

Тема: Острый герпетический стоматит у детей. Этиология, патогенез, клинические проявления. Диагностика, лечение, профилактика.

Количество занятий: 2

Общее время занятий: 10 часов

Мотивационная характеристика темы: Герпетическая инфекция человека в настоящее время является одной из самых часто встречающихся. Вирусом простого герпеса инфицировано до 95% населения мира. Вирус простого герпеса способен поражать практически все органы и системы человека, вызывая при этом различные клинические формы инфекции. Среди заболеваний слизистой оболочки полости рта ведущая роль принадлежит патологии герпетической природы. Наиболее часто диагностируется острый герпетический стоматит (ОГС), который составляет 85% всех заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) у детей. Поскольку герпесвирусная патология представляет не только медицинскую, но и социальную проблему, знание клинических проявлений, методов диагностики, лечения и профилактики герпетической инфекции в полости рта необходимо для врачей-стоматологов.

Цель: научиться диагностировать ОГС, оценивать клинические проявления, проводить дифференциальную диагностику заболевания, прогнозировать возникновение рецидивирующего герпетического стоматита у детей, осуществлять общее и местное лечение ОГС, профилактические и противозидемические мероприятия.

Задачи занятия

В результате освоения теоретической части данной темы студент должен **знать:**

1. Этиологию острого герпетического стоматита у детей.
2. Патогенетические и иммунологические механизмы развития острого герпетического стоматита.
3. Морфологические изменения слизистой оболочки полости рта, характерные для герпетической инфекции.
4. Клинические проявления острого герпетического стоматита у детей.
5. Основные и дополнительные методы диагностики герпетической инфекции.
6. Особенности патогенеза и клинического течения острой герпетической инфекции у детей группы риска возникновения рецидивирующего герпетического стоматита и у новорожденных.
7. Принципы этиологического, патогенетического и симптоматического лечения острого герпетического стоматита у детей.
8. Тактику лечения ОГС у детей группы риска возникновения рецидивирующего герпетического стоматита.
9. Правила экспертизы временной нетрудоспособности родителей по уходу за больным ребенком

В ходе выполнения практической части занятия студент должен **уметь:**

1. Выяснить жалобы и собрать анамнез заболевания у ребенка и родителей.
2. Провести клиническое обследование ребенка.
3. Провести дифференциальную диагностику ОГС.
4. Сформулировать диагноз с учетом жалоб, анамнеза и клинического течения заболевания.
5. Составить план комплексного лечения ребенка, больного ОГС.
6. Провести местное и общее лечение ребенка.
7. Заполнить прогностическую таблицу возникновения рецидивирующего герпетического стоматита.

8. Выписать рецепты необходимых лекарственных препаратов, применяемых для лечения ребенка с ОГС.
9. Оформить листок временной нетрудоспособности родителям, провести беседу с ними о причине заболевания.
10. Оформить амбулаторную историю болезни.
11. Осуществлять диспансерное наблюдение.
12. Дать рекомендации по режиму, эпидемиологическому режиму и профилактике герпетической инфекции.

Требования к исходному уровню знаний. Студент должен иметь достаточный уровень базовых знаний из смежных дисциплин. Для лучшего усвоения темы студенту необходимо повторить:

- из *микробиологии* - характеристику возбудителей вирусных заболеваний;
- *вирусологии* – методы диагностики вирусных заболеваний;
- *патологической физиологии* – патофизиологические процессы воспаления СОПР;
- *стоматологии детского возраста* – возрастные особенности слизистой оболочки полости рта у детей;
- из *фармакологии* – лекарственные препараты, применяемые при лечении вирусных заболеваний в полости рта.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин

1. Назовите первичные элементы поражения слизистой оболочки полости рта у детей:
 - пятно;
 - трещина;
 - узелок;
 - афта;
 - бугорок;
 - эрозия;
 - гнойничок;
 - волдырь.
2. Назовите вторичные элементы поражения слизистой оболочки полости рта у детей;
 - пятно;
 - трещина;
 - узелок;
 - афта;
 - бугорок;
 - эрозия;
 - гнойничок;
 - язва.
3. Назовите возбудителя острого герпетического стоматита:
 - ДНК-содержащий вирус герпеса человека 4 типа, вирус Эпштейн-Барра;
 - РНК-содержащий энтеровирус Коксаки;
 - ДНК-содержащие аденовирусы;
 - ДНК-содержащий вирус простого герпеса 1 и 2 типа.
4. Назовите препарат, обладающий противовирусным действием:
 - телфаств;
 - аугментин;

- флюконазол;
- панадол;
- ацикловир.

5. Транскрипция вирусной ДНК происходит:

- в ядре клетки;
- в цитоплазме клетки.

6. Назовите препарат, обладающий гипосенсибилизирующим действием:

- парацетамол;
- низорал;
- фенкарол;
- герпевир;
- сумамед.

Контрольные вопросы по теме занятия

1. Этиология острого герпетического стоматита у детей.
2. Патогенез острого герпетического стоматита у детей.
3. Клинические проявления острого герпетического стоматита у детей:
 - а) легкая форма ОГС;
 - б) среднетяжелая форма ОГС;
 - в) тяжелая форма ОГС.
4. Особенности клинической картины острой герпетической инфекции у детей группы риска возникновения рецидивирующего герпетического стоматита.
5. Особенности клинической картины острого герпетического стоматита у новорожденных.
6. Клиническая и лабораторная диагностика острого герпетического стоматита у детей.
7. Прогнозирование возникновения рецидивирующего герпетического стоматита у детей.
8. Принципы лечения острого герпетического стоматита.
9. Лекарственные препараты для общего и местного лечения острого герпетического стоматита у детей.
10. Профилактика герпесвирусного стоматита.
11. Противоэпидемические мероприятия при ОГС у детей.
12. Вклад сотрудников кафедры в изучение герпесвирусной патологии у детей.

УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

Герпетическая инфекция относится к числу самых распространенных и плохо контролируемых инфекций человека. Вирус простого герпеса (ВПГ) вызывает различные заболевания центральной и периферической нервной системы, печени и других паренхиматозных органов, глаз, кожи, слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, половых органов, а также имеет определенное значение во внутриутробной патологии плода. Нередко наблюдается сочетание различных клинических форм герпетической инфекции.

Одной из распространенных форм герпетической инфекции является острый герпетический стоматит. ОГС занимает первое место среди всех поражений слизистой оболочки полости рта и входит в лидирующую группу среди всех инфекционных заболеваний детского возраста.

Болеют ОГС дети различных возрастных групп, однако наиболее часто ОГС встречается у детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет. Это объясняется тем, что в этом возрасте у детей исчезают антитела, полученные от матери через плаценту. Кроме этого, имеют значение морфологические особенности строения СОПР в этом возрасте: высокая проницаемость гистогематических барьеров, тонкий эпителиальный покров, невысокий

уровень гликогена и нуклеиновых кислот, рыхлость базальной мембраны, низкая дифференциация волокнистых структур соединительной ткани, обильная васкуляризация. В результате становления иммунной системы в развивающемся организме ребенка характерны отсутствие зрелых систем специфического иммунитета, низкий уровень реакций клеточного иммунитета, высокое содержание тучных клеток и их низкая функциональная активность. Проявление герпетической инфекции в виде острого герпетического стоматита у детей связано также с частыми естественными нарушениями целостности слизистой оболочки полости рта в результате прорезывания зубов.

Патогенетические аспекты герпесвирусной инфекции слизистой оболочки полости рта, а также вопросы диагностики, лечения и профилактики острого герпетического стоматита у детей отражены в учебно-методических пособиях:

1. Герпесвирусы в патологии челюстно-лицевой области у детей: учеб.- метод. пособие / В.П.Михайловская, Т.В.Попруженко, Т.Г.Белая. – 2-е изд. – Минск : БГМУ, 2009. – 75с.
2. Герпесвирусы в патологии челюстно-лицевой области у детей: учеб.-метод. пособие / В.П.Михайловская, Т.В.Попруженко, Т.Г.Белая. – Мн.:БГМУ, 2005.-68с.

Патологические эффекты при вирусных заболеваниях являются совокупным результатом прямого воздействия вирусов на организм хозяина и повреждения тканей при иммунном ответе. Инфицирование вирусом происходит при передаче вируса с биологическими средами воздушно-капельным, контактным, трансплацентарным, гемотрансфузионным и половым путями.

Вопросы **патогенеза ОГС** по-прежнему остаются предметом дальнейшего изучения. Во всех случаях вирусная инфекция начинается с адсорбции вирусных частиц и проникновения вируса в клетку. Вирус простого герпеса (ВПГ) является ДНК-содержащим, относится к группе нейротропных. Патологическое воздействие его на организм при ОГС проявляется в виде симптомов интоксикации нервной системы: вялости, сонливости или повышенной возбудимости. Характерны беспокойное поведение, раздражительность, тошнота, рвота, повышение температуры, снижение или потеря аппетита, головная боль, боль в мышцах, глазных яблоках, крупных суставах, адинамия и т.д.

Заболевание имеет пять периодов: инкубационный, продромальный, период развития/разгара болезни, угасания и клинического выздоровления. Инкубационный период ОГС длится от 2 до 26 суток (в среднем 6-12 дней).

После попадания вируса в организм ребенка происходит размножение его в клетках местных тканей и близлежащих лимфатических образованиях. Это согласуется с особенностями клинического развития заболевания, когда появлению элементов поражения предшествует лимфаденит разной степени выраженности. Наиболее часто регионарный лимфаденит наблюдается при тяжелом и среднетяжелом течении стоматита. В процесс обычно вовлекаются подчелюстные лимфатические узлы, но иногда обнаруживается воспалительная реакция и шейных лимфоузлов. Лимфаденит при ОГС предшествует высыпаниям элементов поражения в полости рта, сопутствует всему течению болезни и остается еще на 7-10 дней после полной эпителизации элементов.

Дальнейшие пути распространения внедрившегося вируса в организме сложны и недостаточно исследованы. Однако существует ряд доказательств распространения ВПГ по организму лимфогенным, гематогенным и неврогенным путями.

Если защитные силы организма не могут справиться с возбудителем, то уже в инкубационном периоде наблюдается *первичная вирусемия*, т.е. выход вируса в кровяное русло. Вирус диссеминирует во все органы и ткани по току крови, определенные порции вируса выводятся с мочой. Проникновение ВПГ в органы и ткани через барьер капилляров осуществляется путем диапедеза. Оседая в печени, селезенке, других органах и тканях, вирус быстро размножается. Возникают поражения тканей по типу очагов некроза.

После усиленного размножения в указанных органах вирус выбрасывается в кровь в высоких концентрациях (при генерализованном герпесе концентрация вируса может достигать 10^6 инфекционных единиц на 1 мл крови). Это состояние называется *вторичной*

вирусемией. Она наблюдается в продромальном периоде болезни и в первые дни ее разгара. Во время вторичной вирусемии вирусы устремляются к коже, слизистым оболочкам, где продолжается их внутриклеточное размножение. При вирусемии ВПГ чаще всего обнаруживается в лейкоцитах. С периодом вторичной вирусемии связаны явления интоксикации, поражение тканей экто-, мезо- и энтодермального происхождения во внутренних органах: в печени, селезенке, легких, желудочно-кишечном тракте и т.д.

При герпетической инфекции происходит нарушение гомеостаза в виде дисбаланса свертывающей и антисвертывающей систем крови. Этот патогенетический аспект согласуется с отчетливо выраженным симптомом кровоточивости слизистой оболочки полости рта, десен, а иногда и носа при остром герпетическом стоматите. Патологические изменения гомеостаза могут приводить к внутрисосудистому тромбообразованию. Предполагают, что некротические участки в органах и тканях при герпетической инфекции возникают в результате как непосредственного разрушения клетки вирусом, так и вследствие капиллярного тромбообразования. В эпителии слизистой оболочки развивается ретикулярная и баллонирующая дегенерация, результатом которой является внутриэпителиальный некроз. Появлению участков поверхностного некроза в полости рта в виде папул или бляшек (сухой некроз), существующих кратковременно пузырьков с прозрачным или мутным содержимым (влажный некроз) нередко предшествуют пятна геморрагий.

С вирусным поражением стволовых клеток, участвующих в процессах синтеза коллагена, связывают нарушения в синтезе соединительной ткани стенок капилляров и геморрагические явления в области герпетического поражения.

ВПГ способен вызывать состояние иммунодепрессии в организме, которое проявляется в изменении показателей естественного иммунитета в различные периоды болезни у детей со стоматитом.

Клинические проявления острого герпетического стоматита у детей

Тяжесть ОГС оценивается на основании совокупности симптомов общего (степень интоксикации) и местного (выраженность поражений слизистой оболочки полости рта) характера. В зависимости от степени тяжести и продолжительности изменений общего состояния и СОПР различают *легкую, среднетяжелую и тяжелую форму* острого герпетического стоматита.

Легкая форма ОГС характеризуется отсутствием выраженных симптомов интоксикации организма. Инкубационный период клинически не проявляется. Продромальный период начинается с подъема температуры тела до 37-37,5⁰С. Общее состояние ребенка вполне удовлетворительное. В редких случаях обнаруживаются незначительные явления воспаления слизистой оболочки полости носа, верхних дыхательных путей. В полости рта возникает гиперемия, отек, главным образом, в области десневого края фронтальных зубов (локализованный катаральный гингивит). Иногда гиперемия усиливается, появляется кровоточивость десен, а элементы высыпания не появляются (катаральный тип ОГС). Появлению высыпаний предшествует регионарный лимфаденит. В большинстве случаев через 1-2 дня на фоне усиливающейся гиперемии в полости рта появляются одиночные или сгруппированные элементы поражения, число которых обычно не превышает пяти. Высыпания однократные. Длительность периода развития болезни 1-2 дня. Период угасания болезни более длительный. В течение 1-2 дней элементы высыпания приобретают «мраморную» окраску, края и центр их размываются, вокруг появляется венчик гиперемии и они приобретают вид обычной афты. Элементы поражения уже менее болезненны. После эпителизации элементов в течение 2-3 дней сохраняются явления катарального гингивита, особенно в области фронтальных зубов верхней и нижней челюстей. Лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов в период выздоровления также сохраняется в течение 7-10 дней. У детей с этой формой заболевания, как правило, отсутствуют изменения в крови, иногда только к концу болезни появляется незначительный лимфоцитоз.

Естественный иммунитет при легкой форме страдает незначительно, а в период клинического выздоровления защитные силы организма ребенка находятся на уровне таковых у здоровых детей, т.е. при легкой форме ОГС клиническое выздоровление означает полное восстановление нарушенных защитных сил организма.

Среднетяжелая форма ОГС характеризуется достаточно четко выраженными симптомами интоксикации и поражением слизистой оболочки полости рта. Уже в продромальном периоде ухудшается самочувствие ребенка, появляются слабость, капризы, ухудшение аппетита, возможны катаральная ангина или симптомы ОРВИ. Подчелюстные лимфатические узлы увеличиваются, становятся болезненными. Температура повышается до 37-37,5⁰С. По мере нарастания болезни, в период развития заболевания, температура достигает 38-39⁰С, появляется головная боль, тошнота, бледность кожных покровов. На пике подъема температура тела, на гиперемированной и отечной слизистой оболочке появляются элементы поражения как в полости рта, так и нередко на коже лица околоротовой области. В полости рта обычно от 10 до 25 элементов поражения. В этот период усиливается саливация, слюна становится вязкой и тягучей. Отмечается ярко выраженное воспаление и кровоточивость десен в области всех зубов.

После высыпания элементов поражения температура тела обычно снижается до 37-37,5⁰С. Однако высыпания нередко рецидивируют, что совпадает со следующим подъемом температуры тела до прежнего уровня. Ребенок не ест, плохо спит, нарастают симптомы интоксикации. При осмотре полости рта можно видеть элементы поражения, находящиеся на разных стадиях клинического и морфологического развития – бляшки, эрозии, афты, пятна (ложный полиморфизм). При неблагоприятных условиях происходит слияние эрозий с образованием обширных зон некроза, развивается язвенно-некротический гингивит. Отмечается повышение СОЭ до 20мм/ч, лейкопения, иногда незначительный лейкоцитоз. Уровень палочкоядерных нейтрофилов и моноцитов обычно в пределах верхних границ нормы, выявляется лимфоцитоз и плазмоцитоз.

Продолжительность периода угасания болезни зависит от степени сопротивляемости организма ребенка, наличия кариозных зубов, рациональной терапии. Эпителизация элементов поражения затягивается до 4-5 дней. Дольше всего сохраняются гингивит, резкая кровоточивость десен и подчелюстной лимфаденит.

В период разгара заболевания наблюдаются статистически достоверные нарушения естественного иммунитета. Отмечается резкое снижение факторов гуморальной защиты. В период клинического выздоровления не происходит полного восстановления гуморальных и клеточных факторов иммунитета организма ребенка.

Тяжелая форма ОГС встречается значительно реже легкой и среднетяжелой, так как обусловлена выраженным иммунодефицитом. В продромальный период у ребенка имеются все признаки начинающегося острого инфекционного заболевания: адинамия, головная боль, кожно-мышечная гиперестезия, артралгия и др. Нередки симптомы поражения сердечно-сосудистой системы: бради- или тахикардия, приглушение тонов сердца, артериальная гипотония. У некоторых детей отмечаются носовые кровотечения, тошнота, рвота, отчетливо выраженный лимфаденит не только подчелюстных, но и шейных лимфатических узлов.

В период развития болезни температура тела повышается до 39-40⁰С. У ребенка появляется апатия, скорбное выражение лица, глаза страдальчески западают. Может быть нерезко выраженный насморк, покашливание, несколько отечные и гиперемированные конъюнктивы глаз. Губы сухие, яркие, запекшиеся. Слизистая оболочка полости рта отечна, ярко гиперемирована, резко выраженный генерализованный гингивит.

Через 1-2 суток в полости рта начинают появляться элементы поражения — до 25. Высыпания в виде сгруппированных герпетических пузырьков возникают на коже околоротовой области, век, мочках ушей; на пальцах рук развиваются паронихии. Высыпания в полости рта рецидивируют многократно, поэтому в разгар болезни у ребенка можно насчитать до 100 элементов поражения, находящихся на разных стадиях развития. Элементы сливаются, образуя обширные участки некроза слизистой оболочки. Поражаются

не только губы, щеки, язык, мягкое и твердое небо, но и десневой край. Катаральный гингивит переходит в язвенно-некротический. Отмечается гнилостный запах изо рта, обильное слюнотечение с примесью крови. В секрете из носа и гортани обнаруживаются прожилки крови, иногда отмечаются выраженные носовые кровотечения. В крови детей с тяжелой формой ОГС обнаруживаются лейкопения со сдвигом лейкоцитарной формы влево, эозинофилия, единичные плазматические клетки, юные формы нейтрофилов (выявляется токсическая зернистость). Период угасания длится долго, зависит от длительности предыдущего периода, состояния соматического здоровья ребенка, уровня гигиены полости рта, своевременности и правильности лечения.

Гуморальные факторы естественного иммунитета организма в период разгара болезни резко угнетены, их активность не восстанавливается спустя несколько недель после клинического выздоровления.

Диагностика риска рецидивов герпетической инфекции

По данным Э.М.Мельниченко, у каждого 7-8 ребенка ОГС переходит в хроническую рецидивирующую форму с периодическими обострениями. Поскольку эти дети нуждаются в профилактике рецидивов ХРГС, большое значение придается диагностике уровня риска рецидивов герпетической инфекции еще в остром периоде заболевания.

Основанием для выявления риска служат прямые и косвенные данные о качестве иммунитета ребенка. Э.М.Мельниченко и Ю.В.Плотников разработали табличный вариант прогностической системы, учитывающей 5 наиболее достоверных *анамнестических* признаков иммунодефицита и местных провоцирующих факторов, каждый из которых оценивается в баллах (см. таблицу). Таблица заполняется в день обращения ребенка за помощью. Сумма баллов, равная 6 и более, указывает на высокую (до 85%) вероятность возникновения у ребенка хронической герпетической инфекции.

У детей группы риска установлены особенности *патогенеза* и *клинического течения* острой герпетической инфекции. Так, в этой группе ОГС протекает только в двух формах: среднетяжелой и тяжелой.

Заболевание характеризуется выраженной (до 39-40⁰С) и длительной (5-6 суток) гипертермией, выраженным токсикозом, сочетанием поражений СОПР и кожи, множественными слившимися элементами поражения в полости рта и выраженным иммунодефицитом.

Таблица прогнозирования возникновения рецидивирующего герпетического стоматита у детей

Ф.И.О. _____ год и месяц рождения
 № истории болезни _____ пол _____ адрес _____
 тел. _____ перенес острый герпетический стоматит с _____ до _____
 №№ детского дошкольного учреждения _____ или школы и адрес _____

№ п/п	Признаки	Выраженность	Оценка
1	Отягощенная наследственность в отношении герпесвирусной инфекции.	1) никто из ближайших родственников (отец, мать, сестра, брат) не страдает хроническим рецидивирующим герпесом; 2) болел или болеет один из ближайших родственников; 3) болел или болеют 2 и более ближайших родственника	0 2 3

2	Часто болеет (болел) простудными заболеваниями (ОРВИ, ангина, бронхиты).	1) не менее 1 раза в год; 2) 2-4 раза в год; 3) чаще 4 раз в год.	0 1 3
3	Страдает хроническими заболеваниями респираторного тракта (бронхит, воспаление легких, тонзиллит, гайморит).	1) нет; 2) есть, с обострениями 1-2 раза в год; 3) есть, с частыми обострениями.	0 1 3
4	Имеет место заболевание глаз по типу конъюнктивита, кератоконъюнктивита, блефарита.	1) нет; 2) есть	0 2
5	Наличие травмирующего фактора в полости рта (острые части коронок или корней зубов, аномалии прикуса, вредные привычки, способствующие травмированию слизистой).	1) нет; 2) есть	0 3

СУММА

Острая герпетическая инфекция у новорожденных

Герпетическая инфекция новорожденных может быть следствием заражения в утробе матери (5% новорожденных с герпетической инфекцией), в родовых путях (80% случаев) и после рождения, от персонала родильных отделений (15% случаев). У недоношенных детей герпетическая инфекция встречается чаще, чем у новорожденных, родившихся в срок, и составляет соответственно 11 : 100 новорожденных.

Герпетическая инфекция новорожденных может развиваться в локализованной и диссеминированной формах, и в каждой из них может быть отмечено поражение СОПР:

- локализованная форма инфекции:
 - поражение глаз, кожи, полости рта;
 - поражение ЦНС (часто в сочетании с поражением глаз, кожи, полости рта);
- диссеминированная форма инфекции:
 - герпетическое поражение глаз, кожи, полости рта; инфекция ЦНС и патология внутренних органов.

Клинико-патологические проявления врожденной герпетической инфекции регистрируются в первые часы жизни новорожденного и характеризуются полиморфизмом. Важным признаком внутриутробной инфекции являются герпетиформные поражения кожи при рождении.

Инкубационный период перинатальной герпетической инфекции новорожденных составляет в среднем 2-6 дня, колеблясь от 2 до 30 дней. Локализованные поражения кожи, слизистой глаз и полости рта обычно появляются на 4-10 сутки после рождения. При герпетическом стоматите общее состояние новорожденных страдает мало. Как правило, температура тела у детей нормальная (редко наблюдается субфебрилитет), лимфоузлы не увеличены.

У большинства детей наблюдается наличие геморрагий на мягком небе и в зеве, усиление сосудистого рисунка. Слизистая оболочки полости рта обычной окраски. Элементы поражения в виде округлых участков поверхностного некроза эпителия, в диаметре от 1 до 11 мм, локализуются преимущественно на границе твердого и мягкого неба симметрично с обеих сторон, реже - на небных дужках, по центру или с одной стороны. Как правило, наблюдается 2 элемента поражения, значительно реже — по 3-5 элементов. Наряду с описанной выше локализацией элементов поражения встречаются и другие варианты. Элементы поражения могут локализоваться на слизистой десен, на красной кайме губ, на небных дужках, крайне редко — на языке в виде единичных везикулярных высыпаний. Везикулы при этом быстро вскрываются и образуют мелкие эрозии на несколько инфильтрированном основании. Эрозии эпителизируются на 4-8 день после появления.

При локализованной герпетической инфекции новорожденных обычно имеются везикулярные, единичные или сгруппированные высыпания и пятнистая эритема на коже лица и конечностей. Везикулы быстро вскрываются и образуют мелкие эрозии на инфильтрированном основании. Иногда наблюдается повторное появление новых высыпаний.

Клиническая и лабораторная диагностика герпетической инфекции

Клиническая диагностика. Диагноз «острый герпетический стоматит» ставят на основании совокупности данных:

- сведений из анамнеза;
- клинической картины заболевания в день обращения;
- клинических данных, полученных *ex juvantibus* (в том числе в ходе специфического противогерпетического лечения).

При постановке диагноза указывают вид инфекции (герпетическая), ее характер (острый или хронический), форму/степень тяжести клинического течения (легкая, среднетяжелая, тяжелая), стадию развития заболевания. Например:

- острый герпетический стоматит, тяжелая форма, стадия разгара;
- острый герпетический стоматит, среднетяжелая форма, стадия угасания.

В неясных клинических случаях необходимо проведение лабораторных исследований.

Лабораторная диагностика.

Используются несколько десятков различных методов. При выборе и интерпретации результатов лабораторного исследования следует оценивать чувствительность и специфичность лабораторных методов.

В настоящее время для диагностики герпетической инфекции применяют:

- цитологические исследования;
- вирусологические исследования;
- полимеразную цепную реакцию (ПЦР);
- метод генного зондирования;
- реакции иммунофлюоресценции (РИФ, ИФ);
- иммуноферментный анализ (ИФА, ТФИФА или ELISA);
- радиоиммунный анализ (РИА);
- иммуноблоттинг (ИБ).

Для успешной лабораторной экспресс-диагностики герпетической инфекции следует планировать одновременное исследование материала, взятого из нескольких зон поражения, различными способами.

Лечение острого герпетического стоматита

Должно иметь *этиотропное, патогенетическое, симптоматическое* направления. Поскольку речь идет о системной инфекции с проявлениями в полости рта, при лечении острого герпетического стоматита используют как *общие, так и местные* (для полости рта) средства и методы лечения.

Необходимо учитывать индивидуальные особенности ребенка, стадию развития заболевания и наличие симптомов сопутствующей патологии.

Задачи общего лечения:

- 1) прекращение размножения ВПГ в тканях и средах организма (полное освобождение организма от вируса в настоящее время не представляется возможным);
- 2) снижение симптомов интоксикации;
- 3) нормализация обменных процессов.

При среднетяжелом и, особенно, тяжелом течении болезни общее лечение желательно проводить вместе с врачом-педиатром.

Задачи местного лечения:

- 1) устранить или ослабить болезненные симптомы в полости рта;
- 2) предупредить повторные высыпания элементов поражения;
- 3) воздействовать на патогенную ассоциативную микрофлору;
- 4) ускорить эпителизацию элементов поражения.

Тактика лечения ОГС

Во всех случаях в период заболевания ребенка изолируют и освобождают от посещения детского коллектива. В комплексе лечебных мероприятий важное место занимают рациональное питание и правильная организация ухода за ребенком. Пища должна быть полноценной, калорийной и не раздражающей. Перед кормлением необходимо обезболить слизистую оболочку. Ребенка кормят преимущественно жидкой или полужидкой пищей, не раздражающей воспаленную слизистую оболочку. Большое внимание необходимо уделять введению достаточного количества жидкости.

Легкая форма (лечение преимущественно местное).

В *стадии разгара* проводят обработку полости рта, повторяющуюся 3-4 раза в день, через час после приема пищи следующими средствами: антисептическими препаратами, противовирусными мазями. Для снижения болезненности элементов поражения возможно применение локальных анестетиков. В *стадии угасания* болезни назначают НИЛИ (гелий-неоновый лазер). Местную обработку проводят в том же режиме, что и в стадии разгара, но противовирусные препараты заменяют средствами, способствующими эпителизации. Для снижения кровоточивости десны проводят аппликации вяжущих препаратов.

Среднетяжелая и тяжелая формы (требуют комплексного лечения). В *стадии разгара* проводят

общее	местное
1) нераздражающее полноценное питание;	1) обезболивающие;
2) обильное питье;	2) антисептики;
3) противовирусные препараты внутрь;	3) ферментные препараты;
4) гипосенсибилизирующие препараты;	4) противовирусные мази или кремы (могут не назначаться при приеме противогерпетических препаратов внутрь);
5) иммуннокорректирующие препараты;	5) средства, ускоряющие эпителизацию (в <i>стадии угасания</i>);
6) витамины;	6) средства, обладающие иммуномодулирующими и интерферогенными свойствами, адаптогены;
7) симптоматическое (жаропонижающие препараты и др.).	7) вяжущие препараты (для снижения кровоточивости десен).

В *стадии угасания* лечение проводится теми же методами и препаратами, что и при легкой форме, но требует большего времени.

Лечение тяжелой формы ОГС нередко проводится в условиях стационара для создания адекватных условий замены таблетированных форм противовирусных препаратов на инъекционные, организации дезинтоксикационной и регидратационной терапии и парентерального питания.

Современные сведения о лекарственных препаратах, используемых для общего и местного лечения острого герпетического стоматита у детей, содержатся в учебном пособии:

1. Клиническая фармакология в стоматологии детского возраста : учеб.пособие / Т.Н.Терехова [и др.]. – 2-е изд. – Минск: БГМУ, 2008. – 191с.

Препараты для общего лечения ОГС

Антивирусные препараты

Ацикловир - (виroleкс, зовиракс, медовир, цикловир, ацигерпин) в табл. по 200, 400, 800 мг или внутривенно по 5-15 мг/кг массы тела каждые 8 часов в течение 5 дней;

Рибамидил (рибавирин, виразол) в табл. по 0,2 № 20, детям по 10 мг/кг в сутки 3-4 раза в день 7-14 дней;

Валацикловир (валтрекс) табл. по 0,5 № 10, 10мг/кг 2-3 раза в день в течение 5 дней;

Фамцикловир (фамвир) табл. по 0,25 № 21 по 2 мг/кг 2 раза в сутки.

Иммунотерапия герпетической инфекции:

- средства, замещающие дефицитные факторы иммунитета

Интерферон - β (*ребиф*, *ребиф22*) — в/м по 2 млн. МЕ / сутки в течение 10 дней;

Интерферон - α (*виферон*) – суппозитории детям до 7 лет однократно 150000 МЕ, старше 7 лет – 500000 МЕ;

Иммуноглобулин человеческий нормальный (γ-глобулин, биавен, вигам, октагам, интраглобин, пентаглобин) — в/в капельно 0,4-1,1 г/кг ежедневно в течение 1-4 дней;

- средства, стимулирующие выработку и активность интерферонов - *интерфероногены*

Циклоферон — табл. по 0,15 № 10 и № 50; детям 4-6 лет — 150 мг; 7-11 лет — 300 мг; после 12 лет — 450 мг. Препарат вводится по схеме: в 1,2,4,6,8,11,14,17,20,23,26,29 дни;

Гроприносин – интерфероноген, обладает иммуностимулирующим (стимулирует активность макрофагов, пролиферацию лимфоцитов и образование лимфокинов) и противовирусным действием (повреждает код генетической информации и тормозит размножение вируса); табл. по 500 мг. Назначают внутрь, после еды, суточная доза для детей — 50–100 мг/кг, разделенные на 3–4 равные части. Средний курс лечения для получения противовирусного эффекта – 5-7 дней; при необходимости курс лечения может быть продолжен до 3-5 недель и более.

- иммуностимуляторы, адаптогены

Имудон – по 8 табл. ежедневно (до полного рассасывания держать во рту) в течение 10 дней, 2-3 курса в год;

Иммунал (*эхинацея*) – для детей от 1 года до 6 лет – по 5-10 капель 3 раза в день, 6-12 лет – по 10-15 капель 3 раза в день, старшим и взрослым – по 20 капель 3 раза в день в течение 1-8 недель.

Пентоксил — табл. 0,2 № 10; детям до 1 года — 0,015 г, до 3 лет — 0,025 г, до 8 лет — 0,05 г, до 12 лет — 0,075 г, старше 12 лет — 0,1-0,15 г 3-4 раза в сутки после еды, курс лечения - 15 дней;

Метилурацил — табл 0,5 № 10 и №30; порошок (примешивают к еде) до 1 года — 0,05 г; от 1 до 3 лет — 0,08 г; 3-8 лет — 0,1-0,2 г в сутки, курс лечения 3-4 недели;

- иммунокорректоры

Ликопид — табл. по 0,001 и 0.01; до 1 года — 1табл 2 раза в сутки, после 1 года по 1 табл. 3 раза в день 10 дней; существуют и другие схемы - см. фармацевтический справочник;

Лейкоген — табл. по 0,02 № 20; до 6 мес. — 0,01 г; от 6 мес. до 1 года — 0,02 г; до 7 лет — 0,04 г; после 7 лет — 0,06 г в сутки; курс лечения - 10 дней;

Натрия нуклеинат — детям до 1 г — 0,005 г, от 2 до 5 лет — 0,015 –0,05 г; от 6 до 12 лет — 0,05-0,1 г внутрь 3 раза в сутки; курс лечения - 10 дней;

Тимоген — от 1 до 3 лет — по 30 мг, 4-7 лет — 40 мг, 7-14 — 80мг в сутки в течение 5 дней в/м или п/к, затем 1 инъекция через 5 дней — на курс 10 инъекций (курс повторить через месяц);

Тималин – в/м детям до 1 года по 0.001 г; 1-3 лет - 0.001 -0.002 г; 4-6 лет - 0.002-0.003 г; 7-14 лет - 0.003- 0.005 г ежедневно в течение 3-10 дней;

Тимостимулин – в/м детям из расчета 1 мг/кг ежедневно в течение 1-й недели, затем в той же дозе 2-3 раза в неделю в течение месяца.

Гипосенсибилизирующие препараты

Тавегил (клемастин)— табл по 0,001г N 20; детям от 6 до 12 лет ½-1 табл перед завтраком и перед сном;

Супрастин — табл. по 0,025 г N 20; детям от 1 до 12 мес. - ¼ табл. 2-3 раза в сутки, от 1 года до 6 лет — 1/3 табл. 2-3 раза в сутки, от 6 до 14 лет - ½ табл. 2-3 раза в сутки;

Пипольфен драже (дипразин) - 0,025 г N 20, от 2 до 12 мес. - ¼ драже, от 1 года до 6 лет - ½ драже, от 6 до 14 лет 1 драже 3-4 раза в сутки;

Диазолин — табл. по 0,05 г и 0,1 г детям по 20-50 мг 1-3 раза в сутки;

Кларитин(лоратадин) - таблетки по 0,01г N 20, сироп 120 мг; детям от 2 до 12 лет - 5 мг (1/2 табл. или 1 ч.л. сиропа) 1 раз в сутки. Если масса ребенка более 30 кг - 0,1 г 1 раз в сутки;

Фенкарол – табл. по 0,01г и 0,025 г N 50, детям до 3 лет – по 0,005 г 2-3 раза в день, от 3 до 7 лет – по 0,01 г 2 раза в день, от 7 до 12 лет – по 0,01 – 0,015 г 2-3 раза в день, старше 12 лет – по 0,025 г 2-3 раза в день;

Перитол - табл. 0,004 N 20; сироп - 100 мл во флаконе; детям от 6 мес. до 2 лет (в особых случаях, с осторожностью) до 400 мкг на 1 кг массы тела, в течение 3-4 недель; от 2 до 6 лет - 6 мг/сутки; от 6 до 14 лет - 12 мг/сутки;

Трексил – табл. по 0.06 г N 100, суспензия - 50 мл во флаконе; детям 3-5 лет - по 0,015 г 2 раза в сутки, детям 6-12 лет - по 0,03 г 2 раза в сутки, детям старше 12 лет и взрослым - по 0.06 г 2 раза в сутки.

Препараты, обладающие анальгезирующим, жаропонижающим, противовоспалительным действием

Парацетамол (панадол, тайленол, калпол) табл. по 0.2 г № 10, сироп; детям в возрасте от 3 до 12 месяцев – по 24-120 мг, 1-6 лет – по 120-240 мг, 6-12 лет – по 240-480 мг на прием 2-3 раза в день в течение 3 дней;

Ибуклин – таблетки растворимые и ароматизированные, 1 таблетка – ибупрофена 100 мг, парацетамола 125 мг № 20; детям в возрасте 2-3 лет – 3 табл. в сутки, 4-5 лет – 4 табл. в сутки, 6-8 лет – до 6 табл. в сутки, в течение 3 дней.

Поливитамины (см. фармацевтический справочник).

Препараты для местного лечения ОГС

Местноанестезирующие препараты

5-10% анестезиновая эмульсия; калгель; желе динексан А; десенсил; 5% пиромекаиновая мазь

Антисептические средства

0,06- 0,2% р-р хлоргексидина биглюконата; элюдрил; 1% р-р хлорофиллипта; спрей орасепт; октенисепт (в разведении 1:2), детям старше 3 лет; мундизал гель;гель метрогил дента; препараты лекарственных трав (новоиманин, сальвин, ромазулон, ротокан, настойка эвкалипта, настойка календулы, настойка софоры японской); листерин

Ферментные препараты:

- протеолитического действия

0,1% раствор трипсина; 0,1% раствор химотрипсина; 0,05 – 0,1% раствор химопсина; террилитин; 0,5% раствор панкреатина; мазь «Ируксол»

- нуклеазы

0,1 - 1% раствор дезоксирибонуклеазы

Противовирусные препараты

виroleкс — 5% крем; 3% мазь; герпесин — 5% крем; зовиракс 3% мазь; 5% крем; цикловир 5% крем; медовир — 5% крем; герпевир КМП — 2,5% мазь; ацигерпин — 5% крем; антигерпес— губная помада; гигиена-герпес — губная помада; 0,05% ; 0,25%; 0,5% бонафтоновая мазь; 0,25%, 0,5% , 1% оксолиновая мазь; 0,1% раствор идоксуридина (герпетил) — 1-2 капли в полость рта каждый час; 0,5% мазь идоксуридина

Средства, обладающие иммуномодулирующими и интерферогенными свойствами, адаптогены

Мазь «Виферон» 40000 МЕ; 3 раза в сутки, осторожно втирая, курс лечения – 5-7 дней; интерферон (1 ампула растворяется в 2 мл дистиллированной воды); по 10 капель раствора закапывать в полость рта каждый час в течение 2-3 дней;

реаферон ЕС (растворить 1 ампулу в 5 мл дистиллированной воды) — 10 капель в полость рта каждые 3 часа;

1% раствор вилозена (содержимое ампулы растворить в 2 мл изотонического раствора, в полость рта вносится 6-8 кап 4-5 раз в день, курс лечения -14-20 дней);

5% линимент циклоферона;

3% мегасиновая мазь;

деринат (натрия дезоксирибонуклеат) – полоскание полости рта 4-6 раз в сутки;

0,5 - 1% раствор лизоцима;

водный раствор настойки софоры японской в разведении 1:20.

Средства, ускоряющие эпителизацию

картолин; масло облепиховое; масло шиповника; солкосерил, желе и мазь; солкосерил дентальная адгезивная паста; актовегин, желе и мазь; винилин (бальзам Шостаковского); ацемин; 5% масляный раствор токоферола ацетата; 3,44% масляный раствор ретинола ацетата; мазь и сок каланхоэ; линимент и сок алоэ; 5% и 10% метилурациловая мазь; аэрозоль «Олазол».

Вяжущие препараты

1-2% раствор танина; 1% раствор галаскорбина; отвар коры дуба; крепкая заварка чая; отвар травы зверобоя; настой травы шалфея.

Физиотерапевтическое лечение острого герпетического стоматита

1. Ультрафиолетовое облучение — в первые дни заболевания после снижения температуры.
2. Излучение гелий-неонового лазера. Назначается во всех периодах болезни, обладает анальгезирующим, эпителизирующим, десенсибилизирующим, иммунокор-ригирующим и противорецидивным действием. Излучение гелий-неонового лазера АФЛД-1 используется в следующем режиме: плотность мощности в точке воздействия 100 мВт/см²; экспозиция на одно поле облучения — 1 мин, облучение в один сеанс — не более 5 элементов поражения, при обширных и множественных очагах поражения проводится сканирующий метод облучения. Курс лазеротерапии должен состоять из 5-7 сеансов при среднетяжелой форме ОГС и 10 сеансов при тяжелой.
3. Ингаляции 0,1% раствором дезоксирибонуклеазы и 5% раствором аскорбиновой кислоты, чередуя их через день.

Профилактика герпесвирусного стоматита

Стоматолог должен позаботиться об организации некоторых мер, предупреждающих распространение ВПГ, важных для защиты здоровья детей раннего возраста, не имеющих должного уровня иммунитета.

Для профилактики пре- и интранатального заражения стоматолог должен обращать внимание беременной женщины, страдающей ХРГС, и акушера, наблюдающего ее, на опасность виремии и выделения вируса для ребенка. Рассматривают вопрос о супрессивном лечении герпетической инфекции беременной, в случае генитального герпеса – о ведении родов посредством кесарева сечения.

Для профилактики заражения детей от членов семьи и сотрудников лечебных и детских учреждений, имеющих рецидивы герпетической инфекции необходимо организовать:

- адекватное противогерпетическое лечение носителей ВПГ;

- жесткий санитарный контроль их поведения в период рецидива: использование масок, только персональных средств гигиены и посуды, контроль чистоты рук, запрет на поцелуи, пробы пищи ребенка и т.д.;

- профилактическое противогерпетическое лечение ослабленных детей.

Для предупреждения распространения инфекции *в детских коллективах* стоматолог должен мотивировать медицинский персонал детского учреждения к организации профилактической и противоэпидемической работы в группах как при возникновении вспышек, так и во время их отсутствия, а именно:

- регулярно проветривать, дезинфицировать (в т.ч. кварцевать помещения, мыть игрушки);

- проводить ежедневные осмотры детей с целью выявления заболевших ОГС или ХРГС;

- принимать меры для *изоляции* заболевших детей;

- детям, находившимся в контакте с заболевшими, в течение 5 дней обрабатывать СОПР противовирусными мазями и/или проводить противовирусную профилактику препаратами интерферона.

Тактика лечения ОГС у детей группы риска возникновения рецидивирующего герпетического стоматита.

У таких детей для ранней профилактики РГС, наряду с традиционным общим и местным лечением необходимо применять *одну из схем* противорецидивного лечения в первый день обращения.

Проведение экспертизы временной нетрудоспособности.

Согласно инструкции, листок временной нетрудоспособности родителям по уходу за больным ребенком может быть выдан максимально на 14 дней. Единолично лечащим врачом больничный лист выдается на 6 дней, после этого — решением ВКК

Диспансеризация детей. Форма ОЗО/У. I-II диспансерная группа у стоматолога. Частота динамического наблюдения зависит от тяжести заболевания. Вызывают детей группы риска 2 раза в год.

Вклад сотрудников кафедры в изучение герпесвирусной патологии у детей

Весомый вклад в разработку разделов теоретической и клинической стоматологии, касающихся патологии СОПР, внес основатель кафедры стоматологии детского возраста, профессор **Э. М. Мельниченко**. В своей диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук (1972) он исследовал состояние СОПР у детей с гриппом, парагриппом, аденовирусной инфекцией, выяснив при этом частоту и характер поражения. Он доказал этиологическую роль вируса простого герпеса при остром герпетическом стоматите с помощью лабораторных (вирусологического, серологического, иммунофлюоресцентного) методов исследования, определил клинико-диагностические признаки ОГС у детей.

Ввиду того что острый герпетический стоматит занимает одно из ведущих мест в детской инфекционной патологии, изучению клинической картины, звеньев патогенеза, разработке методов лечения этого заболевания уделяется большое внимание. Так, исследованию клинико-эпидемиологических особенностей острого герпетического стоматита посвящена диссертация **Г. В. Бинцаровской** (1979). Она изучила особенности возникновения и течения ОГС в детских коллективах, привела данные о заболеваемости различных контингентов детей, подсчитала экономический ущерб, причиняемый ОГС. Результаты легли в основу системы профилактических и противоэпидемических мероприятий в организованных детских коллективах.

Цель научных исследований **В. П. Михайловской** – разработка методов лечения детей с ОГС группы риска возможного перехода заболевания в хроническую форму (1990). Она установила клинические особенности течения ОГС у детей группы риска, изучила у них

состояние местного и гуморального иммунитета, выяснила значение вирусемии в патогенезе ОГС, разработала схемы комплексной терапии ОГС, направленных на раннюю профилактику рецидивирующего герпетического стоматита.

Е. А. Кармалькова выявила связь особенностей клинических проявлений ОГС у детей группы риска с гиперчувствительностью замедленного типа к антигенам вируса простого герпеса, определила уровень специфической сенсибилизации организма детей с ОГС. Она предложила безмедикаментозный способ терапии ОГС у детей группы риска излучением гелий-неонового лазера, который направлен как на сокращение сроков лечения, так и на раннюю профилактику рецидивирующего герпетического стоматита (1991).

Проявления герпетической инфекции в полости рта новорожденных изучала **Т. Г. Белая**. Она представила данные о клинической картине и частоте возникновения данной патологии, определила возможные пути инфицирования новорожденных (1992). Она изучила отдельные звенья патогенеза, разработала метод комплексной терапии герпетического стоматита у новорожденных с использованием препарата «Чигаин».

Актуальная проблема хронической герпесвирусной патологии у детей впервые поднимается в диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук **Э. М. Мельниченко**. Работа раскрывает клинические особенности рецидивирующего герпетического стоматита у детей, характеризует провоцирующие факторы, включает методы специальной диагностики. Автор глубоко вникает в патогенез заболевания, отражает динамику факторов гуморального и локального иммунитета как в период обострения, так и в межрецидивный период. Он предлагает комплексное этиопатогенетическое лечение рецидивирующего герпетического стоматита с учетом степени его тяжести, доказывает необходимость и эффективность программы реабилитационных мероприятий с апробацией имеющихся и разработкой новых противовирусных и иммунокорректирующих препаратов (1986).

Разработке эффективного метода лечения РГС с помощью лазерного излучения посвятила свои научные исследования **Е. М. Карякина**. Она изучила зависимость биоэнергетических процессов в клетках человека от параметров лазерного излучения, доказала наличие выраженного анальгезирующего и противорецидивного эффекта излучения гелий-неонового лазера (1994).

Изучению условий и причин возникновения, патогномичных признаков и возможностей эффективного лечения стоматитов у детей с острым лимфобластным лейкозом посвящена диссертация **Т. В. Попруженко** (1993). Она представила системные данные о частоте возникновения и характере стоматита у данной категории больных, установила герпетическую природу некротического стоматита и полагает, что основным фактором, определяющим развитие герпетического стоматита, является вирус простого герпеса, активизирующийся в условиях иммунодефицита. Она использовала этиотропные средства лечения герпетического стоматита на фоне иммуносупрессии (бонафтон, ацикловир) и оценила их эффективность в детской онкогематологической практике.

Задание для самостоятельной работы студентов

Для самостоятельного усвоения темы занятия рекомендуется внимательно изучить методические рекомендации для уточнения основных моментов, на которые необходимо обратить внимание при теоретической подготовке, выяснить вопросы, на которые следует уметь ответить после изучения темы и затем приступить непосредственно к изучению материала, представленного в списке основной и дополнительной литературы.

На практическом занятии студент должен принять одного тематического пациента, используя в ходе приема полученные теоретические знания. При приеме пациентов выявляются жалобы, собирается анамнез жизни и заболевания у ребенка и родителей, проводится полное стоматологическое обследование пациента с занесением данных в историю болезни. Студент должен провести внешний осмотр; осмотреть полость рта, оценить состояние слизистой оболочки полости рта и периодонта; выявить наличие морфологических элементов, их локализацию и количество; определить гигиеническое

состояние полости рта; поставить предварительный диагноз; для уточнения диагноза провести дополнительные исследования, заполнить таблицу прогнозирования возникновения рецидивирующего герпетического стоматита у детей. Студент должен провести мотивацию и обучение гигиене полости рта ребенка и родителей; дать рекомендации по питанию и уходу за больным ребенком в домашних условиях. Студент должен составить план комплексного лечения; провести медикаментозную обработку полости рта анестетиками, антисептиками, ферментами, противовирусными или эпителизирующими препаратами; назначить общее лечение (по показаниям); выписать рецепты; оформить листок временной нетрудоспособности родителям по уходу за больным ребенком; заполнить карту амбулаторного больного. Студент назначает следующий визит пациента, при необходимости берет на диспансерный учет.

Задание на дом: выписать рецепты лекарственных препаратов, применяемых для лечения ОГС у детей.

Самоконтроль усвоения темы. После изучения темы для контроля качества усвоения и выявления неясных моментов предлагается решить ситуационные задачи.

Задача 1. Ребенку 3 года. Мать жалуется на повышение температуры до $37,2^{\circ}\text{C}$, повышенное слюноотделение, покраснение десен. Признаки появились 2 дня назад.

Объективно: температура $37,2^{\circ}\text{C}$, кожа лица чистая, бледная. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 1,5 см в диаметре, болезненны при пальпации. В полости рта: гиперемия слизистой оболочки, гингивит в области центральной группы зубов, на мягком небе и слизистой оболочке внутренней поверхности верхней и нижней губы единичные эрозии в количестве 4-х.

Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

Задача 2. Ребенку 1,5 года. Со слов матери, ребенок заболел 2 дня назад. Заболевание началось остро, с подъема температуры до $38,2^{\circ}\text{C}$, отказа от приема пищи, плохого сна, раздражительности, беспокойного поведения ребенка.

Объективно: поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. На коже верхней губы 2 пузырька с прозрачным серозным содержимым. В полости рта: слизистая оболочка десен отечна, гиперемирована, кровоточит при дотрагивании. На слизистой оболочке губ, щек, боковых поверхностях языка имеются элементы поражения в виде поверхностного некроза эпителия в количестве 10. Язык обложен белым налетом.

Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

Задача 3. Ребенку 2 года 8 месяцев. Со слов матери, ребенок болен в течение 3 суток. Заболевание началось остро, с подъема температуры до $39,5^{\circ}\text{C}$, появились головная боль, кровотечение из носа, обильная саливация. Ребенок отказывается от питья и пищи, беспокойно спит, вял, пассивен. Накануне был вызван педиатр, который назначил ампициллин и направил ребенка к стоматологу.

Объективно: на коже лица ребенка в околоротовой области, возле носовых ходов, на веках, мочке уха имеются мелкие сгруппированные пузырьки с серозным содержимым. Красная кайма губ сухая, ярко-красная, с корками в углах рта и трещинами, кровоточащими при разговоре и плаче. Лимфаденит поднижнечелюстных и шейных лимфоузлов, болезненность их при пальпации. Осмотр полости рта: слизистая десен гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. На слизистой оболочке губ, щек, языка, мягкого и твердого неба, небных дужек и миндалин имеются множественные слившиеся элементы поражения и виде поверхностного некроза эпителия, покрытые желтовато-серым налетом. Слюна вязкая, неприятный запах изо рта.

Сформулируйте диагноз. Ваша тактика?

Задача 4. Ребенку 2 года 3 месяца. Обратились в поликлинику с жалобами на боль при приеме пищи и высыпания в полости рта, появившиеся 4 дня назад. Со слов матери, 3 дня обрабатывают СОПР в домашних условиях оксолиновой мазью и полощут отваром ромашки (назначил педиатр). Температура тела $36,8^{\circ}\text{C}$.

Объективно: кожа лица чистая, красная кайма губ сухая. Подчелюстные лимфоузлы увеличены до 1 см в диаметре, болезненны. В полости рта: слизистая оболочка слегка гиперемирована, на слизистой губ и боковой поверхности языка единичные элементы поражения в виде афт. Катаральный гингивит в области центральных зубов верхней и нижней челюстей.

Сформулируйте диагноз. Ваша тактика?

Задача 5. Ребенку 1 год 8 месяцев. Со слов матери, болеет 2-й день. Заболевание началось остро, с подъема температуры до $38,3^{\circ}\text{C}$, отказа от пищи, беспокойного поведения, плохого сна. Из анамнеза: ребенок часто болеет ОРВИ, старший брат страдает РГС, у мамы бывают высыпания на губах после переохлаждения.

Объективно: кожа лица чистая, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. В полости рта: слизистая оболочка десны отечна, гиперемирована, легкое прикосновение к ней вызывает кровоточивость. На слизистой оболочке губ, щек, боковых поверхностях языка имеются элементы поражения в виде участков поверхностного некроза эпителия в количестве 12-13. Язык обложен белым налетом.

Сформулируйте диагноз, заполните таблицу прогнозирования возникновения рецидивирующего герпетического стоматита, составьте план лечения.

Задача 6. При проведении профилактического осмотра детей в детском саду у ребенка 4 лет на слизистой оболочке внутренней поверхности нижней губы обнаружена эрозия. Слизистая оболочка полости рта слегка гиперемирована, подчелюстные лимфоузлы увеличены до 1 см в диаметре, болезненны при пальпации, температура тела $37,0^{\circ}\text{C}$.

Сделайте предположение о диагнозе и проведите дифференциальную диагностику. Определите тактику в отношении ребенка и окружающих детей.

Литература

Основная

1. Колесов А.А. Стоматология детского возраста. М.: Медицина, 1991.
2. Лекционный материал.

Дополнительная

1. Анохин В.А. Современные принципы клинико-лабораторной диагностики герпетических инфекций / Казанский медицинский журнал. 2000 . № 2. С. 127-129.
2. Белая Т.Г. Герпетический стоматит у новорожденных детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Минск, 1992. 18 с.
3. Виноградова Т.Ф., Максимова О.П., Мельниченко Э.М. Заболевание пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей. М.: Медицина, 1983. С. 105-131.
4. Вирус простого герпеса и его роль в патологии человека / А.Г.Коломиец [и др.]. Минск: Наука и техника, 1986. 262 с.
5. Генерализованная герпетическая инфекция: факты и концепция / А.Г.Коломиец [и др.]; под общ. ред. В.И.Вотякова, А.Г.Коломийца. Минск.: Навука і тэхніка, 1992. 351с.
6. Герпесвирусы в патологии челюстно-лицевой области у детей: учеб.- метод. пособие / В.П.Михайловская, Т.В.Попруженко, Т.Г.Белая. – 2-е изд. Минск : БГМУ, 2009. 75с.
7. Герпесвирусы в патологии челюстно-лицевой области у детей: учеб.-метод. пособие / В.П.Михайловская, Т.В.Попруженко, Т.Г.Белая. Минск:БГМУ, 2005. 68 с.
8. Кармалькова Е.А. Лечение острого герпетического стоматита у детей с применением гелий-неонового лазера: Автореф. дис... канд. мед. наук. Минск , 1991. 18 с.

9. Клиническая фармакология в стоматологии детского возраста: учеб.пособие / Т.Н.Терехова [и др.]. – 2-е изд. Минск: БГМУ, 2008. – 191с.
10. Михайловская В.П. Лечение острого герпетического стоматита у детей: Автореф. дис... канд. мед. наук. Минск, 1990. 20 с.
11. Простой герпес и новые герпесвирусы в патологии человека: Методические рекомендации / И.Г. Германенко, А.П.Кудин. Минск: БГМУ, 2001. 36 с.
12. Противовирусные препараты в педиатрической практике: учеб.- метод. пособие / сост. А.А.Астапов, Г.Г. Максименя, А.А.Зборовская. 2-е изд., перераб. и доп. - Минск: БГМУ, 2009. 32с.
13. Стоматология детского возраста (Руководство для врачей) / Т.Ф.Виноградова, О.П.Максимова, В.В.Рогинский и др.; Под ред.Т.Ф.Виноградовой. М.:Медицина,1987. С.354-364.
14. Whitley R.J., Roizman B. Herpes Simplex virus Infection // The Lancet. 2001. Vol. 357. P. 1513-1518.