

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



Кафедра «Стоматология №3»

«Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей»

Учебно-методическое пособие для ординаторов

Владикавказ 2020г.

Утверждены на заседании ЦКУМС ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России №6
от 06.07.2020 г.

Авторский коллектив:

Зав. кафедрой стоматологии №3 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России,
д.м.н., доцент Ремизова А.А.

Доцент кафедры стоматологии №3 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России
к.м.н., доцент Дзгоева З.Г.

Доцент кафедры стоматологии №3 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России
к.м.н., Моргоева З.З.

Рецензенты:

М.Г.Дзгоева – д.м.н., доцент , заведующий кафедрой стоматологии № 1
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России;

Г.В.Тобоев – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой хирургической
стоматологии №2 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Тема занятия:

Болезни слизистой оболочки полости рта у детей. Этиология, клиника, принципы лечения и профилактика.

Общее время занятия: 6 часов.

Мотивационная характеристика темы. Ротовая полость имеет тесную анатомо-физиологическую взаимосвязь с разными системами организма. Патологические процессы на слизистой оболочке полости рта нередко являются начальным симптомом системной патологии. Установлено наличие изменений слизистой оболочки полости рта при болезнях ЖКТ, эндокринной, кровеносной систем, с заболеваниями крови и др. Многие детские инфекционные заболевания имеют проявления в полости рта. Поэтому педиатр должен знать изменения слизистой оболочки полости рта при различных заболеваниях у детей и уметь оценивать их с позиции целостного организма.

Цель: Научиться диагностировать проявления бактериальных, вирусных и грибковых заболеваний на слизистой оболочке полости рта, а также клинические проявления в полости рта соматических, аллергических заболеваний и заболеваний крови. Изучить роль комплексного лечения этих больных врачом-педиатром при патологии СОПР у детей.

Задачи занятия.

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

1. Этиологические и патогенетические аспекты инфекционных и соматических заболеваний у детей.
2. Клинические проявления в полости рта детей инфекционных и соматических заболеваний.
3. Принципы комплексного (этиологического, патогенетического, симптоматического, общего и местного) лечения данных заболеваний у детей.
4. Роль врача – педиатра в диагностике, лечении и профилактике инфекционных болезней и заболеваний внутренних органов у детей.

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

1. Выявлять жалобы и собирать анамнез заболеваний у родителей и ребенка.
2. Проводить клиническое обследование ребенка.

3. Охарактеризовать морфологические изменения полости рта при инфекционных и соматических заболеваниях у детей.
4. Назначить необходимое лечение, профилактические мероприятия больным с инфекционными заболеваниями, дать рекомендации по санитарному и эпидемиологическому режиму.
5. Направить на обследование и лечение к соответствующему специалисту ребенка с соматическим заболеванием, осуществлять диспансеризацию этих больных.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения темы студенту необходимо повторить:

- ◆ из микробиологии – характеристику возбудителей вирусных, бактериальных, грибковых заболеваний;
- ◆ детских инфекционных заболеваний – этиологию, патогенез, клинику, лечение острых детских инфекционных заболеваний;
- ◆ детских болезней - этиологию, патогенез, клинику, лечение соматических заболеваний у детей;
- ◆ фармакологии – лекарственные препараты для лечения инфекционных и соматических заболеваний у детей.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин

1. Назовите возбудителя кори:

- вирус простого герпеса,
- семейство парамиксо вирусов,
- бета-гемолитический стрептококк,
- вирус Коксаки А,
- палочка Леффлера,
- спирохеты Венсана.

2. Назовите возбудителя скарлатины:

- вирус простого герпеса,
- семейство парамиксо вирусов,
- бета-гемолитический стрептококк,
- вирус Коксаки А,

- палочка Леффлера,
- спирохеты Венсана.

3. Назовите клинические признаки, характерные для дифтерии:

- конъюнктивит,
- фибринозные пленки на миндалинах,
- жжение, зуд, покалывание по ходу чувствительных нервов,
- макуло-папулезная сыпь на коже.

4. Для какого соматического заболевания характерными симптомами в полости рта являются кислый вкус, язык отечен, обложен серым налетом:

- сахарный диабет,
- гемофилия,
- хронический гастродуоденит,
- лейкоз,
- Х-гистиоцитоз.

5. Назовите лекарственные препараты, используемые при лечении вирусных заболеваний:

- антибиотики,
- кортикостероидные препараты,
- противовирусные препараты,
- витаминные препараты,
- жаропонижающие.

Контрольные вопросы по теме занятия

1. Острый герпетический стоматит у детей. Этиология, патогенез, клинические признаки, принципы лечения.
2. Хронический рецидивирующий герпетический стоматит у детей. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
3. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Стоматиты при инфекционных (вирусных и бактериальных) болезнях у детей (гриппе, парагриппе, энтеровирусном стоматите, кори, ветряной оспе,

опоясывающем лишае, инфекционном мононуклеозе, скарлатине, дифтерии).

Клиника, диагностика, лечение.

5. Кандидоз слизистой оболочки полости рта. Этиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
6. Поражение слизистой оболочки полости рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика.
7. Изменения слизистой оболочки полости рта при эндокринных заболеваниях (сахарном диабете, гипотиреозе, тиреотоксикозе). Клиника, диагностика, лечение.
8. Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях крови и кроветворной системы (анемии, лейкозах, агранулоцитозе, болезни Верльгофа).
9. Гингивиты. Этиология, клиника, лечение, профилактика.

УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

В настоящее время не возникает сомнения в том, что в основе большинства заболеваний слизистой оболочки полости рта лежат различные патологические нарушения во внутренних органах. Нередко изменения на слизистой оболочке являются индикатором инфекционного или соматического заболевания.

Герпетическая инфекция – самая распространенная инфекция человека. Для нее характерна пожизненная персистенция вируса с возможными рецидивами и ремиссиями. Вирус простого герпеса (ВПГ) имеет тропизм к тканям эктодермального происхождения – кожа, слизистые оболочки и нервная система. В настоящее время герпес вирусы строго классифицированы и объединены в обширное семейство *Herpes viridae*, включающее более 70 представителей. Для человека наиболее патогенны 8 герпес вирусов они разделены на три подсемейства, подразделяющиеся в свою очередь на альфа-, бета- и гамма-типы (в зависимости от вида клеток, в которых протекает инфекционный процесс, а также от характера репродукции вируса, структуры генома, молекулярно-биологических и иммунологических особенностей возбудителя).

К альфа-герпесвирусам относят: вирус простого герпеса 1, 2-го и 3-го типов, варицелла Зостер и вирус ветряной оспы. Альфа-герпесвирусы способны быстро реплицироваться и оказывать цитопатическое действие на культуры инфицированных клеток. Они репродуктируются в клетках, а сохраняются только в латентной форме, преимущественно - в ганглиях.

Бета-герпесвирусы - это цитомегаловирус, вирус простого герпеса 6 и 7-го типов. Они

вызывают пре- и перинатальные инфекционные заболевания, иммунодефицитные состояния, обладают тератогенным эффектом, вызывают синдром хронической усталости. Это подсемейство видоспецифично, поражает клетки различных типов. Последние увеличиваются в размерах (цитомегалия) и могут вызвать иммуносупрессивные состояния организма. Инфекция при этом может принимать генерализованную или латентную форму, а в культуре пораженных клеток легко возникает персистентная инфекция.

Гамма-герпесвирусы (вирус Эпштейна-Барра, вирус простого герпеса 4 и 8 типов, герпес вирус, связанный с саркомой Капоши) проявляют тропизм к лимфоидным клеткам (Т- и В- лимфоцитам), где длительно персистируют и могут трансформироваться, вызывая лимфопролиферативные заболевания.

Острый герпетический стоматит. Первичное заражение вирусом простого герпеса происходит в раннем детском возрасте, после исчезновения материнских антител и обычно протекает бессимптомно. Входными воротами являются слизистые губ, ротовой полости, конъюнктивы, гениталий. Чаще болеют дети в возрасте от 6 месяцев до 3-х лет.

Это связано с особенностями строения слизистой оболочки полости рта, недостаточно развитым местным иммунитетом полости рта, а также частыми естественными нарушениями целостности слизистой оболочки в результате прорезывания зубов. После первичной инфекции вирус сохраняется в организме на всю жизнь в латентном состоянии.

Вирус простого герпеса является ДНК-содержащим и относится к группе нейротропных вирусов. После попадания вируса в организм ребенка происходит его размножение в клетках местных тканей и близлежащих лимфатических образованиях. Если защитные силы организма не могут справиться с возбудителем, то уже в инкубационном периоде развивается первичная вирусемия, после чего вирус герпеса фиксируется и активно размножается в клетках чувствительных висцеральных органов (печени, селезенке). Затем в следствие массового выброса вируса из чувствительных висцеральных органов в кровяное русло развивается вторичная вирусемия. Она наблюдается в продромальном периоде и в первые дни разгара. Во время вторичной вирусемии вирусы устремляются к коже и слизистым, где и продолжается их внутриклеточное размножение. При вирусемии вирус обнаруживается в лейкоцитах,

эритроцитах, тромбоцитах.

ОГС протекает как инфекционное заболевание, имеет 5 периодов: инкубационный, продромальный, период развития болезни, период угасания и клинического выздоровления.

По тяжести различают легкую, среднетяжелую и тяжелую формы.

Инкубационный период заболевания длится от 2 до 17 дней. Передача инфекции происходит воздушно-капельным и контактным путем. Заболевание контагиозно. Установлено, что источником инфекции являются люди, страдающие, как манифестными, так и латентной формами герпетической инфекции. Сезонность заболевания отсутствует.

Болезнь начинается остро, на фоне выраженного синдрома интоксикации, сопровождается высокой температурой (часто 39-40 °C), вялостью, сонливостью или возбудимостью, капризностью, тошнотой, рвотой, головной болью, миалгией, арталгией, болью в глазных яблоках, отсутствием аппетита и отказом от еды из-за выраженной болезненности во рту. Характерны также сильное слюнотечение, связанная с ним мацерация кожи нижней губы и подбородка, неприятный запах изо рта (из-за присоединения вторичной инфекции). Важной особенностью герпетического стоматита является гингивит с выраженной отечностью и гиперемией десен, а также с симптомом их контактной кровоточивости. Гингивит может носить при этом как диффузный характер, так и очаговый характер, но всегда имеет место. Гингивит появляется с самого начала заболевания, а высыпания во рту обычно образуются на 2-3 день.

Гингивит, сопровождающийся высокой температурой и выраженным синдромом интоксикации, и поднижнечелюстной лимфаденит, позволяют заподозрить герпетическую природу заболевания еще в первые сутки.

После появления на слизистой оболочке полости рта элементов поражения – эрозий как результат вскрытия высыпаний во рту, диагноз становится ясен. На коже элементы поражения имеют вид сгруппированных мелких пузырьков (диаметр около 1- 5мм). Они заполнены прозрачным, постепенно мутнеющим содержимым. В дальнейшем пузырьки вскрываются, подсыхают, превращаясь в геморрагические корочки.

Тяжесть ОГС оценивается по выраженности проявлений токсикоза и характеру поражений СОПР. При постановке диагноза учитывают не только форму заболевания, но и стадию развития элементов поражения. Заболевание продолжается 10-14 дней.

При легкой форме симптомы интоксикации организма отсутствуют.

Продромальный период клинически отсутствует. Болезнь начинается с повышения T^0 до $37-37,5^{\circ}\text{C}$ при удовлетворительном общем состоянии. Слизистая оболочка полости рта отечна и гиперемирована, главным образом в области десневого края (катаральный гингивит). На различных участках слизистой оболочки в течение суток появляются одиночные или сгруппированные небольшие элементы поражения, количество которых обычно не превышает 3-5. Высыпания одноразовые. Длительность периода развития болезни или высыпаний равняется 1-2 дням. Затем наступает период эпителизации – окраска элементов поражения (эрозий) становится как бы мраморной, края и центр размываются, вокруг появляется венчик гиперемии и они приобретают вид обычной афты. Новых высыпаний обычно не наблюдается.

Среднетяжелая форма характеризуется выраженными симптомами интоксикации. Температура тела достигает $38-38,5^{\circ}\text{C}$. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. Уже в продромальном периоде ухудшается общее состояние ребенка, появляются слабость, капризы, ухудшение аппетита, может быть катаральная ангина или симптомы острого респираторного заболевания. Слизистая оболочка отечна, гиперемирована. На 4-5 день заболевания появляются множественные высыпания, обычно от 5-10 до 20-25 элементов поражения. Высыпания нередко рецидивируют, и при осмотре полости рта можно видеть элементы поражения, находящиеся на разных стадиях клинического и морфологического развития. После первого высыпания элементов поражения температура тела обычно снижается до $37-37,5$, однако последующие высыпания, как правило, сопровождаются подъемом температуры до прежних высоких цифр. СОЭ увеличивается до 20 мм/ч, отмечается лейкопения, иногда незначительный лейкоцитоз; палочкоядерные лейкоциты и моноциты в пределах высших границ нормы, лимфоцитоз, плазмоцитоз. Клиническое выздоровление при этой форме заболевания не сопровождается полным восстановлением защитных сил организма ребенка.

Тяжелая форма ОГС встречается значительно реже, чем среднетяжелая и легкая форма. При тяжелой форме выражены явления интоксикации, T^0 повышается до $39-40^{\circ}\text{C}$. У ребенка скорбное выражение лица, страдальчески запавшие глаза. Может быть насморк, покашливание, несколько отечные и гиперемированные конъюнктивы глаз. Губы сухие, яркие, запекшиеся. Слизистая оболочка отечна, гиперемирована, резко выраженный катаральный гингивит. Через 1-2 суток в полости рта начинают появляться элементы поражения до 20-30. Высыпания в виде герпетических пузырьков появляются

на коже околоротовой области, веках, мочек ушей, на пальцах рук по типу поранихий. Высыпания в полости рта бывают многократными, и поэтому в разгар болезни у тяжелобольного ребенка их насчитывается иногда около 100, находящихся на различных стадиях развития. Элементы сливаются, образуя обширные участки некроза слизистой оболочки. Поражаются губы, щеки, язык, мягкое и твердое небо, десневой край. Катаральный гингивит переходит в язвенно-некротический, который нередко бывает тотальным. Появляются резкий гнилостный запах изо рта, обильное слюнотечение с примесью крови. В крови определяется лейкопения, сдвиг формулы влево, эозинофелия, единичные плазматические клетки, юные формы нейтрофилов. В моче иногда обнаруживается белок или его следы.

Дифференцировать ОГС следует с вирусными и бактериальными заболеваниями, имеющими проявления в полости рта, кандидозом, многоформной экссудативной эритемой, аллергическими реакциями, язвенно-некротическим стоматитом.

Лечение.

Ребенка с ОГС необходимо изолировать от других детей, выделить ему отдельную посуду. В помещении, где находится больной ребенок, регулярно проводить проветривание и влажную уборку. Детям, бывшим в контакте с заболевшим ребенком, 5-6 раз в день закапывают в рот и нос лейкоцитарный интерферон. На период сна днем и на ночь смазывают кожу носо-губного треугольника противовирусной мазью (см. ниже). Пища должна быть свежеприготовленной на овощных бульонах с добавлением дважды размолотого вареного мяса, рыбы или куриного филе, не раздражающей. Все дается в теплом виде. Рекомендуются овощные и фруктовые пюре, нежирные молочные продукты.

Для дезинтоксикационной терапии рекомендуется обильное питье: детские несладкие чаи, компот из сухофруктов, кисели, соки (лучше березовый), отвары шиповника.

Лечение заболевания **комплексное** – этиологическое, патогенетическое, симптоматическое, общее и местное. Общее лечение рекомендует педиатр и рекомендует назначение противовирусных препаратов (ацикловир, виroleкс и др. при среднетяжелой и тяжелой формах), десенсибилизирующих, иммунокорректирующих средств, витаминов и симптоматическую терапию. Местная обработка полости рта проводится антисептиками (р-рами ротокана, ромазулана, отварами шалфея, ромашки, календулы), ферментными препаратами (при необходимости), противовирусными

препаратами (3% виroleкс, 3% зовиракс, 2,5% герпевир - КМП, 0,25% оксолиновой, 0,25-0,5% бонофтоновой мазей). Для обработки кожи рекомендуют использовать 5% кремы и мази ацикловира. На стадии заживления эрозий назначают препараты, способствующие эпителизации: масляные растворы вит. «А» и «Е», облепиховое масло, масло шиповника, винилин, солкосерил и актовегин (мазь и гель). Из физиотерапевтических средств наилучшие результаты дает низкоинтенсивное излучение гелий-неонового лазера, при его отсутствии возможно назначение УФО в безтемпературный период.

Необходима тщательная гигиена полости рта – чистка зубов мягкой или очень мягкой зубной щеткой, при невозможности чистки – протирание поверхности зубов марлевыми салфетками с антисептиками.

Тяжелую форму заболевания целесообразно лечить в условиях стационара.

Хронический рецидивирующий герпетический стоматит - следствие перехода ОГС в хроническую форму. Общее состояние страдает у ослабленных детей. Характерно постоянство анатомических мест высыпания: у одних – это кожа крыльев носа или околоушной области, красная кайма губ или слизистая оболочка полости рта, у других – глаза. Локализация рецидивов зависит от первичной локализации инфекции. К факторам, способствующим возникновению рецидивов инфекции относятся отклонения в гуморальном и клеточном иммунитете, уменьшение уровня иммуноглобулинов, стрессы, перегревание, переохлаждение, местная травма, солнечное облучение и т.д. Рецидивы стоматита наблюдаются при острых респираторных заболеваниях и обострениях хронических заболеваний дыхательных путей (бронхит, воспаление легких, гайморит, тонзиллит), после травмы слизистой оболочки, а также без видимых причин.

У каждого 7-8-го ребенка, перенесшего ОГС, наступают рецидивы заболевания с переходом, в последующем, в хроническую рецидивирующую форму.

Рецидивы герпетического стоматита сопровождаются постоянной болезненностью слизистой оболочки полости рта в местах поражения, резко усиливающейся при приеме пищи и разговоре. В период обострения отмечают ухудшение общего состояния, снижение или отсутствие аппетита; общая слабость, быстрая утомляемость, раздражительность, плаксивость. На слизистой оболочке полости рта обнаруживаются, как и при остром стоматите, элементы поражения в виде эрозий. Количество элементов поражения в полости рта и их величина бывают разными, чаще всего бывают небольших

размеров от 3 до 5мм в диаметре и располагаются преимущественно сгруппировано.

В зависимости от выраженности симптомов общего и местного характера, а также частоты рецидивов выделяют 3 формы заболевания.

Тяжелая форма характеризуется частыми рецидивами - 4 раза и более в год. Обострение заболевания сопровождается, как правило, подъемом температуры до субфебрильных цифр (иногда и выше), головной болью, чувством разбитости, отсутствием аппетита, могут быть боли в крупных суставах и мышцах, сонливость.

При среднетяжелой форме рецидив наступает обычно 1-2 раза в год. При этом симптомы общего характера, как правило, выражены у детей младшего возраста. Отмечают, что эти дети очень часто болеют «простудными заболеваниями», имеют привычку «все тянуть в рот», при волнении «кусают ногти, губы или жуют щеки».

Легкая форма наблюдается гораздо чаще и характеризуется сравнительно редкими 1-2 раза в 3 года рецидивами заболевания. При этом в полости рта наблюдается небольшое количество элементов поражения 1-2, которые, как правило, локализуются у каждого больного в излюбленных местах: слизистая языка, губ, щек.

Появлению элементов поражения в полости рта при всех формах ХРГС предшествует чувство жжения, а на слизистой оболочке в этом месте отмечается в ряде случаев покраснение.

Общее и местное лечение при обострении ХРГС принципиальных отличий от ОГС не имеет. Дети с ХРГС должны составлять специальную группу среди диспансерных больных.

В настоящее время существуют две принципиально различные точки зрения на ведение больных, страдающих герпетической инфекцией. Большинство специалистов на Западе утверждают, что герпес вирусы «обходят» иммунную систему, «прячась» от ее эффекторов в недоступных для них клетках нервных ганглиев и (или) переходят в малоиммунные морфологические формы. Применение вакцинотерапии, иммуномодулирующих препаратов, индукторов интерферона либо заместительной терапии интерфероном считают нецелесообразным, а наиболее перспективным методом лечения признают использование вирус специфических химиопрепаратов. Представители же наших отечественных школ рекомендуют применять как химиопрепараты, так и различные способы воздействия на иммунную систему с целью блокады инфекции.

Выбор лечебной тактики определяется клинической формой и стадией

заболевания, а также наличием сопутствующих заболеваний, предшествующим лечением и его эффективностью

Ни один из известных сегодня противовирусных препаратов не способен полностью элиминировать герпесвирусы из организма и, таким образом, существенно влиять на латентное течение заболевания.

При химиотерапии из противовирусных средств в настоящее время наиболее широко применяются препараты второго поколения, в частности, ацикловир - АЦ (коммерческое название - зовиракс). Механизм его действия основан на способности вируса герпеса при репродукции использовать необходимые ему нуклеозиды цитоплазмы инфицированной клетки. АЦ проникает преимущественно в зараженные вирусом простого герпеса клетки, однако в неизмененном виде инертен и мало токсичен.

АЦ чаще принимают перорально (по 200 мг 5 раз в день в течение 4-5 дней ребенку с 2 лет; с 1 года – половинная доза, до года 40-80 мг/кг в сутки), так как к моменту начала терапии вирус уже имплантируется в ганглии. Для предотвращения проникновения его в нервные ганглии АЦ необходимо принимать в течение первых трех часов после заражения. Он способствует ослаблению выраженности или продолжительности таких симптомов, как зуд, боль, лихорадка, лимфаденопатия; сокращает срок полного заживления элементов поражения и время выделения вируса. Однако он не влияет на частоту рецидивов.

Разработан АЦ второго поколения – валацикловир (коммерческое название валтрекс). Данный препарат назначается детям в возрасте старше 7 лет (по 500 мг 2 раза в день в течение 7-10 дней).

При иммунотерапии герпетической инфекции используются препараты интерферона или его индукторов, а также специфические АТ (пассивная специфическая иммунотерапия) и вакцины (активная специфическая иммунотерапия).

Интерфероны — постоянный и естественный компонент против-инфекционной защиты человека. Они вырабатываются и хранятся во всех ядродержащих клетках крови и эпителиоидных клетках слизистых. Их противовирусное действие заключается в подавлении сборки генетически чужеродных белков, входящих в состав оболочки, капсида и генома (РНК или ДНК) вирусов. Причем наибольший противовирусный эффект дают γ -интерфероны. Интерфероны не оказывают специфическое действие; срок их жизни в свободном (несвязанном) состоянии около 2 часов. Они наиболее активны по отношению к размножающимся вирионам, т.е. способны сдерживать процесс их

размножения. Кроме того, интерфероны несколько снижают концентрацию вирионов в крови и тканях. На этом и основаны показания к их применению при лечении текущей инфекции. Однако у интерферонов наиболее выражена профилактическая активность.

Широко используется в комплексной терапии циклоферон. Мощным эффектом иммунного связывания ГВ обладают противогерпетические антитела, в частности используется специфический (противогерпетический) иммуноглобулин с титрами АТ к ВПГ 1:512 – 1024.

Использование иммуномодуляторов при лечении ХРГИ показано лишь после консультации врача-иммунолога и не ранее, чем через 21 день после начала заболевания при остром его течении или через 14 дней при рецидивирующем процессе.

Специфическая вакцинотерапия у детей до 14 лет не проводится.

Очень важным является общее оздоровление ребенка, закаливание, нормализация режима дня и отдыха.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Это хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, которое характеризуется рецидивирующим высыпанием афт и язв, длительным течением с периодически возникающими обострениями.

Встречается чаще у детей старше 4-х лет.

Этиология и патогенез хронического афтозного рецидивирующего стоматита окончательно не выяснены. ХРАС характеризуется пониженной иммунологической реактивностью и нарушениями неспецифической защиты, причинами развития которых, являются очаги хронической инфекции в организме (заболевания ЖКТ, печени и желчевыводящих путей, аллергические состояния, хронический тонзиллит, отит, ринит, ангина, фарингит), нейроэндокринные расстройства, влияние хронических стрессов, смены климата.

Выделяют три периода в развитии заболевания: продромальный, период афты и язвы и период угасания болезни. В продромальном периоде дети точно указывают на участок СОПР, где, по их мнению, появится «язва». У многих детей изменяется настроение, они становятся вялыми, капризными, раздражительными, жалуются на головную боль. Кожные покровы и СОПР в продромальном периоде бледные. Процесс образования афты на СОПР начинается с появления гиперемизированного, резко ограниченного пятна, круглой или овальной формы, болезненного, которое через 1 – 2

часа приподнимается над окружающей СОПР, в основании ее возникает инфильтрация. Затем элемент эрозируется, покрывается серовато-белым плотно сидящим налетом. Фибринозно-некротический очаг окружен тонким гиперемизированным венчиком. Афты очень болезненны при дотрагивании. Спустя 2-4 дня некротические массы отторгаются и через 2-3 дня афта разрешается. На ее месте 1-2 дня держится застойная гиперемия.

Периодичность высыпания афт при ХРАС варьирует от нескольких дней до месяцев. Излюбленной локализацией афт у детей является передний отдел полости рта, переходная складка верхней и нижней губы, кончик и боковые поверхности языка и др.

Существуют две клинические формы заболевания: легкая (рубец не образуется) и тяжелая (рецидивирующие глубокие рубцующиеся афты) – афтоз Сеттона.

Лечение ХРАС комплексное, общее и местное.

1. Консультация и лечение у соответствующего специалиста, выявление и ликвидация скрытых очагов хронической инфекции.
2. Десенсибилизирующая терапия.
3. Общеукрепляющая терапия (витамины, адаптогены, диета)
4. Местная обработка слизистой оболочки полости рта р-рами антисептиков, обезболивающих средств. Для очищения поврежденных участков от некротических налетов применяются ферментные препараты (трипсин, химотрипсин, химопсин и пр.). Для заживления афты – способствующие эпителизации (масло облепихи, шиповника, масл. растворы вит. А и Е, желе и мазь солкосерила, актовегина).

Стоматиты при вирусных инфекционных заболеваниях

Герпангина или коксаки вирусный стоматит (энтеровирусный стоматит) - заболевание, которое вызывается энтеровирусом Коксаки группы А, В и вирусами ЕСНО (вирус РНК-содержащий). Механизм передачи возбудителя – воздушно-капельный и фекально-оральный. Заболевание начинается остро: подъемом температуры, общим недомоганием. Проявления в полости рта характеризуются возникновением на слабо гиперемизированной слизистой оболочке (на мягком и твердом небе, небных дужках, передней стенке глотки) везикул, сгруппированных и одиночных, заполненных серозным содержимым, болезненных. С развитием болезни часть везикул ликвидируется, другие

вскрываются, образуя поверхностные эрозии, покрытые серовато-белым детритом. Мелкие эрозии сливаются, образуя более крупные. Некоторые из них напоминают афты. Эрозии малоболезненны, эпителизируются медленно, иногда в течение 2-3 недель. Характерно заболевание членов одной семьи и даже эпидемические вспышки.

Лечение состоит в симптоматической общей терапии и местном применении впервые 2-3 дня противовирусных, а в дальнейшем – средств, способствующих эпителизации в виде аэрозолей. Частые полоскания и смазывания замедляют процесс эпителизации эрозий. Специфическая профилактика не разработана.

Грипп, парагрипп и аденовирусные заболевания. Динамические наблюдения за больными гриппом, парагриппом, аденовирусными заболеваниями позволили установить, что при этих инфекциях обнаруживаются изменения слизистой оболочки полости рта в виде гиперемии, геморрагии, усиленного сосудистого рисунка, отечности, зернистости, налета и десквамации эпителия на языке. В большом проценте случаев (до 20%) при вирусных заболеваниях диагностируются грибковый, медикаментозный и герпетический стоматит.

Указанные изменения слизистой оболочки полости рта не имеют строгого специфического характера, однако, гиперемия слизистой оболочки и усиление сосудистого рисунка наблюдаются при гриппе чаще, чем при парагриппе и аденовирусных заболеваниях.

Зернистость на слизистой оболочке полости рта и задней стенке глотки статистически достоверно чаще встречается при аденовирусной инфекции. Также характерным симптомом аденовирусной инфекции является конъюнктивит.

В случаях присоединения герпетического, медикаментозного и грибкового стоматита следует говорить о смешанной или перекрестной инфекции (респираторной и герпетической или вирусной и бактериальной и др.). Во всех случаях герпетический, грибковый и медикаментозный стоматиты утяжеляют течение вирусных заболеваний.

Корь. Заболевание вызывается одноименным вирусом из группы парамиксовирусов. Вирус кори – РНК-содержащий. Заболевание высококонтагиозно. За 1-2 дня до появления сыпи на коже возникает *энантема* на слизистой оболочке мягкого и твердого неба в виде пятен пурпурно-красного цвета, размером от одного до нескольких миллиметров в поперечнике неправильной формы, сливающихся между собой. Одновременно на слизистой оболочке полости рта появляются в продромальном периоде пятна Бельского-Филатова-Коплика. Пятна располагаются, как правило, на

слизистой щек в области малых коренных зубов, иногда на губах и деснах.

На фоне ограниченной эритемы щек эпителий в центре воспалительного очага дегенерирует, некротизируется с последующим ороговением. Вследствие подобных изменений на поверхности эритемных пятен появляются желтоватые точки с неровными краями, слегка выступающие над уровнем слизистой оболочки. Слизистая оболочка полости рта остается резко гиперемизированной на всех участках. На губах на фоне гиперемии появляются трещины, в области углов рта-заеды.

При кори резко снижается реактивность организма и у детей может возникнуть либо тяжелая форма ОГС, либо рецидив ХРГС.

Ветряная оспа - острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом из семейства Herpesviridae (вирус ДНК-содержащий), характеризующееся умеренной лихорадкой и появлением на коже и слизистой оболочке полости рта мелких пузырьков с прозрачным содержимым. Заболевание начинается остро с повышения температуры тела до 37-38°C и появления ветряночной сыпи. Высыпания располагаются на лице, туловище, волосистой части головы, конечностях, кроме ладоней и подошв. Везикулярные высыпания появляются и на слизистой полости рта, конъюнктиве глаз, гортани, половых органов. В полости рта пузырьковые высыпания нередко наблюдаются на гиперемизированной слизистой. Они очень быстро вскрываются и на их месте образуются поверхностные четкие, округлой формы, одиночные, болезненные эрозии. У детей отмечается регионарный лимфаденит, пальпация лимфатических узлов болезненна.

Опоясывающий герпес (опоясывающий лишай или герпес Зостер) - заболевание, вызываемое вирусом ветряной оспы, который отличается **нейродерматотропностью** с преобладающим действием в отношении центральной и периферической нервной системы. Установлено, что в неиммунном детском возрасте возбудитель вызывает острое инфекционное заболевание по типу ветряной оспы, а в иммунном – общеизвестный синдром опоясывающего лишая (герпес Зостер). Заболевание чаще развивается как самостоятельное, реже - как осложнение пневмонии, болезней крови и других истощающих заболеваний. У детей до 10 лет практически не встречается.

В полости рта герпес Зостер имеет своеобразный типичный вид. Болезнь начинается с болей по ходу пораженных нервных ветвей. На лице и на слизистой оболочке полости рта появляются парестезия и боль по ходу ветвей тройничного нерва. Затем появляется эритема в виде пятен или сливающейся полосы, на которой высыпают

мелкие пузырьки, наполненные серозным или геморрагическим содержимым. Затем пузырьки подсыхают в виде корочек. При гангренозной форме у основания пузырьков с геморрагическим содержимым формируется некроз тканей, образуется сплошная темная корка. На слизистой оболочке рта пузырьки вскрываются, образуют сливающиеся эрозии.

Вся толща щеки отечна и инфильтрирована, подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Если при опоясывающем лишае появляется парез лицевого нерва, говорят о синдроме Ханта. Весь период болезни сопровождается болями невралгического характера. Изъязвление слизистой оболочки полости рта, как правило, не происходит. После ликвидации болезни в течение 3-6 недель сохраняются боли, а на коже остаются пигментации и небольшие рубцы.

Инфекционный мононуклеоз – болезнь Филатова - Пфейффера). Возбудителем заболевания является вирус Эпштейна-Барра. Заболевание малоконтагиозно. Клинические проявления инфекционного мононуклеоза характеризуются лихорадкой, увеличением печени, селезенки, сочетанием изменений слизистой оболочки полости рта с нарушением состояния лимфатической ткани и специфической картины крови. Лимфатические узлы (подчелюстные, шейные) плотные, не спаянные между собой, увеличенные, подвижные, мало болезненные. Имеет место катаральный стоматит, язык обложен, неприятный гнилостный запах. Часто наблюдается воспаление миндалин (небных, носовой). Возможны развитие некротической ангины и образование налета в переднем отделе глотки. Налеты легко снимаются, имеют желтовато-песочный и крошковатый вид. Часто наблюдается гиперемия слизистой оболочки полости рта с множественными точечными кровоизлияниями. При диагностике заболевания основное значение приобретает анализ крови. В формуле крови характерно увеличение лейкоцитов до 10000-20000, повышение числа лимфоцитов и моноцитов. Появляются атипичные одноядерные клетки с широкой базофильной протоплазмой, которые называют широко плазменными лимфоцитами или атипичными мононуклеарами. СОЭ умеренно повышена.

Стоматиты при бактериальных инфекционных заболеваниях.

Скарлатина - острое инфекционное заболевание, характеризующиеся симптомами общей интоксикации, ангиной и высыпаниями на коже. Возбудителем скарлатины является β -гемолитический стрептококк группы А с большим числом

серологических типов. Болеют преимущественно дети дошкольного и младшего школьного возраста. Основным источником инфекции является больной скарлатиной, который заразен с момента заболевания. Инфекция передается воздушно-капельным путем, возможна передача инфекции через предметы обихода, игрушки, одежду больного.

После перенесенного заболевания вырабатывается стойкий анитоксический иммунитет.

Инкубационный период чаще длится 2-7 дней. Заболевание начинается остро. Внезапно повышается температура тела, появляются рвота и боль в горле. Через несколько часов появляется сыпь, распространяющаяся на лицо, тело, туловище, конечности. Для скарлатины характерна точечная сыпь на гиперемизованном фоне кожи. На лице сыпь особенно густо располагается на щеках, которые становятся ярко-красными, особенно оттеня бледный, не покрытый сыпью, носогубной треугольник. Сыпь обычно держится 3-7 дней, исчезая, она не оставляет пигментации.

В полости рта: постоянным симптомом скарлатины является ангина, для нее типична яркая гиперемия ротоглотки (миндалин, язычка, дужек) – «пылающий зев» с мелкоточечной сыпью в центре мягкого неба, причем гиперемия четко ограничена и не распространяется на слизистую оболочку твердого неба. Для скарлатины характерна сухость слизистой оболочки полости рта, ее гиперемия. Соответственно степени поражения зева вовлекаются в процесс и регионарные лимфатические узлы. В области мягкого неба появляются ярко-красные петехии диаметром 1-2мм. Характерны изменения слизистой оболочки языка. В начале болезни язык обложен серо-желтым налетом. На 3-й день начинает очищаться с краев и кончика, что сопровождается сильной десквамацией эпителия. Язык становится ярко-красным, сухим и блестящим. Наряду с исчезновением нитевидных сосочков отмечается гиперплазия грибовидных сосочков, которые напоминают зерна малины. «Малиновый язык» ценный диагностический признак скарлатины. Десквамативный глоссит держится на протяжении 2 недель. Неспецифическим симптомом является катаральный гингивит. Он усиливается в период выраженной десквамации эпителия языка и «шелушения» эпидермиса кожи.

Отмечаются характерные изменения губ: они уплотняются, принимают яркую пунцовую, малиновую или вишневую окраску.

Дифтерия - является острым инфекционным заболеванием, которое вызывается

специфическим возбудителем – палочкой Леффлера. Заболевание сопровождается высокой лихорадкой и токсемией вследствие всасывания токсина, образуемого возбудителем.

Основной путь передачи инфекции воздушно-капельный. Чаще болеют дети от 1 года до 5 лет. Дифтерия – классическая токсико-инфекция. Выделяют локализованную и распространенную (токсическую) формы дифтерии. Первично поражаются небные миндалины, слизистая оболочка зева и верхних дыхательных путей. При локализованной форме (наиболее частой) симптомы интоксикации выражены незначительно, температура тела повышается до 37,5-38°C. Фибриновые пленки на миндалинах могут быть в виде точек, островков или сплошных пленок. Отмечается умеренная припухлость и незначительная болезненность регионарных лимфоузлов. При токсической форме дифтерии (температура до 39-40°C, выраженная интоксикация) процесс может распространяться и на слизистую оболочку полости рта. Слизистая оболочка зева резко набухает, приобретает ярко-красный цвет. На этом фоне вследствие некроза эпителия образуются пленки беловато-серого цвета, которые со временем темнеют. После отторжения пленок остаются кровоточащие резко-болезненные язвы. При локализации заболевания на деснах процесс начинается с межзубных сосочков, а затем переходит на всю десну. Некроз, как правило, не распространяется на значительную глубину тканей, но широко распространяется по поверхности слизистой оболочки. У детей наблюдается обильное слюноотделение, неприятно-приторный сладковатый запах изо рта, выраженный лимфаденит подчелюстных и шейных лимфоузлов. Отек клетчатки – важнейший признак токсической формы. Характерен внешний вид больного: резкая бледность, одутловатое лицо, полуоткрытый рот, губы сухие с трещинами, голос невнятный, дыхание хрипящее. Диагноз ставится на основании клинических и лабораторных данных.

Кандидозы

Возбудителями грибковых заболеваний слизистой оболочки полости рта наиболее часто являются отдельные виды или сочетания *Candida albicans*, *Candida Tropicalis*, *Candida Krusei* и др. микроорганизмов, которые являются нормальными сапрофитами, симбионтами

человеческого организма. При определенных условиях эти грибы становятся патогенными. Различают острый кандидозный стоматит (молочница) и хронический кандидоз слизистой оболочки.

У детей развитию кандидоза способствуют местные и общие факторы. К местным факторам относятся: ацидоз в полости рта, морфофункциональная незрелость, высокая проницаемость, сухость СОПР, обуславливающая легкую фиксацию грибковых друз на ее поверхности; искусственное вскармливание, пристрастие к сладкому (соска с сахарным сиропом или медом); множественный кариес; плохая гигиена полости рта; воспалительные заболевания СОПР. Факторами, благоприятствующими развитию грибковых заболеваний в полости рта, часто становятся нарушения обмена веществ вследствие эндокринных заболеваний (сахарный диабет, ожирение), вегетоневрозы, гиповитаминозы, общие тяжелые заболевания, требующие лечения антибиотиками, кортикостероидами, цитостатиками. Важное значение придается заболеваниям ЖКТ, которые могут сопровождаться дисбактериозами и вызывать дисбактериоз в полости рта. Инфицирование новорожденных возможно во время родов при прохождении через инфицированные родовые пути матери, при несоблюдении сан-эпид. режима медперсоналом родовых отделений, при нарушении личной гигиены родителями через соски, белье, предметы ухода.

Различают **острую и хроническую формы** кандидоза полости рта. Острая форма - острый псевдомембранный кандидоз (молочница). Это наиболее частая форма поражения. Клинически проявляется при легкой форме образованием белого точечного или очагового налета в виде творожистых крупинок белого цвета, легко снимающегося и локализующегося на ограниченных участках слизистой оболочки полости рта (чаще язык или щеки). Налет легко соскабливается, после чего над ними обнаруживается гиперемизированный участок (эритема).

Среднетяжелая форма характеризуется наличием пенистого творожистого налета на значительных участках спинки или кончика языка, слизистой оболочке щек и губ. Снимается не полностью, на месте удаленного налета отмечаются эрозивные, иногда кровоточащие поверхности.

При тяжелой форме острого кандидозного стоматита наблюдается диффузное поражение практически всей полости рта – пленчатый налет сплошь покрывает всю слизистую оболочку, при соскабливании удаётся снять лишь небольшое количество налета. В углах рта часто образуются заеды. Больные жалуются на сухость в полости

рта, иногда парестезии.

Белесоватый налет при грибковом стоматите состоит из десквамированных клеток эпителия, кератина, фибрина, остатков пищи, бактерий, нитей мицелия. Поражаются все участки слизистой оболочки, но чаще щеки, небо, язык, губы. Процесс может распространяться на гортань, глотку и пищевод. Такая клиническая картина наблюдается в тех случаях, когда причиной молочницы является грибок *Candida albicans*. Если среди грибковой флоры превалирует грибок *Pseudotrophicalis*, то на слизистой оболочке полости рта определяется пленчатый налет.

Если острый псевдомембранозный кандидоз не лечить, он может перейти в острую атрофическую форму. В этом случае больные жалуются на сильную болезненность, жжение и сухость в полости рта. При осмотре полости рта определяется огненно-красная, сухая слизистая оболочка.

Хронический кандидоз в полости рта может протекать как кандидозный стоматит (при сахарном диабете, в условиях иммунодефицита), так и в виде изолированного поражения: кандидозный хейлит или изолированный ангулярный хейлит, кандидозный глоссит.

Диагноз кандидоза ставится на основании исследования соскоба под микроскопом и обнаружения спор или мицелия грибов; бактериологического посева для количественного определения степени обсемененности пораженных тканей грибами (количество колоний грибов рода Кандида в 1 мл смыва у здоровых лиц колеблется от 149 до 982; при грибковых поражениях – от 3640 до 13665).

Лечение кандидозов. Лечение необходимо осуществлять с учетом обстоятельств, приведших к патологии.

- ◆ Выявить и устранить причину заболевания.
- ◆ Рациональное питание ребенка (исключит из рациона углеводы, прием подслащенной воды), введение в ежедневный рацион кисломолочных продуктов, содержащих живые бифидобактерии.
- ◆ Тщательная гигиена полости рта.
- ◆ Дез.обработка предметов ухода за ребенком, соблюдение правил личной гигиены матерью.
- ◆ Многократная обработка (5-6 раз в день) полости рта ошелачивающими растворами (2-3% р-р пищевой соды, иодиол, взвесью нистатина в молоке (1 табл. в 4 мл молока)).

- ◆ Назначение противогрибковых мазей при среднетяжелой форме кандидоза (5% нистатиновая, 1% р-р клотримазола) и противогрибковых препаратов внутрь при тяжелой форме (нистатин, низорал, дифлюкан).
- ◆ Использование десенсибилизирующих и общеукрепляющих препаратов, витаминотерапия.

Гингивит - это воспаление десны, обусловленное воздействием местных и общих факторов. По клиническому течению бывает острым и хроническим, по локализации - локализованным и генерализованным, а по клинически выраженному патоморфологическому признаку - катаральным, гипертрофическим, язвенно-некротическим.

Острый катаральный гингивит – наблюдается у детей при острых инфекционных бактериальных и вирусных заболеваниях, аллергических реакциях. При осмотре определяется яркая гиперемия десны, десна легко кровоточит, болезненна при пальпации. Обычно острые явления стихают спустя 7-10 дней, остаточных явлений не наблюдается.

Хронический катаральный гингивит чаще встречается в дошкольном и школьном возрасте. К местным причинам катарального гингивита относят несоблюдение правил гигиены, аномалии зубочелюстной системы, кариозные зубы, некачественные пломбы, воздействие медикаментов. Внутренними факторами, способствующими развитию заболевания, являются стрессы, нарушения эндокринной системы, болезни крови, желудочно-кишечного тракта, острые респираторные инфекции. Начальным признаком является гиперемия маргинального участка десны. Отмечается кровоточивость межзубных сосочков или всей десны при легком раздражении. Субъективно ощущается зуд десны и небольшая болезненность при еде. Катаральная форма гингивита чаще является начальной формой воспаления и может трансформироваться в другие формы гингивита, или быть фоном при других повреждениях десны. При присоединении фузоспириллярной инфекции катаральный гингивит трансформируется в язвенно-некротический.

Хронический гипертрофический (гиперпластический) гингивит - пролиферативный тип воспаления десны, развивающийся чаще на фоне эндокринно-гуморальных сдвигов в период полового созревания детей. Наиболее часто

гипертрофический гингивит встречается у детей во временном прикусе (3-5 лет), в препубертатный (8-9 лет) и пубертатный (13-14 лет) периоды. Это связано с влиянием гормонов развивающейся половой сферы на эпителий десны. Хаотическое выделение экстрогенов создает условие для стимуляции пролиферативных процессов в эпителии десны.

Одной из форм гипертрофического гингивита является лекарственная гиперплазия десны, вызванная циклоспорином А, нифедипином или дифенином. Разрастание десны наблюдается у 30-70% таких пациентов.

Гипертрофический гингивит также наблюдается у больных лейкозом. Гингивит при болезнях крови обусловлен не только воспалительным процессом, но и размножением бластоматозных клеток крови. Клиническим признаком является увеличение объема десны.

Местными факторами, вызывающими гипертрофический гингивит, являются плохая гигиена полости рта, наличие кариозных зубов, зубочелюстные аномалии (открытый, глубокий травмирующий прикус).

Лечение. Юношеский гипертрофический гингивит после окончания пубертатного периода постепенно спонтанно исчезает. В остальных случаях проводят лечение системных причинных заболеваний, противовоспалительную терапию. В случаях, не поддающихся консервативной терапии, рекомендуется хирургическое иссечение гиперплазированных участков десны.

Хронический десквамативный гингивит у детей чаще развивается в период пубертатного возраста в связи со становлением гормонального статуса (у девочек обычно при коротком менструальном цикле). Клинически характеризуется отеком десневого края, яркой гиперемией, выраженной кровоточивостью и болезненностью. Особенностью этой формы гингивита является постоянное слущивание поверхностных слоев эпителия слизистой оболочки десны, вследствие чего вся слизистая оболочка оказывается эрозированной и легко ранимой.

Язвенно-некротический гингивит может быть или самостоятельным заболеванием или являться симптомом ряда заболеваний (острый герпетический стоматит, сахарный диабет, X-гистиоцитозы, лейкоз и т.д.).

Причиной возникновения язвенно-некротического гингивита является фузоспиральный симбиоз – веретенообразная палочка и спирохета Венсана (сапрофиты полости рта). Предрасполагающими факторами являются снижение общей

реактивности организма, нерациональное питание, плохой уход за полостью рта, гиповитаминозы. Развитию заболевания способствуют грипп, хронический тонзиллит, нерациональное применение антибиотиков, травматические факторы в полости рта. Заболевание характеризуется некротическим поражением слизистой оболочки десны. Начинается остро с подъема температуры тела, недомогания, головной боли. Обязательным является выраженный лимфаденит, не только подчелюстных, но и шейных лимфоузлов. В полости рта клиническая картина характеризуется вначале жжением и болью в десне, затем изъязвлением одиночных межзубных сосочков, в последующем поражение может захватить весь десневой край. Поврежденные участки покрываются серым некротическим налетом. Десны кровоточат при малейшем раздражении, очень болезненны. Возможен переход процесса на слизистую оболочку щек, дна полости рта, губ. Выделяется обильная вязкая слюна.

Лечение язвенно-некротического гингивита, возникшего на почве системных нарушений или инфекционных заболеваний, сводится к лечению основного заболевания. Общее лечение направлено на устранение явлений интоксикации, проведение десенсибилизирующей, противомикробной и противовоспалительной терапии.

Все манипуляции в полости рта проводятся под обезболиванием. Удаляются некротические пленки, покрывающие участки изъязвления, производится обработка полости рта растворами ферментных препаратов, антисептическими растворами, а затем средствами, способствующими эпителизации. Больному назначают диету, исключая острые, соленые блюда, обильное питье.

Поражения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях внутренних органов.

Заболевания ЖКТ. Наиболее частая патология со стороны ЖКТ у детей – хронические гастриты и гастродуодениты. Изменения в полости рта зависят от секрето- и кислотообразующей функции желудка.

При хроническом гастрите наблюдается десквамативный глоссит, отечность и обложенность языка. Обильный налет на языке характерен для детей с пониженной секреторной функцией желудка, сосочки языка сглажены, характерна гипосаливация.

При гастрите с повышенной секрецией определяется гипертрофия сосочков языка, бледность и отечность СОПР. При всех формах гастрита больные нередко страдают хроническим афтозным стоматитом, хейлитом, катаральным гингивитом.

У больных при язвенной болезни желудка повышается температурная и тактильная чувствительность СОПР. Характерны изменения в малых слюнных железах. Клинически это проявляется гиперсаливацией, нередко с последующей сухостью СО. Характерна обильная обложенность, гиперемия и отечность языка, налеты желто-коричневого цвета, гипертрофия грибовидных и нитевидных сосочков с участками их десквамации.

У детей, страдающих хроническим колитом и энтероколитом, слизистая оболочка языка в период обострения покрыта белым налетом, имеет по краям отпечатки зубов. При явлениях дисбактериоза пищеварительного тракта – неприятный запах изо рта, отрыжка, металлический привкус во рту. При энтерите у детей наблюдается отек и гиперемия СОПР, десквамативный глоссит, катаральный гингивит; при энтероколитах – выраженная сухость губ, десквамативный глоссит. Возможны афтозный стоматит и заеды. При хроническом колите диагностическим признаком является обложенность языка, а при энтероколите – десквамация и атрофические изменения эпителия языка.

Заболевания печени

Вирусный гепатит. Наряду с желтушностью склер глаз на 2-3-й день может появиться желтушность слизистой оболочки полости рта. Наиболее часто она проявляется в области твердого и мягкого неба, нижней поверхности языка. На спинке языка появляется налет, язык отечен, цианотичен. Отмечается катаральный стоматит. Типичным являются воспалительные изменения в области устьев стеновых протоков, геморрагии на мягком небе и губах, атрофия сосочков языка. Больные жалуются на ощущение горечи во рту, иногда на жжение в языке и других участках рта.

Хронические гепатиты. В полости рта отмечается желтушность СОПР, особенно мягкого неба, атрофия нитевидных сосочков языка, десквамация эпителия. У подавляющего большинства больных – атопический хейлит. При длительном течении болезни наряду с изменениями СОПР наблюдается задержка физиологического прорезывания зубов.

Нарушения эндокринной регуляции.

Сахарный диабет. Отмечается сухость слизистой оболочки полости рта. Язык сухой, его сосочки десквамированы. Имеются заеды.

Гипотериоз. Наблюдается сухость, увеличение и трещины губ. Юношеская микседема сопровождается цианозом, увеличением языка, губ, гингивитом. Наблюдается ксеростомия. Губы приобретают желтый оттенок.

Тиреотоксикоз. В полости рта нередкими симптомами являются жжение слизистой оболочки, снижение вкусовой чувствительности, ангулярный стоматит, десквамативный глоссит, иногда складчатый язык.

Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях крови и кроветворной системы.

При заболеваниях крови симптомы поражения слизистой оболочки полости рта появляются нередко раньше клинических признаков основного заболевания.

Злокачественное малокровие — болезнь Аддисона-Бирмера — возникает при нарушении усвоения витамина В12 вследствие дефицита антианемического фактора. Слизистая оболочка полости рта очень бледная, с желтушным оттенком; иногда наблюдаются точечные кровоизлияния на щеках, десны кровоточат. Характерны боли или жжение кончика языка либо по его краям. Сосочки языка атрофируются, и поверхность языка становится блестящей, как будто полированной.

Гипохромная анемия (анемия при дефиците железа). На фоне меловой бледности лица выделяется ярко-красный, гладкий, полированный язык. В углах рта нередко образуются трещины, с трудом поддающиеся лечению.

Лейкозы. По клиническому течению различают острый и хронический лейкоз. Независимо от формы лейкоза примерно в 19 % случаев заболевание проявляется в полости рта. При всех формах острого лейкоза выделяются 4 формы его клинического течения:

- 1) анемическая; 2) геморрагически-язвенная (некротическая);
- 3) опухолевидная, 4) смешанная.

Для **геморрагической формы** типична картина геморрагического диатеза на протяжении всего заболевания. Проявляется оно в виде кровоизлияний на слизистой оболочке полости рта, дыхательных путей, коже и подкожной клетчатке. Возникает

некроз межзубных сосочков, в более тяжелых случаях-некротическая ангина. При этом некротический процесс склонен к распространению, и язвенные поражения могут появляться на слизистой оболочке щек, языка.

Опухолевая форма. Острый лейкоз может протекать с развитием больших опухолевых образований в различных органах и тканях, в том числе и деснах, что приводит к резкой деформации десневого края и развитию фиброматоза. Подобное состояние нередко диагностируется как банальный гипертрофический гингивит. Вследствие резкого снижения защитных сил организма у больных лейкозом нередко развивается кандидоз.

Хронический лейкоз начинается исподволь, незаметно для больного. Заболевание сопровождается увеличением лимфатических узлов, изменением лимфатического аппарата миндалин. В этот период развивается воспаление десневого края. Нередко на десне возникают абсцессы, кровоизлияния, язвенно-некротические поражения десневых сосочков. Иногда у больных развивается кандидоз.

Агранулоцитоз. Рассматривается как симптомокомплекс, проявляющийся при ряде заболеваний: лейкозах, аллергических состояниях, интоксикациях. При агранулоцитозе может развиваться язвенно-некротический процесс в слизистой оболочке полости рта и миндалин, имеющий тенденцию к быстрому распространению. Нередко поражаются челюстные кости. Разрушение ткани протекает быстро без выраженной лейкоцитарной реакции окружающих участков и не сопровождается болевыми ощущениями. Дифдиагностика агранулоцитоза проводится с лейкозом и язвенно-некротическим гингивостоматитом Венсана на основании исследования крови. При агранулоцитозе происходит уменьшение числа лейкоцитов до 1000 с исчезновением сегментоядерных и палочкоядерных нейтрофилов, но с сохранением тромбоцитов.

Идиопатическая тромбоцитопения или тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа). Наблюдается значительное снижение количества тромбоцитов, в результате чего появляются спонтанные кровотечения из носа, десен и других участков слизистой оболочки полости рта, а также кровоизлияния в слизистую оболочку и кожу. При этом отмечаются замедление образования или полное отсутствие кровяного сгустка на месте кровоточивости, положительный симптом жгута. Диагноз ставится на основании анамнеза, клинических данных. В гемограмме определяется уменьшение количества тромбоцитов.

Задания для самостоятельной работы студентов

1. Ребенку 3 года. Мама жалуется на повышение температуры тела до 38°C, вялость, слабость, нарушение сна, насморк, боли в горле, диспептические расстройства.

Объективно: конъюнктивит. Увеличены подчелюстные, шейные, затылочные, лимфоузлы. В полости рта слизистая оболочка гиперемирована, зернистая. Язык обложен налетом, имеются участки десквамации эпителия языка.

Сформулируйте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику. Дайте рекомендации по лечению и уходу за ребенком. При необходимости назначьте консультацию специалистов.

2. Ребенку 8 лет. Жалобы на повышение температуры тела до 38°C, слабость, головную боль, головокружение, плохой сон и аппетит, боль в животе, боли при движении глазных яблок. Со слов мамы у ребенка несколько раз была рвота.

Объективно: сосуды склер инъектированы. Подчелюстные лимфоузлы размером 0,5см, подвижные, безболезненные. На умеренно гиперемированной слизистой оболочке небных дужек, мягком небе, язычке 4 эрозии размером 1-2мм. Эрозии покрыты беловато-серым налетом, болезненные при прикосновении. В других отделах полости рта слизистая оболочка не изменена.

Сформулируйте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику. Дайте рекомендации по лечению и уходу за ребенком. Назначьте консультацию специалистов.

3. Ребенку 3 года. Со слов мамы заболел вчера, заболевание началось остро, температура тела повысилась до 38°C, на теле появилась сыпь в виде пузырьков.

Объективно: конъюнктивит. Поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены до 1см, подвижные, малоболезненные. На коже лица, туловища, волосистой части головы, конечностях (кроме ладонь и подошв) многочисленные пузырьки размером 2-5мм. В полости рта: на гиперемированной слизистой оболочке щек, неба одиночные эрозии размером 2-5мм.

Сформулируйте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику. Дайте рекомендации по лечению и уходу за ребенком. Назначьте консультацию специалистов.

4. Ребенку 6 лет. Жалобы на повышение температуры тела в течение 4 дней до 38-39°C, слабость, тошноту, насморк, боли в горле, неприятный запах изо рта.

Объективно: выраженный лимфаденит подчелюстных, шейных, особенно затылочных лимфатических узлов, а также подмышечных. Лимфоузлы мало болезненны при пальпации, не спаяны между собой. Печень и селезенка увеличены. В полости рта

слизистая оболочка гиперемирована, небные миндалины и язычок увеличены, отечны. Миндалины покрыты крошковатым желто-серым налетом, который легко снимается. После снятия налета кровоточивости не отмечается. Язык обложен.

Выскажите предположение о диагнозе. Нужны ли дополнительные методы исследования? Определите тактику лечения, назначьте консультацию специалистов.

5. Ребенку 7 лет. Жалобы на повышенную температуру тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, боль в горле. Болен в течение 2 дней.

Объективно: кожа туловища, конечностей, за исключением носогубного треугольника, покрыта точечной сыпью на гиперемированном фоне. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, плотные, болезненны при пальпации. Губы сухие, потрескавшиеся, малиновой окраски. В полости рта: слизистая оболочка миндалин, небных дужек ярко гиперемирована. Язык обложен серо-желтым неснимающимся налетом, по краям языка — отпечатки зубов.

Сформулируйте диагноз. Определите тактику лечения, назначьте консультацию специалистов.

6. Ребенку 5 лет. Со слов мамы заболевание началось два дня назад, остро, с подъема температуры тела до 39°C , общей слабости, головной боли, боли в горле.

Объективно: ребенок бледен, лицо одутловатое, рот полуоткрыт, губы сухие, дыхание хрипящее. Подчелюстные лимфоузлы увеличены до 2-2,5 см, болезненны при пальпации. Сладковато-приторный запах изо рта. В полости рта: отек и гиперемия слизистых оболочек миндалин, небных дужек, языка, мягкого неба. На миндалинах и небных дужках не снимающийся налет грязно-серого цвета.

Сформулируйте предварительный диагноз. Проведите необходимые исследования. Дайте рекомендации по лечению

7. Ребенку 14 лет. Жалобы на впервые появившиеся 2 дня назад боль, кровоточивость, зуд десен, неприятный запах изо рта, головную боль, общую слабость, повышение температуры тела до 38°C . Из анамнеза: ребенок перенес неделю назад ОРВИ.

Объективно: десна гиперемирована, болезненна, кровоточит при дотрагивании. Десневые сосочки и краевая десна покрыта серым, снимающимся налетом, под которым определяется язвенная поверхность. Зубы покрыты обильным мягким зубным налетом. В области резцов нижней челюсти определяется отложение зубного камня. Гнилостный запах изо рта.

Сформулируйте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику. Назначьте, при необходимости, консультацию специалистов.

8. Ребенку 1 месяц. Вскармливается искусственно. Перед сном мать смазывает соску-пустышку сиропом. Вчера вечером мать заметила на губах ребенка белый налет.

Объективно: в полости рта на слизистой оболочке губ, щек – белый очаговый творожистый налет, легко снимающийся тампоном. После удаления налета слизистая оболочка полости рта слегка гиперемирована.

Какие дополнительные сведения или исследования необходимы? Сформулируйте диагноз, составьте план лечения. Необходима ли консультация врачей-специалистов?

9. Ребенку 3 года. Со слов матери ребенок несколько дней назад закончил курс лечения по поводу острого бронхита. В это же время на слизистой оболочке языка и щек появился белый точечный налет, который легко снимался тампоном. К врачу не обращались, полоскали рот отваром ромашки, на ночь смазывали полость рта медом. Состояние ребенка ухудшилось, повысилась температура до 37,4⁰С.

В полости рта: на гиперемированной слизистой оболочке губ, щек и языка диффузно расположен творожистый налет серо-белого цвета, снимающийся тампоном с трудом. После снятия налета слизистая оболочка ярко-гиперемирована, в отдельных участках – эрозирована..

Сформулируйте диагноз, назначьте лечение. Необходима ли консультация врачей-специалистов?

10. Ребенку 6 лет. Жалобы на болезненные высыпания во рту, появившиеся 2 дня назад, не лечился. Подобные высыпания были и ранее, примерно 1 раз в год, но к врачу не обращались. Со слов матери, ребенок переболел ветряной оспой неделю назад, в полтора года перенес острый герпетический стоматит, часто простуживается.

Объективно: кожные покровы лица чистые, поднижнечелюстные лимфоузлы до 5 мм в диаметре, подвижны, безболезненны. Температура тела 36,8⁰С. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, чистая. На кончике языка 2 эрозии размером 1-2 мм. Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения. Необходима ли консультация врачей-специалистов

11. Девочка 14 лет обратилась с жалобами на болезненные высыпания на губах.

Из анамнеза: высыпания на губах появляются в виде пузырьков, которые затем превращаются в светло-коричневые корки, возникают 3-4 раза в год, после простуды и сопровождаются болезненностью при приеме пищи и разговоре.

Объективно: При осмотре на красной кайме нижней губы 5 сгруппированных пузырьков. Кожные покровы лица и слизистая оболочка полости рта без видимых излияний.

Сформулируйте диагноз. Необходима ли консультация врачей-специалистов

Составьте план лечения ребенка.

12. Ребенку 8 лет, болен тяжелой формой рецидивирующего герпетического стоматита. Нужен ли маме больничный лист по уходу за ребенком в период рецидива? Обоснуйте ответ. Назначьте лечение.

13. Ребенку 1 год 6 месяцев. Со слов мамы ребенок болен 4-й день. Заболевание началось остро, с подъема температуры тела до 38,2°C. Через два дня температура тела повысилась ночью до 38,8°C, утром мама увидела высыпания в полости рта и на коже лица. Ребенок капризен, раздражителен, плохо спит, отказывается от приема пищи.

Объективно: подчелюстные лимфоузлы увеличены до 1,5 см, болезненны при пальпации. На коже верхней губы 3 пузырька с прозрачным содержимым. Гиперсаливация. Слизистая оболочка полости рта гиперемирована. На слизистой оболочке губ, щек, языка, мягком небе имеются единичных эрозии, болезненные при дотрагивании, в количестве 10-12. Десна гиперемирована, отечна. Сформулируйте диагноз. Необходима ли консультация врачей-специалистов

Составьте план лечения ребенка. Дайте рекомендации по уходу.

14. Ребенку 2 года 2 месяца. На протяжении 3 суток у него высокая температура – до 39,8°C, рвота, 1 раз было кровотечение из носа. Ребенок плохо спит, отказывается от пищи, вял, пассивен.

Объективно: на веках, мочке правого уха, коже околоушной области мелкие сгруппированные пузырьки с прозрачным содержимым. Лимфаденит подчелюстных и шейных лимфатических узлов, болезненность при пальпации. Красная кайма губ ярко-красного цвета, в углах рта заеды, мацерация. Слизистая оболочка полости рта ярко-красного цвета. На слизистой оболочке губ, щек, языка, мягкого и твердого неба, небных

дужках множественные единичные и слившиеся эрозии. Слюна вязкая, неприятный запах изо рта Десна гиперемирована, отечна в области всех зубов, некротизирована в области прорезывающегося зуба 85.

Составьте план лечения ребенка. Дайте рекомендации по уходу.

15. При осмотре детей в детском саду врач-педиатр у 2 детей младшей группы обнаружил острый герпетический стоматит, легкая форма. Дети находились в группе до обеда. Какие противоэпидемиологические мероприятия необходимо провести в данном случае?

Литература основная

1. Лекционный материал.
2. Бажанов Н.Н. Стоматология. - М.: Медицина, 1990.

Литература дополнительная

1. Чуйкин, С. В. Детская терапевтическая стоматология : сб. лекций для студ., обуч. по спец. 060105 "Стоматология" / С. В. Чуйкин, Г. Г. Акатьева, Е. Ш. Мухаметова ; ГБОУ ВПО "БГМУ" МЗ РФ. - Уфа : Издво ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России, 2012. - 110 с. // Электронная учебная библиотека: полнотекстовая база данных / ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет; авт.: А.Г. Хасанов, Н.Р. Кобзева, И.Ю. Гончарова. – Электрон. дан. – Уфа: БГМУ, 2009-2013. – Режим доступа: <http://92.50.144.106/jirbis/>.
2. Германенко И.Г., Кудин А.П. Вирус простого герпеса и новые герпес-вирусы в патологии человека. – Мн., 2001. — 36 с.
3. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии [Электронный ресурс] : руководство / В. И. Стош, С. А. Рабинович. - Электрон. текстовые дан. - М. : Гэотар Медиа, 2007. - 184 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970405055>.
4. Острый герпетический стоматит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика: метод. рек. для студ. стомат. фак. и врачей-интернов / БГМУ ; сост.: С. В. Чуйкин, Е. Ш. Мухаметова, Г. Г. Акатьева, С. А. Гунаева. - Уфа : БГМУ, 2000. - 28 с. Рыбаков А.И., Банченко Г.В.. Заболевания слизистой оболочки полости рта. -
5. Травма зубов у детей: учеб. пособие / С. В. Чуйкин, Е. Ш. Мухаметова, Г. Г. Акатьева, С. В. Аверьянов ; Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа : БГМУ, 2003. - 72 с. Терехова Т.Н. и соавт. Проявления соматических заболеваний в полости рта детей. Роль врача – стоматолога. Учебно-методическое пособие. – Мн., 2005.
6. Teles F.R., Teles R.P. Early microbial succession in redeveloping dental biofilms in periodontal health and disease. – J Periodont Res. –2012; 47:95-104.

7. Scully C, Porter S. Oral mucosal disease: Recurrent aphthous stomatitis. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2008;46:198–206.
8. Schulz H. Erosive Läsionen der Mundschleimhäute und Lippe / H. Schulz // *HautnachDermatologie.* 2006. - №6. - S. 320-328.
9. Espinoza I., Rojas R., Aranda W., Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile.-*Oral Pathol Med.* – 2003; 32(10): 571-5.
10. Marchesan JT, Morelli T, Lundy SK, Jiao Y, Lim S, Inohara N, Nunez G, Fox DA, Giannobile WV. *Mol Oral Microbiol.* 2012 Dec;27(6):483-95. doi: 10.1111/omi.12001. Epub 2012 Sep 18. PMID: 23134613
11. Relationship between serum antibody titres to *Porphyromonas gingivalis* and hs-CRP levels as inflammatory markers of periodontitis. Miyashita H, Honda T, Maekawa T, Takahashi N, Aoki Y, Nakajima T, Tabeta K, Yamazaki K. *Arch Oral Biol.* 2012 Jun;57(6):820-9. doi: 10.1016/j.archoralbio.2011.11.008. Epub 2011 Dec 14
12. Subgingival microflora and antibody responses against periodontal bacteria of young Japanese patients with type 1 diabetes mellitus. Takahashi K, Nishimura F, Kurihara M, Iwamoto Y, Takashiba S, Miyata T, Murayama Y. *J Int Acad Periodontol.* 2001 Oct;3(4):104-11.
13. CameloCastillo AJ, Mira A, Pico A, Nibali L, Henderson B, Donos N, Tomas I. 2015. Subgingival microbiota in health compared to periodontitis and the influence of smoking. *Front microbiol* 6:119. doi:10.3389/fmicb.2015.00119.