

Л.Н. Дроботько, С.Ю. Страхова

Московский государственный медико-стоматологический университет

Острые стоматиты у детей

Контактная информация:

Дроботько Людмила Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской терапевтической стоматологии МГМСУ

Адрес: 125206, Москва, ул. Вучетича, д. 9а, тел.: (495) 611-00-31

Статья поступила: 03.03.2010 г., принята к печати: 05.04.2010 г.

Проблема заболеваний слизистой оболочки полости рта — одна из важнейших в стоматологии. Особое место в этой проблеме занимает острый герпетический стоматит, поскольку на него приходится более 80% всех случаев заболевания слизистой оболочки полости рта у детей. Исследование состояния местного иммунитета у детей, больных острым герпетическим стоматитом, выявило, что он тесно связан с характером течения патологического процесса. Патогенетически обосновано назначение иммуномодулирующей терапии. Смесь лизатов бактерий оказывает лечебное действие (этиотропное и патогенетическое), а также, повышая активность иммунной системы, обеспечивает профилактику рецидивов.

Ключевые слова: дети, острый герпетический стоматит, смесь лизатов бактерий.

146

Проблема заболеваний слизистой оболочки полости рта является одной из важнейших в стоматологии. Особое место в этой проблеме занимает острый герпетический стоматит, на который приходится более 80% всех случаев заболевания слизистой оболочки полости рта у детей. Кроме того, острый герпетический стоматит занимает одно из ведущих мест в структуре детской инфекционной патологии, встречаясь чаще скарлатины, кори, эпидемического паротита [1].

Совокупностью методов вирусологического, серологического и иммунофлюоресцентного исследования доказано, что острый герпетический стоматит служит одной из клинических форм проявления первичной герпетической инфекции. Известно, что около 70% случаев заболевания возникает у детей в возрасте от 1 года до 3 лет. Это объясняется переходным периодом в развитии иммунной системы ребенка, когда исчезают антитела, полученные от матери интраплацентарно, ведущую роль в защите продолжают играть реакции неспецифической защиты, а реакции специфического иммунитета еще не достигают необходимого уровня развития. Среди детей старшего возраста заболеваемость значительно ниже вследствие приобретенного иммунитета после перенесенной герпетической инфекции в ее разнообразных клинических проявлениях. В развитии этой инфекции, проявляющейся преимущественно поражением слизистой оболочки полости

рта, большое значение имеют как структура слизистой оболочки у детей, так и активность местного тканевого иммунитета [2]. Высокая распространенность острого герпетического стоматита у детей в возрасте до 3 лет может быть обусловлена высокой проницаемостью в этот период гистогематических барьеров. Кроме того, для детей этого возраста характерны тонкий эпителиальный покров с низким содержанием гликогена и рибонуклеиновых кислот, рыхлость и низкая дифференцировка базальной мембраны и волокнистых структур соединительной ткани (обильная васкуляризация, высокое содержание тучных клеток с низкой функциональной активностью и др.).

Большое значение в патогенезе заболевания придается лимфатическим узлам и элементам ретикулоэндотелиальной системы, что вполне согласуется с патогенезом последовательного развития клинических признаков стоматита. Появлению элементов поражения на слизистой оболочке рта предшествует лимфаденит разной степени выраженности. Наиболее часто лимфаденит наблюдается при среднетяжелом и тяжелом течении стоматита. Как правило, он двусторонний, чаще в процесс вовлекаются подчелюстные лимфатические узлы. Однако при среднетяжелой и тяжелой формах болезни возможно также одновременное вовлечение в процесс шейных лимфатических узлов. Лимфаденит при остром герпетическом стоматите, как правило, пред-

L.N. Drobot'ko, S.Yu. Strakhova

Moscow State University of Medical Dentistry

Acute stomatitis in children

The problem of diseases of mucous membrane of oral cavity is one of the main ones in dentistry. Special attention in this problem should be given to the acute herpetic stomatitis. 80% of all cases of mucous membrane of oral cavity in children are herpetic stomatitis. Local immunity in children with acute stomatitis is closely related to the character of course of pathology. An administration of immunomodulatory treatment is pathogenetically grounded. Bacterial lysates mixture causes etiotropical and pathogenetical effect and increases the activity of immune system resulting in relapses prophylaxis.

Key words: children, acute herpetic stomatitis, bacterial lysates mixture.

ИМУДОН®



Эффективная защита слизистой оболочки полости рта и глотки



- фарингит
- хронический тонзиллит
- пародонтоз
- пародонтит
- гингивит
- стоматит
- профилактика изъязвлений, вызванных зубными протезами
- профилактика и лечение инфекции после удаления зубов

шествует высыпанию элементов поражения в полости рта, сопутствует всему течению болезни и остается в течение 7–10 дней после полной эпителизации элементов [3].

В устойчивости организма к заболеванию и его защитных реакциях определенную роль играет иммунологическая защита, ее специфические и неспецифические факторы. Исследования неспецифической иммунологической реактивности доказали нарушения защитных барьеров организма, которые отражали тяжесть болезни и периоды ее развития. Среднетяжелая и тяжелая формы стоматита приводили к резкому угнетению естественного иммунитета, который восстанавливался через 7–14 дней после клинического выздоровления ребенка.

Развитие острого герпетического стоматита проходит, как и многие другие детские инфекционные заболевания, 5 периодов: инкубационный, продромальный, период развития болезни, угасания и клинического выздоровления. Заболевание протекает в легкой, среднетяжелой и тяжелой формах. Тяжесть острого герпетического стоматита оценивают по выраженности и характеру симптомов токсикоза и поражения слизистой оболочки полости рта.

Легкая форма острого герпетического стоматита характеризуется отсутствием симптомов интоксикации организма. Продромальный период клинически также отсутствует. Болезнь начинается внезапно, с повышения температуры до 37–37,5°C. Общее состояние ребенка удовлетворительное, иногда обнаруживаются незначительные явления катарального воспаления слизистой оболочки носа, дыхательных путей. В полости рта выявляются признаки гиперемии, небольшого отека, главным образом в области десневого края (катаральный гингивит). В большинстве случаев на фоне усилившейся гиперемии в полости рта появляются одиночные или сгруппированные элементы поражения, обычно — не более 6. Высыпания обычно одномоментные. Длительность болезни часто составляет 1–2 дня. Период угасания симптомов болезни более продолжительный. В течение 1–2 дней элементы поражения приобретают как бы мраморную окраску, их края и центр размываются. Они становятся менее болезненными. После эпителизации элементов в течение 2–3 дней сохраняются явления катарального гингивита, особенно в области фронтальных зубов верхней и нижней челюсти. У детей, страдающих легкой формой заболевания, как правило, отсутствуют изменения в крови, редко к концу болезни появляется незначительный лимфоцитоз (у детей в возрасте 1–3 лет число лимфоцитов и в норме составляет < 50%). Герпетические комплексы связывающие антитела в период реконвалесценции определяются не часто. При этой форме болезни хорошо выражены защитные факторы слюны — pH на уровне 7,4; уровень интерферона в разгар болезни достигает 8–12 Ед/мл, что оптимально для противомикробной защиты. Возможно незначительное снижение содержания лизоцима в слюне.

Среднетяжелая форма острого герпетического стоматита характеризуется выраженными симптомами токсикоза и поражения слизистой оболочки рта во все периоды болезни. Уже в продромальном периоде ухудшается самочувствие ребенка, появляются слабость, капризы, ухудшение аппетита, могут быть катаральная ангина или симптомы острого респираторного заболевания. Подчелюстные лимфатические узлы увеличиваются, становятся болезненными. Температура тела повышается до 37–37,5°C и, по мере прогрессирования болезни,



SOLVAY
PHARMA

119334, г. Москва, ул. Вавилова, 24, этаж 5
Тел.: (495) 411-6911. Факс: (495) 411-6910
E-mail: info@solvay-pharma.ru
Http://www.solvay-pharma.ru,
http://www.dentalsite.ru

в фазе катарального воспаления достигает 38–39°C, появляются головная боль, тошнота, бледность кожных покровов. На пике подъема температуры, усиленной гиперемии и выраженной отечности слизистой оболочки отмечается высыпание элементов поражения как в полости рта, так и (нередко) на коже лица приротовой области. В полости рта обычно от 10 до 20–25 элементов поражения. В этот период усиливается саливация, слюна становится вязкой, тягучей. Отмечаются ярко выраженный гингивит и кровоточивость десен. Высыпания нередко рецидивируют, вследствие чего при осмотре полости рта можно видеть элементы поражения, находящиеся на разных стадиях клинического и цитологического развития. После первого высыпания элементов поражения температура тела обычно снижается до 37–37,5°C. Однако последующие высыпания, как правило, сопровождаются новым подъемом температуры. Ребенок не ест, плохо спит, нарастают симптомы вторичного токсикоза.

В крови отмечаются повышение СОЭ до 20 мм/ч, лейкопения, иногда — незначительный лейкоцитоз. Содержание палочкоядерных нейтрофилов и моноцитов — в пределах верхней границы нормы, отмечаются лимфоцитоз и плазмоцитоз. Нарастание титра герпетических комплексов связывающих антител в крови обнаруживают чаще, чем после легкой формы стоматита.

Продолжительность периода угасания болезни зависит от уровня резистентности организма ребенка, эффективности проводимой терапии, наличия в полости рта кариозных и разрушенных зубов. Последние способствуют слиянию элементов поражения, их последующему изъязвлению, появлению язвенного гингивита. Эпителизация элементов поражения затягивается до 4–5 дней. Дольше всего сохраняются гингивит, резкая кровоточивость и лимфаденит.

При среднетяжелом течении заболевания pH слюны становится более кислым (> 7,0). Содержание интерферона в слюне ниже, чем у детей с легким течением заболевания (не превышает 8 Ед/мл), и обнаруживается не у всех обследованных. Содержание лизоцима в слюне снижается больше, чем при легкой форме течения стоматита. Температура визуальной неизменной слизистой оболочки рта соответствует температуре тела ребенка, в то время как температура элементов поражения в стадии дегенерации на 1,0–1,2°C ниже температуры неизменной слизистой оболочки. С началом регенерации и в период эпителизации температура элементов поражения повышается до 1,8°C и остается более высокой до полной эпителизации пораженной слизистой.

Тяжелая форма острого герпетического стоматита встречается значительно реже, чем среднетяжелая и легкая. В продромальный период у ребенка выявляются все признаки начинающегося острого инфекционного заболевания: апатия, адинамия, головная боль, кожно-мышечная гиперестезия, артралгия и др. Нередко наблюдаются симптомы поражения сердечно-сосудистой системы: бради- или тахикардия, приглушение тонов сердца, артериальная гипотония. У некоторых детей отмечаются носовые кровотечения, тошнота, рвота, выраженный лимфаденит не только подчелюстных, но и шейных лимфатических узлов. В период развития болезни температура повышается до 39–40°C. У ребенка скорбно сморщиваются губы, появляются страдальчески запавшие глаза. Могут быть нерезко выраженный насморк, покашливание, несколько отека и гиперемии конъюнктивы глаз. Губы сухие, яркие, запек-

шиеся. В полости рта слизистая оболочка отечна, ярко гиперемирована, резко выраженный гингивит.

Через 1–2 сут в полости рта появляются первые элементы поражения (до 20–25). Часто высыпания в виде типичных герпетических пузырьков появляются на коже приротовой области, коже век и конъюнктиве глаз, мочке ушей, на пальцах рук (по типу панариция). Высыпания в полости рта рецидивируют. В разгар болезни у тяжело больного ребенка их насчитывается около 100. Элементы сливаются, образуя обширные участки некроза слизистой. Поражаются не только губы, щеки, язык, мягкое и твердое небо, но и десневой край. Катаральный гингивит переходит в язвенно-некротический. Отмечаются резкий гнилостный запах изо рта, обильное слюнотечение с примесью крови. Усугубляются воспалительные явления, локализованные на слизистой оболочке носа, дыхательных путей, глаз. В секрете из носа и гортани обнаруживаются также прожилки крови, иногда отмечаются носовые кровотечения. В таком состоянии ребенок нуждается в активном лечении у педиатра и стоматолога; целесообразна госпитализация в изолятор педиатрической или инфекционной больницы.

В крови детей с тяжелой формой стоматита обнаруживаются лейкопения, палочкоядерный сдвиг влево, эозинофилия, единичные плазматические клетки, юные формы нейтрофилов. У последних очень редко наблюдается токсическая зернистость. Герпетические комплексы связывающие антитела в период реконвалесценции определяются, как правило, всегда. В слюне кислая среда (pH около 6,6), которая затем может сменяться более выраженной щелочностью (pH 8,1–8,4). Интерферон обычно отсутствует, содержание лизоцима резко понижено [4, 5].

Диагноз острого герпетического стоматита ставят на основании клинической картины заболевания. Использование вирусологических и серологических методов диагностики, особенно в практическом здравоохранении, затруднено. Это связано, прежде всего, с трудностью названных специальных методов исследования. Кроме того, с помощью этих методов можно получить результаты в лучшем случае к концу заболевания или спустя некоторое время после выздоровления. Такая ретроспективная диагностика не может удовлетворить врача-клинициста.

В последние годы все большее применение получает метод иммунофлуоресценции. Высокая частота совпадений (около 80%) диагноза острого герпетического стоматита, по данным иммунофлуоресценции, с результатами вирусологических и серологических исследований делает этот метод ведущим в диагностике заболевания.

Тактика врача при лечении больных острым герпетическим стоматитом должна определяться формой тяжести заболевания и периодом его развития. В связи с особенностями течения острого герпетического стоматита рациональное питание и правильная организация кормления больного занимают немаловажное место в комплексе лечебных мероприятий. Пища должна быть полноценной, т.е. содержать все необходимые питательные вещества, а также витамины. Поэтому необходимо включать в диету свежие овощи, фрукты, ягоды, соки. Перед кормлением необходимо обезболить слизистую оболочку полости рта 2–5% раствором анестезиновой эмульсии [6, 7].

Ребенка кормят преимущественно жидкой или полужидкой пищей, не раздражающей воспаленную слизистую оболочку. Большое внимание необходимо уделять достаточному поступлению жидкости. Это особенно важно при интоксикации. В процессе еды следует давать

натуральный желудочный сок или его заменители, так как при болях во рту рефлекторно падает ферментативная активность желез желудка.

Местная терапия при остром герпетическом стоматите ставит перед собой следующие задачи:

- снять или ослабить болезненные симптомы в полости рта;
- предупредить повторные высыпания элементов поражения (реинфекция);
- способствовать их эпителизации.

С первых дней развития острого герпетического стоматита, учитывая этиологию заболевания в местном лечении, серьезное внимание должно уделяться противовирусной терапии. С этой целью рекомендуется применять 0,25% оксолиновую и 0,5% теброфеновую мази, препараты интерферона, ацикловир [8]. Указанные лекарственные препараты рекомендуется применять многократно (3–4 раза в день) не только при посещении врача-стоматолога, но и дома. С учетом того, что противовирусные средства в большей степени обладают профилактическим эффектом, чем лечебным [9], рекомендуется воздействовать и на пораженные участки слизистой оболочки, и на области без наличия элементов поражения.

В период угасания болезни противовирусные средства можно отменить. Ведущее значение в этот период следует придавать кератопластическим средствам: это, прежде всего, масляные растворы витаминов А и В, облепиховое масло, каратолин, масло шиповника, мази с метилурацилом, кислородный коктейль.

Исследование состояния местного иммунитета у детей, больных острым герпетическим стоматитом, выявило, что он коррелирует с характером течения патологического процесса, поэтому патогенетически обосновано включение в комплексную схему терапии мероприятий, направленных на их устранение. На кафедре детской терапевтической стоматологии МГМСУ в комплексном лечении острого герпетического стоматита у детей уже более 10 лет применяется смесь лизатов бактерий — препарат Имудон — топический иммунокорректор, применяемый для лечения острых и профилактики хронических инфекционных заболеваний глотки и полости рта. Эффекты препарата на иммунную систему выражаются в повышении выработки интерферона (противовирусное действие), увеличении фагоцитарной активности макрофагов, повышении содержания лизоцима в слюне, а также увеличении числа иммунокомпетентных клеток и содержания иммуноглобулинов класса А. В результате, смесь лизатов бактерий оказывает лечебное действие — этиотропное и патогенетическое, а также, повышая активность иммунной системы, обеспечивает профилактику рецидивов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лукиных Л. М. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Нижний Новгород, 2000. 367 с.
2. Костинов М. П. Иммунокоррекция в педиатрии. М.: Медицина для вас, 2001. 111 с.
3. Семенова Т. Б., Губанова Е. И. Современные представления о клинике, особенностях, эпидемиологии и лечении простого герпеса // Лечащий врач. 1999. 2–3. С. 10–16.
4. Мельниченко Э. М., Белая Т. Г., Коломиец А. Г. Клинико-лабораторная диагностика герпетического стоматита у новорожденных детей // Стоматология. 1995. 3. С. 60–62.
5. Christie S., McCaughey C., Marley J. et al. Recrudescence of herpes simplex infection mimicking primary herpetic gingivostomatitis // J. Oral. Pathol. Med. 1998. 27 (1). P. 8–10.

В исследовании, проведенном на базе кафедры, анализировались результаты лечения детей с герпетическим стоматитом. 1-ю группу составили дети, в лечении которых применялась 0,5% теброфеновая мазь, 2-ю — дети, лечившиеся раствором интерферона (по 3–4 капли в нос и под язык каждые 4 ч), в 3-й группе в день обращения, кроме 0,5% теброфеновой мази, детям назначали смесь лизатов бактерий, в 4-й — смесь лизатов в комплексе с раствором интерферона. Таблетку, содержащую смесь лизатов бактерий, детям рекомендовали рассасывать 5–6 раз в день не ранее, чем через 30–40 мин после обработки полости рта противовирусной мазью или раствором. Критериями клинико-лабораторной оценки терапевтической эффективности препарата, содержащего смесь лизатов бактерий, явились:

- лечебный эффект (средние сроки выздоровления);
- анальгезирующее действие;
- общие и местные реакции на прием препарата;
- влияние на состояние местного иммунитета.

Признаками выздоровления считали эпителизацию элементов поражения (не имея при этом в виду полное излечение ребенка от острого герпетического стоматита), длительность которого определяется не только окончанием эпителизации элементов поражения, но и продолжительностью гингивита и лимфаденита, а также общим самочувствием ребенка.

В случае обращения к врачу в 1-й день заболевания признаки эффективности проводимого лечения отмечались у детей 3-й и 4-й групп уже на 2-е сутки от его начала: эрозии не переходили в афты, окружающая слизистая оболочка не инфильтрировалась. Было установлено, что высокая эффективность препарата Имудон при лечении детей с острым герпетическим стоматитом связана с повышением уровня защитных факторов в слюне. Осложнений и побочных действий при использовании препарата не отмечалось. В результате наблюдения был сделан вывод о принципиальной необходимости комплексной терапии детей с острым герпетическим стоматитом с обязательным применением препарата Имудон и как стимулирующего, и как заместительного средства для коррекции нарушения реакций местного иммунитета.

Таким образом, острый герпетический стоматит является инфекционным заболеванием, требующим, независимо от тяжести состояния больного, внимания со стороны педиатра и стоматолога, основной задачей которых является назначение комплексного лечения, а также исключение контакта больного со здоровыми детьми и профилактика распространения инфекции в детских коллективах.

6. Исаков В. А., Сельков С. А., Мошетьева Л. К. и др. Современная терапия герпесвирусных инфекций. Руководство для врачей. СПб–М., 2004. 168 с.
7. Страхова С. Ю. Новые лекарственные препараты в комплексном лечении ОГС у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2000. 24 с.
8. Biagioni P., Lamey P. Acyclovir cream prevents clinical and thermographic progression of recrudescence herpes labialis beyond the prodromal stage // Acta. Derm. Venereol. 1998. 78 (1). P. 46–47.
9. Amir J., Harel L., Smetana Z. et al. Treatment of herpes simplex gingivostomatitis with acyclovir in children: a randomized double blind placebo controlled study // BMJ. 1997. 314 (7097). P. 1800–1803.