.* Этиотропные препараты (противовирусные) назначаются в период высыпаний: *0,25% оксолиновая, 0,25-1% теброфеновая, 1% бонафтоновая, Виферон.* Для лучшей кератизации в период угасания хорошо зарекомендовали себя *масло облепихи, масло шиповника, аэкол, актовегин* [13,14].

**Общее лечение** включает в себя прием жаропонижающих, болеутоляющих средств: *парацетамол, эффералган, панadol, цефекон, нурофен.* Пациентам также назначают антигистаминные препараты: *тавегил, диазолин, супрастин, фенкарол, лоратадин.*

Из противовирусных системно назначаются *ацикловир, бонафтон, аллизарин, циклоферон, интерферон.*

**Лечение осложнений острого герпетического стоматита.** Лечение пиодермий включает удаление гнойных корок и обработку слизистой оболочки. Корки удаляют после аппликационной анестезии, предварительно размягчив их с помощью 1% раствора перекиси водорода. Слизистую оболочку рта, эрозивные поверхности тщательно промывают антисептическими средствами, обрабатывают протеолитическими ферментами, а затем смазывают антибактериальными средствами, например, 2%-ной линкомициновой, 2%-ной неомициновой, эритромициновой (10 000 ЕД в 1 г), 10%-ной дерматоловой и другими мазями. При наличии в анамнезе аллергических реакций на антибиотики в антибактериальные мази добавляют кремы с глюкокортикоидами (фторокорт, флуцинар, лоринден глюкоксизон и др.) [9, 14]. Лечение язвенного гингивостоматита Венсана – симптоматическое. Уход за ребенком с острым герпетическим стоматитом Заболевшего ребенка необходимо изолировать от окружающих детей и сообщить о заболевании в детское учреждение, если ребенок его посещает. В целях прекращения распространения инфекции в детских учреждениях необходимо проводить дезинфекции помещений, предметов обихода, игрушек 3%-ным раствором хлорамина Б\*, а также кварцевания помещений. Всем детям, находившимся в контакте с заболевшими, смазывают слизистые оболочки носа и рта 0,25%-ной оксолиновой мазью или закапывают в нос раствор человеческого лейкоцитарного интерферона, а также дают внутрь аскорбиновую кислоту в течение 5 дней. Больному выделяют отдельную посуду, постель, полотенце. Ему необходимо соблюдать постельный режим, выполнять все предписания врача. Получать специальное питание. Рекомендуются свежие овощные отвары на мясном или рыбном бульоне, куда добавляют размельченное вареное мясо или рыбное или куриное филе, вареные овощи. Полезны теплое нежирное молоко и кисломолочные продукты, яйца всмятку [5, 7]. В пищу больного можно включать свежеприготовленные нераздражающие соки из овощей и фруктов (например, смесь морковного, капустного и яблочного соков). Рекомендуется обильное питье, химически и механически щадящая пища. Перед едой слизистую оболочку полости рта следует обезболить. Для этого осторожно смазывают вначале губы, а затем пораженные участки слизистой оболочки рта анестезиновой эмульсией. Эмульсию наносят на губы указательным пальцем, обернутым ватой. После еды полость рта необходимо освободить от остатков пищи, прополоскав рот теплой кипяченой водой. Маленьким детям голову слегка опускают голову вниз и из резинового баллончика промывают рот.

Выбор тактики терапии хронического рецидивирующего герпеса зависит от периода заболевания, тяжести течения и также включает местное и общее лечение [4, 6]. Благоприятный исход лечения острой и хронической герпетической инфекции во многом зависит от своевременно начатого комплексного лечения и сочетания медикаментозных фармакологических средств и физиотерапевтических процедур. Среди них наибольшее распространение для лечения герпесинфекции получили дарсонвализация, УФО, ГБО-терапия, ультрафонофорез, лазерное излучение. Интересным по влиянию на патогенетические механизмы герпетической инфекции является применение лазерного облучения аппаратом ERIS™10. Это диодный лазер с длиной волны 940 нм.

Сочетание короткого импульса и большой мощности позволяет уменьшить температурное повреждение при воздействии и снизить болевые ощущения. При этом воздействие лазером оказывает противовоспалительный, противоотечный эффект, нормализует микроциркуляцию, снижает проницаемость сосудов, стимулирует метаболизм и повышает содержание кислорода в тканях, стимулирует регенерацию, оказывает нейротропное, анальгезирующее, миорелаксирующее, десенсибилизирующее, бактериостатическое, бактерицидное действие [10]. Лазерная терапия в отличие от известной комплексной относится к патогенетически обоснованной. В этой связи разработка новых методик лечения герпетического стоматита с использованием лазерного аппарата, является актуальной и своевременной проблемой.

#### Литература:

1. Баринский И.Ф. и др. Герпес (этиология, диагностика, лечение). - М., 1986. - 270 с.
2. Борк К. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение. Атлас и рук-во / К. Борк, В. Бургдорф, Н. Хеде. - М., 2011.
3. Данилевский Ф.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Ф.М. Данилевский и др. - М., 2001.
4. Камышников В.С. О чем говорят медицинские анализы. Справочное пособие. - Минск, 1997. - 199 с.
5. Ланге Д.Е. Клиническая стоматология. - 1999. - №4. - С.44-47.
6. Луцкая И.К. Диагностический справочник стоматолога: 2-е изд. - М., 2010. - 361 с.
7. Луцкая И.К., Мартов В.Ю. Лекарственные средства в стоматологии. - М., 2013. - 374 с.
8. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство / под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой. - М., 2010. - 896 с. (Серия «Национальные руководства»).
9. Персин Л.С. Стоматология детского возраста. - Изд. 5-е, перераб. и доп. / Л.С. Персин, В.М. Елизарова, С.В. Дьякова. - М.: Медицина, 2003. - 640 с.: ил. (Учеб. лит. для студентов мед. вузов).
10. Справочник по детской стоматологии / под ред. А.Камерона, Р. Уидмера; пер. с англ. / под ред. Т.Ф. Виноградовой, Н.В. Гинали, О.З. Топольницкого. - 2-е изд., испр. и перераб. - М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 392 с.: ил. 4.
11. Виноградова Т.Ф. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей / Т.Ф. Виноградова, О.П. Максимова, Э.М. Мельниченко. - М.: Медицина, 1983. - 208 с.: ил. 5.
12. Избранные доклады и лекции по стоматологии / Вступит. ст. акад. РАМН Е.И. Соколова. - М., 2000. - 140 с.
13. Суеркулов Э.С., Юлдашева Г.И., Мамыралиев А.Б., Джумаев А.Т., Юлдашев И.М., Бигишиев М.П. Состояние антиоксидантной защиты и перекисного окисления липидов у детей с хроническими рецидивирующими герпетическими стоматитами, гингивитами на фоне врожденных расщелин губы и неба / Вестник. -2015. - №4. - С. 56-59.
14. Мельниченко Э.М. Рецидивирующий герпетический стоматит у детей: Автореф. дис. ... д.м.н. - М., 1986. - 38 с.
15. Application of the International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology. Third edition. - World Health Organization, Geneva, 1995.
16. Wood N.R., Goaz P.W. Differential Diagnosis of Oral and Maxillofacial Lesions. - 1997.